

Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Донецкая академия управления и государственной службы
при Главе Донецкой Народной Республики»

На правах рукописи



СПОДАРЕВА ЕЛЕНА ГРИГОРЬЕВНА

**РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА**

Специальность 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата экономических наук

Экземпляр диссертации взят из
содержания с другими экземплярами,
которые были представлены
диссертационный совет.

Ученый секретарь
диссертационного
совета Д 01.004.01
Германчук А.Н.



Научный руководитель:
доктор экономических наук, доцент
Волощенко Лариса Михайловна

Донецк – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
РАЗДЕЛ 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА.....	14
1.1 Генезис страхования, его роль и функции в экономике государства.....	14
1.2 Место медицинского страхования в системе финансирования экономики государства.....	31
1.3 Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта.....	46
Выводы по разделу 1.....	67
РАЗДЕЛ 2 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЭКОНОМИКЕ ГОСУДАРСТВА	70
2.1 Анализ источников и эффективности финансирования отрасли здравоохранения.....	70
2.2 Оценка роли добровольного медицинского страхования в финансировании отрасли здравоохранения.....	95
2.3 Влияние социально-экономических факторов на финансовый потенциал рынка медицинского страхования.....	115
Выводы по разделу 2.....	141
РАЗДЕЛ 3 НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА.....	144
3.1 Модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования.....	144
3.2 Методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе медицинского страхования.....	167

3.3 Механизмы эффективного развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства.....	184
Выводы по разделу 3	208
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	211
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	215
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	216
Приложение А. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования.....	244
Приложение Б. Порядок взаимодействия субъектов рынка добровольного медицинского страхования	247
Приложение В. Уровень расходов на здравоохранение в различных странах.....	248
Приложение Г. Особенности развития медицинского страхования в постсоветских странах.....	249
Приложение Д. Показатели экономического развития Украины за 2004-2015 гг.....	251
Приложение Е. Показатели демографического развития Украины за 2004-2015 гг.....	253
Приложение Ж. Показатели состояния отрасли здравоохранения Украины за 2004-2015 гг.....	254
Приложение И. Показатели экономического развития Российской Федерации за 2004-2015 гг.	255
Приложение К. Показатели демографического развития Российской Федерации за 2004-2015 гг.....	257
Приложение Л. Показатели состояния отрасли здравоохранения Российской Федерации за 2004-2015 гг.....	258
Приложение М. Рейтинг стран по показателям ВВП на душу населения, численности населения и количеству страховых компаний.....	260
Приложение Н. Показатели развития добровольного медицинского страхования в регионах Украины.....	261

Приложение П. Показатели развития рынка добровольного медицинского страхования в Украине за 2004-2015 гг.....	262
Приложение Р. Проблемы развития медицинского страхования.....	263
Приложение С. Проблемы отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики.....	264
Приложение Т. Рейтинговая оценка страховых компаний Украины, занимающихся добровольным медицинским страхованием по показателям капитализации.....	266
Приложение У. Направления обеспечения развития эффективного медицинского страхования.....	269
Приложение Ф. Результаты имитационного моделирования методом Монте-Карло.....	270
Приложение Х. Справки о внедрении результатов диссертационной работы.....	274

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Важнейшим элементом социального, культурного и экономического развития государства являются показатели здоровья, качества и уровня жизни населения. Несмотря на это, бюджетная модель финансирования отрасли здравоохранения в силу недостаточности выделяемых денежных средств не покрывает потребности населения в гарантированном объёме бесплатной медицинской помощи, определённом законодательством Донецкой Народной Республики. Из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объёмом и медицинскими услугами, которые оказываются гражданам на платной основе, происходит замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами. Нестабильность в экономической и социальной сферах экономики государства усиливает роль страхования в обеспечении финансовой безопасности, устойчивом развитии экономики, а также повышении благосостояния населения. В связи с этим, в целях построения оптимальной организационной структуры и модели финансового обеспечения отрасли здравоохранения, гарантирующей доступность и качество медицинского обслуживания, становится целесообразным выявление положительных и отрицательных тенденций развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике, а также направлений его дальнейшего совершенствования путем введения обязательного медицинского страхования (ОМС) и формирования добровольного медицинского страхования (ДМС).

Степень разработанности проблемы. Теоретические подходы к трактовке понятия медицинского страхования, определению его функций и принципов представлены в трудах ученых-экономистов А. Архипова, А. Гвозденко, О. Вовчак, Ю. Сплетухова, В. Шахова, О. Баевой, В. Базилевича, В. Шепиловой, Я. Шумелды, А. Шихова, О. Солдатенко и других. Научные подходы к формированию организационно-экономических механизмов организации системы медицинского страхования, методов финансирования

отрасли здравоохранения и оценки эффективности функционирования медицинского страхования рассмотрены в работах В. Фурмана, Д. Туленты, Л. Рейтмана, И. Шеймана, К. Турбиной, Т. Стецюк, А. Рагозина, Ф. Поклонского, О. Шакуры, С. Кюрджиева, В. Лехана, В. Демьянишина, А. Филонюка и прочих авторов. Проблематике взаимосвязей между развитием экономики государства и системой страховой защиты населения посвящены работы И. Ангелиной, Л. Омелянович, В. Орловой, Е. Полищук, С. Шишкина, А. Романовой, Л. Волощенко, О. Гаманковой С. Юрия, М. Мныха, Е. Азарян, С. Анесянц, Г. Губерной, А. Половян и др.

Но несмотря на достаточно большое количество работ, посвященных проблемам медицинского страхования, отдельные аспекты требуют дальнейшего углубленного исследования и обобщения с учетом развития современных научных достижений. Сложные экономические и политические условия становления государственности в Донецкой Народной Республике нуждаются в разработке эффективных механизмов, методических подходов и инструментов экономической деятельности, использование которых создаст предпосылки для адаптации существующих научных знаний о страховом рынке и экономической роли государства при осуществлении медицинского страхования в Республике. Всё это обуславливает необходимость развития и дополнения теоретических и концептуальных подходов к вопросам организации медицинского страхования в системе финансирования экономики государства, что обусловило выбор темы исследования, его цели и задач.

Цель и задачи исследования. Целью диссертационной работы является разработка научно-методических подходов и практических рекомендаций по развитию системы медицинского страхования на основе использования подсистем обязательного и добровольного медицинского страхования, что будет способствовать созданию дополнительного источника финансирования отрасли здравоохранения как важного элемента экономики государства для обеспечения эффективной социальной защиты населения.

Для реализации указанной цели в диссертации были поставлены и решены следующие задачи:

рассмотрены современные теоретические и практические особенности страхования и определены его роль и функции в экономике государства;

выявлено место медицинского страхования в системе финансирования экономики государства;

разработан концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования;

проанализированы качественные и количественные признаки эффективного финансового обеспечения отрасли здравоохранения путем определения уровня ее финансирования на примере Украины и Российской Федерации;

дана оценка роли добровольного медицинского страхования как элемента финансирования экономики государства;

исследовано влияние социально-экономических факторов на финансовый потенциал рынка медицинского страхования;

обоснована модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом ключевых функций финансовой системы государства;

предложен методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе обязательного медицинского страхования с использованием имитационного моделирования;

разработан научно-методический подход к формированию механизмов эффективного развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства.

Объектом исследования является процесс формирования и развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства.

Предмет исследования – теоретические, методические и практические положения по формированию и развитию медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Диссертация выполнена в соответствии с паспортом специальности 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит, в частности: п.7.1 – современные тенденции организации и функционирования системы страхования и рынка страховых услуг; п.7.4 – формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны; п.7.5 – развитие систем страхования и страхового рынка в современных условиях.

Научная новизна полученных результатов заключается в научном обосновании и разработке научно-методических подходов и практических рекомендаций по формированию условий организации и развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства за счет использования ее составляющих.

Научная новизна полученных результатов раскрывается в следующих положениях:

впервые:

обоснован научно-методический подход к формированию и использованию многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом основных функций финансовой системы государства: формирования, распределения, использования и контроля, что будет способствовать уменьшению нагрузки на республиканский и местные бюджеты путем увеличения объема финансовых ресурсов отрасли здравоохранения за счет децентрализованных и централизованных страховых фондов;

усовершенствованы:

понятийно-категориальный аппарат страховой отрасли за счет теоретического обоснования сущности понятий «страховой рынок», «медицинское страхование», «финансовый потенциал рынка медицинского страхования», что позволит более четко определить роль страхового рынка и медицинского страхования как инструмента финансирования экономики государства, в частности, отрасли здравоохранения;

методические положения по расчету финансового потенциала рынка медицинского страхования, которые, в отличие от существующих, включают реализованный и нереализованный финансовый потенциал в виде сбережений субъектов экономики, что позволит определить целесообразность внедрения дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения в виде обязательного и добровольного медицинского страхования;

методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе обязательного медицинского страхования с помощью имитационной модели, позволяющей определить уровень снижения нагрузки на государственный бюджет;

получили дальнейшее развитие:

концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, который дополнен методическим подходом к определению финансового потенциала рынка медицинского страхования, механизмом построения оптимальной модели финансирования отрасли здравоохранения и этапами внедрения данного механизма, что послужит развитию дополнительных источников финансирования экономики государства для обеспечения эффективной социальной защиты интересов населения;

метод выявления особенностей финансирования отрасли здравоохранения, который, в отличие от существующих, основан на формулировании цели, принципов и уровня централизации финансовых ресурсов, а также на качественных и количественных показателях, что позволило определить современные направления развития медицинского страхования в развитой экономике и оценить возможности применения положительных тенденций по адаптации зарубежной практики с учетом особенностей национального хозяйства Донецкой Народной Республики;

механизмы эффективного развития медицинского страхования за счёт централизованных и децентрализованных фондов, что предоставляет возможности получения желаемого уровня эффективности при реализации

государственной социальной политики в пределах страховой защиты населения с целью обеспечения восстановления его здоровья и трудоспособности посредством гарантированности и доступности медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования и дополняющего эти гарантии добровольного медицинского страхования.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическое значение состоит в углублении существующих теоретических положений и обосновании использования системного, концептуального и научно-методического подходов к организации и обеспечению эффективного развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства.

Практическая значимость полученных результатов определяется тем, что научные выводы и обобщения диссертационной работы доведены до уровня конкретных предложений, которые являются основами для внедрения в практику системы медицинского страхования с целью улучшения здоровья населения для обеспечения устойчивого развития экономики Республики. Основные научные разработки могут быть рекомендованы органам государственной власти для дальнейшего совершенствования деятельности и развития отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Разработанные предложения и рекомендации нашли свое практическое применение в деятельности Фонда социального страхования Донецкой Народной Республики на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (справка № 01-499 от 09.06.2017 г.), Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (справка № 2196/06-24 от 15.06.2017 г.).

Теоретические разработки автора, практические выводы и предложения, вытекающие из содержания исследования, использовались в ГОУ ВПО «Донецкая академия управления и государственной службы при Главе Донецкой Народной Республики» в процессе преподавания дисциплин: «Финансы», «Финансовые рынки и финансово-кредитные инструменты», «Финансирование социального обеспечения» (справка № 01-06/911 от 12.06.2017 г.).

Методология и методы исследования. Основные научные результаты диссертационной работы были получены на основе использования следующих методов: исторического – при исследовании предпосылок формирования системы медицинского страхования в Донецкой Народной Республике на базе данных Украины и эволюции этапов ее развития; анализа и синтеза – при исследовании нормативно-правовых, экономических и институциональных условий формирования и развития системы медицинского страхования в Донецкой Народной Республике, а также для обоснования дефиниций «страховой рынок», «медицинское страхование» и «финансовый потенциал рынка медицинского страхования»; сравнительного анализа – при выяснении последствий внедрения различных моделей финансирования отрасли здравоохранения в зависимости от централизации управления государством; графического – для построения диаграмм; эконометрического – для оценки и анализа влияния социально-экономических факторов на развитие системы медицинского страхования и определения наиболее влиятельного фактора, который осуществляет наиболее весомое влияние на него; имитационного моделирования – при научном обосновании альтернативных вариантов установления оптимального размера страхового взноса в системе обязательного медицинского страхования, а также системного анализа – при построении медицинского страхования как системы; SWOT-анализа – при определении сильных и слабых сторон, угроз и возможностей системы медицинского страхования и PEST-анализа – при исследовании влияния внешней среды на развитие системы медицинского страхования. Метод логического обобщения применен для формулирования выводов.

В качестве теоретико-методологических основ использованы фундаментальные положения отечественных и зарубежных авторов, которые исследовали систему медицинского страхования.

Информационной базой исследования являются научные труды российских, украинских и зарубежных ученых, нормативно-правовая база Донецкой Народной Республики, Украины, РФ, статистические материалы

Национального банка Украины, Государственной службы статистики Украины, финансовое законодательство стран Центральной и Восточной Европы, США, РФ, статистические материалы и экономические исследования Банка международных расчетов, материалы собственных исследований автора.

Статистическая обработка базы данных, которые используются автором как эмпирический материал, осуществлена с использованием программного пакета SPSS (IBM, 2015) и Microsoft Excel. Графический материал диссертационной работы выполнен с применением программного пакета Microsoft Excel.

Положения, выносимые на защиту. По результатам исследования на защиту выносятся следующие основные положения:

1. Научно-методический подход к формированию модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования.
2. Содержательная сущность понятий «страховой рынок», «медицинское страхование», «финансовый потенциал рынка медицинского страхования».
3. Методический подход к определению финансового потенциала медицинского страхования и влияние социально-экономических факторов на его наращивание.
4. Обоснование методики расчета оптимального размера страхового взноса в системе обязательного медицинского страхования.
5. Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта.
6. Особенности финансирования отрасли здравоохранения за счет развития медицинского страхования.
7. Механизмы эффективного развития медицинского страхования.

Степень достоверности и апробации результатов диссертации. Результаты исследований докладывались и опубликованы в материалах 18 научных конференций, в т.ч. «Способи забезпечення реалізації та захисту прав людини у контексті євроінтеграції України» (м. Одеса, 2012 р.);

«Современные исследования социальных проблем» (г. Красноярск, 2012 г.); «Можливості та перспективи забезпечення стійкого економічного розвитку» (м. Дніпропетровськ, 2013 р.); «Актуальные проблемы экономики и управления в исследованиях студентов и аспирантов» (г. Воронеж, 2013 г.); «Формування ефективних фінансових механізмів державного управління економікою України: теорія та практика» (м. Донецьк, 2014 р.); «Формування та ефективність використання фінансових ресурсів в економічній діяльності» (м. Чернігів, 2014 р.); «Соціоекономіка: стан, проблеми, перспективи» (м. Донецьк, 2014 р.); «Методологические и организационные аспекты функционирования и развития финансовой системы: новые вызовы, практика, инноватика» (г. Донецк, 2016 г.); «Экономические риски и неопределенность: влияние на управленческие процессы современных организаций» (г. Элиста, 2016 г.); «Механизмы управления экономическими, экологическими и социальными процессами в условиях инновационного развития» (г. Алчевск, 2017 г.). География апробаций: ДНР, ЛНР, Калмыкия, Россия и Украина (Донецк, Алчевск, Луганск, Элиста, Красноярск, Воронеж, Владимир, Казань, Курск, Днепропетровск, Харьков, Одесса, Чернигов).

Публикации. Основные положения диссертационной работы опубликованы в 31 научной работе общим объемом 11,76 п.л., из них 11 статей в научных специализированных изданиях общим объёмом 7,2 п.л.

Структура диссертационной работы. Диссертационная работа состоит из введения, трех разделов, заключения, изложенных на 215 страницах, списка использованных источников, содержащего 295 наименований и 19 приложений (объёмом 33 страницы).

РАЗДЕЛ 1**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА****1.1 Генезис страхования, его роль и функции в экономике государства**

Страхование является неотъемлемым элементом полноценного функционирования экономических систем стран с развитой рыночной экономикой. Страховые услуги как разновидность финансовых услуг на современном этапе изначально важны для экономического развития, поскольку:

страхование, вместе с другими финансовыми инструментами, способствует развитию предпринимательства и обеспечивает стабильность экономического развития;

с помощью страхования аккумулируются сбережения населения в виде страховых премий и происходит их перевод в инвестиции, тем самым оно выполняет роль стимулятора экономического роста. Кроме того, с развитием страхового рынка возрастает эффективность всей финансовой системы через сокращение транзакционных издержек и поддержание высокого уровня ликвидности сбережений;

страхование поддерживает развитие как национальной, так и международной торговли;

страхование обеспечивает социальную защиту интересов населения в части программ государственных социальных гарантий и социального страхования, и тем самым способствует снижению нагрузки с расходной части бюджета [31].

Страхование целесообразно рассматривать как экономическую, социальную и юридическую категорию.

Как экономическая категория, страхование представляет собой систему экономических отношений по поводу образования централизованных и децентрализованных денежных и материальных фондов, необходимых для покрытия непредвиденных нужд общества и его членов, возникших в результате непредвиденных обстоятельств. По правовому содержанию страхование является общественными отношениями, возникающими при создании, распределении, перераспределении и использовании страхового фонда, которые опосредованы нормами права [1].

Степень развития страхования является индикатором зрелости рыночных отношений. Отлаженная система страхования способствует развитию бизнеса и решению социальных проблем [2]. Социальный смысл воплощается в программах социальной защиты, реализуемых в процессе деятельности системы социального страхования [3, с.79].

Именно в социальном страховании наиболее четко проявляется единство ответственности государства, работодателей и работников за социальное обеспечение отдельных категорий населения и их семей при наступлении социальных рисков, которые может испытать любой человек в течение жизни, а именно: временная нетрудоспособность, производственный травматизм, потеря кормильца, старость, безработица, болезнь, беременность и роды и т.д. [4].

Согласно Закону Украины «О страховании» «... страхование – это вид гражданско-правовых отношений по защите имущественных интересов граждан и юридических лиц в случае наступления определенных событий (страховых случаев), определенных договором страхования или действующим законодательством за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых гражданами и юридическими лицами страховых платежей (страховых взносов, страховых премий) и доходов от размещения средств этих фондов» [5].

Законом Украины «Основы законодательства Украины об общеобязательном государственном социальном страховании» предусмотрено, что страхование – это система прав, обязанностей и гарантий, которая обеспечивает предоставление социальной защиты, включающей материальное

обеспечение граждан в случае болезни, полной или временной потери работоспособности, потери кормильца, безработицы по независящим от них обстоятельствам, а также в старости и в других случаях, определенных законом, за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых страховых взносов собственником или уполномоченным им органом, гражданами, а также бюджетных и других источников, установленных законом [6].

В связи с усложнением экономических связей и развитием общественных отношений содержание страхования усложнилось, взаимоотношения между страхователями и страховщиками усовершенствовались, что обеспечило более эффективное использование его возможностей. Таким образом, выяснение сущности страхования можно определить только через рассмотрение развития общественного производства и определения роли и места страхового фонда в этом процессе.

Роль страхования на конкретном этапе общественного развития определяется теми задачами, которые ставит перед ним экономика государства (рисунок 1.1).

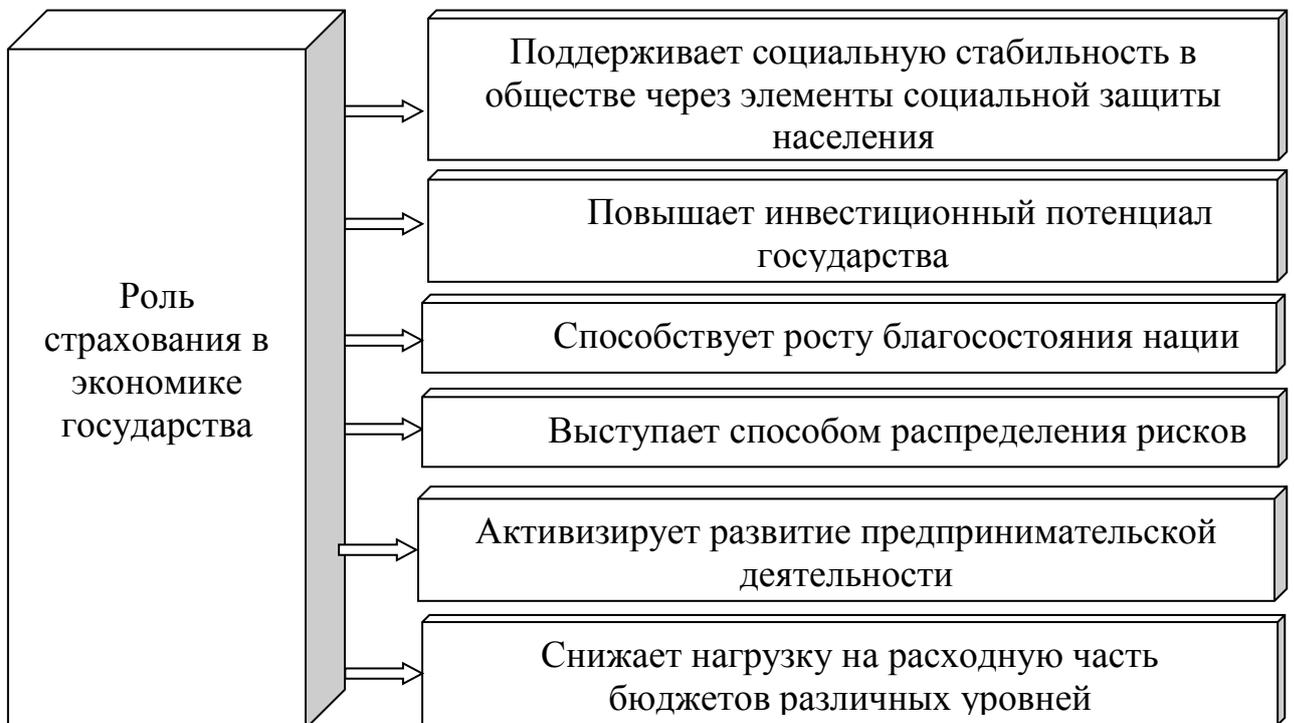


Рисунок 1.1 – Роль страхования в экономике государства

(разработано автором)

Страхование как метод создания страхового фонда как на макро-, так и на микроуровне выступает важным экономическим институтом, способным компенсировать и уменьшить потери от событий, возникновение которых носит случайный характер. Характеристика организационных форм существования страхового фонда общества приведена в таблице 1.1.

Таблица 1.1 – Организационная структура страховых фондов в государстве

Характерные признаки	Централизованный фонд государства	Фонд самострахования	Страховой фонд страховщика
Субъект собственности	Государство	Субъекты хозяйствования	Страховые компании
Источник формирования финансовых ресурсов	За счет обще-государственных ресурсов	За счет средств субъектов хозяйствования	За счет взносов страхователей по заключенным договорам страхования
Назначение	Возмещение убытков и устранения последствий стихийных бедствий и аварий	Оперативное преодоление временных финансовых трудностей на микроуровне	Возмещение убытков и выплата страховых сумм страхователям при наступлении страховых случаев
Метод формирования	Централизованный	Децентрализованный	Смешанный
Форма образования	Денежная и натуральная	Денежная и натуральная	Только денежная
Особенности	Страховая ответственность государства ограничивается только чрезвычайными событиями, т.е. централизованный фонд является экстремальной формой страховой защиты	Самострахование является дорогой и не всегда рациональной формой страховой защиты, поскольку при этом изымаются значительные финансовые ресурсы	Убытки распределяются среди участников страхования, в результате перераспределения средств во времени и пространстве достигается высокая маневренность оборотных средств и обеспечивается эффективная страховая защита

Составлено автором по данным [7]

Роль страхования в государстве реализуется через его функции, представленные в таблице 1.2.

Таблица 1.2 – Функции страхования

Функции страхования	Автор									
	К. Базилевич	Л. Горбач	О. Вовчак	М. Александрова	В. Безугла, И. Постил, Л. Шаповал	О. Заруба, Л. Юрченко	А. Орлов	Ю. Сплетугов, Е. Дюжиков	С. Осадец	В. Фурман
Рисковая	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Превентивная	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Контрольная	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+
Инвестиционная	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+
Защитная	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Распределительная	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Компенсационная	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+
Репрессивная	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+
Стабилизирующая	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Предпринимательская	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Производственная	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Сбережения средств	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Социальная	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Создание и использование страховых резервов	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-
Бюджетно-заместительная	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+

Составлено автором на основе [7-11]

Большинство ученых выделяют следующие функции страхования:

рисковую, в рамках которой происходит перераспределение денежной формы стоимости среди участников страхования в связи с последствиями случайных страховых событий;

сберегательную (накопительную), которая заключается в сохранении средств, принадлежащих отдельным субъектам производственных процессов, за счет использования механизма капитализации;

превентивную (предупредительную), которая воплощается в жизнь благодаря финансированию различных мероприятий по предупреждению и уменьшению негативных последствий страховых случаев за счет средств страхового фонда, а также повышает степень защищенности страхователей от проявления таких последствий;

инвестиционную, которая реализуется через движение средств на рынке капитала в результате объединения незначительных средств страхователей в крупные инвестиционные фонды и направляется страховщиками в различные сферы экономики государства;

контрольную, которая заключается в строго целевом формировании и использовании страховых фондов.

Реализация функций страхования невозможна без эффективно действующего страхового рынка. При этом в условиях современного развития экономики государства, страховой рынок обеспечивает эффективную защиту от многочисленных рисков, в том числе и являющихся социально значимыми. К таким рискам относят риски заболеваемости, нетрудоспособности, смертности и безработицы.

Развитый страховой рынок обеспечивает общую экономическую стабильность государства путем развития всех сфер хозяйствования, реализации государственной социальной политики и способствует эффективному перераспределению финансовых ресурсов.

Страховой рынок как элемент экономики не является новым звеном. Как и большинство других звеньев экономики государства, страховой рынок в начале XX в. был монополизирован. Монополия государства на осуществление страховых операций началась с 1918 г., когда все частные страховые общества подлежали национализации. Декретом 1921 г. «О государственном имущественном страховании» создается Госстрах и устанавливается, что

государственное имущество, которое находится в собственности частных юридических и физических лиц, подлежит обязательному страхованию [12].

В условиях административно-командной экономики страховой рынок был монополизирован системой Госстраха СССР. В 1947 г. в связи с ростом операций и расширением сферы деятельности за рубежом из состава Госстраха было выделено как отдельное учреждение – Ингосстрах со статусом самостоятельного юридического лица, действующего на принципах хозрасчета, который осуществлял управление иностранного страхования СССР.

Деятельность страхового рынка регулировалась государством, а основными направлениями деятельности было социальное и имущественное страхование. Поэтому потенциал страхового рынка не был раскрыт полностью, и сфера его функционирования была достаточно ограниченной.

Начиная с 1988 г., после принятия Закона Украины «О кооперации», появляются первые страховые кооперативы, а с 1990 г., после принятия постановления «О мерах по демонополизации народного хозяйства» – акционерные страховые компании. Переход к рыночным отношениям и появление различных отраслей страхования создают предпосылки для активного развития страхового рынка в национальной экономике.

Зарождение и развитие страхового рынка Украины – это процесс, имеющий много общего с аналогичными процессами в других постсоциалистических странах. Однако Украине присущи и некоторые специфические черты.

С законодательным введением в бывшем Советском Союзе некоторых элементов рыночной экономики начали создаваться первые страховые кооперативы, их доля в общем объеме страхования была незначительной – не более 1%. Однако существование кооперативов в течение 1988 – 1989 гг. имело большое значение, поскольку дало возможность приобрести первый опыт работы в рыночных условиях, а также способствовало повышению квалификации кадров.

В начале формирования национальной экономики независимой Украины альтернативные страховщики страхового рынка пристальное внимание уделяли содержанию страховых продуктов (услуг), предлагаемых в развитых странах мира. Благодаря этому в Украине начал расти перечень страховых услуг и возникли другие элементы развитого страхового рынка.

В процессе рыночных преобразований происходит постоянное развитие финансовых отношений и меняется структура страхового рынка.

Вопросам формирования и развития страхового рынка в рыночных условиях уделяют внимание отечественные и зарубежные ученые, среди которых В. Шахов, В. Гомеля, Н. Внукова, Т. Говорушко, В. Бигдаш, С. Осадец, В. Базилевич, Н. Ткаченко, В. Фурман, В. Резникова [13-22]. Но в экономической литературе нет однозначной трактовки относительно понятия страхового рынка.

Некоторые ученые (В. Шахов, В. Бигдаш, С. Осадец, А. Таркуцяк) считают, что «страховой рынок – это особая социально-экономическая среда и сфера экономических отношений, где объектом купли продажи выступает страховая защита и формируется спрос и предложение на него» [13; 17; 18; 23]. В данном определении сделан акцент на то, что страхование – это часть экономических отношений и определяющим фактором существования страхового рынка является наличие страховой защиты.

Более широкое определение страхового рынка предлагает А. Шихов: «... это сфера специфических экономических отношений, складывающихся между страхователями (застрахованными лицами, выгодоприобретателями), которые в случае возможного случайного наступления неблагоприятных для них материальных, нематериальных ценностей (благ) событий требуют страховой защиты имущественных интересов, и страховщиками, которые обеспечивают его за счет использования ими в таких целях страховых фондов, формируемых из уплачиваемых страхователями денежных взносов (страховых премий)» [24, с. 76]. Это определение наиболее полно раскрывает сущность страхового рынка и стремится свести в одном определении именно страховые, правовые и экономические аспекты.

Узкое определение страхового рынка предлагает Н. Ткаченко, считая, что «страховой рынок - это система общественных отношений, связанных с куплей-продажей страховых услуг» [20, с. 64].

В трудах А. Вовчак и А. Гвозденко сделан акцент на объекте страхования. По их мнению, «страховой рынок – это совокупность экономических отношений по купле-продаже страховой услуги, которая выражается в защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении страховых случаев за счет взносов страхователей» [26, с. 64; 27, с. 193].

Б. Сербиновский, В. Шахов определяют страховой рынок как совокупность страховых организаций, участвующих в распределении страховых фондов и формирующих денежные отношения в этой области: «... – это форма организации денежных отношений по формированию и распределению страхового фонда для обеспечения страховой защиты общества, а также совокупность страховых организаций, которые принимают участие в предоставлении соответствующих услуг» [13; 29]. В этом определении не принято во внимание существование страховой услуги.

М. Мных «... – это сфера экономических отношений, в процессе которых формируется спрос и предложение на страховые услуги и осуществляется акт купли-продажи, а также вся совокупность экономических отношений по предоставлению страховых гарантий субъектам предпринимательской деятельности и социальной защиты населения Украины» [30, с. 142].

Ю. Журавлев определяет страховой рынок как «... систему экономических отношений, которая составляет сферу деятельности страховщиков и перестраховщиков в данной стране, группе стран и международном масштабе по оказанию соответствующих страховых услуг страхователям». Вместе с тем автор выделяет и термин «ограниченный страховой рынок». Если страхование или перестрахование не могут быть размещены на страховом рынке любой другой страны полностью, то такой рынок является ограниченным [28]. То есть акцент делается на территориальных границах страхового рынка.

Согласно выводам Л. Андреевой рынок страховых услуг – это «... система многоуровневых финансовых отношений, расширенного участия страховых институтов по обеспечению устойчивого и долгосрочного роста национальной экономики, опасного функционирования частной собственности на основе комплексного сопровождения и компенсации влияния внешних и внутренних рисков предпринимательской деятельности [31, с. 15]».

Другие ученые [19; 32] рассматривают страховой рынок как часть финансового рынка, где объектом купли-продажи выступает страховая защита, формируются спрос и предложение на нее.

Недостатком большинства определений является отсутствие системности и неучет роли страхового рынка в системе социальной защиты экономики государства.

По результатам анализа работ отечественных и зарубежных ученых относительно содержания понятия «страховой рынок» было выявлено, что все научные подходы целесообразно сгруппировать следующим образом (рисунок 1.2):

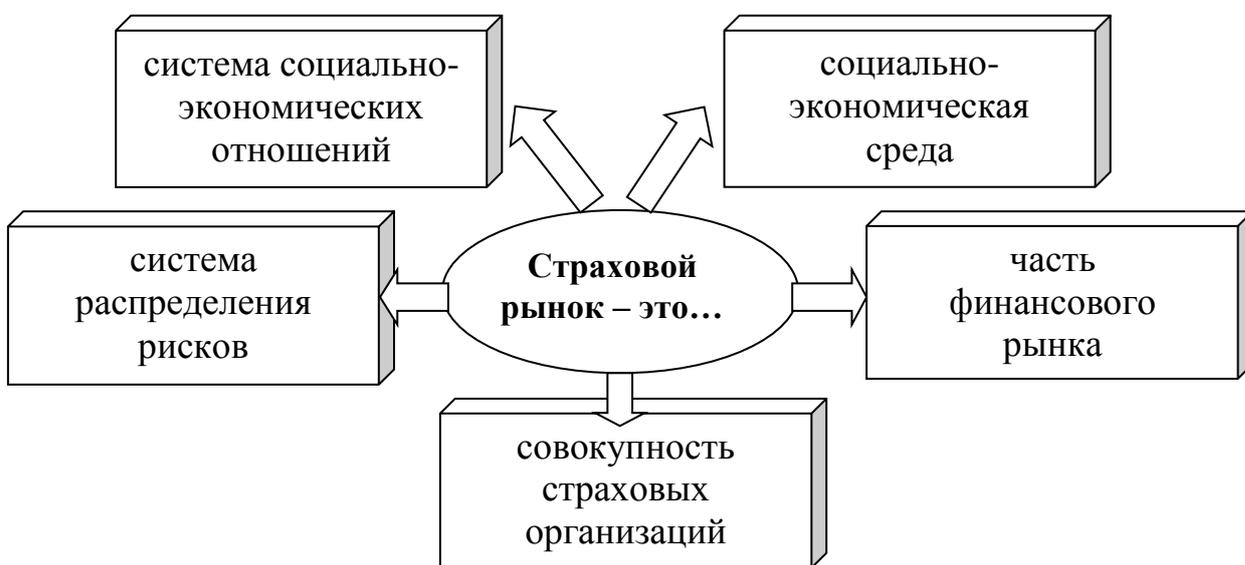


Рисунок 1.2 – Подходы к определению понятия «страховой рынок»

(разработано автором)

Формирование страхового рынка с учетом современных результатов исследований целесообразно разделить на несколько этапов (рисунок 1.3) [34-36]:

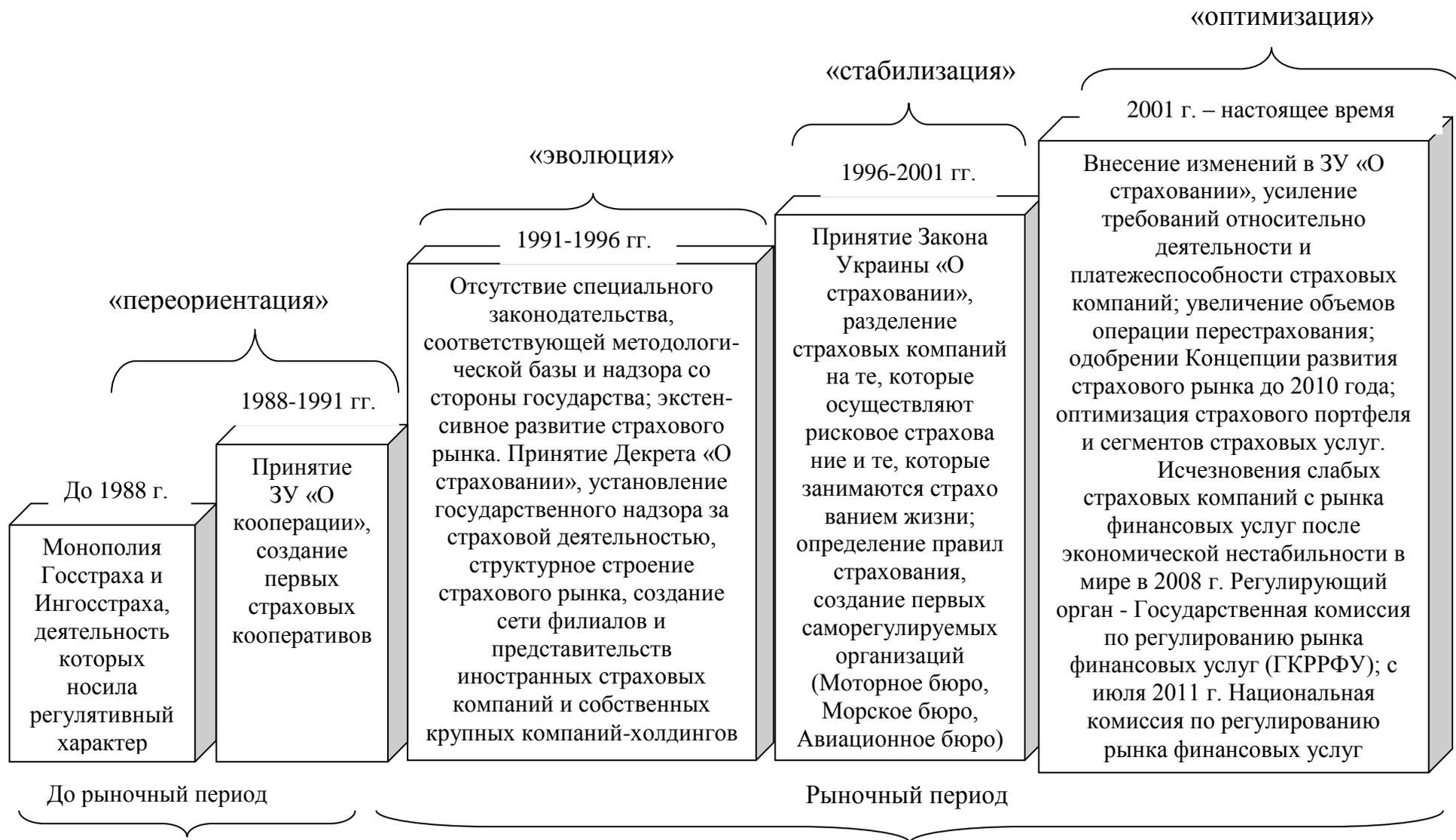


Рисунок 1.3 – Особенности развития страхового рынка Украины
(разработано автором)

Страховой рынок представлен на всех взаимосвязанных рынках – в структуре финансового рынка и рынка финансовых услуг. Финансовый рынок играет основную роль путем трансформации денежных средств в денежный капитал, а рынок финансовых услуг обеспечивает движение этого капитала. Таким образом, финансовый рынок предназначен для совершения сделок между покупателем и продавцом финансовых ресурсов, а сущность рынка финансовых услуг проявляется в том, что он отражает конкретные формы организации движения финансовых ресурсов через финансово-кредитный механизм [37].

Финансово-кредитный механизм – это совокупность форм и методов движения финансовых ресурсов, инструментов и рычагов влияния на социально-экономическое развитие общества. Таким образом, страхование является одним из составляющих финансово-кредитного механизма.

На рисунке 1.4 рассмотрим место страхового рынка на рынке финансовых услуг и финансовом рынке.



Рисунок 1.4 – Место страхового рынка в системе рыночных отношений
(разработано автором)

Таким образом, страховой рынок можно рассматривать как часть рынка финансовых услуг. При этом страховые компании могут рассматриваться как

производители страховых услуг и как финансовые посредники. Финансовые услуги в сфере страхования связаны с формированием коллективных страховых фондов и финансовым возмещением различных потерь и убытков. Финансовое посредничество имеет место при размещении финансовых ресурсов на финансовом рынке (рисунок 1.4).

Наряду с этим, страховой рынок является составляющей финансового рынка, представляющий особую социально-экономическую среду, где объектом купли-продажи является страховая защита, формируется спрос и предложение на нее, а совокупность всех его субъектов функционирует в системе экономических, финансовых, договорных, информационно-консультационных и иных отношений, которые обусловлены необходимостью страховой услуги и возникают между ними на всех этапах ее оказания.

Страховой рынок является элементом финансовой системы государства и влияет на экономику государства путем обеспечения защиты имущественных прав и интересов граждан и предприятий; поддержки социальной стабильности общества, экономической безопасности государства, а также является важным финансовым инструментом регулирования рыночной экономики и мощным источником аккумуляции финансовых ресурсов для их долгосрочного инвестирования в реальный сектор экономики (рис.1.5).

Следует отметить, что страховые компании не создают национального дохода, а лишь участвуют в его перераспределении [38].



Рисунок 1.5 – Влияние страхового рынка на экономику государства
(разработано автором)

Таким образом, для определения наиболее полного экономического содержания понятия «страховой рынок» целесообразным является использование системного подхода. Так, рынок является системой, состоящей из взаимосвязанных элементов, а также отношений, которые возникают между ними для достижения общей цели. Эта система обладает присущей ей свойствами и характеристиками, и главной задачей по исследованию системы «страховой рынок» является определение её составляющих и анализ природы взаимосвязей между его элементами.

Эффективное функционирование страхового рынка способствует устойчивому развитию экономики государства, ее интеграции в мировое экономическое пространство, усилению глобализационных процессов. Это обуславливает необходимость внутреннего строения страхового рынка и определение роли его субъектов в стабилизации экономики государства.

В связи с вышеизложенным, возникает необходимость уточнения внутренней структуры страхового рынка, а также определение роли отдельных его элементов в обеспечении устойчивого развития экономики страны.

Существенной характеристикой рынка, в том числе и страхового, является наличие на нем субъектов и объектов.

Что касается субъектов страхового рынка, то среди ученых и практиков, нет разногласий относительно их определения.

Система субъектов страхового рынка включает:

внутренний уровень, содержащий основных субъектов страхового рынка (страхователи, страховщики, застрахованные и выгодополучатели) и дополняющих их (агенты, брокеры, перестраховщики, профессиональные оценщики, объединения страховщиков и др.);

внешний уровень – субъекты страхового рынка, которые влияют на развитие страхового рынка и обеспечивают реализацию функций страхования.

Участники страхового рынка представлены на рисунке 1.6.



Рисунок 1.6 – Система субъектов страхового рынка (разработано автором)

Вопрос об объектах страхового рынка является дискуссионным в научной литературе. По мнению одних специалистов, страховые компании производят и продают страховые услуги, другие – страховые товары или страховые продукты. Более того, существуют точки зрения, которые отождествляют понятия «страховой продукт», «страховая услуга» и «страховой товар», или выделяют каждое из них. Иногда вообще отрицается само наличие страхового товара [25].

Можно указать, что объектом страхового рынка является то, на что направлены действия сторон страховых правоотношений. Такие действия мотивированы наличием материальной заинтересованности, связанной с жизнью и работоспособностью застрахованного человека, застрахованным имуществом, гражданской или профессиональной ответственностью и т.д., а также получением имущественного блага в виде страхового возмещения в случае наступления страхового случая [39].

В основе отношений страхования находится страховая защита [40] – именно она является объектом страхования.

Исходя из подходов ученых к определению сущности понятия «страховой рынок» и определив основные элементы страхового рынка, целесообразно сделать вывод, что рассмотренные выше определения не в полной мере отражают истинной сущности страхового рынка, так как не учитывают специфические особенности, а именно выполнения защитной и социальной функций.

Таким образом, страховой рынок – это многоуровневая система социально-экономических отношений между субъектами рынка, которая обеспечивает реализацию функций страхования с целью социальной защиты населения государства.

Именно такое понятие включает в себя определение того, что через страховой рынок реализуются функции страхования и осуществляется финансирование экономики государства.

В зависимости от объектов страховой рынок можно рассматривать как систему элементов (рисунок 1.7).

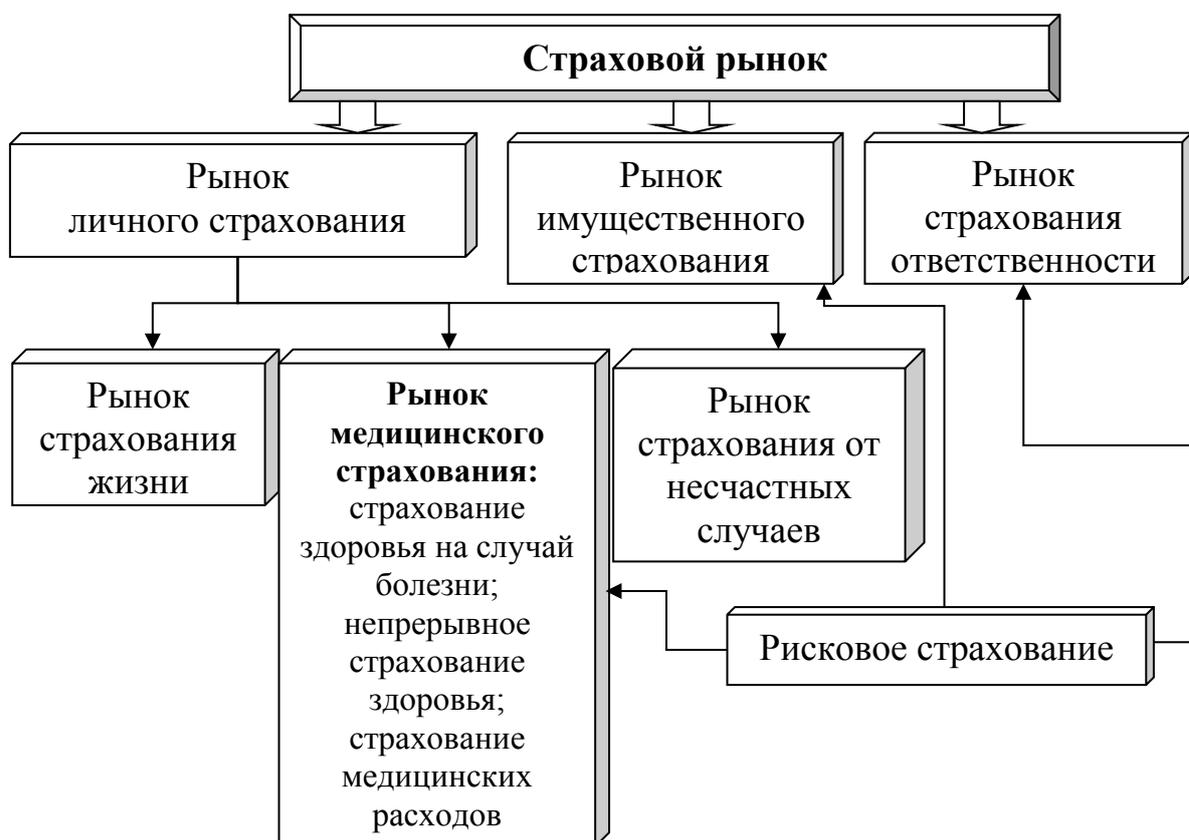


Рисунок 1.7 – Система страхового рынка в зависимости от объектов
(разработано автором)

Одним из перспективных направлений развития страхового рынка является развитие рынка медицинского страхования, которое направлено на снижение индивидуальных рисков, связанных с потерей здоровья, упрощение доступа потребителей к определенным медицинским услугам, гарантирование определенного уровня качества этих услуг.

Подводя итоги целесообразно отметить, что:

страхование является особой сферой финансовых отношений, важность которой обуславливается необходимостью эффективного функционирования страхового рынка для устойчивого социально-экономического развития государства;

страховой рынок влияет на экономику государства путем обеспечения защиты имущественных прав и интересов граждан и предприятий, поддержки социальной стабильности общества, экономической безопасности государства, а также является важным финансовым инструментом регулирования рыночной

экономики и мощным источником аккумуляции финансовых ресурсов для их долгосрочного инвестирования в реальный сектор экономики;

страховой рынок обеспечивает реализацию функций страхования с целью социальной защиты интересов населения.

1.2 Место медицинского страхования в системе финансирования экономики государства

Как было определено в предыдущем разделе диссертации, страхование выполняет важную роль в социально-экономическом развитии общества, одновременно принимая непосредственное участие в реализации такой значимой функции как социальная защита интересов населения.

В системе социальной защиты от рисков можно выделить три группы компонентов:

социальное обеспечение – методы социальной взаимопомощи, не использующие страховые принципы, а базирующиеся на потребности в социальной защите и принципах перераспределения;

социальное страхование – подход, сочетающий страховые принципы и принципы социальной взаимопомощи, необходимость и условия которого установлены законом;

добровольное личное страхование, которое базируется на страховых принципах.

Уровень и значение страховой защиты населения определяются факторами личного характера, системными изменениями экономико-политического плана, природно-географическими и культурно-историческими особенностями страны. В период обострения экономических проблем и социальной напряженности необходимость ее расширения и совершенствования становится наиболее актуальной и значимой.

Страховая защита интересов физических и юридических лиц со стороны страховых компаний при наступлении страхового случая, в зависимости от вида страхования, целесообразно разделить (рисунок 1.8):

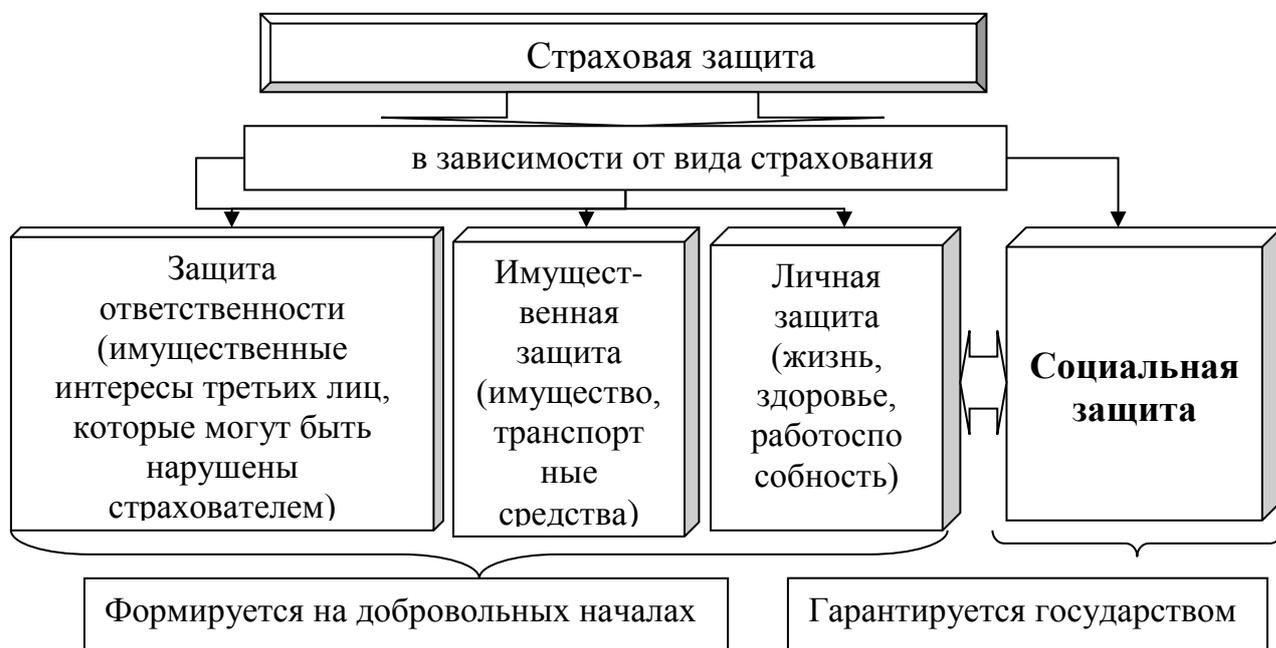


Рисунок 1.8 – Система страховой защиты населения

(разработано автором)

Страховая защита имеет социальную направленность, так как аккумулированные страховщиком средства направляются на защиту пострадавших за счет всех участников формирования страхового фонда [41]. Через систему страховой защиты страхование направлено на обеспечение разнообразных потребностей человечества в случае наступления неблагоприятных событий, которые приводят к убыткам. Заинтересованность общества в постоянном и бесперебойном функционировании производства повышает интерес его к страховой защите [42].

Составной частью системы страховой защиты является социальная защита. Социальная защита предполагает активные средства поддержки доходов через социальное страхование, которое построено на принципах солидарности, применении страхового метода, т.е. внесении в социальные фонды обязательных взносов субъектами предпринимательской деятельности независимо от форм

собственности и видов хозяйственной деятельности, и использовании государством этих средств для материального обеспечения граждан, потерявших работоспособность, а также охрану их здоровья [43, с. 417]. То есть – это обязательства государства и других субъектов рынка обеспечивать надлежащие условия для жизнедеятельности людей, участвующих или не участвующих в создании общественного продукта [44].

Реализация прав на социальную защиту – это обеспечение достаточного уровня благосостояния граждан государства, отвечающим международным стандартам, а именно ст. 22 Общей декларации прав человека и ст. 9 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах [45; 46], с которых следует, что государства признают право каждого человека на социальную защиту, включая право на медицинское обслуживание.

В соответствии с Европейской социальной хартией, право человека на охрану здоровья обязывает государства создавать эффективную систему охраны здоровья для всего населения. Так, ст. 11 провозглашает: «Каждый имеет право на использование любых средств, позволяющих ему поддерживать свое здоровье в наилучшем возможном состоянии», а ст. 13 гласит: «Каждый, не имеющий достаточных средств, имеет право на социальную и медицинскую помощь» [47].

Формирование социальной защиты на современном этапе развития экономики стран мира представляет собой переход государственной системы социальной защиты на рыночные основы, привлечение работодателей и граждан к участию в социальной защите, ограничения социальной ответственности лишь теми категориями людей, которые из-за отсутствия работы, преклонного возраста, многодетности или проблем со здоровьем не в состоянии обеспечить себя самостоятельно.

Социальное обеспечение населения является той защитой, которую общество предоставляет лицам и домохозяйствам путем внедрения мероприятий с целью обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию и сохранению гарантированного уровня дохода в случае болезни, беременности и родов, производственной травмы и профессиональных заболеваний, безработицы,

старости, инвалидности, потери кормильца, осуществляемой в виде социальных выплат и услуг, определенных на основе социальных стандартов [48].

Социальное страхование традиционно рассматривается как одна из основных форм социального обеспечения трудящихся. Оно определяется как часть государственной социальной защиты населения, характеризующаяся определенной спецификой.

Социальное страхование, основанное на принципе перераспределения, является системой общественной солидарности и выполняет функции не только компенсации социального риска, но и предупреждения неблагоприятных последствий рискованной ситуации. Наличие предупредительного компонента объединяет социальное страхование и социальную защиту.

Важнейшей стороной социальной защиты населения является обеспечение доступности медицинской помощи. В этой сфере адекватным рыночной экономике методом финансирования является медицинское страхование.

Значение медицинского страхования в системе социальной защиты населения состоит в обеспечении и восстановлении здоровья и работоспособности общества, а также дополнении гарантий, предоставляемых в рамках государственного обеспечения, до максимально возможных в современных условиях стандартов.

Медицинское страхование как вид личного страхования является производным от финансирования отрасли здравоохранения, поскольку проблемы данной отрасли оказывают значительное влияние на его развитие.

Медицинское страхование в условиях трансформации социальной защиты является выражением государственных интересов и интересов большого количества населения. Как страхование в общем, оно, в первую очередь, призвано обеспечить социальную защиту, тем самым существенно влияя на благосостояние граждан и уровень их материального обеспечения.

Медицинское страхование имеет глубокие исторические корни и выступает гарантом здоровой нации в будущем. Оказание материальной помощи в связи с болезнью осуществлялось еще в Древней Греции и Римской империи,

но медицинское страхование получило статус формы социальной помощи в связи с болезнью только во II половине XIX в. [49].

Объектом медицинского страхования является риск потери дохода работающего населения и риск понести дополнительные расходы, связанные с получением медицинской помощи.

Теоретической основой исследования в области изучения медицинского страхования послужили работы О. Баевой [51], О. Билык [52], С. Богуславского [53], П. Василенко [54], Е. Дяченко [55], О. Тулай [57], С. Юрия [58], Я. Шумелды [59], С. Осадца [18], В. Бедного [62], О. Шакуры [62; 63] и других [1; 8; 17; 25; 31; 43; 49; 60; 64; 65; 70; 82; 84; 86; 90; 98; 99; 112; 116; 127; 133]. Следует отметить, что единого мнения о сущности медицинского страхования у ученых нет (таблица 1.3).

Таблица 1.3 – Исследования в области изучения медицинского страхования в трудах ученых

Ученый	Точка зрения	Неучтенное
Медицинское страхование - это ...		
Т. Артюх	... важный элемент страховой медицины [50, с. 559]	Без внимания оставлены другие черты, присущие медицинскому страхованию
О. Баева	... вид личного страхования на случай потери здоровья от болезни или несчастного случая [51, с. 48]	
Я. Шумелда	... разновидности страховых услуг, которые предоставляются населению в добровольной и обязательной формах [59]	
С. Осадец	... страхование на случай потери здоровья по любой причине [18, с. 233]	
В. Рудень	...вид страхования населения, при котором страховая медицинская организация (страховщик) на основе страховых премий создает фонд, за счет которого обязуется финансировать застрахованным гражданам медицинские услуги в объеме и на условиях, предусмотренных договором [60]	Видами страхования населения является личное страхование, имущественное страхование и страхование ответственности, а медицинское является подотраслью личного страхования

Продолжение таблицы 1.3

Ученый	Точка зрения	Неучтенное
И. Сардинец	... разновидность социального страхования при заболеваниях, когда лечение оплачивается из частных, общественных или государственных средств [61]	Непонятен источник компенсации расходов на лечение
В. Бедный	... вид социального страхования населения, который обеспечивает оплату медицинского обслуживания застрахованным страховыми обществами за счет специальных фондов обязательного медицинского страхования [62, с. 134]	Медицинское страхование имеет не только социальный характер, но и экономический
С. Юрий	...форма социальной защиты населения по охране здоровья, связанная с компенсацией расходов граждан на медицинское обслуживание. Это система организационных и финансовых мероприятий по обеспечению функционирования страховой медицины [58]	
А. Миронов	... это форма социальной защиты населения в отрасли здравоохранения. Медицинское страхование представляет собой страхование на случай потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью или несчастным случаем. Оно обеспечивается мерами по формированию особых страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи в пределах страховых программ. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с финансированием оказанной медицинской помощи при наступлении страхового случая [63, с. 312]	
В. Рудик	... предусматривает обеспечение гражданам в случае наступления страхового случая получения медицинской помощи за счет накопления средств, а также финансирования профилактических медицинских мероприятий [64, с. 85]	

Составлено автором

Данные таблицы 1.3 свидетельствуют, что большинство ученых придерживается той точки зрения, что медицинское страхование выступает формой реализации социальной защиты населения.

Кроме того, под медицинским страхованием понимается комплексная система мероприятий по формированию специальных страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи, оказываемой в рамках страховых программ.

На основе анализа разнообразных подходов к содержательной сущности понятия «медицинское страхование», было предложено следующее определение: «Медицинское страхование – система социально-экономических отношений между субъектами рынка медицинского страхования с целью обеспечения социальной защиты населения, связанной с потерей здоровья, посредством дополнительного финансирования отрасли здравоохранения».

Целью медицинского страхования является гарантия населению получения медицинской помощи и финансирование профилактических мероприятий при возникновении страхового случая.

На основе указанной цели выдвигаются специфические задачи медицинского страхования по финансированию лечебных учреждений и перераспределения финансовых ресурсов, которые должны быть выполнены для удовлетворения интересов субъектов медицинского страхования. Основные задачи медицинского страхования представлены на рисунке 1.9.



Рисунок 1.9 – Основные задачи медицинского страхования

(разработано автором)

Практическое применение медицинского страхования следует рассматривать с точки зрения полезности для его субъектов и учета их экономических интересов (таблица 1.4).

Таблица 1.4 – Основные задачи и экономические интересы субъектов медицинского страхования

Субъект	Задачи	Экономические интересы
Государство	Создание нормативно-правовой базы, формирование целевых программ медицинского страхования, координация научных исследований и финансирования социально-значимого объема помощи	Уменьшение нагрузки на бюджет и обеспечение улучшения состояния здоровья определенной части населения
Население	Уплата страховых взносов по договорам страхования, осуществление мероприятий по устранению или уменьшению негативного влияния рисков на здоровье	Компенсация недостаточного государственного финансирования отрасли здравоохранения и недоступности платных медицинских услуг
Медицинское учреждение	Предоставление застрахованным медицинской помощи определенного объема и качества в конкретные сроки	Дополнительный источник поступления средств
Страховая медицинская организация	Осуществление оплаты медицинской помощи застрахованным, контроль за качеством предоставляемых медицинских услуг и их соответствие медико-экономическим стандартам, защита прав и интересов граждан при получении ими медицинской помощи	Расширение сферы деятельности и получение дополнительных доходов

Составлено автором по данным [65]

Из таблицы 1.4 можно заметить, что медицинское страхование имеет социальный и экономический характер, поэтому возникает необходимость соблюдения соотношений между социальным и экономическими аспектами.

В результате анализа различных подходов к изучению функций страхования определим в качестве базовых функций медицинского страхования

следующие: рисковую, компенсационную, социальную и функцию перераспределения национального дохода. К дополнительным функциям следует отнести защитную, превентивную, контрольную, аккумуляционную, инвестиционную, демографическую, стабилизирующую (рисунок 1.10).



Рисунок 1.10 – Функции медицинского страхования (разработано автором)

Представленные функции позволяют сделать вывод о существовании оснований для реализации конституционных прав граждан, обеспечения

сбалансированных гарантий и удовлетворения общественных потребностей в медицинском страховании на основе перераспределения финансовых ресурсов.

Исходя из целого ряда современных проблем социальной защиты, главной целью функционирования медицинского страхования является обеспечение достойного уровня охраны здоровья как работающего, так и неработающего населения. Основой управления этими процессами является наличие прогнозных расчетов социальных расходов в соответствии с установленными государством гарантиями, сбалансированными с их финансовым обеспечением.

Место медицинского страхования в системе страховой защиты целесообразно рассматривать через звенья финансовой системы (рисунок 1.11).

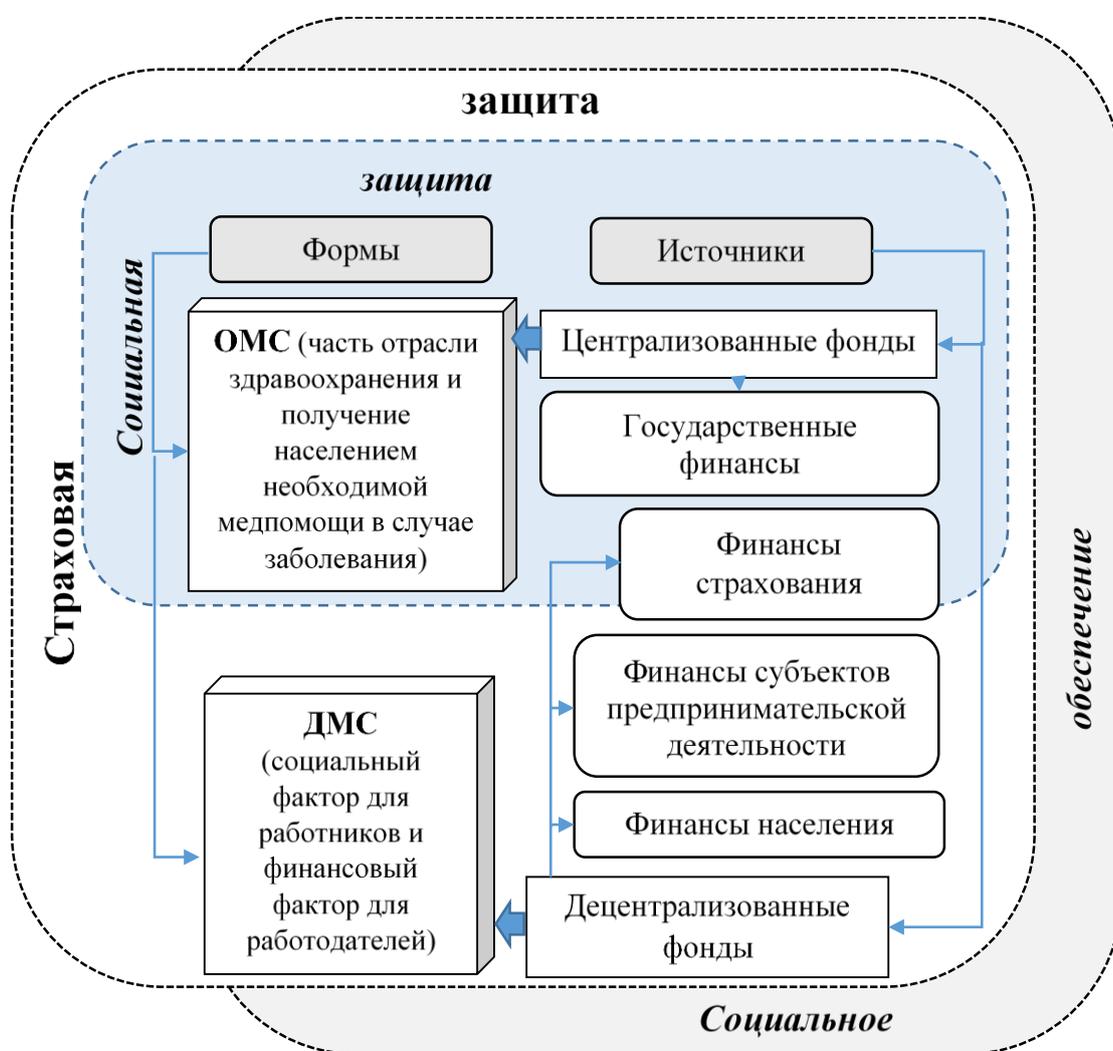


Рисунок 1.11 – Формы и источники медицинского страхования в страховой защите населения (разработано автором)

Таким образом, медицинское страхование представляет собой составную часть механизма финансирования отрасли здравоохранения государства, предусматривающая аккумуляцию средств путем формирования централизованных и децентрализованных фондов финансовых ресурсов.

По формам медицинское страхование делится на обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). Существование обязательного и добровольного медицинского страхования базируется на закреплении определенных его видов в нормативно-правовых актах.

Между обязательной и добровольной формами медицинского страхования существуют определенные различия. Так, ОМС относится к области социального страхования, а ДМС – это коммерческое страхование, которое относится к личному страхованию (таблица 1.5).

Таблица 1.5 – Формы медицинского страхования

Признаки	Формы медицинского страхования	
	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	Добровольное медицинское страхование (ДМС)
Отношение к системе социального страхования	Составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает населению равные возможности в получении медицинской помощи за счет средств ОМС	Получение дополнительных медицинских услуг сверх программы ОМС путем привлечения свободных средств предприятий и населения в отрасль здравоохранения (вид личного страхования)
Законодательная база	Декларируется и регламентируется законами и постановлениями государства по вопросам обязательного страхования и по государственным внебюджетным фондам	Основывается на добровольном согласии сторон, участвующих в страховании и регламентируются законами о страховании и коммерческих организациях
Сроки страхования	Бессрочное	Ограничено договором страхования

Продолжение таблицы 1.5

Признаки	Формы медицинского страхования	
	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	Добровольное медицинское страхование (ДМС)
Источник финансирования	Обязательные платежи начислений на зарплату (взносы работодателей и работающего населения), субсидии из бюджета	Добровольные взносы граждан и юридических лиц с полученного ими дохода или прибыли
Расчет страхового взноса	Устанавливается законодательным органом одновременно с утверждением бюджета государства	Производится страховщиком актуарно на основании статистических данных относительно наступления соответствующих страховых случаев (перечня рисков, уровня программ, количества застрахованных, региона обслуживания, состояния здоровья страхователя и определяются, как правило, после прохождения медосмотра)
Принципы	Всеобщность, государственность, некоммерческий характер, обязательность	Добровольность, доступность
Страхователи	Государство (органы местной исполнительной власти), работодатели, работники	Юридические и физические лица
Застрахованные	Все граждане	Ограниченное число граждан, связанное с желанием (возможностью) участвовать в этой форме страхования
Страховщики	Централизованный страховой фонд социального медицинского страхования	Страховые организации различных форм собственности
Объем медицинской помощи и услуг	Гарантированный и равный для всех определенный объем медицинских услуг, установленный государством	Дополнительный объем медицинских услуг, расширяющий возможности медицинской помощи по объему и качеству

Составлено автором на основе [51;58;67;68]

В таком звене финансовой системы как государственные финансы, страховая защита проявляется через обязательное медицинское страхование, целью которого является аккумулирование и капитализация страховых взносов и предоставление за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах.

В основу обязательного медицинского страхования закладываются программы обязательного медицинского обслуживания, которые определяют объемы и условия оказания медицинской и лечебной помощи населению и охватывают минимальный перечень медицинских услуг, гарантированный каждому застрахованному гражданину [68].

Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования представлены в Приложении А.

Добровольное медицинское страхование является формой страховой защиты таких звеньев финансовой системы как финансы субъектов хозяйствования, финансы населения, главной целью которого является обеспечение страхователю гарантии полной или частичной компенсации страховщиком дополнительных расходов, связанных с обращением в медицинское учреждение за услугой, которая предоставляется в соответствии с программой добровольного медицинского страхования [68].

Добровольное медицинское страхования является дополнением к системе обязательного медицинского страхования, обеспечивая гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины. ДМС основывается на принципах эквивалентности и распределения ущерба между участниками данного страхового фонда, тогда как ОМС использует принцип коллективной солидарности [52].

Добровольное медицинское страхование имеет целью укрепления здоровья населения путем создания экономической заинтересованности работодателей и населения страны в отрасли здравоохранения. Главным

принципом управления процессом оказания медицинских услуг в добровольном медицинском страховании является принцип экономической выгоды для всех его участников, что обеспечивает «саморегулирование» в системе взаимодействия между субъектами рынка добровольного медицинского страхования [66].

Порядок взаимодействия субъектов рынка добровольного медицинского страхования представлен в Приложении Б.

Таким образом, медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в отрасли здравоохранения путем предоставления качественных медицинских услуг и проведения профилактики заболеваний и связано с компенсацией расходов граждан на медицинское обслуживание.

Следовательно, экономические, социальные и правовые отношения в системе медицинского страхования вызывают необходимость налаживания взаимосвязей между элементами всего страхового рынка путем организационных и финансовых мер по обеспечению деятельности страховой медицины за счет создания эффективного организационно-экономического механизма страховой защиты субъектов рынка медицинского страхования, который обеспечит непрерывность национального производства, социальную защиту населения, экономическую стабильность и активизацию инвестиционных ресурсов в экономике государства.

Содержание медицинского страхования представлено на рисунке 1.12, в котором представлены основные его функции (рисковая; компенсационная; социальная; перераспределение национального дохода); модели (государственная; бюджетно-страховая; смешанная); формы (обязательная и добровольная), а также принципы функционирования медицинского страхования.



Рисунок 1.12 – Содержание медицинского страхования

(разработано автором)

Таким образом, роль медицинского страхования как важного элемента социальной защиты в части охраны здоровья населения определяется условиями финансирования отрасли здравоохранения, которое в целом зависит от качества предоставляемых медицинских услуг. В связи с этим возникает необходимость рассмотрения функционирования медицинского страхования в зарубежных странах с целью повышения качества предоставляемых страховых услуг на рынке медицинского страхования и обеспечения эффективного развития и финансирования отрасли здравоохранения для получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

1.3 Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта

Как было отмечено в предыдущем разделе, важным этапом современного функционирования страхования является развитие медицинского страхования с целью расширения возможностей финансирования отрасли здравоохранения, а также повышения уровня социальной защиты населения.

Проблема совершенствования медицинского страхования актуальна для многих развитых стран мира, поскольку является фактором формирования эффективного механизма финансирования отрасли здравоохранения, что, в свою очередь, влияет на развитие экономики государства в целом.

На современном этапе можно выделить три основные организационно-экономические модели финансирования отрасли здравоохранения (таблица 1.6).

Таблица 1.6 – Модели организации и финансирования отрасли здравоохранения

Признак	Государственная или бюджетная (система Бевериджа)	Страховая медицина или бюджетно-страховая (система Бисмарка)	Смешанная
Цель функционирования	Осуществление полноценной профилактики и лечения, доступных каждому гражданину без исключения	Использование страховых средств для работающего населения при несчастных случаях, заболеваниях, нетрудоспособности и в старости. Ядро модели – институт обязательного социального страхования	Определяется различными пропорциями между средствами государственного бюджета, медицинского страхования и медицинскими услугами, которые оплачиваются непосредственно пациентом и несет черты индивидуальной защиты
Основные источники финансирования	Государственный бюджет	Государственный бюджет, взносы работодателей, взносы работников	Средства пациента, добровольные страховые взносы
Основные принципы	Универсальность социального обеспечения, единство в социальном обеспечении и интеграция различных форм социального обеспечения	Обязательная солидарная взаимопомощь работников и работодателей, управление социальным обеспечением непосредственно работодателями и работниками, взаимосвязь социального обеспечения от трудовой деятельности	Принцип эквивалентности страховых взносов и выплат конкретными лицами
Категории населения	Все (общедоступность)	Все (общедоступность)	В соответствии с платежеспособностью населения

Продолжение таблицы 1.6

Признак	Государственная или бюджетная (система Бевериджа)	Страховая медицина или бюджетно-страховая (система Бисмарка)	Смешанная
Медицинская помощь для населения	Бесплатная	Бесплатная на основе принципа общественной солидарности и платная на основе «участия в издержках»	Платная, для неимущих слоев населения предоставляется государством или благотворительными фондами
Медицинские организации	Преимущественно государственной формы собственности	Государственной и частной формы собственности	Преимущественно частной формы собственности
Управление здравоохранением	Государственное, органы исполнительной власти	Государственное, органы исполнительной власти	Государственное, автономное
Страны – представители	Великобритания (с 1948 г.), Дания, Ирландия, Испания, Канада, Италия (с 1986 г.), Шотландия, Швеция (с 1955 г.)	Германия (с 1881 г.), Бельгия, Австрия, Швейцария, Греция, Люксембург, Голландия, Япония, Франция	США, Португалия, Нидерланды, страны Латинской Америки
Уровень централизации финансирования	Присуща странам с умеренным уровнем централизации ВВП в бюджете в пределах 35-45%	Применяется в странах с высоким уровнем государственной централизации ВВП, а именно 50-60%	Применяется в странах с незначительным уровнем централизации ВВП – около 25-30%, где преобладают средства физических лиц
Экономическая эффективность	Низкая	Высокая	Очень высокая

Составлено автором на основе [53;69-74]

Государственная модель финансирования отрасли здравоохранения (модель Бевериджа) финансируется из бюджетных источников (до 90%) [53, с. 84-85] и успешно функционирует в странах с развитой экономикой, стабильной налоговой системой, высоким уровнем занятости и сбалансированной демографической ситуацией. Она была разработана в Великобритании и направлена на улучшение социального обеспечения на основе страховых взносов, плательщиками которых являются: работники – более трети взносов в общенациональном страховом фонде; работодатели – менее трети доходов и государственный бюджет – более четверти [69; 85].

В Великобритании используется система бюджетного финансирования отрасли здравоохранения, что обуславливает его государственный характер с большой степенью централизации управления. В 1912 г. был принят Закон о страховании, предусматривающий принципы обязательного медицинского страхования. Этот закон распространился практически на всех работающих и служащих по договору найма за некоторыми исключениями и охватил обязательным медицинским страхованием третью часть населения Англии, Шотландии и Ирландии [84; 86].

Национальная система здравоохранения существует за счет средств, вносимых налогоплательщиками (90% бюджета отрасли здравоохранения) и выделяются правительством на здравоохранение из статьи затрат на социальные нужды; 7,5% бюджета формируется за счет взносов работодателей.

Все работающие подлежат обязательному страхованию здоровья, за исключением неработающих женщин в браке. За счет этих средств предоставляются материальные пособия по временной нетрудоспособности и в связи с болезнью. Пациенты платят 10% стоимости лечения. [84; 87].

Область медицинских услуг, которая не обеспечивается Национальной службой здравоохранения Великобритании, охватывается частным медицинским страхованием [86].

В Канаде с 1971 г. разработана и введена Национальная система универсального медицинского страхования, включающая оплату всех видов

медицинской помощи кроме стоматологии, протезирования и приобретения медикаментов. Так, за счет общественных фондов покрывается 90% медицинской помощи, а за счёт прогрессивного налога компенсируется 25% всех затрат на здравоохранение [70; 84; 86].

В тех областях, которые не охвачены всеобщим универсальным страхованием, выплаты обеспечиваются добровольным медицинским страхованием. Однако оно имеет незначительное развитие [70].

Медицинское обслуживание канадцев финансируется путем общего налогообложения, страховых взносов и оплату наличными.

В Канаде действует система сберегательных счетов медицинского страхования (MSAs -Medical savings accounts), которые формируются из отчислений работодателей, а после исчерпания средств сберегательного счета работники платят медицинские услуги из собственного кармана. Все средства, находящиеся на сберегательных счетах, принадлежат работнику, в частности те, которые остались после завершения расчетного периода. Эта реформа здравоохранения в Канаде имеет двоякую направленность: по незнанию относительно своих возможностей потребители платных медицинских услуг несвоевременно обращаются к врачам, что может увеличить медицинские расходы и из-за неосведомленности пациентов врачи искусственно сдерживающих спрос на свои услуги. Поэтому государственное финансирование отрасли здравоохранения и регулирования рынка медицинских услуг оправданы и необходимы [71].

В Австралии основу системы медицинского страхования составляет программа «Медикер», согласно которой всему населению оплачивается 85% стоимости различных медицинских услуг, кроме стоматологической и скорой помощи. Финансирование производится за счет страховых взносов в размере 1% заработной платы. Малообеспеченным медицинскую помощь оказывают бесплатно в государственных медицинских учреждениях. Добровольное медицинское страхование мало развито и предоставляет дополнительные услуги [70; 74; 84; 88].

Бюджетно-страховая модель финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудоспособных граждан в фонд здравоохранения и субсидий государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%) и Японии (73%) и т.д. [53].

В Германии действует децентрализованная система медицинского страхования (модель Бисмарка), которая охватывает более 1200 больничных касс (страховых касс), построенных на профессиональной основе, по территориальному принципу и страховых фондов, действующих на федеральном уровне (эрзац-кассы). Территориальные больничные кассы заботятся о страховании категорий граждан, не охваченных страхованием на предприятиях. Перечисленные типы страховых касс включены в систему государственного медицинского страхования [89]. Эта страна была одной из первых, где было введено медицинское страхование и начата «эра рабочего законодательства».

Основным принципом страховой медицины в Германии является создание условий для финансирования необходимых фондов, созданных работниками и работодателями; осуществление контроля за функционированием всей системы медицинского страхования; обеспечение соответствия деятельности страховых касс нормам закона, в частности, обеспечение выполнения страховых программ. В связи с этим медицинское страхование носит обязательный характер и определяет его главные условия – базовые ставки страховых взносов, схему финансирования и организации медицинской помощи, участие в формировании цен на медицинские услуги, управление системой медицинского страхования с предоставлением существенных прав страховым медицинским организациям и врачам с целью удовлетворения интересов застрахованных и медицинских работников [70].

Медицинское страхование в Германии не является обязательным для всех и распространяется на малообеспеченных с годовой заработной платой менее 40 тыс. евро. Взносы в систему ОМС – это фиксированный процент от заработной платы, который составляет от 11,2% до 14,9%, половину этого взноса

оплачивает работодатель и полисы медицинского страхования являются семейными.

Организация здравоохранения Германии представлена на рисунке 1.13.



Рисунок 1.13 – Организация здравоохранения Германии [90]

Больничными кассами в Германии являются автономные организации, которым предоставлено право устанавливать размеры страхового взноса значительно выше его базового уровня, а также расширять сферы медицинских услуг сверх базовой программы, выбирать формы взаиморасчетов с лечебно-профилактическими учреждениями. В этом заключается их полная финансовая независимость от государства. Больничные кассы являются неотъемлемой частью всей отрасли здравоохранения и тесно взаимодействуют с правительством в проведении активной политики сдерживания роста стоимости за предоставление медицинской помощи; установлении более жесткой системы взаиморасчетов с медицинскими учреждениями; введении дополнительных выплат застрахованным и др., в результате чего больничные кассы (фонды медицинского страхования) не являются агентами органов здравоохранения и также несут ответственность за качественное предоставление медицинской помощи населению [84].

В рамках семейного страхования (*Familienversicherung*) услугами и защитой государственного медицинского страхования пользуются также члены семей (супруг и несовершеннолетние дети) лиц, являющихся застрахованными в системе государственного медицинского страхования. Такие члены семей освобождаются от самостоятельной уплаты страховых взносов, однако при условии, что их заработок не превышает определенную установленную законодательством границу. Медицинское страхование занимает примерно 12% общего объема страховых поступлений [71].

Система медицинского страхования в Германии является неоднородной и состоит из 5 основных элементов: стационарное медицинское обслуживание (40% всех расходов на медицинскую помощь); амбулаторное обслуживание; изготовление медикаментов; финансирование программ тех лиц, которые не могут лично участвовать в программах ОМС; медицинское обслуживание на предприятиях (4,3% всех расходов на отрасль здравоохранения) [78].

Во Франции медицинское страхование начало функционировать с 1910 г. в виде фондов взаимопомощи. С 1928 г. названные фонды трансформировались

в страховые компании. Сегодня во Франции действует вертикальная система медицинского страхования, которая включает в себя: Национальную страховую организацию, контролируемую Министерством социального обеспечения и труда, и 129 местных отделений (страховых касс), каждое из которых отвечает за страхование в отдельном регионе и не конкурирует друг с другом. Местные отделения имеют определенную автономию, но, как правило, попадают под административный контроль из центра. Французская система медицинского страхования охватывает 78% населения [70; 74; 84].

Застрахованные лица сами могут выбирать врачей, а стоимость лечения почти полностью покрывается за счет социального страхования. Другую (непокрытую) часть оплачивают благодаря социальным гарантиям, предусмотренным в коллективах трудовых соглашениях. Социальное страхование здоровья финансируется из взносов и специальных налогов. В фонд социального страхования отчисляют 13,55% от общей суммы заработной платы работника (12,80% отчислений осуществляется за счет средств работодателя, 0,75% – за счет средств работника) [91].

В Нидерландах медицинское страхование появилось в 1901 г. в виде нескольких сотен обществ взаимопомощи и страховых компаний. В 1940 г. большинство небольших компаний объединились в более крупные страховые фонды в связи с введением управляемого медицинского страхования на основе требований стандартизации в системе медицинского страхования. Деятельность территориальных страховых фондов регулируется Центральным Советом страховых фондов, состоящим из представителей профсоюзов, медицинских ассоциаций, работодателей и органов управления [74; 84; 92].

В 1990 г. на территории Нидерландов в системе регулируемого медицинского страхования были застрахованы 60% населения, в частном страховом секторе находилось 30% населения. Приблизительно 40% договоров в частных страховых компаниях приходилось на групповые договора страхования между предпринимателями и страховыми компаниями [70; 86].

В начале 90-х гг. были проведены реформы, известные под названием «план Деккера», которые позволили заменить фрагментарные программы страхования универсальной системой обязательного медицинского страхования. В ходе реформ была введена единая ставка страхового взноса для всех категорий населения, рассчитанная как процент от прибыли и не отражающая индивидуальные риски. Финансовые средства, собранные на этой основе, накапливаются в страховом фонде, а затем возвращаются страховщиком, предоставляющим интересы застрахованного. Платеж страховщику осуществляется на основе взвешенных нормативов на одного застрахованного [92].

Высокие жизненные стандарты наблюдаются в Швеции, где общие расходы на здравоохранение составляют 8% ВВП, большая часть которых налоговые поступления. На стационарном лечении используется 42% всех расходов здравоохранения, на амбулаторное лечение – 37%, на лекарства – 12%, а остальные на управление и общественные инвестиции [78; 84].

Первое страховое законодательство по медицинскому страхованию в Швеции появилось в 1898 г. и охватило всех граждан в возрасте до 16 лет. Шведская система социального страхования является общеобязательной для всего населения страны, где медицинское и стоматологическое страхование является его неотъемлемой частью. Контроль за деятельностью региональных бюро, управляющих системой социального страхования, осуществляет Национальный Совет.

На охрану здоровья и медицинскую помощь правительство отчисляет 18% средств, местные органы власти – 51%, работодатели – 31%. Одной из особенностей шведской системы страхования является передача застрахованными к страховщикам своих юридических прав по вопросам медицинского страхования [93].

Систему медицинского страхования в Японии можно отнести к модели Бисмарка – обязательного страхования всех граждан, которое финансируется за счет взносов со стороны застрахованных, их работодателей и государства [94].

В 1984 г. состоялось слияние нескольких программ и в настоящее время функционирует две программы: государственная и общественная. Страхование подлежат все работники на предприятиях с числом работающих 5 и более человек, а также члены их семей. Сумма страхового взноса начисляется со стандартного заработка, определяемого ежемесячно. Страховые компании также проводят добровольное медицинское страхование для повышения комфортности обслуживания, использования дорогих медикаментов и медицинских технологий [70; 74; 95].

В 1998-2008 гг. в Японии был проведен комплекс реформ системы медицинского страхования, которые были направлены на увеличение размеров страховых взносов и предоставления помощи получателям медицинских услуг старше 75 лет. В результате перехода к медико-экономическим стандартам в Японии важное значение приобретает независимый мониторинг и определение необходимых показателей, связанных с объемом и качеством оказанной медицинской помощи [94].

Эффективная система медицинского страхования присутствует в Израиле, население получает медицинскую помощь в рамках четырех больничных касс. Почти половину всех расходов на медицинскую помощь финансируют потребители. Взносы работодателей составляют 30%. Кроме охвата страхованием основных медицинских услуг, каждая из касс обеспечивает дополнительное медицинское страхование, предусматривающее длительное лечение в стационаре и профилактические службы, повышенный комфорт, скидки на лекарства, привлечение ведущих специалистов для проведения обследований и операций [53, с. 85].

Израиль в 1995 г. ввел в систему социального медицинского страхования страховщиков, при этом оставил за фондами медицинского страхования функцию сбора страховых платежей от страхователей.

Смешанная модель финансируется за счет реализации платных медицинских услуг, а также за счет средств добровольного медицинского страхования (США, Португалия, Нидерланды).

Основоположником организации смешанной системы финансирования отрасли здравоохранения является известный финансист и политический деятель А. Гамильтон. В начале XIX века в США возникли первые негосударственные социальные фонды, основными принципами которых стало корпоративное управление капиталом. Основой негосударственного социального страхования являются личные взносы застрахованного лица, размер которых зависит от уровня дохода, факторов, влияющих на здоровье конкретного человека (возраст, профессия, образ жизни) и демографических факторов (средняя продолжительность жизни, период дожития после выхода на пенсию и т.д.) [69].

В США система медицинского страхования базируется на объединении центрального страхового фонда с сеткой местных независимых страховых организаций, которые занимаются страхованием жизни и здоровья. Средства аккумулируются в центральном фонде, который не выполняет административных функций, а затем распределяются страховым организациям на основе законодательно утвержденной формы расчетов. Эта система действует в США в части программ «Медикер» - страхование американцев старше 65 лет и тех, у которых серьезные нарушения состояния здоровья и «Медикейт» - страхование малообеспеченных, женщин и детей из бедных семей. Эти системы занимают более 20% населения, страхование по месту работы составляет 58% населения и добровольного медицинского страхования не по месту работы – 2%. Наиболее широко медицинским страхованием охвачены рабочие промышленности, государственные служащие, члены профсоюза, работники, работающие полный рабочий день. Потеря рабочего места автоматически приводит к потере медицинской страховки [70; 74; 87].

Таким образом, в США медицинское страхование тесно связано с трудовой деятельностью. Экономика медицинского обслуживания в США – парадоксальное объединение недостатков и излишеств. США расходуют на здравоохранение 15% ВВП [95] – больше чем любая другая страна в мире и, в то же время, более 15% населения американцев не имеют никакой финансовой защиты от затрат на медицинскую помощь в связи с отсутствием у них страховых

медицинских полисов – это малообеспеченные, безработные, бездомные и члены семей работников предприятий, которые не охвачены системой медицинского страхования [81].

Основной принцип медицинского страхования в США – это высокая эффективность медицинской помощи. Страховая компания покрывает затраты, связанные с применением правильных методов лечения с высоким коэффициентом положительного результата.

США имеет самую дорогую систему здравоохранения в мире, в течение последних десятилетий расходы на ее содержание растут высокими темпами. Так, общие расходы на отрасль здравоохранения за последние тридцать лет увеличились с 8,5% ВВП в 1979 г., до 17,4% ВВП в 2009 г., а на одного человека – повысились более чем в восемь раз, что частично обусловлено ростом расходов государства на медицинскую помощь.

Таким образом, модель финансирования отрасли здравоохранения в США построена на доминировании в ее финансировании частного медицинского страхования. В 2009 г. доля частных расходов от общих расходов на отрасль здравоохранения в США составляла 51,4%, а частного страхования от частных расходов на эти цели – 69,3%. Хотя во многих странах практикуется частное медицинское страхование, в большинстве из них оно является лишь дополнительным источником финансирования обязательного медицинского страхования или бюджетной медицины [96].

С каждого доллара расходов на здравоохранение в США 42% направляется на финансирование стационарного лечения; 28% – на услуги врача и другие клинические услуги; 13% составляют фармацевтические расходы; 8% – расходы на дома пожизненного ухода; 5% – стоматологические расходы; 4% – расходы на финансирование государственных мероприятий в отрасли здравоохранения (рисунок 1.14) [97].



Рисунок 1.14 – Структура расходов на здравоохранение в США на 1 долл. США
(разработано автором на основе [80;97])

Следует отметить, что проанализированные модели финансирования отрасли здравоохранения в «чистом» виде практически не используются ни в одной стране, но в некоторых государствах они занимают доминирующее положение. То есть государство или его органы обязательно участвуют в финансировании услуг по охране здоровья, и, как правило, взносы на социальное медицинское страхование дополняются бюджетными ассигнованиями. Выбор модели финансирования отрасли здравоохранения зависит от культурно-исторических, социально-экономических, демографических условий, уровня заболеваемости и других факторов, характеризующих общее состояние здоровья и уровень медицинского обслуживания в той или иной стране.

Так, в Германии, где здравоохранение базируется на страховых принципах, доля бюджетных средств незначительна и составляет 10,2% общей суммы расходов. Наибольшая роль бюджетных расходов в данной области принадлежит Великобритании – 85% общей суммы, поскольку в основе данной системы лежит бюджетное финансирование. Доля частного финансирования, кроме США, где

его величина составляет 30% общих расходов, в основном, незначительна и составляет 5-13% бюджета отрасли.

Ведущее место в бюджете здравоохранения занимают средства, аккумулированные на страховых принципах: их общая сумма в Германии составляет 77,5%, в Голландии – 80%, что свидетельствует о том, что одним из существенных источников финансирования медицинской помощи является привлечение средств через страховые механизмы (таблица 1.7).

Таблица 1.7 – Источники финансирования отрасли здравоохранения в Германии, Голландии, Великобритании, США, в % [98].

Источники финансирования	Страна			
	Германия	Голландия	Великобритания	США
Бюджет	10,2	45,0	85,0	44,0
Социальное страхование	67,3	35,0	0	0
Частное страхование	9,8	13,0	5,0	30,0
Оплата услуг пациентом	12,7	7,0	10,0	26,0
Вместе	100	100	100	100

Следует отметить, что государства с большим национальным доходом, такие как США, Англия, Швейцария отличаются более высокими затратами на медицинские услуги на душу населения по сравнению с менее развитыми, таким как Индия, Египет, Мексика. В экономически развитых странах в отрасли здравоохранения расходуется в среднем 74 долл. на душу населения в год, тогда как в развивающихся странах, эта сумма составляет 2 долл. США [26].

В отдельных странах Европы система страхования формировалась на протяжении более чем 100 лет, в том числе путем финансирования расходов на здравоохранение [1].

Характерные черты медицинского страхования в развитых странах мира представлены в таблице 1.8.

Таблица 1.8 – Характерные черты медицинского страхования в развитых странах мира

Страна	Зарождение медицинского страхования	Основные принципы	Степень охвата населения медицинским страхованием
Германия	1881 г.	Децентрализованная система медицинского страхования, государство предоставляет необходимые условия для создания фондов и осуществляет надзор за функционированием системы медицинского страхования	99,8% (90% населения – ОМС, 9% - ДМС)
Франция	1910 г.	Вертикальная система медицинского страхования (Национальная страховая организация и местные отделения)	98% (80% населения – ОМС)
Швеция	1898 г.	Действует 26 региональных бюро социального страхования, особенность – передача застрахованными страховщикам своих юридических прав по вопросам медицинского страхования	Все население в возрасте от 16 лет
Япония	1911 г. – для неквалифицированных работников, 1938 г. - для жителей сел	Функционирует две программы медицинского страхования - государственная и общественная	95%
Великобритания	1912 г.	Бюджетное финансирование Национальной системой здравоохранения (НСЗ) – 90% поступлений	13% - населения - ДМС, которые не обеспечиваются НСЗ
США		Медицинское страхование тесно связано с трудовой деятельностью, программы «Медикейт» и «Медикер»	85% населения
Израиль		Не имеет государственной системы медицинского обслуживания, функционирует страховой фонд профсоюзного объединения Гистадрут (83 %) и другие фонды медицинского страхования	94-96%
Болгария	1882 г.	Действует единый Фонд медицинского обслуживания – Национальная касса здравоохранения, лечебные учреждения находятся в частной, коммунальной и государственной собственности	Все болгарские граждане, не имеющие гражданства другой страны или постоянно проживающие на территории Болгарии

Составлено автором на основе [53; 84; 86; 98]

Роль и место форм медицинского страхования в странах Европы рассмотрена в таблице 1.9.

Таблица 1.9 – Место медицинского страхования в странах Европы

Страна	Обязательное страхование	Добровольное страхование	Незастрахованные
Франция	98%	отсутствует	0,2-0,5%
Германия	74%	14%	2%
Голландия	н/д	30%	н/д
Бельгия	98%	1%	1%
Канада	обязательное	н/д	н/д
США	75%, каждый человек обязан страховаться самостоятельно	н/д	8-20%

В большинстве зарубежных странах обязательное медицинское страхование базируется на следующих принципах:

всеобщности – все граждане независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг;

государственности – государство обеспечивает устойчивость системы всеобщего государственного социального медицинского страхования и является непосредственным страхователем для неработающей части населения

бесприбыльности – прибыль от проведения обязательного государственного социального медицинского страхования является источником пополнения финансовых резервов системы такого страхования и не может быть средством обогащения.

Уровень финансирования отрасли здравоохранения в различных странах представлен в Приложении В.

Рассматривая опыт зарубежных стран необходимо выделить основные преимущества и недостатки моделей финансирования отрасли здравоохранения (таблица 1.10).

Таблица 1.10 – Преимущества и недостатки моделей финансирования отрасли здравоохранения

Модели	Преимущества	Недостатки
Государственная (бюджетная)	<p>Доступность и относительная дешевизна врачебной помощи; экономическая защищенность системы здравоохранения со стороны государства от различных конъюнктурных изменений на рынке; отсутствие существенных различий качества медицинской помощи в частном и государственном секторах; гарантированность государством бесплатного обслуживания пожилых людей и нетрудоспособных членов общества</p>	<p>Недостаток финансовых ресурсов; недостаточное развитие системы первичной медико-санитарной помощи; практическое отсутствие со стороны потребителей медицинских услуг; недостаточное рациональное и эффективное использование ресурсов; необходимость децентрализации управления; проблема привлечения в отрасль здравоохранения средств из внебюджетных источников</p>
Страховая медицина (бюджетно-страховая)	<p>Всеобъемлющий характер медицинской помощи; высокое качество медицинских услуг для всех без исключения членов общества; финансовая открытость отрасли здравоохранения для дополнительных источников финансирования; правовая гарантированность медико-социальной защиты населения с низкими доходами со стороны государства; заинтересованность работодателей в сохранении здоровья своих сотрудников через обязательные платежи</p>	<p>Необходимость поиска внутрисистемных источников экономии, предусматривающий стратегическое и текущее планирование; общее ограничение средств в условиях непредвиденных поступлений из разных источников; размытие соответствия каждого из источников финансирования за финансовое обеспечение конкретных видов и объемов медицинской помощи</p>
Смешанная (частная)	<p>Распространение на все группы риска и все профессии, социальные группы; общий доступ застрахованного ко всем признанным методам лечения, ко всем врачам, имеющим лицензию, является гарантированным, доступ к врачу одинаковый для всех клиентов; существует перераспределительный механизм</p>	<p>Существование высокого уровня риска сохранения накопленных средств, связанного с инфляционными процессами, колебаниями нормы доходности активов фондов, доходности инвестиционных проектов, политическими процессами; участвовать в данной системе могут лица, имеющие стабильный высокий доход</p>

Составлено автором

Особенности развития медицинского страхования в постсоветских странах представлены в Приложении Г.

Опыт зарубежных стран показывает, что на первых этапах трансформации экономики в действенном медицинском обеспечении нуждаются, прежде всего, наиболее уязвимые в социальном плане слои населения. Что касается трудоспособного населения, то в условиях формирования рыночных элементов финансовой системы такое население должно собственными усилиями обеспечить свое благосостояние и социальную защищенность.

Исходя из вышеизложенного, возникает необходимость избежания бесплатности медицинской сферы и использования различных источников ее финансирования в форме страховых фондов и средств государственного бюджета.

Большинство стран мира модернизируют модели медицинского обеспечения населения и финансирования отрасли здравоохранения в зависимости от размера бюджета страны, возможных расходов на охрану здоровья, наличия соответствующей инфраструктуры медицинской отрасли, современного состояния заболеваемости населения, общей системы социальной защиты населения, исторических предпосылок и особенностей государственного регулирования.

Как правило, страны в которых преобладает бюджетное финансирование, стремятся к осуществлению децентрализации управления системами финансирования и коммерциализации учреждений здравоохранения. Страны, в которых преобладает рыночная модель финансирования – расширяют бюджетное финансирование отрасли здравоохранения.

Основываясь на отсутствии медицинского страхования населения и для определения возможных направлений его использования в условиях становления экономики Донецкой Народной Республики, возникает необходимость разработки концептуального подхода к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования

с учетом существующего опыта политики в сфере медицинского страхования стран развитой рыночной и переходной экономик.

Данный концептуальный подход должен охватывать организационные, экономические и правовые аспекты, включающие:

анализ опыта функционирования медицинского страхования в зарубежных странах и выявления связи между эффективностью его осуществления и финансированием отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования;

определение текущего базового пакета гарантированного государством объема бесплатных медицинских услуг и обеспечение адекватного размера финансовых ресурсов для организации их предоставления;

выявление на основе предыдущих этапов анализа предпосылок неэффективности формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования и приоритетов развития медицинского страхования с учетом особенностей развития экономики государства;

разработку методического подхода к оценке финансового потенциала рынка медицинского страхования;

формирование многоуровневой модели государственного и частного медицинского страхования с привлечением бюджетных средств как основного источника финансирования отрасли здравоохранения, средств медицинского страхования, больничных касс и оказания платных медицинских и немедицинских услуг, благотворительных взносов, кредита, лизинга и других источников, не запрещенных законодательством;

внедрение государственно-частного партнерства с возможностью привлечения инвестиционных средств частного партнера и делегирования ему управленческих функций.

В общем виде концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования представлен на рисунке 1.15.

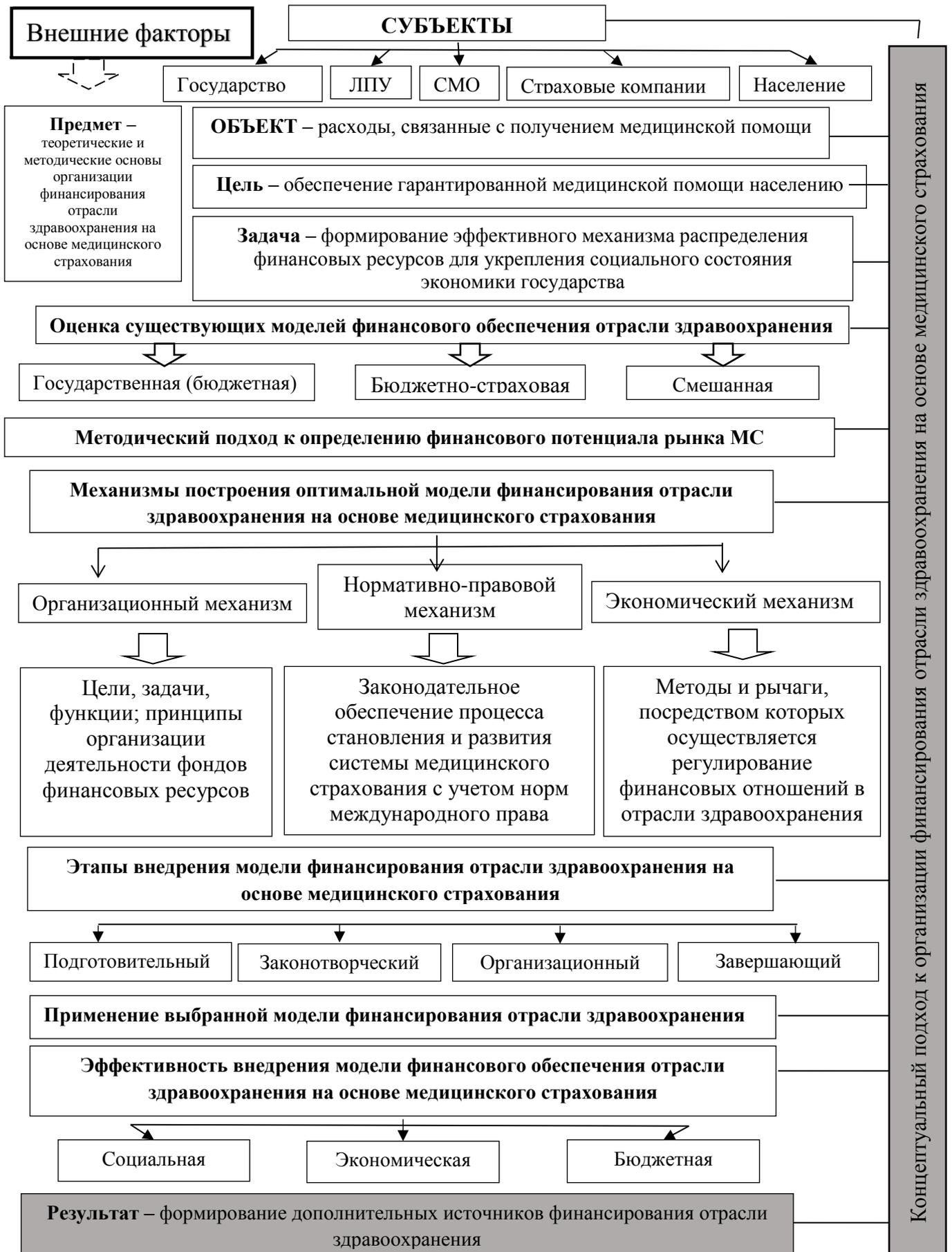


Рисунок 1.15 – Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования (разработано автором)

Применение данного концептуального подхода к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, позволит повысить эффективность её функционирования, снизить расходы населения на здравоохранение за счет формирования рациональной структуры источников финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования через систему ДМС и ОМС, улучшить качество медицинского обслуживания населения и более четко определить роль страхового рынка и медицинского страхования как инструментов финансирования отрасли здравоохранения и элемента социальной защиты интересов населения.

Результатом реализации указанного концептуального подхода выступает обоснование механизма выявления источников и резервов формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования с целью повышения его уровня и определения дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения с учетом уровня финансового потенциала медицинского страхования и оценки перспектив экономического развития как направления использования выявленных резервов.

Все вышеперечисленное подтверждает необходимость в формировании дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения за счет развития медицинского страхования как элемента социальной защиты населения.

Выводы по разделу 1

1. Определены сущность и роль страхования в экономике государства как важного социально-экономического института, который способствует социально-экономической стабильности в обществе через элементы социальной защиты. С помощью рискованной, сберегательной, превентивной, инвестиционной, и контрольной функций страхование является одним из элементов

финансирования экономики государства путем перераспределения ВВП и источником внутренних долгосрочных инвестиций в экономику.

2. На основании проведенного анализа экономической литературы выявлено влияние страхового рынка на экономику государства, который позволяет значительно уменьшить уровень риска, активизировать деятельность населения и предпринимателей на финансовом рынке, способствует росту качества социальной защиты населения и предпринимателей и развитию механизмов финансирования экономики государства.

3. Обоснованы авторские определения понятий «страховой рынок» как многоуровневая система социально-экономических отношений между субъектами рынка, которая обеспечивает реализацию функций страхования с целью социальной защиты населения государства и «медицинское страхование» как система социально-экономических отношений между субъектами рынка медицинского страхования с целью обеспечения социальной защиты населения, связанной с потерей здоровья посредством дополнительного финансирования отрасли здравоохранения. Такой методический подход позволит более четко определить роль страхового рынка и медицинского страхования как инструментов финансирования отрасли здравоохранения и элемента социальной защиты населения.

4. Определен объект страхового рынка как основы отношений страхования – страховая защита, имеющая социальную направленность и зависящая от вида страхования.

5. Доказано, что медицинское страхование выступает формой социальной защиты в отрасли здравоохранения, методом финансирования социальной защиты является обязательное медицинское страхование, которое в свою очередь является одной из составляющих социального обеспечения. Категорию «медицинское страхование» целесообразно рассматривать как составную часть механизма финансирования отрасли здравоохранения экономики государства, которая предусматривает аккумуляцию средств в специальных фондах через

добровольную и обязательную форму уплаты страховых взносов юридическими и физическими лицами.

6. Международный опыт финансирования отрасли здравоохранения подтверждает необходимость в формировании дополнительных источников финансового обеспечения отрасли за счет развития медицинского страхования как элемента социальной защиты населения.

7. Разработан концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта, применение которого позволит повысить эффективность функционирования отрасли здравоохранения, снизить расходы населения на здравоохранение за счет формирования рациональной структуры источников финансирования отрасли здравоохранения посредством медицинского страхования через систему ДМС и ОМС и улучшить качество медицинского обслуживания населения в зависимости от размера бюджета государства, возможных расходов на охрану здоровья, наличия соответствующей инфраструктуры медицинской отрасли, современного состояния заболеваемости населения, общей системы социальной защиты населения, исторических предпосылок и особенностей государственного регулирования.

По результатам исследований в разделе опубликованы следующие труды:
[101-108].

РАЗДЕЛ 2**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В ЭКОНОМИКЕ ГОСУДАРСТВА****2.1 Анализ источников и эффективности финансирования отрасли
здравоохранения**

Отрасль здравоохранения является важной составляющей деятельности государства и занимает центральное место в социальной защите интересов населения, цель которой заключается в организации и обеспечении доступного медицинского обслуживания населения. Финансирование данной отрасли должно быть направлено на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему качественной медицинской помощи в случае ухудшения здоровья. Для эффективного развития финансового обеспечения такой важной сферы экономики как отрасль здравоохранения необходима разработка и выполнение ряда мероприятий разнопланового характера: организационного, нормативно-правового, экономического, социального, медицинского, научного и культурного.

Финансовое обеспечение отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики основывается на следующей законодательной базе:

Конституции ДНР, принятой 14 мая 2014 г. [246] ,

Законе ДНР №42-ИНС от 24 апреля 2015 г. (Постановление Народного Совета ДНР №I-150П-НС) «О здравоохранении» [109].

Так, в ст. 6 Закона «О здравоохранении» определены категории граждан, которым медицинская помощь оказывается бесплатно в полном объеме, а также указывается, что в Народной Республике имеется «разработка и утверждение программ гарантированного уровня бесплатной медицинской помощи

населению, государственных целевых программ охраны здоровья и программ обязательного медицинского и социального страхования, а также установления порядка планирования объемов работ и финансовых средств на содержание учреждений здравоохранения для реализации этих программ» [109].

Кроме того, в данном законе установлен порядок оказания физическим и юридическим лицам платных медицинских услуг, а также порядок организации и оплаты медицинской помощи и медицинских услуг гражданам, застрахованным по программам ДМС и другим видам страхования, связанным со здоровьем и трудоспособностью.

Несмотря на многочисленные разрушения больниц в прифронтовых районах, в Донецкой Народной Республике функционируют 296 учреждений здравоохранения, оснащенных современным оборудованием, которое осталось еще с довоенного времени. Среди учреждений здравоохранения – 54 больницы, 37 амбулаторно-поликлинических учреждения, 16 диспансеров, 30 поликлиник и 16 специализированных республиканских центров и больниц [110]. Однако, следует отметить, что по данным Республиканского Центра занятости ДНР в учреждениях здравоохранения не хватает медицинского персонала (дефицит медицинских кадров в Республике составляет около 30%) [111].

На сегодняшний день в клиниках Республики осуществляется обеспечение бесплатными лекарствами жителей льготных категорий. Кроме того, такие пациенты, которые проходят амбулаторное лечение, могут бесплатно получать рецептурные препараты и в аптеке.

В 2015 г. Глава Донецкой Народной Республики подписал Постановление о создании государственного предприятия «Республиканского центра «Торговый дом «Лекарства Донбасса», задачей которого стало максимальное расширение ассортимента лекарственных препаратов по доступным ценам.

ГП «Республиканский центр «Торговый дом «Лекарства Донбасса» активно развивает свою аптечную сеть (открыто 23 аптеки и аптечных пункта по Республике). В апреле 2016 г. открыта аптека в Ясиноватой, планируется расширение аптечной сети в Иловайске, Тельманово, Горловке, Новоазовске, в том

числе и в Донецке. Основным импортером лекарственных препаратов является РФ. Однако и на территории ДНР функционирует предприятие по производству медикаментов в лице Горловского концерна «Стирол», на котором производится более сорока сертифицированных по международным стандартам лекарств [112].

Гуманитарная помощь Российской Федерации в части лекарственных средств и изделий медицинского назначения покрывает потребность учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики в среднем на 5-7%. Обеспеченность учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на сегодняшний день по-прежнему остается невысокой от 10% до 15% [113].

Медицинское обслуживание населения в Донецкой Народной Республике осуществляется на условиях государственной социальной помощи из республиканского бюджета, учреждения здравоохранения структурно отделены от учреждений социальной защиты, а их управление осуществляется Министерством здравоохранения ДНР.

Структура расходов бюджета Донецкой Народной Республики в 2015 г. представлена на рисунке 2.1.

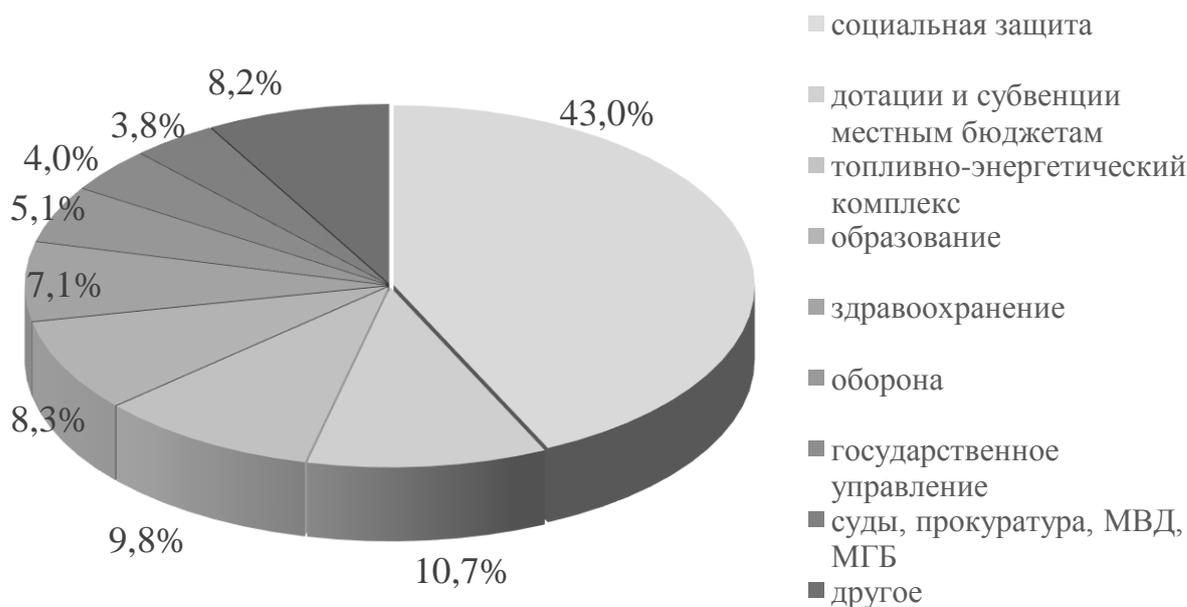


Рисунок 2.1 – Структура расходов бюджета Донецкой Народной Республики в 2015 г.

Вопросы финансирования и формирования бюджета в отрасли здравоохранения регулируются распорядительными документами Министерства финансов Донецкой Народной Республики. Бюджет в данной отрасли формируется на квартал с помесечной разбивкой лимитных ассигнований, согласно требований Министерства финансов Донецкой Народной Республики.

Согласно Доклада Министра здравоохранения В. Кучкового о работе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики за 2015 год в 2015 г. бюджетом не было предусмотрено государственное финансирование программ по лечению социально значимых заболеваний. Тем не менее, обеспечение отдельных медицинских государственных программ и комплексных мероприятий по охране здоровья осуществлялось за счет гуманитарной помощи Российской Федерации в части лекарственных средств и изделий медицинского назначения и международных неправительственных гуманитарных организаций. Так, обеспечение отдельных централизованных мероприятий по лечению больных сахарным диабетом осуществлялось за счет поставок инсулинов в составе гуманитарной помощи РФ, международных неправительственных организаций [113].

Согласно ст. 72 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» объемы бюджетного финансирования определяются на основании научнообоснованных нормативов из расчета на одного жителя, с учетом фактически произведенных расходов за прошлый отчетный период, изменениями форм и условий оплаты труда и цен на товары и услуги [109].

В настоящее время подавляющее большинство государственных и коммунальных учреждений здравоохранения имеют статус бюджетного учреждения. Бюджетное учреждение – организация, созданная органами государственной власти или органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических и иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета на основе сметы доходов и расходов. Финансируется такое учреждение из бюджета любого уровня и не

ведет самостоятельной хозяйственной деятельности, а имеет смету расходов бюджетных средств, получаемую от вышестоящих органов. Организации, наделенные государственным или коммунальным имуществом на праве оперативного управления, признаются бюджетными учреждениями.

Направления использования финансовых ресурсов, независимо от источника их образования (бюджетных либо внебюджетных средств), определяются в строгом соответствии с подразделениями экономической классификации расходов бюджетной классификации, устанавливающими конкретные цели расходования средств.

Использование источников финансового обеспечения отрасли здравоохранения осуществляются следующим образом:

1. Финансовые средства системы здравоохранения направляются на:

возмещение затрат по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения; приобретение лекарственных средств, материалов, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

повышение квалификации и переподготовку медицинских и фармацевтических кадров;

развитие и внедрение достижений медицинской науки и техники в практику;

иные расходы, не запрещенные законодательством.

2. Внебюджетные средства, заработанные на основании договоров с юридическими лицами или посредством предоставления платных услуг населению, средства благотворительных фондов или добровольные пожертвования юридических и физических лиц, а также добровольные компенсации юридическими и физическими лицами расходов на оказание отдельных видов медицинской помощи или отдельных видов расходов учреждений здравоохранения, не могут использоваться для финансирования

государственных, территориальных и целевых бюджетных программ (ст. 73 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении») [109].

В Республике за счет бюджетных средств финансируется ограниченный состав расходов – в основном оплата труда, начисления на фонд оплаты труда, питание, медикаменты, коммунальные услуги. Финансирование остальных видов расходов (услуги по текущему ремонту и обслуживанию техники, инвентаря и медицинской аппаратуры, приобретение оборудования, капитальное строительство, капитальный ремонт и др.) учреждения вынуждены производить за счет внебюджетных средств, привлеченных путем платных дополнительных услуг и ведения предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход согласно действующему законодательству. Такая деятельность является дополнительным к бюджетному финансированию источником средств для развития материально-технической базы учреждений. Привлечение дополнительных внебюджетных средств не влечет за собой снижение нормативов и абсолютных размеров финансирования учреждений за счет бюджетных средств и при этом нарушается основной принцип сметного финансирования – покрытие за счет бюджетных средств всех расходов, необходимых для нормального функционирования учреждения [57].

Таким образом, бюджет Донецкой Народной Республики не обеспечивает в достаточной мере финансовыми ресурсами основные потребности отрасли здравоохранения и характеризуется низкой эффективностью деятельности лечебно-профилактических учреждений, низким качеством медицинской помощи при наличии достаточной обеспеченности населения врачебными кадрами и больничными койками, низкой оплатой труда медицинских работников, отсутствием организационно-экономического механизма контроля необходимого объема и качества медицинской помощи, наличием остаточного принципа финансирования отрасли здравоохранения и не создает предпосылок для оказания качественной медицинской помощи населению в необходимых объемах и относится к низкоэффективной отрасли экономики. Об этом

свидетельствуют показатели рождаемости и смертности (4,0 и 12,5 соответственно в расчете на 1 000 человек – в 2015 г.).

Причинами возникновения дефицита финансирования отрасли здравоохранения являются:

отсутствие связи между качеством медицинских услуг и расходами на ее финансирование, а также отсутствие мотивации медицинских кадров к качественному труду;

низкий уровень профилактики и доли первичной медико-санитарной помощи в структуре медицинских услуг;

неэффективное использование бюджетных средств в отрасли здравоохранения;

дублирование медицинских услуг на различных уровнях оказания медицинской помощи, отсутствие механизма управления потоками пациентов на различных уровнях оказания медицинских услуг;

низкая самостоятельность медицинских учреждений при использовании финансовых ресурсов [114];

несоответствие объемов средств, направляемых из официальных источников на ее финансирование, объемам существующих потребностей, особенно социально незащищенным слоям населения;

финансирование не медицинской услуги, оказанной пациенту, а медицинского учреждения.

В этих условиях возрастает значение поиска адекватных форм социальной поддержки отрасли здравоохранения путем привлечения дополнительных источников финансового обеспечения данной отрасли.

Как показал анализ международной практики финансирования отрасли здравоохранения, проведенный в первом разделе диссертации, государственное обеспечение потребностей населения в отрасли здравоохранения может эффективно дополняться системами медицинского страхования, целью которых является сохранение здоровья населения, обеспечения достижения

биологического долголетия и предоставления медицинских услуг с гибкостью и доступностью [115; 116].

Таким образом, в Донецкой Народной Республике особое внимание уделяется развитию отрасли здравоохранения и создаются надежные условия для равного доступа всех граждан к своевременному и качественному медицинскому обслуживанию. Однако провести ретроспективный анализ развития отрасли в Республике не представляется возможным, так как до недавнего времени ее территория входила в состав Украины и самостоятельных статистических данных еще не накоплено. В связи с этим возникает необходимость в сравнительном анализе двух основных моделей финансирования отрасли здравоохранения на примере Украины, где используется бюджетная модель финансирования и Российской Федерации, где с 1993 г. применяется бюджетно-страховая модель финансирования отрасли здравоохранения, основанная на использовании финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования.

Финансирование отрасли здравоохранения в Украине и РФ осуществляется из различных источников, представленных на рисунке 2.2.

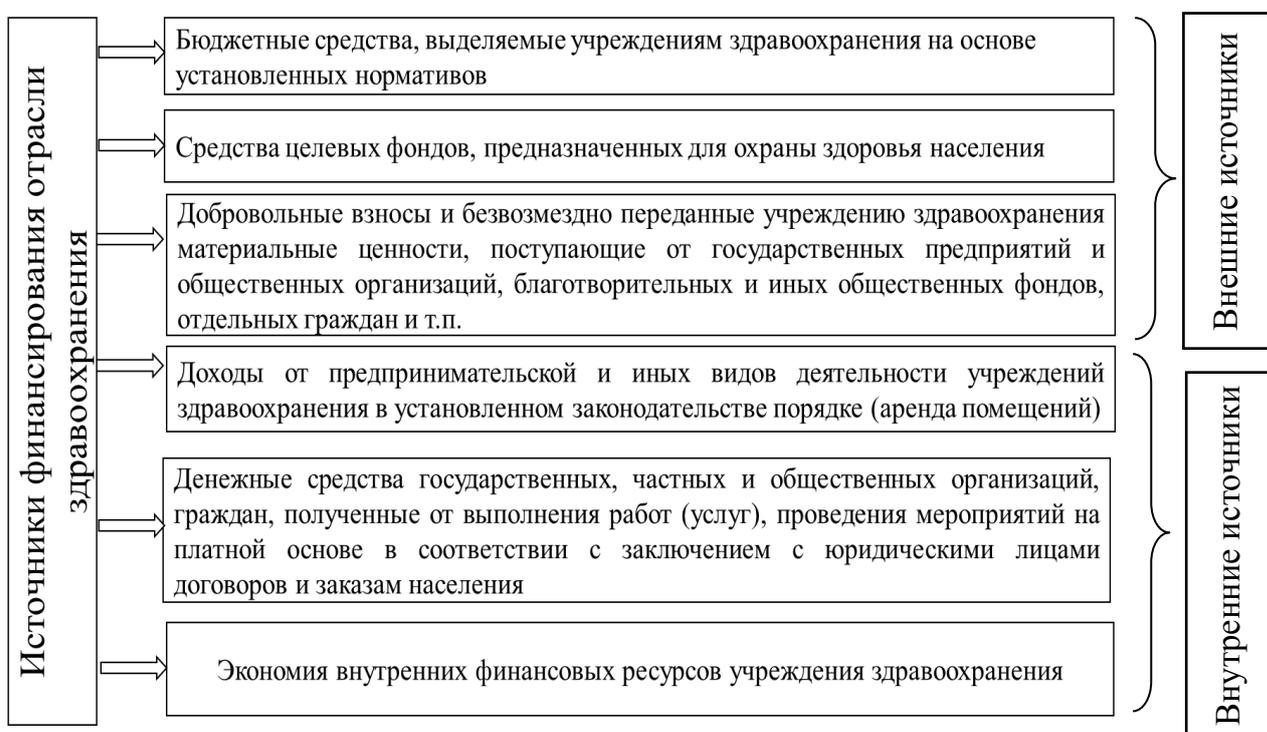


Рисунок 2.2 – Основные источники финансирования отрасли здравоохранения (разработано автором)

С целью улучшения финансового обеспечения отрасли здравоохранения целесообразно использовать дополнительные источники финансовых ресурсов. К таким источникам следует отнести средства больничных касс, платежи населения, частного бизнеса и медицинского страхования.

Определение расходов населения на здравоохранение также обусловлено отсутствием полной информацией. Возможным путем для такого расчета является использование статистической информации относительно средних годовых расходов населения на здравоохранение.

Состав и структура источников финансового обеспечения отрасли здравоохранения Украины и Российской Федерации представлены в табл. 2.1.

Таблица 2.1 – Структура источников финансового обеспечения отрасли здравоохранения Украины и Российской Федерации за 2011-2015 гг., %

Источники финансирования	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Государственные:					
- Украина	56,63	53,40	55,23	54,14	50,80
- РФ (с учетом ОМС)	54,12	54,18	55,18	52,28	52,20
Частные:					
- Украина	40,50	43,64	41,98	43,09	46,22
- РФ	43,30	43,36	42,55	45,43	45,85
ДМС:					
- Украина	2,39	2,36	2,12	2,13	2,38
- РФ	2,38	2,23	1,99	1,99	1,66
Внешние:					
- Украина	0,48	0,60	0,67	0,64	0,60
- РФ	0,20	0,23	0,28	0,30	0,29
ВСЕГО:					
- Украина	100	100	100	100	100
- РФ	100	100	100	100	100

Составлено автором на основе данных [117]

Объём финансирования отрасли здравоохранения через больничные кассы невозможно определить, поскольку эти учреждения созданы на общественных началах и не подчиняются ни одному министерству. Кроме того, расходы осуществляются путем непосредственной выдачи пациентам больничных средств, поэтому не могут учитываться учреждениями здравоохранения. Следует также отметить, что их объемы существенно не влияют на структуру источников финансирования, так как участниками больничных касс является около 1,8-2% населения, которые дополнительно вносят в систему около 0,1% от всех средств.

Роль внешних источников оценить достаточно сложно, однако их доля в финансировании отрасли здравоохранения как в Украине, так и в Российской Федерации мала. По статистическим данным их вклад составляет менее 1% от общего объема затрат и в основном данные средства используются для оказания технической помощи [118; 119].

Доля средств в бюджетной системе финансирования отрасли здравоохранения и системе ОМС от общего размера государственного финансирования Российской Федерации представлена на рисунке 2.3.

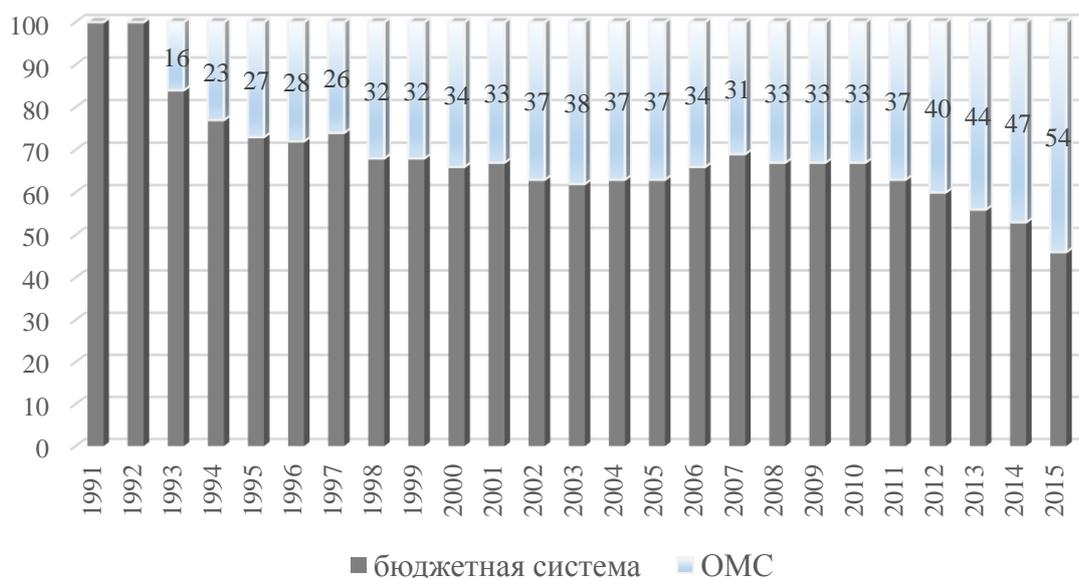


Рисунок 2.3 – Доля средств в бюджетной системе финансирования отрасли здравоохранения и системе ОМС, % от общего размера государственного финансирования Российской Федерации [120; 121]

В Российской Федерации обязательное медицинское страхование было введено в 1993 г. В 2011–2015 гг. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» была проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

В результате реформы произошла стабилизация финансовых потоков и доля государственного финансирования отрасли здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения (рисунок 2.3).

Таким образом, с 2015 г. в РФ финансирование лечебно-профилактических учреждений, которые оказывают медицинскую помощь населению и имеют договора по предоставлению базовой программы ОМС, стало «одноканальным»: расходы на оказание медицинской помощи – за исключением так называемых социально значимых ее видов (лечение больных туберкулезом, СПИДом, психическими заболеваниями), – возмещаются только из одного источника (средств обязательного медицинского страхования). Одноканальное финансирование дает возможность более эффективно расходовать средства, выделяемые из бюджета, поскольку позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские учреждения, с объёмами и сложностью оказываемой медицинской помощи и достигаемыми результатами.

На первых этапах перехода к одноканальному финансированию наблюдалось ухудшение финансовой ситуации во многих учреждениях здравоохранения, что было связано с недостатками в организационной работе, с ростом цен на медикаменты, расходные материалы и медицинское оборудование, обусловленным ослаблением рубля.

Одним из критериев эффективности функционирования отрасли здравоохранения и уровня общественного здоровья (ожидаемая продолжительность жизни), эксперты ВОЗ считают долю ВВП в расходах на нужды здравоохранения (таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Структура расходов на здравоохранение в различных странах

Страна	Общие расходы, в % к ВВП	Государственные расходы, в % к ВВП	Ожидаемая продолжительность жизни, лет
Украина	7,1	3,6	71
Российская Федерация	7,0	3,5	70
Республика Беларусь	6,0	3,8	73
Польша	7,0	4,7	77
Германия	11,3	8,6	80,8
Великобритания	9,5	7,7	81,0
США	17,1	8,1	79,0
Австрия	11,0	8,7	81,0
Дания	11,0	9,6	81,0
Нидерланды	13,0	9,9	81,3
Швеция	10,0	7,9	82,0
Франция	12,0	9,0	82,0

Составлено автором по данным [122; 123]

Как видно из таблицы 2.3, чем меньше выделяется средств на здравоохранение, тем ожидаемая продолжительность жизни ниже и, соответственно, состояние здоровья населения хуже. Среди стран Европы Украина занимает 25 место, а Россия – 27 место из 28 стран по продолжительности жизни. Населения обеих стран (Украины и РФ) имеют схожие проблемы, решение которых требует незамедлительных вмешательств со стороны Министерства здравоохранения.

Низкий уровень здоровья населения Украины и России объясняется неудовлетворительным уровнем социально-экономических условий, загрязненностью окружающей среды, отсутствием эффективной профилактики и неудовлетворительным качеством медицинского обслуживания, о чем свидетельствует ожидаемая продолжительность жизни при рождении (рисунок 2.4).

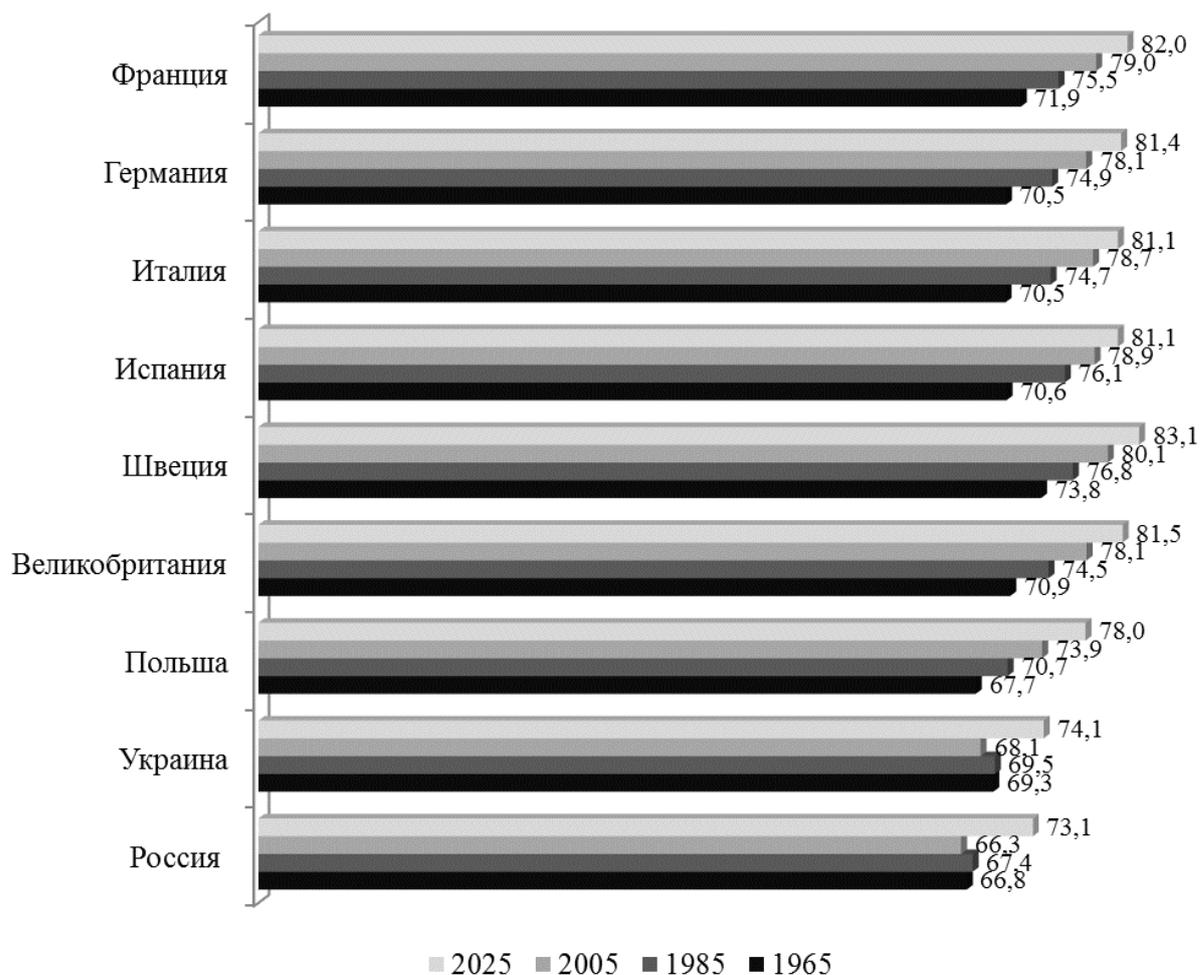


Рисунок 2.4 – Средняя продолжительность жизни при рождении ряда европейских стран, 1965-2025 гг.

(разработано автором на основе данных [117])

Из рисунка 2.4 можно заметить, что состояние отрасли здравоохранения в Украине и России – критическое. Подтверждением этого является продолжительность жизни в анализируемых странах, которая по сравнению с Европой на 10-12 лет ниже, чем в 60-х годах. Это свидетельствует об угрозе сокращения количества трудоспособного населения вследствие проблем, связанных в том числе с отраслью здравоохранения.

Значимым показателем, характеризующим состояние финансового обеспечения отрасли здравоохранения, является доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах государства (рисунок 2.5).

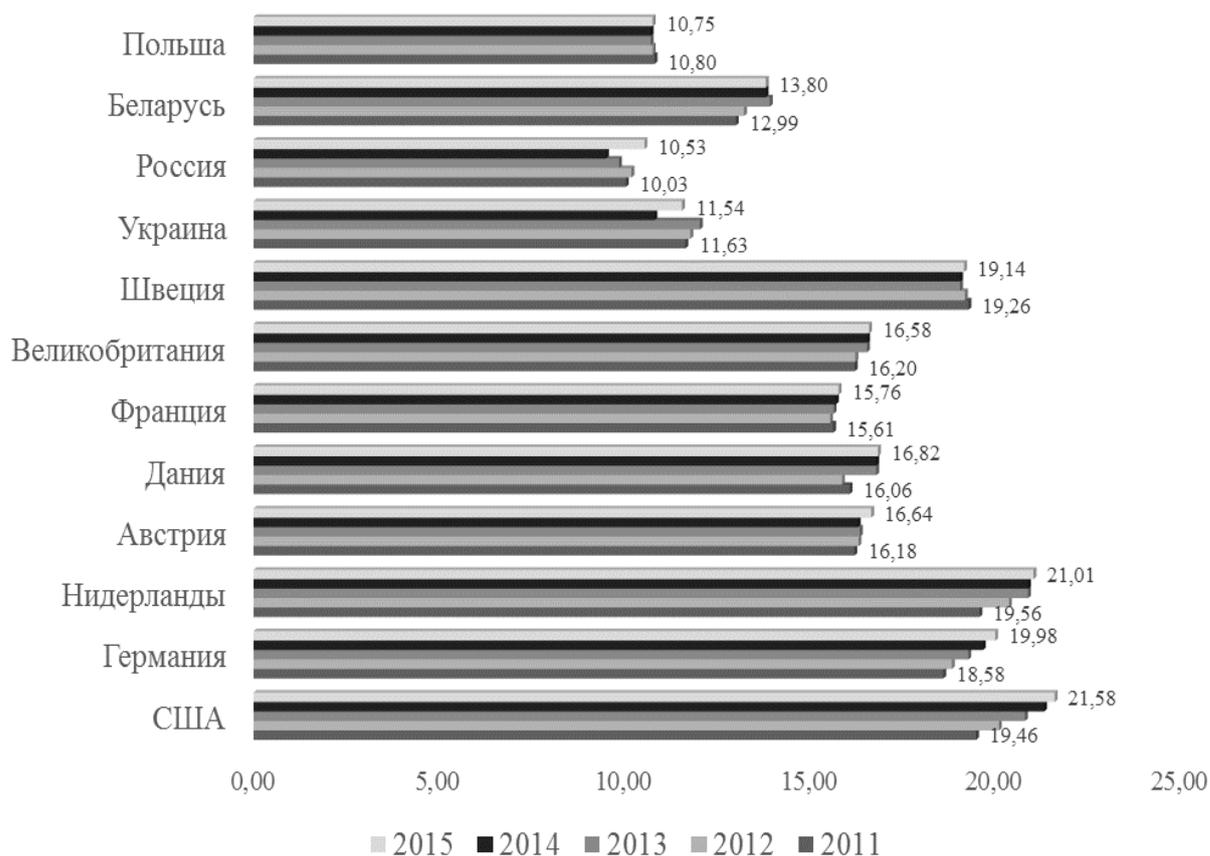


Рисунок 2.5 – Динамика расходов на отрасль здравоохранения в % от государственных расходов ряда стран, %
(разработано автором на основе данных [131])

Как видно из рисунка 2.5, расходы на здравоохранение характеризуются нестабильной динамикой, но занимают важное место в общем объеме финансирования социальных мероприятий (11,54 % в 2015 г. в Украине и 10,53 % в 2015 г. в РФ). Однако данный показатель находится ниже аналогичных показателей в ряде европейских стран.

Приведенная выше характеристика еще раз свидетельствует о низкой эффективности действия отрасли здравоохранения как Украины, так и Российской Федерации и негативную демографическую ситуацию в обеих странах (рисунок 2.4 и рисунок 2.5).

Основные показатели, отражающие состояние здоровья населения Украины и Российской Федерации, представлены в Приложениях Ж и Л.

Показатели демографического развития в сравниваемых странах (Приложения Е и К) оказывают прямое воздействие на функционирование отрасли здравоохранения, поэтому изменения в численности населения, в уровне и структуре заболеваемости должны учитываться при планировании деятельности медицинских учреждений, их мощности и финансирования, чтобы при имеющемся ограниченном объеме ресурсов способствовать созданию и развитию такой системы здравоохранения, которая будет влиять на показатели, отражающие уровень здоровья и качество жизни населения, а также обеспечивать соблюдение принципов доступности и эффективности.

Учитывая, что основным источником финансирования учреждений здравоохранения выступают бюджетные средства рассмотрим структуру бюджетного финансирования отрасли здравоохранения Украины (рисунок 2.6).



Рисунок 2.6 – Динамика изменений финансирования расходов на здравоохранение в Украине, за 2006-2015 гг., млрд. грн.

(разработано автором по данным [124; 125])

Как видно из рисунка 2.6, в разрезе бюджетов преобладают средства местных бюджетов, доля которых в 2015 г. составила 83,9%, кроме того, расходы на здравоохранение ежегодно растут, что связано с увеличением количества больных.

Несмотря на ежегодное увеличение номинальных объемов расходов Сводного и Государственного бюджетов на отрасль здравоохранения (рис.2.6), их экономическая и функциональная структуры остаются почти без изменений, большая часть бюджетного финансового обеспечения расходуется на заработную плату персонала учреждений здравоохранения и оплату коммунальных услуг, таким образом, состояние медицины не улучшается и их величина не достигает европейских стандартов, что свидетельствует об отсутствии стратегических подходов к перспективным целям и ручное управление финансированием данной отрасли. Чем больше тратится средств на развитие и совершенствование отрасли здравоохранения, тем дольше живет население.

Сегодня Украина и Российская Федерация тратит на здравоохранение около 3-4% ВВП (рис. 2.7), а во времена СССР этот показатель составлял 6-6,5% ВВП. Этот показатель остается в 2-3 раза ниже, чем в европейских странах. Так, в странах - членах ЕС соответствующие расходы составляют 8,7% ВВП [72], в США – 11-14%, в Германии – 10-11% [126], в Дании – 7,9%, в Австрии – 7,7%, в Швеции – 7,5% [127].

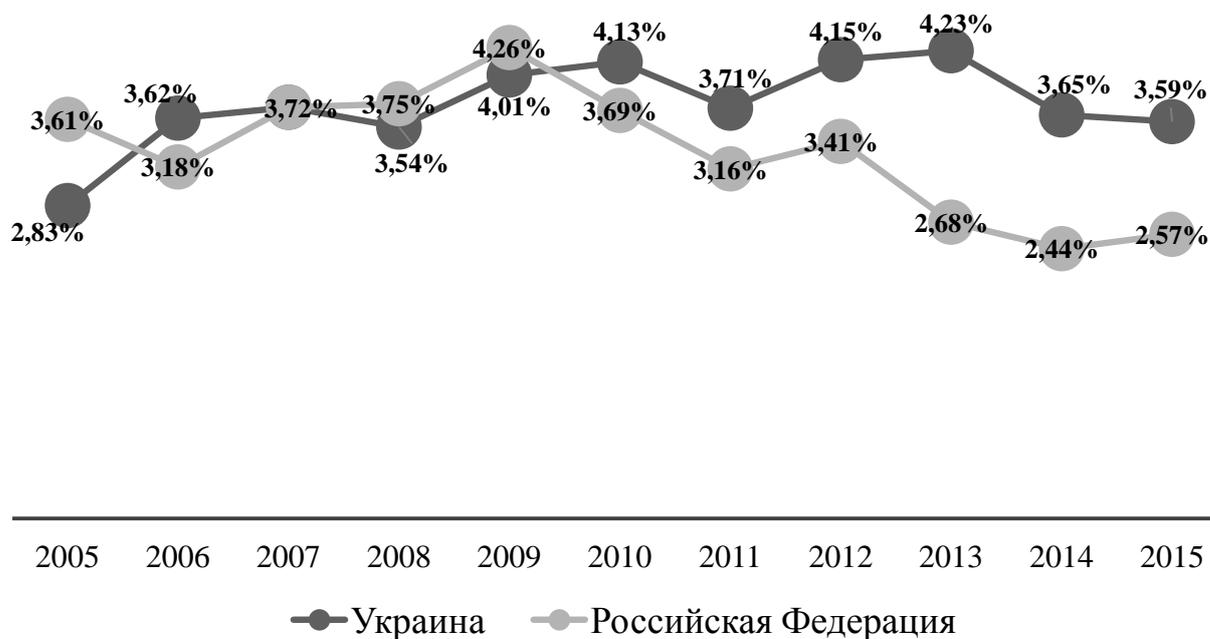


Рисунок 2.7 – Доля государственных расходов на здравоохранение в Украине и Российской Федерации (% от ВВП) (разработано автором на основе данных [117])

Такой уровень финансирования отрасли здравоохранения является недостаточным и обеспечивает около половины от потребности, поскольку на законодательном уровне закреплено, что для обеспечения эффективной и квалифицированной медицинской помощи доля государственных расходов на здравоохранение за счет бюджетных средств должна составлять 7-10% ВВП [128].

О неполноценном государственном финансовом обеспечении отрасли здравоохранения свидетельствует уровень выполнения плановых показателей финансирования расходов на здравоохранение в Украине в разрезе бюджетов, представленный в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Выполнение плана финансирования расходов на здравоохранение в Украине в 2011-2015 гг. в разрезе бюджетов

Год	Государственный бюджет			Местные бюджеты			Сводный бюджет		
	План, млн грн.	Факт, млн грн.	Уровень выполнения, %	План, млн грн.	Факт, млн грн.	Уровень выполнения, %	План, млн грн.	Факт, млн грн.	Уровень выполнения, %
2011	10922,9	10223,9	93,6	47989,4	46693,7	97,3	58912,3	57086,0	96,9
2012	12520,6	11358,5	90,7	47492,0	47095,4	99,2	60012,6	58453,9	97,4
2013	14052,6	12879,3	91,7	50907,6	48689,4	95,6	64960,2	61568,7	94,8
2014	11251,1	10580,8	94,0	52866,1	46569,3	88,1	64117,2	57150,1	89,1
2015	12660,5	11450,4	90,4	62949,1	59541,1	94,6	75609,6	70991,5	93,9

Составлено автором

Данные таблицы 2.4 показывают, что утвержденный план финансирования расходов на здравоохранение не выполнялся на протяжении всего анализируемого периода, не говоря уже об обеспечении реальной потребности отрасли здравоохранения в финансовых средствах.

Проанализируем структуру и степень выполнения расходов на здравоохранение из Государственного бюджета Украины за 2011-2015 гг. (таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Структура расходов на здравоохранение из Государственного бюджета Украины за 2011-2015 гг.

Год	Поликлиники и амбулатории, неотложная помощь		Больницы и санаторно-курортные учреждения		Санитарно-профилактические учреждения		Исследования и разработки в сфере здравоохранения		Другая деятельность в отрасли здравоохранения		Всего, %
	Доля, %	Выполнение плана, %	Доля, %	Выполнение плана, %	Доля, %	Выполнение плана, %	Доля, %	Выполнение плана, %	Доля, %	Выполнение плана, %	
2011	9,5	96,7	50,4	92,5	19,8	97,7	3,1	93,9	17,2	90,9	93,6
2012	5,8	97,3	53,2	87,1	16,8	96,6	2,9	96,6	21,3	93,5	90,7
2013	12,7	97,9	51,4	88,9	8,3	91,3	2,6	95,6	24,9	94,3	91,7
2014	11,5	98,0	53,5	93,5	8,6	92,4	2,1	94,8	24,3	92,7	94,0
2015	12,0	97,2	53,8	89,7	9,2	94,6	2,4	95,8	22,6	89,7	90,4

Составлено автором

В структуре плана расходов на здравоохранение предусмотрена статья расходов на медицинскую продукцию и оборудование. Расходы на эту категорию в структуре Государственного бюджета равны 0. Наибольшую часть расходов в общей структуре составляют расходы на больничные и санаторно-курортные учреждения (более 50% всех расходов), в то же время по этой статье расходов наблюдается самый низкий показатель выполнения плана (ниже 90%).

Наименьшая часть расходов направлена на исследования в отрасли здравоохранения из Государственного бюджета (до 3%), что является

негативным явлением, поскольку отрасль здравоохранения требует научных исследований и открытий для своего успешного развития, включая улучшение состояния здоровья населения и рост продолжительности жизни.

В 2014 г. наблюдается самая высокая, в сравнении с предыдущими годами, степень выполнения плановых заданий по расходам на здравоохранение – 94,04%. Кроме того, в этот период увеличилась достаточно низкая в предыдущих периодах степень выполнения плана по расходам на больничные и курортно-санаторные учреждения – до 93,53%.

Следует отметить, что на протяжении анализируемого периода систематически выявлялось нецелевое и незаконное использование бюджетных средств; не разрабатывалась Государственная программа развития санаторно-курортной отрасли; не были утверждены нормативы лечебного питания; были выявлены значительные недостатки в планировании расходов; некачественно предоставлялось оказание медицинских услуг, наблюдались существенные ошибки врачей, а также неэффективное назначение использования лекарств, применялись непрозрачные схемы в отрасли здравоохранения, недостаточно использовался зарубежный опыт [129].

Анализ финансового обеспечения отрасли здравоохранения показывает, что финансовый потенциал лечебно-профилактических учреждений зависит от бюджетных средств, которые не в состоянии полностью удовлетворить потребности указанных институтов. Из-за неспособности государств устранить негативные последствия влияния рыночных механизмов на функционирование отрасли здравоохранения, в учреждениях отрасли быстрыми темпами развивается «теневой» сектор, способный вызвать нежелательные последствия:

экономические: денежные потоки от неофициальных платежей пациентов за предоставление медицинских услуг не инвестируются в развитие медицинских учреждений (внедрение новых медицинских технологий, улучшение качества медицинских услуг и т. д.) и ограничивают возможности органов государственной и местной власти увеличивать бюджетные средства на их содержание;

социальные: конституционное право граждан на бесплатное медицинское обслуживание не обеспечивается в полной мере, из-за роста стоимости медицинских услуг уменьшается их доступность для социально-уязвимых слоев населения, возникает социальная напряженность и недовольство среди пациентов и медицинского персонала [130].

Формульный порядок расчета объемов расходов на охрану здоровья из местных бюджетов предусматривает фиксированный объем бюджетных ассигнований на одного жителя (финансовый норматив бюджетной задолженности) и с помощью корректирующих коэффициентов учитывает дифференциацию потребностей населения определенной административной территории в медицинской помощи в зависимости от возраста и пола, учреждения здравоохранения финансируются на основе оперативно-сетевых показателей их мощности. При этом не берутся во внимание количество и качество предоставленных медицинских услуг, вид медицинского учреждения в зависимости от возрастной структуры пациентов, которые обслуживаются. Таким образом, не обеспечивается приоритетность финансирования учреждений отрасли здравоохранения при распределении бюджетных средств на локальном уровне.

Такая ситуация приводит к недофинансированию учреждений здравоохранения из-за несоответствия между численностью населения и объёмом финансовых ресурсов, предназначенных для удовлетворения его потребностей в медицинской помощи.

Финансовые ресурсы, которые инвестируются в отрасль здравоохранения, используются с низкой экономической эффективностью: направляются на содержание медицинских учреждений, а не на лечение пациентов; не зависят от конечных результатов деятельности учреждений здравоохранения; не вполне соответствуют потребностям названных институтов. Такая практика не способствует улучшению качества и обеспечению доступности медицинской помощи населению.

Кроме того, медицинские учреждения со статусом бюджетных организаций с ограниченными правами по финансовому управлению, ориентированы только на систему стандартов, которые корректируются органами здравоохранения и лишены экономических стимулов для улучшения результативности деятельности и повышения предоставления качественной медицинской помощи населению.

Сравнительная характеристика эффективности структуры отрасли здравоохранения в Украине, России и странах ЕС представлена в таблице 2.6.

Таблица 2.6 – Сравнительная характеристика эффективности структуры отрасли здравоохранения в Российской Федерации, Украине и странах ЕС

Показатель	Российская Федерация	Украина	Страны ЕС
Количество ЛПУ на 10 000 населения	0,6	0,7	4,1
Количество врачей на 10 000 населения	6,4	6,3	9,4
Количество больниц на 100 000 населения	6,8	6,3	3,1
Число больничных коек на 10 000 населения	87	91	55
Уровень госпитализации, %	21,9	21,9	18
Средняя продолжительность лечения, дней	13,0	12,8	9,2
Необоснованность госпитализации	30-40%	30-50%	-

Составлено автором на основе данных [117; 131]

Как видно из таблицы 2.6 количество лечебно-профилактических учреждений как в Украине, так и в Российской Федерации в 4 раза меньше, а обеспеченность врачами – в 1,5 раза меньше, чем в странах ЕС.

В Украине не существует четкого разделения на службы первичной и вторичной помощи. К выполнению функции первичной помощи фактически привлекаются все специалисты поликлиники, что приводит к чрезмерному использованию специализированной амбулаторной помощи.

Количество стационаров превышает аналогичный показатель стран Европы более чем в 2 раза, что приводит к распылению ресурсов и низкому качеству медицинского обслуживания.

Несмотря на то, что в Украине и Российской Федерации произошло сокращение коечного фонда почти на треть за период с 2004 по 2015 гг., общая обеспеченность койками на 10 000 населения остается достаточно высокой – 91 и 87 соответственно, что в 1,7 и в 1,6 раза превышает аналогичные показатели в странах ЕС.

Соответственно и интенсивность использования стационарной помощи в Украине и РФ – уровень 21,9% и продолжительность госпитализации 12,8 и 13 дней соответственно, существенно превышает показатели в странах ЕС (18,0% и 9,2 дня) [122].

Важной проблемой государственного управления в отрасли здравоохранения является развитие нормативно-правовой базы. Сейчас в Украине общественные отношения в этой сфере регулируются Конституцией Украины, Основами законодательства об охране здоровья. На сегодня в отрасли здравоохранения действуют более 300 законов Украины, более 150 указов Президента, около 700 постановлений Кабинета Министров Украины, касающихся вопросов охраны здоровья прямо или косвенно.

Что касается Российской Федерации основными нормативно-правовыми актами в отрасли здравоохранения являются Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ФЗ от 29.11.10 №326-ФЗ «Об ОМС в РФ» и Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [138-140]. Кроме этого, как и в Украине, имеется огромное количество законов в сфере медицины.

Анализируя количественный и качественное состояние существующих законов в сфере медицины, можно отметить, что все они не решают вопросы комплексного подхода к урегулированию соответствующих общественных отношений. Состояние медицинского законодательства не имеет системного характера и не учитывает тенденции современного законодательства в целом. Поэтому для упорядочения действующих законов, всех нормативных актов, приведение юридических норм в упорядоченную и согласованную систему необходимым возникает создания единого кодифицированного законодательного акта, которым бы осуществлялось единое и одинаковое регулирование общественных отношений в медицинской сфере.

Современная отрасль здравоохранения как в Украине, так и в Российской Федерации характеризуется существованием серьезных проблем и требует модернизации существующих старых бюджетных систем финансирования. Однако возможности преобразований в этой сфере существенно ограничены имеющимися финансовыми ресурсами государства. Таким образом, возникает необходимость рационального использования финансовых ресурсов в данной отрасли, оптимизации взаимоотношений между государством, обществом и рынком, применение эффективных моделей финансирования отрасли здравоохранения, поиска новых инструментов, методов и механизмов управления отрасли здравоохранения, которые могут способствовать решению таких проблем.

Данные сравнительного анализа здоровья населения, эффективности и доступности медицинской помощи и уровня финансового обеспечения отрасли здравоохранения показали, что не только объем финансирования влияет на уровень здоровья населения, но и то каким образом распределяются финансы в отрасли здравоохранения и насколько эффективно они используются.

На примере Российской Федерации следует констатировать тот факт, что бюджетно-страховая модель не обеспечила дополнительный приток средств и более высокие результаты развития отрасли здравоохранения. Однако данная

модель имеет ряд преимуществ по сравнению с бюджетной моделью, среди которых:

страховые взносы имеют целевой характер, что укрепляет ожидания в отношении более устойчивых поступлений средств в отрасль здравоохранения, поскольку ставка фиксирована по отношению к фонду оплаты труда и направлена на нужды здравоохранения независимо от складывающихся бюджетных приоритетов;

основой страховой модели является оплата за объемы и качество медицинской помощи, а бюджетной – сметное финансирование;

в бюджетной модели объектом финансирования выступают подведомственные медицинские учреждения, бюджетно-страховая модель предполагает заключение договоров между страховщиком и медицинской организацией любой формы собственности;

принципиальная возможность более свободного движения денег в страховой модели заметно выше, чем в бюджетной;

страховая модель финансирования отрасли здравоохранения обеспечивает высокий уровень солидарности и справедливости за счет механизмов перераспределения финансов, которые идут на оплату медицинской помощи между материально обеспеченными и социально незащищенными группами населения, а также между здоровыми и больными [123].

Таким образом, стратегическим заданием финансовой политики отрасли здравоохранения на современном этапе является увеличение объема ее финансирования. Наиболее эффективным путем реализации этого задания, как свидетельствует положительный опыт большинства европейских стран, мог бы стать переход от бюджетной модели финансирования отрасли здравоохранения к бюджетно-страховой модели при условии рационального ее применения.

Таким образом, в Украине и Российской Федерации недостаточно используется мировая практика защиты здоровья населения и опыт обеспечения эффективности системы здравоохранения, что негативно сказывается на здоровье населения анализируемых государств. Специалисты европейских стран

давно обосновали эффективность семейной медицины по профилактике заболеваний, тогда как в анализируемых странах такая медицина пока находится на начальной стадии развития.

По оценкам ВОЗ, от 20 до 40% всех средств на финансирование отрасли здравоохранения тратится на то, что способствует повышению уровня здоровья людей. Для того, чтобы получить потенциальные выгоды для здоровья населения, необходимо реинвестировать эти средства в другие результативные программы и мероприятия. Страны с низким уровнем доходов населения могут экономить 12-24% всех расходов на отрасль здравоохранения ежегодно за счет повышения экономической эффективности больниц или деятельности медицинского персонала, что позволит высвободить ресурсы для обеспечения потенциального распространения защиты от финансовых рисков на большее количество людей [147].

Становление Донецкой Народной Республики предопределяет необходимость проведения реформ в отрасли здравоохранения с учетом международного опыта и внедрения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения ДНР на основе медицинского страхования.

Финансирование отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики за счет страхования отсутствует, в Украине и Российской Федерации оно незначительное и составляет всего 2,3% и 1,99% соответственно от бюджетного финансирования здравоохранения, а в европейских странах доля ДМС в отрасли здравоохранения составляет 5-18%.

ВОЗ рекомендует следующие пропорции: 60% – государственный бюджет, 30% – медицинское страхование, 10% – платные услуги [133].

Таким образом, приведенные факты являются свидетельством того, что в условиях рыночных отношений только бюджетного финансирования недостаточно для нормального функционирования медицинской отрасли.

Одним из направлений повышения эффективности отрасли здравоохранения в Донецкой Народной Республике и альтернативным источником финансового обеспечения отрасли является поэтапное введение

системы медицинского страхования, которое предусматривает территориальное аккумулирование финансовых ресурсов в страховых фондах, и должно обеспечить формирование принципиально новой, адаптированной к современным условиям, социальной инфраструктуры, создать прозрачные механизмы правовых, социально-экономических и финансовых взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг.

Среди анализируемых моделей финансирования отрасли здравоохранения (бюджетной в Украине и бюджетно-страховой в РФ), наиболее приемлемой для Донецкой Народной Республики является модель с преимущественно страховой системой финансирования, для функционирования которой необходимо:

- сформировать соответствующую нормативно-правовую базу;
- произвести структурные изменения в отрасли здравоохранения;
- создать специальный фонд финансирования отрасли здравоохранения;
- разработать условия его функционирования, контроля и организации.

2.2 Оценка роли добровольного медицинского страхования в финансировании отрасли здравоохранения

В первой главе диссертационного исследования было доказано, что без развитого страхового рынка невозможно обеспечение поступательного социально-экономического развития экономики государства, безопасное функционирование субъектов хозяйствования, повышение благосостояния населения, а также обеспечение всех сфер его жизнедеятельности.

Из-за невозможности дать оценку рынка медицинского страхования и его отсутствием в Донецкой Народной Республике целесообразно провести анализ данного рынка в Украине, так как развитие страхового рынка до 2014 г. на территории Республики происходило в составе Украины.

По общему объему страховых премий Украина занимает 49 место (2 909 млн дол. США), по доле страховых премий в ВВП – 58 место (2,11%), по доле премий на душу населения – 74 место (64 дол. США).

В Украине застраховано около 10% рисков, тогда как в большинстве развитых стран мира 90-95%. Доля украинского страхового рынка в общеевропейском объеме страховых услуг составляет 0,05% [168].

Такие данные, с одной стороны, свидетельствуют о неразвитости украинского страхового рынка, а с другой – об его потенциале, который может быть реализован при условии экономического роста страны.

Однако, общее количество страховых компаний в Украине остается высоким. Так, количество страховых компаний в Украине значительно превышает количество страховщиков в других странах СНГ (в России – 600, в Казахстане – 40, в Молдове – 24, в Республике Беларусь – 25, в Грузии – 15, в Таджикистане – 10 [169]) и на ведущих европейских страховых рынках стран, имеющих более высокие показатели ВВП на душу населения (Приложение М).

Динамика развития страховых компаний Украины за 1999-2015 гг. представлена на рисунке 2.8.

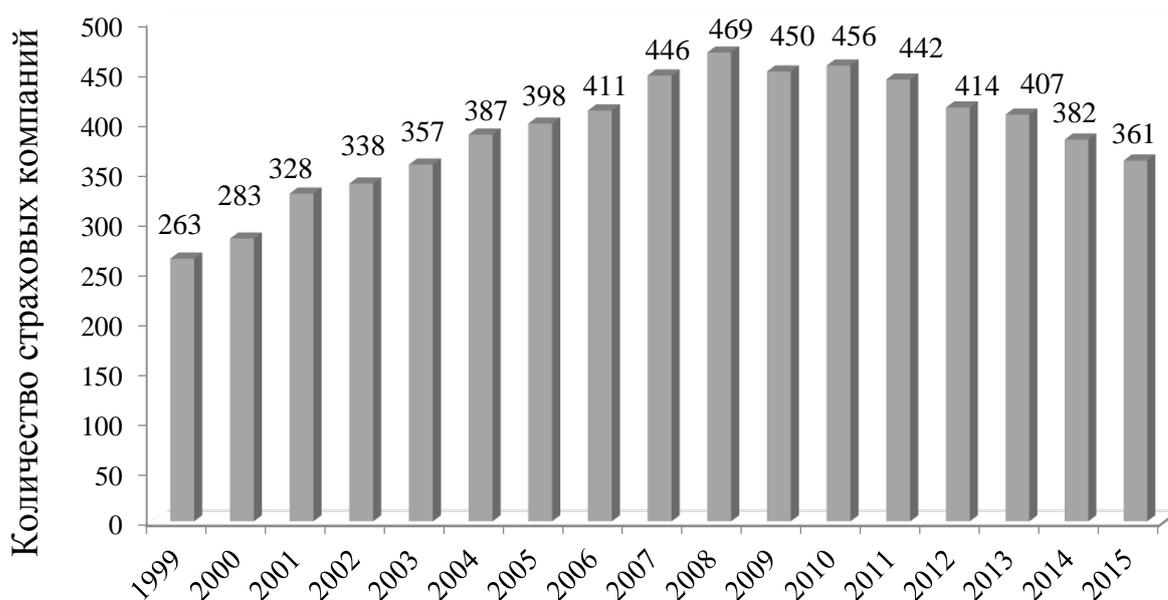


Рисунок 2.8 – Динамика развития страховых компаний Украины по 1999 – 2015 гг. (разработано автором по данным [167])

Рисунок 2.8 показывает, что общее количество страховых компаний постепенно увеличивалось до 2008 г., а после кризиса 2008 г. – постепенно начинает снижаться. Количество страховых компаний (СК) по состоянию на 01.01.2016 г. составило 361, из которых 49 СК по страхованию жизни (СК «Life») и 312 СК, осуществляющих виды страхования, иные, чем страхование жизни (СК «non-Life»).

Несмотря на большое количество страховых компаний, увеличение объемов страховых операций, расширение направлений страховой деятельности и внедрение новых страховых услуг, страховой рынок остается достаточно закрытым, уязвимым, финансово слабым и экономически ограниченным. Свидетельством этого является место Украины в современном мировом страховом пространстве по объёмам сбора страховых премий, долей страховых премий в ВВП, размером страховой премии в расчете на одного человека (таблица 2.7).

Таблица 2.7 – Доля Украины на мировом страховом рынке

Страна/Регион	Объём страховых премий, млн. долл. США	Доля страховых премий в ВВП, %	Премии на душу населения, долл. США
Мировой страховой рынок	4 324 239,0	6,9	625,2
Украина	2 909,0	2,1	64,0
G7: США, Канада, Великобритания, Германия, Франция, Италия, Япония	2 832 521,0	8,8	3 755,8
Западная Европа	1 524 728,0	8,4	2 870,8
Центральная и Восточная Европа	88 345,0	2,6	274,2
ASEAN: Сингапур, Малайзия, Таиланд, Индонезия, Филиппины, Вьетнам (не включены: Бруней, Камбоджа, Лаос, Мьянма)	57 166,0	3,0	104,7

Составлено автором на основе [151]

Как видно из таблицы 2.7, общий объём украинского страхового рынка по сбору страховых премий составляет 2,9 млрд. долл. США при объёмах мирового рынка страхования 4 324,2 млрд. долл. Это означает, что страховой рынок Украины занимает всего 0,01% мирового страхового рынка, 0,05% европейского страхового рынка и 3,3% страхового рынка Центральной и Восточной Европы. Эти показатели являются мизерными, особенно учитывая географическое расположение Украины, численность ее населения (более 7% населения Европы) и экономический потенциал [151; 170].

Индикатором «здоровья» страхового рынка является соотношение между страховыми выплатами и страховыми премиями [41]. Для страхового рынка Украины характерны значительные колебания этого показателя. Например, в 2004 г. такое соотношение составляло 7,9%, в 2005 г. – 58,2%, в кризисном 2009 г. – 32,9%, в 2012 г. – 23,9%. Это указывает на крайне нестабильную ситуацию на рынке страхования. Таким образом, соотношение между страховыми премиями и страховыми выплатами по рынку страхования составляет в целом менее 30%, а в странах с высокой страховой культурой этот показатель достигает 50-70% [148].

Следует отметить, что на развитых страховых рынках мира уровень страховых выплат колеблется в пределах 60-90% [160]. В Европейской практике ситуация на страховом рынке считается нестабильной, если уровень выплат ниже 70% [171]. В Украине этот показатель находится в пределах 10-25% [160].

Низкий уровень выплат обусловлен такими факторами, как мошенничество; недобросовестность отдельных страховых компаний, связанных с неграмотностью большинства населения; тщательная селекция рисков, взятых на страхование; благоприятные для страховщика года об отсутствии кумуляции рисков, которые приводят к непомерному росту страховых выплат [172].

Недостаточная развитость страхового рынка Украины дополняется нерациональностью его структуры. Показатели поступления страховых платежей в 2015 г. свидетельствуют о высоком спросе на добровольное

страхование имущества (59,7%) и низкий – на услуги по страхованию жизни (7,4%) [167]. Структурный дисбаланс на данном рынке требует вмешательства со стороны государства, поскольку такая ситуация противоречит основам функционирования страховых рынков стран как с развитой рыночной экономикой, так и с трансформационной.

Современное состояние страхового рынка Украины свидетельствует о том, что страхование недостаточно полно выполняет свои функции с учетом того, что важное значение должно уделяться созданию эффективной системы личного страхования с целью социальной защиты населения.

По расчетам авторов, доля страховых платежей по личному страхованию в Украине составляет всего 4-5%, тогда как в Западной Европе и США этот вид услуг занимает около 60%, в Японии – 80%, в Великобритании – 70%, в мире в среднем – 58,3% [169].

Статистические данные свидетельствуют, что среди стран Европейского Союза развитый рынок ДМС имеет Германия, второе место занимает Франция, а также Нидерланды и Великобритания [175].

Анализ доли ДМС в общем объеме страховых премий и страховых выплат на страховом рынке в Украине представлен в табл. 2.8.

Таблица 2.8 – Доля ДМС в общем объеме добровольных видов страхования, иным, чем страхование жизни, на страховом рынке Украины

Показатели	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Чистые страховые премии, млн грн., всего, в т.ч.	13 327,7	17 970,	21 551,4	18 592,8	22 354,9
Чистые страховые премии по ДМС, млн грн.	1 081,3	1 914,3	2 091,2	2 129,7	2 597,0

Продолжение таблицы 2.8

Показатели	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Доля ДМС, %	8,1	10,7	9,7	11,5	11,6
Чистые страховые выплаты, млн грн., всего, в т.ч.	5 885,7	4 699,2	4 566,6	4 893,0	7 602,8
Чистые страховые выплаты по ДМС, млн грн.	877,6	1 062,0	1 177,9	1 288,0	1 717,3
Доля ДМС, %	14,9	22,6	25,8	26,3	22,6
Уровень чистых выплат, %, всего	44,2	26,2	21,2	26,3	34,0
Уровень чистых выплат по ДМС, %	81,2	55,5	56,3	60,5	66,1

Составлено автором по данным [167]

Как видно из таблицы 2.8, абсолютные показатели развития ДМС по поступлениям страховых премий имеют устойчивую тенденцию к росту.

Данные расчета свидетельствуют, что доля чистых страховых премий по ДМС в структуре общих чистых страховых премий с 2011 г. имеет тенденцию к постоянному росту, что свидетельствует о заинтересованности населения в данном виде страхования.

Проведенный анализ показал, что уровень чистых страховых выплат по ДМС значительно превышает показатели развития уровня выплат в целом по страховому рынку за период 2011-2015 гг. и имеют устойчивую тенденцию к росту. Это свидетельствует о ценности услуг медицинского страхования и связано с тем, что для добровольного медицинского страхования характерна сложная процедура урегулирования страховых случаев и высокая ответственность страховщиков, специалистов ассистанских центров, врачей медицинских учреждений.

Также следует отметить, что добровольное медицинское страхование не пользуется спросом. Его доля в общем объеме страхового рынка составляет

около 11%. Объясняется такая ситуация довольно низким уровнем доходов населения, поскольку только 3% граждан Украины являются достаточно платежеспособными, чтобы пользоваться страховыми услугами [170].

Динамика развития ДМС в разрезе отдельных видов страхования представлена в таблице 2.9.

Таблица 2.9 – Состав и структура ДМС в Украине по видам страхования в 2011-2015 гг.

Показатели	Год									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	Млн грн.	%								
Чистые страховые премии по ДМС, всего	1081,3	100	1914,3	100	2 091,2	100	2 129,7	100	2 597,0	100
Непрерывное страхование здоровья	736,3	68,1	1280,1	66,9	1 395,7	66,7	1 507,1	70,8	1 862,1	71,7
Страхование здоровья на случай болезни	121,6	11,2	316,3	16,5	372,1	17,8	300,9	14,1	265,7	10,2
Страхование медицинских расходов	223,4	20,7	317,9	16,6	323,4	15,5	321,7	15,1	469,2	18,1
Чистые страховые выплаты по ДМС, всего	877,6	100	1 062,0	100	1 177,9	100	1 288,0	100	1 414,3	100
Непрерывное страхование здоровья	744,1	84,8	900,8	84,8	1 010,1	85,8	1 108,5	86,1	1 197,8	84,7
Страхование здоровья на случай болезни	35,7	4,1	40,7	3,8	66,5	5,6	68,4	5,3	47,4	3,4
Страхование медицинских расходов	97,8	11,1	120,5	11,4	101,3	8,6	111,1	8,6	169,1	11,9

Составлено автором по данным [167]

Анализ данных таблицы 2.9, позволяет сделать вывод, что наиболее распространенным в Украине со стороны страхователей является непрерывное страхование здоровья, так как данный вид страхования покрывает больше рисков, чем другие виды медицинского страхования. Страхование здоровья на случай болезни и страхование медицинских расходов все еще находятся на низком уровне. Постепенное увеличение страховых премий и страховых платежей по страхованию медицинских расходов свидетельствует об изменении приоритетов со стороны страхователей, для которых нужной становится страховая выплата в момент получения медицинской услуги, а не после болезни.

Результаты доходности конкретного вида добровольного медицинского страхования рассчитаны в таблице 2.10.

Таблица 2.10 – Показатели доходности по видам ДМС в период за 2011-2015 гг. по страховым компаниям Украины

Вид страхования	Год					Среднее значение доходности
	2011	2012	2013	2014	2015	
Непрерывное страхование здоровья	-0,0106	0,2963	0,2763	0,2645	0,3567	0,2366
Страхование здоровья на случай болезни	0,7064	0,8713	0,8213	0,7727	0,8216	0,7987
Страхование медицинских выплат	0,5622	0,6209	0,6868	0,6546	0,6396	0,6328

Рассчитано автором по формуле (2.1)

Доходность конкретного вида добровольного медицинского страхования определяется по формуле (2.1):

$$Pr_i = 1 - ЧСВ_i / ЧСП_i, [176] \quad (2.1)$$

где Pr_i – доходность i -того вида страхования,

$ЧСВ_i$ – чистые страховые выплаты по i -тому виду страхования, грн.

$ЧСП_i$ – чистые страховые премии по i -тому виду страхования, грн.

Проанализировав в таблице 2.10 показатели доходности по видам добровольного медицинского страхования следует отметить, что наиболее прибыльным видом страхования за последние пять лет является страхование здоровья на случай болезни.

В настоящее время на страховом рынке Украины медицинское страхование по степени доходности для страховщика находится на предпоследнем месте среди всех осуществляемых видов рискового страхования.

Топ-15 на рынке ДМС Украины представлен на рисунке 2.9.

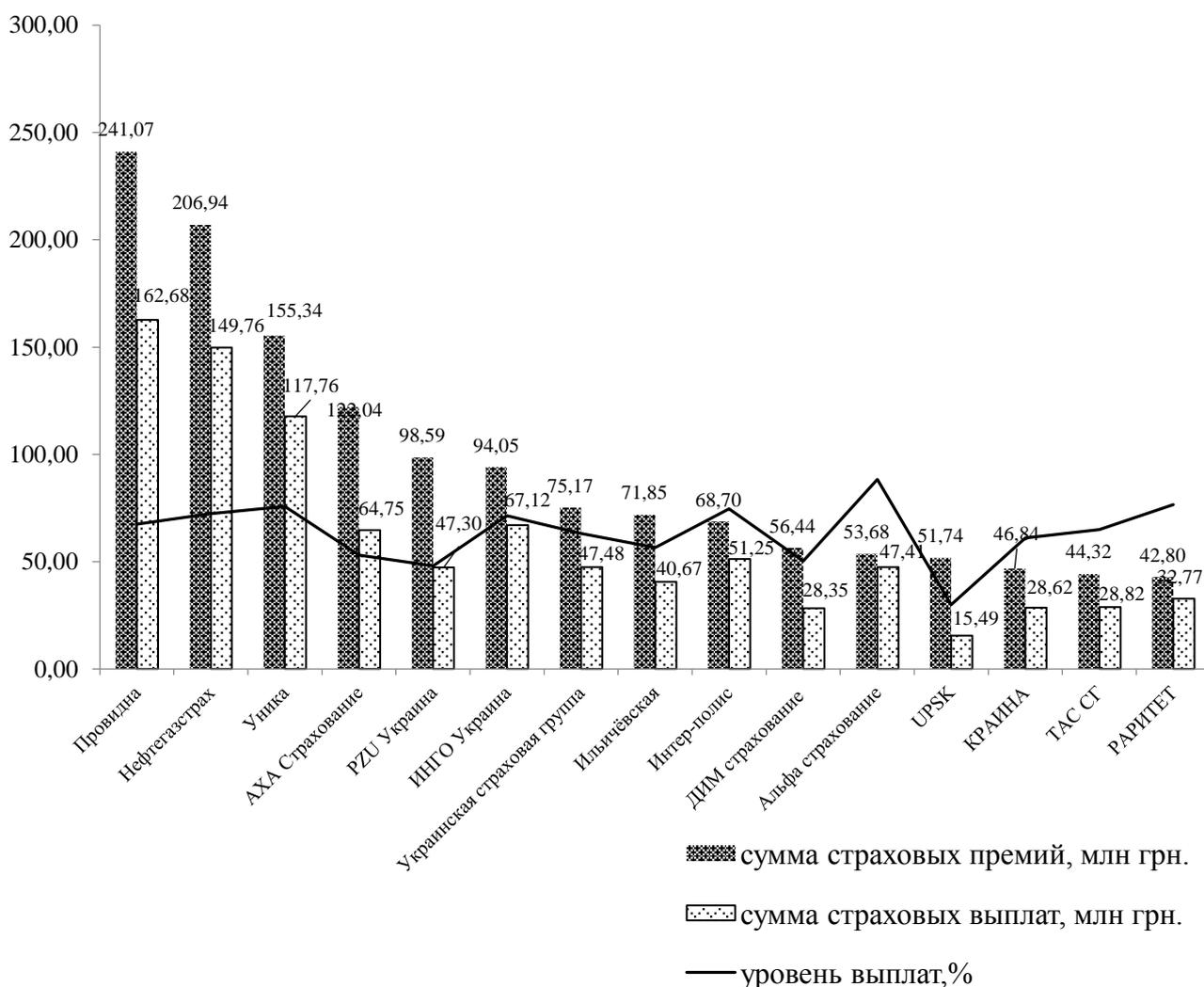


Рисунок 2.9 – ТОП-15 на рынке ДМС в Украине, 2015 г.

(разработано автором)

По оценкам экспертов, медицинское страхование на первом этапе ввода в портфель компании является убыточным, а на втором – нерентабельным. Следует отметить, что уровень убыточности ДМС иногда может достигать 80-90%, в дальнейшем доходность подобных операций может колебаться в пределах 2-10%. Поэтому осуществлять ДМС могут только те компании, которые имеют стабильный и сбалансированный страховой портфель. Все это определяет естественную дифференциацию страховщиков по объемам осуществления ДМС на страховом рынке.

Важным условием оценки роли медицинского страхования является результат определенного уровня капитализации страховых компаний, работающих на нем.

Показателями, наиболее полно характеризующими капитализацию страховых компаний, является сумма страховых премий, объемы активов страховщиков, величина собственного капитала, объем сформированных страховых резервов и страховые выплаты. Каждому показателю страховой компании отведено место или ранг: лучшему – первое место, худшему – последнее. Сумма рангов определена по всем показателям каждого страховщика. Самый высокий рейтинг страховой компании соответствует результату с наименьшей суммой рангов, по которым выполнена оценка, последнее место (ранг) занимает компания с наибольшей их суммой.

Для определения наиболее капитализированных и надежных страховых компаний, осуществляющих добровольное медицинское страхование в Украине, была проведена рейтинговая оценка лидеров данного рынка за 2011, 2012 и 2015 гг. (Приложение Т).

Анализируя рейтинг страховых компаний по добровольному медицинскому страхованию за 2011-2012 гг. (таблицы Т.1 и Т.2), отмечено, что наиболее капитализированными страховыми компаниями, осуществляющими добровольное медицинское страхование, являлась СК «Провидна», «Уника», «ИНГО Украина» и «АСКА», а наименьший объем капитала имела «Ильичевска», «Allianz Украина» и «Просто Страхование».

В 2015 г. СК «Провидна», «Уника», «ИНГО Украина» остались наиболее капитализированными страховыми компаниями, занимающимися добровольным медицинским страхованием, на страховом рынке Украины. К их числу присоединилась СК «АХА Страхование». Наименьший объем капитала в 2015 г. имеют СК «Ильичевская», «Интер-полис» и «КРАИНА» (таблица Т.3). К конкурентным преимуществам страховых компаний следует отнести соглашения о сотрудничестве с ведущими лечебными учреждениями, наличие собственной сети медицинских учреждений и круглосуточных диспетчерских служб.

В ходе исследования был определен коэффициент концентрации на рынке медицинского страхования по первым пятнадцати компаниями (таблица 2.11) и влияние крупных страховых компаний на состояние рынка по индексу Герфиндаля-Гиршмана (ННІ).

$$ННІ = \sum_{k=1}^m O_k^2, \quad (2.2)$$

где O_k – доля крупных участников рынка,

m - количество крупных участников.

Индекс ННІ принимает значения от 0 (в идеальном случае совершенной конкуренции, когда на рынке бесконечно много страховых компаний) до 10 000 (когда на рынке действует только одна страховая компания). Чем больше значение индекса, тем выше концентрация страховых компаний на рынке.

Классификация рынков:

высококонцентрированные рынки: $1800 < ННІ < 10000$ (трудно войти на рынок);

умеренно-концентрированные рынки: $1000 < ННІ < 1800$;

низкоконцентрированные рынки: $ННІ < 1000$ (легко войти на рынок).

Индекс Герфиндаля-Гиршмана характеризует распределение «рыночной власти» между всеми субъектами данного рынка [177]. Данные индекса Герфиндаля-Гиршмана по части первых пятнадцати компаний на рынке медицинского страхования по сбору премий приведены в таблице 2.11.

Таблица 2.11 – Доля первых пятнадцати страховых компаний на рынке медицинского страхования Украины (по сбору премий) за 2012 и за 2015 гг.

	2012 год			2015 год		
	Страховые компании	Страховые премии по добровольному медицинскому страхованию		Страховые компании	Страховые премии по добровольному медицинскому страхованию	
		тыс. грн.	%		тыс. грн.	%
1	Нефтегазстрах	227 906,4	19,3	Провидна	241 069,0	13,6
2	Провидна	126 223,3	10,7	Нефтегазстрах	206 942,2	11,6
3	УНИКА	114 683,7	9,7	Уника	155 336,4	8,7
4	Инго Украина	99 619,0	8,4	АХА Страхование	122 040,0	6,9
5	АСКА	68 052,9	5,8	PZU Украина	98 585,1	5,5
6	Альфа-страхование	42 260,9	3,6	ИНГО Украина	94 050,3	5,3
7	УПСК	36 612,6	3,1	Украинская страховая группа	75 165,8	4,2
8	СГ ТАС	36 034,9	3,1	Ильичёвская	71 845,5	4,0
9	Ильичёвская	31 633,9	2,7	Интер-полис	68 704,6	3,9
10	ALLIANZ Украина	30 468,5	2,6	ДИМ страхование	56 439,5	3,2
11	Просто Страхование	29 383,7	2,5	Альфа страхование	53 675,9	3,0
12	АХА Страхование	28 399,0	2,4	УПСК	51 741,0	2,9
13	ПЗУ Украина	25 231,9	2,1	КРАИНА	46 837,0	2,6
14	КРАИНА	21 376,6	1,8	ТАС СГ	44 319,4	2,5
15	Профессиональное страхование	20 082,7	1,8	РАРИТЕТ	42 795,8	2,4
16	Другие страховые компании	241 047,3	20,4	Другие страховые компании	349 139,80	19,6
	Общие объемы страховых премий в сегменте ДМС	1 179 917,3	100,0	Общие объемы страховых премий в сегменте ДМС	1 778 687,3	100,0

Рассчитано автором по данным [178]

Как видно из таблицы 2.11, лидерами рынка добровольного медицинского страхования по сбору страховых премий по состоянию как на 31.12.2012 г., так и на 31.12.2015 г. являются СК «Нефтегазстрах» с показателем 19,3% в 2012 г. и 11,6% в 2015 г. всего рынка ДМС, СК «Провидна» – 10,7% в 2012 г. и 13,6% в 2015 г. и СК «Уника» – 9,7% в 2012 г. и 8,7% в 2015 г., которые обеспечивают гораздо более половины поступлений страховых премий. На долю первых десяти страховых компаний приходится более 50% всего рынка медицинского страхования (2012 г. – 69%, 2015 г. – 67%). Коэффициент концентрации на рынке медицинского страхования по 15-ти страховым компаниям составляет 79,6% в 2012 г. и 80,4% в 2015 г. Это свидетельствует об угрозах монополизации в данном сегменте по сравнению с рынком в целом, поскольку даже десять страховых компаний-лидеров обеспечивают гораздо большие объемы поступлений страховых премий, чем остальные страховые компании, осуществляющие добровольное медицинское страхование.

Коэффициент Герфиндаля-Гиршмана, рассчитанный на основе данных таблицы 2.11, составляет 754,4 в 2012 г. и 596,43 в 2015 г. и рынок добровольного медицинского страхования оценивается как неконцентрированный, поскольку $HHI < 1000$. Рынок медицинского страхования Украины является неконкурентным и остается достаточно закрытым, учитывая возможность любого страховщика в любой момент войти на рынок и начать на нем свою активную деятельность.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что популярность ДМС постепенно росла до 2014 г., о чем свидетельствует факт увеличения количества заключенных договоров и страховых случаев, по которым осуществлялись выплаты в этот период. С 2014 г. наблюдается значительное сокращение количества заключенных договоров, что связано с прекращением функционирования страхового рынка на части территорий Донецкой и Луганской областей и снижением уровня платежеспособности населения Украины (таблица 2.12).

Таблица 2.12 – Количество заключенных договоров страхования и страховых случаев, по которым осуществлялись выплаты в 2011-2015 гг.

Показатели	Год					Отклонения, % 2015 к 2011
	2011	2012	2013	2014	2015	
Непрерывное страхование здоровья						
Количество заключенных договоров страхования, тыс. ед., в т.ч.	1 360,7	1 454,9	1 636,8	1 314,0	994,2	73,1
-со страхователями - физическими лицами	1 291,9	1 353,8	1 531,8	1 228,3	904,6	70,0
-со страхователями-юридическими лицами	68,8	101,1	105,0	85,7	89,6	130,2
Количество страховых случаев, по которым принято решение о выплате страхового возмещения, тыс ед.	1 643,8	2 161,2	2 292,9	2 249,3	2 234,6	135,9
Страхование здоровья на случай болезни						
Количество заключенных договоров страхования, тыс. ед., в т.ч.	874,2	1 704,4	2 060,3	2 194,7	1 108,7	126,8
-со страхователями - физическими лицами	845,7	1 662,2	2 035,2	2 171,3	1 083,9	128,2
-со страхователями-юридическими лицами	28,5	42,2	25,1	23,4	24,8	87,0
Количество страховых случаев, по которым принято решение о выплате страхового возмещения, тыс ед.	58,4	64,4	68,2	54,4	30,4	52,1
Страхование медицинских расходов						
Количество заключенных договоров страхования, тыс ед., в т.ч.	1 864,4	2 456,8	2 340,1	2 352,6	2 434,6	130,6
-со страхователями - физическими лицами	1 801,8	2 273,4	2 040,2	2 091,4	2 305,5	128,0
-со страхователями-юридическими лицами	62,6	183,4	299,9	261,2	129,1	206,2
Количество страховых случаев, по которым принято решение о выплате страхового возмещения, тыс ед.	125,6	143,4	67,1	66,6	259,5	206,6

Составлено автором на основе данных [167]

В результате анализа таблицы 2.12, выявлено, что количество страховых случаев (непрерывное страхование), по которым принято решение о выплате страхового возмещения имело устойчивую тенденцию к росту от 1 643,8 тыс. случаев в 2011 г. до 2 234,6 тыс. случаев в 2015 г., т.е. на 35,9% при сокращении количества заключенных договоров на 26,9%. Такая тенденция привела к тому, что количество страховых случаев в 2015 г. превышает количество заключенных договоров по непрерывному страхованию здоровья в 2,25 раза.

Незначительное количество договоров по добровольному медицинскому страхованию свидетельствует о том, что это дорогая услуга для большинства населения: годовая стоимость страховых медицинских продуктов эконом-класса составляет около 300 долл. США на человека, а программы элит-класса примерно втрое дороже [179]. Как показывают исследования, 95% граждан Украины не имеют медицинского страхования [71].

В Украине чаще всего медицинские программы покупают те лица, которые уже нуждаются в соответствующих услугах, поскольку их здоровье значительно хуже, чем у среднестатистического человека.

Важной категорией страхователей по ДМС остаются юридические лица, среди которых промышленные предприятия, коммерческие банки и сфера услуг, то есть работодатели, которые страхуют своих работников. Так, страховые компании страхуют одновременно 100-500 работников, среди которых немало тех, кто вообще не обращается к врачам [179].

Следует отметить, что 95% украинского рынка туристического страхования приходится на медицинское страхование и страхование от несчастных случаев, непосредственно связано с обязательным характером такого страхования. Лидерами рынка по страхованию медицинских расходов (договора «ассистанс») являются такие страховые компании, как PZU Украина, ВУСО, Кремень, Провидна [178].

На сегодня самым распространенным страховым полисом «ассистанс» является бюджетный вариант, который включает минимальное медицинское обеспечение, предусматривающее оплату расходов на амбулаторную и скорую

помощь, транспортировку и репатриацию в случае заболевания или смерти, неотложную стоматологическую помощь на сумму до 200 долл. США [180].

Анализ региональных особенностей развития страховых компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием в Украине, представлен в Приложении Н, в котором наблюдаются значительные региональные различия в развитии добровольного медицинского страхования. Из 361 страховой компании Украины 254 находятся в г. Киеве, а это 70,4% страхового рынка. В Днепропетровской области функционирует 18 страховых компаний, занимающихся медицинским страхованием, в Харьковской – 11. Количество страховых организаций в других регионах не достигает десяти (в Запорожской и Одесской областях по 8 страховых компаний, в Донецкой – 7 единиц). Отсутствует медицинское страхование в Житомирской, Николаевской, Ровенской, Сумской, Тернопольской и Черкасской областях.

Развитие рынка медицинского страхования, как и развитие страхового рынка в целом, происходит в Украине неравномерно.

Проблемы, (Приложения Р; С), с которыми сталкиваются страховые компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием, вызваны рядом факторов, среди которых можно выделить:

общеэкономические (экономическая ситуация, жесткая конкуренция, высокий уровень безработицы, низкий уровень платежеспособности населения, несовершенные законодательные акты);

специфические (несогласованность экономических интересов субъектов объектов страхового рынка, захват компаниями значительной части рынка, которая не соответствует уровню их платежеспособности и профессиональной компетентности, низкий профессионализм кадров).

Низкий уровень развития ДМС обусловлен:

незаинтересованностью страховщиков из-за сложного по организационным затратам вида страхования с учетом минимальной рентабельности (уровень страховых выплат около 60% и выше);

заинтересованностью медицинских страховых компаний сотрудничать с государственными лечебно-профилактическими учреждениями по причине дешёвых и неэффективных лечебных средств, что не всегда соответствует желанию клиентов в отношении качества и условиям предоставления услуг;

невозможностью страховщика выполнять сложные медицинские проекты из-за ограниченности возможностей имеющейся сети медицинских учреждений это обеспечить. Изменить ситуацию мог бы сектор частной медицины, но без соответствующей государственной инвестиционной политики его развитие осуществляется очень сложно и медленно;

отсутствием желания населения страховать в силу недоступности медицинского страхования из-за низкого материального уровня жизни и низкой культурой в системе медицинского страхования;

отсутствием со стороны государства какой-либо поддержки данного вида страхования и механизмов стимулирования его развития. Существенным стимулом для осуществления добровольного медицинского страхования своих работников со стороны работодателей применение административно-правовых и финансово-правовых методов путем исключения из налогооблагаемой базы средств, затрачиваемых на покрытие страховых выплат или разрешение на включение расходов на добровольное медицинское страхование в себестоимость продукции, а также введение системы льгот для страховых компаний, работающих в рамках программ добровольного медицинского страхования [66].

Обоснованность формирования достаточного финансового обеспечения рынка медицинского страхования выступает в виде количественной оценки его объёма (таблица 2.13).

Таблица 2.13 – Динамика основных финансовых показателей оценки роли добровольного медицинского страхования в Украине

Показатели	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
ВВП, млн грн.	1 316 600	1 408 889	1 454 931	1 566 728	1 979 458
Численность населения, млн	45,634	45,553	45,426	42,929	42,761
Количество страховых компаний на страховом рынке, ед.	442	414	407	382	361
Количество страховых медицинских организаций (СМО), ед.	402	376	375	356	332
Доля страховых медицинских организаций, %	90	91	92	93	92
Валовые страховые премии по ДМС, всего, млн грн.	1 469,6	1 965,2	2 195,8	2 265,7	2 689,4
Валовые страховые выплаты по ДМС, всего, млн грн.	889,6	1 062,2	1 179,4	1 289,1	1 415,1
Полезная мощность рынка медицинского страхования, млн грн.	580,0	903,0	1 016,4	976,6	1 274,3
Показатель густоты страховщиков	1:113 517	1:121 152	1:121 136	1:120 587	1:128 798
Показатель плотности рынка медицинского страхования, грн.	32,2	43,1	48,3	52,8	62,9
Показатель проникновения (ёмкость рынка), %	0,112	0,139	0,151	0,145	0,136

Составлено автором по данным [167;181]

С таблицы 2.13 видно, что доля страховых компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием находится на уровне 90%.

Мощность рынка медицинского страхования представлена в виде объёма валовых страховых премий по добровольному медицинскому страхованию.

Затрачивая мощность M (полная мощность рынка медицинского страхования или страховые премии), общество по прошествии времени получает в свое распоряжение поток ресурсов, измеряемый величиной P (полезная мощность рынка медицинского страхования или прибыль).

Отношение P к M является мерой эффективности использования рынком медицинского страхования ресурсов за определённый отрезок времени. Отношение полученной мощности P к затраченной на её получение M является мерой потенциальной способности общества к расширению финансового потенциала рынка медицинского страхования.

Схематически мощность рынка медицинского страхования представлена на рисунке 2.10.

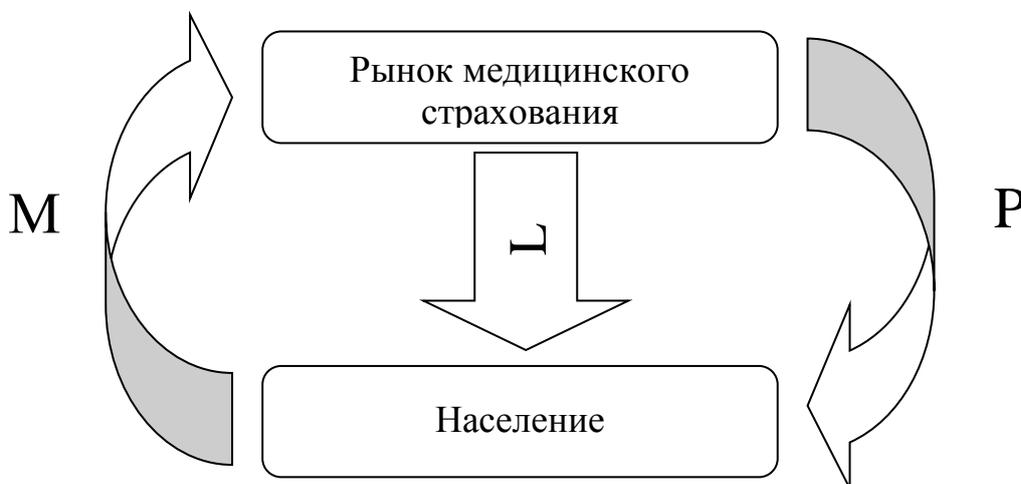


Рисунок 2.10 – Схема взаимодействия населения и рынка медицинского страхования

Величина находящейся в распоряжении рынка медицинского страхования полной мощности M является мерой потенциальных возможностей (полная мощность), величина P – мерой реальных возможностей оказывать воздействие на население (полезная мощность), а величина L – мерой потерь (мощность

потерь рынка медицинского страхования или выплаты по договорам медицинского страхования).

Целесообразной для оценки эффективности рынка медицинского страхования является анализ показателя густоты страховщиков на данном рынке. Этот показатель рассчитывается как отношение количества страховых компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием, в государстве к численности ее населения и за 2015 г. составляет 1:128 798, то есть в Украине на 129 тысяч человек в среднем приходится 1 страховая компания на рынке медицинского страхования.

Показатель плотности рынка медицинского страхования показывает объем валовых страховых премий по медицинскому страхованию на душу населения. Согласно расчетам в табл. 2.13 наблюдается незначительный рост данного показателя на душу населения с 32 грн. 20 коп. в 2012 г. до 62 грн. 90 коп. в 2015 г. В Германии показатель плотности рынка медицинского страхования составляет 1 482,2 долл. США.

Показатель проникновения медицинского страхования (ёмкости рынка) характеризуется объемом валовых страховых премий по ДМС к ВВП. Ёмкость рынка медицинского страхования Украины остается на достаточно низком уровне (0,136% в 2015 г.) и, таким образом, медицинское страхование почти не влияет на рисковую ситуацию в стране.

Анализ таблицы 2.13 показал, что финансовые показатели рынка медицинского страхования находятся на низком уровне, несмотря на их незначительный рост в динамике, что свидетельствует о большом и неиспользованном потенциале развития медицинского страхования в Украине.

Таким образом, можно сделать выводы, что рынок медицинского страхования не является ведущим сегментом страхового рынка, его роль в качестве дополнительного источника финансирования отрасли здравоохранения используется недостаточно, что является одной из основных причин недостаточного финансирования экономики государства в целом. С одной стороны, рынок медицинского страхования является достаточно перспективным

и прибыльным, а с другой – трудоёмким и сложным, что требует от страховой компании высокого профессионализма. Динамизм его развития зависит от создания благоприятных условий страхования как на законодательном уровне, так и на уровне страховых компаний, а также от доверия граждан к страховой отрасли в целом и к личному страхованию в частности.

Проблемы рынка медицинского страхования требуют решения путем дальнейшей обработки организационных, правовых и экономических основ медицинского страхования в условиях трансформационной экономики, соответствующих экономической реальности для повышения уровня жизни населения, развития личного страхования и оздоровления всей отрасли здравоохранения.

2.3 Влияние социально-экономических факторов на финансовый потенциал рынка медицинского страхования

Рынок медицинского страхования является важной составляющей экономики государства, главная задача которого – создание финансового механизма для привлечения дополнительных финансовых ресурсов в отрасль здравоохранения с целью обеспечения полного, своевременного и качественного медицинского обслуживания субъектов медицинского страхования.

Устойчивое развитие медицинского страхования требует исследования формирования, реализации и наращивания его финансового потенциала, позволяющего выяснить перспективы дальнейшего его функционирования.

Экономическая сущность финансового потенциала рынка медицинского страхования вытекает из основных понятий «потенциал», «потенциал рынка», «финансовые ресурсы», «финансовый потенциал» (таблица 2.14).

Таблица 2.14 – Систематизация составляющих понятия «финансовый потенциал рынка медицинского страхования»

Автор	Термин	Определение
С. Мочерный [1, с.13]	«потенциал»	имеющиеся у экономического субъекта ресурсы, их оптимальная структура и умение рационально использовать их для достижения поставленной цели
В. Бутромеев [2, с.275]		совокупность имеющихся средств, возможностей, источников (понятие носит общий характер и позволяет использовать его в различных областях науки)
К. Маркс, Ф. Энгельс [3, с.395]		факторы, которые определяют условия функционирования объекта
В. Архангельский [4, с. 64]		средства, запасы, источники, имеющиеся в наличии и которые могут быть мобилизованы для достижения определенной цели или решения определенной задачи, то есть как совокупность определенных накопленных ресурсов
М. Скрипниченко [5, с. 64]		степень мощности, совокупность человеческих и материальных ресурсов национальной экономики, мобилизация априорных и скрытых возможностей эффективного использования, перераспределения и воспроизводства ресурсов страны для стабильного экономического развития в интересах общества, способность имеющихся средств обеспечить максимально возможный уровень производства товаров и услуг с соблюдением норм экономической безопасности
Ж. Голодова [6]		совокупность источников, возможностей, средств, запасов, которые могут быть использованы для решения какой-либо задачи, достижения какой-либо цели
И. Джаин [7, с.8]		возможности, имеющиеся производительные силы, которые могут быть реализованы в перспективе
Таким образом, потенциал – это возможности объекта функционирования рационально использовать все виды ресурсов для достижения поставленных целей с учетом факторов влияния на данный процесс		
С. Дугина [8, с. 32]	«потенциал рынка»	прогнозируемая совокупность производственных и потребительских сил, обуславливающих спрос и предложение. Производственный потенциал выступает в форме возможности изготовить и представить на рынок определенный объем товаров, а потребительский потенциал проявляется в виде возможности рынка поглотить или купить определенное количество продуктов и услуг

Продолжение таблицы 2.14

Автор	Термин	Определение
С. Мочерный [182]	«финансовые ресурсы»	денежные фонды, созданные в процессе распределения, перераспределения и использования валового внутреннего продукта страны
К. Ионенко [183, с.7]		фонды денежных средств, созданные в процессе формирования, распределения, перераспределения и использования ВВП страны
О. Василик [184, с.6]		денежные накопления и доходы, которые создаются в процессе распределения и перераспределения ВВП и сосредотачиваются в соответствующих фондах для обеспечения непрерывности расширенного воспроизводства и удовлетворения других общественных потребностей
С. Юрий [185]		денежные фонды, которые создаются в процессе распределения и использования ВВП за определенный период времени (макроуровень)
Таким образом, основой финансовых ресурсов выступают денежные средства, которые являются составной частью финансового потенциала		
К. Ионенко [183, с.8]	«финансовый потенциал»	возможность наращивания и использования финансовых ресурсов
В. Свирский [186]		совокупность имеющихся и потенциальных финансовых ресурсов, которые могут быть мобилизованы и реализованы финансовой системой при определенных условиях для обеспечения устойчивых темпов экономического роста в определенный период времени, а именно совокупность потенциала государственных финансов, потенциала финансового сектора, финансового потенциала субъектов хозяйствования и домохозяйств
Г. Возняк [187]		совокупность источников финансовых средств, которыми обладают региональные органы власти, предприятия реального сектора экономики, финансовые структуры, домохозяйства территории и внешние источники таких средств
С. Онишко [188]		отображение взаимодействия имеющихся ресурсов и неиспользованных возможностей
Е. Волковский, Г. Котина, М. Степура [189]		финансовый потенциал территории как совокупность всех финансовых ресурсов, находящихся на определенной территории; в его состав входят прибыль предприятий, фонды амортизационных отчислений, заработная плата, ресурсы банковской системы территории и другие ресурсы

Составлено автором

Следует отметить, что подходы к определению финансового потенциала рынка медицинского страхования должны учитывать следующие свойства:

потенциал является категорией несколько абстрактной, поскольку его границы не четкие, количество факторов не совсем определено;

элементы потенциала следует рассматривать как виды ресурсов, объемы и структура которых может существенно изменяться только в результате принятия соответствующих стратегических решений;

для обоснованной оценки уровня потенциала необходимо идентифицировать условия, в которых будет проходить функционирование данного рынка.

На основе составляющих дефиниции «финансовый потенциал рынка медицинского страхования (ФП_{рмс})» сформулировано определение ФП_{рмс} как экономической категории, которая представляет собой совокупность финансовых ресурсов, направленных или которые могут быть направлены на функционирование и развитие медицинского страхования на соответствующих этапах с целью их эффективного использования и для максимального удовлетворения потребностей субъектов рынка медицинского страхования, обеспечения социальной защиты населения и улучшения финансирования отрасли здравоохранения.

Эффективным инструментом определения финансового потенциала рынка медицинского страхования является PEST-анализ, который показывает, в какой экономической среде происходило формирование исследуемого рынка в последние годы и как эта среда повлияла на результаты его функционирования [172].

Результаты PEST-анализа выявили основные признаки системного кризиса страховой отрасли (таблица 2.15), а именно:

невысокая доля страхования в ВВП страны, причиной этого является низкое доверие к страховому рынку;

стабильно низкий спрос на страховые услуги со стороны как граждан, так и предпринимательского сектора из-за отсутствия системного государственного подхода к развитию страховой отрасли;

незначительное присутствие страховщиков на финансовом рынке и связанный с этим инвестиционный потенциал отрасли через дискредитационные условия функционирования страхового сектора по сравнению с банковским.

Таблица 2.15 – Результаты PEST-анализа развития экономической ситуации в Украине и ее влияния на рынок медицинского страхования

Признаки	Характеристика
Р – политико-правовая среда	Отсрочка внедрения в деятельность страховых компаний норм Налогового кодекса Украины относительно налогообложения прибыли; неприятие новой редакции Закона Украины «О страховании»; неприятие Закона Украины «Об обязательном медицинском страховании»; политическая нестабильность
Е – экономическая среда	В 2012-2013 гг. уменьшился экспорт в базовых отраслях, валютные резервы страны сократились более чем на 20%, сохраняется товарный и платежный дефицит, начались структурные реформы
S – социокультурная среда	Недостаток доходов государственного бюджета для финансирования широкомасштабных социально-культурных программ, низкая страховая культура населения, недоверие страхованию как защите интересов граждан
T – технологическая среда	Большая зависимость от экспорта и импорта, что делает страну чрезвычайно уязвимой к валютным рискам, медленное развитие наукоемких и высокотехнологичных отраслей, преимущество в портфелях страховщиков простых и стандартизированных видов страховых услуг

Составлено автором

Финансовый потенциал рынка медицинского страхования следует рассматривать с точки зрения спроса субъектов хозяйствования на медицинские страховые услуги, предлагаемые на данном рынке.

Финансовый потенциал рынка медицинского страхования можно представить следующим образом:

$$\Phi\Pi_{рмс} = СП_{рмс} + СП_{нмс} \quad (2.3)$$

где $\Phi\Pi_{рмс}$ – финансовый потенциал рынка медицинского страхования;
 $СП_{рмс}$ – реализованный финансовый потенциал рынка медицинского страхования, который включает в себя ($СП_{рмс} = СП_{дмс} + СП_{омс}$):

$СП_{омс}$ – сбережения субъектов экономики в виде страховых премий по добровольному медицинскому страхованию;

$СП_{омс}$ – страховые премии по ОМС на рынке медицинского страхования;

$СП_{нмс}$ – нереализованный финансовый потенциал рынка медицинского страхования, включающий ($СП_{нмс} = С_{рцб} + С_{д} + С_{фку} + С_{в} + С_{вфку}$):

$С_{рцб}$ – сбережения субъектов экономики, вложенные на рынке ценных бумаг;

$С_{д}$ – сбережения субъектов экономики на депозитных счетах в банках;

$С_{фку}$ – сбережения субъектов экономики на счетах в других финансово-кредитных учреждениях;

$С_{в}$ – валютные сбережения субъектов экономики;

$С_{вфку}$ – сбережения субъектов экономики вне финансово-кредитных учреждений.

Все составляющие финансового потенциала рынка медицинского страхования являются составными совокупного потенциала экономики государства.

Процесс формирования, реализации и использования финансового потенциала рынка медицинского страхования целесообразно представить в виде взаимодействия структурных составляющих рынка медицинского страхования в процессе их кругооборота (рисунок 2.11).



Рисунок 2.11 – Взаимодействие составляющих финансового потенциала рынка медицинского страхования (разработано автором)

Следует отметить, что все элементы финансового потенциала рынка медицинского страхования, а именно субъекты рынка медицинского страхования, финансовые ресурсы субъектов, инфраструктура рынка медицинского страхования, объекты рынка медицинского страхования, направления использования финансового потенциала – находятся в тесной взаимосвязи.

Для достижения эффективной реализации финансового потенциала рынка медицинского страхования необходимо четко осознать роль каждого субъекта рынка в данном процессе. Нарастивание неиспользованного финансового потенциала рынка медицинского страхования должно осуществляться с целью привлечения средств субъектов на финансирование отрасли здравоохранения.

Эффективность рынка медицинского страхования обеспечивается путем согласованного взаимодействия элементов, которые её формируют и выполняют регулятивную, техническую, посредническую и информационную функции.

Реализация финансового потенциала рынка медицинского страхования определяется его реальными возможностями функционирования – реализованными и нереализованными по любым причинам.

Реализованный финансовый потенциал рынка медицинского страхования характеризуется финансовыми ресурсами данного рынка в виде обязательных страховых платежей по ОМС и добровольных взносов по ДМС.

Методический подход к определению финансового потенциала рынка медицинского страхования является системой принципов, показателей, методов и управленческих решений, связанных с процессом формирования, распределения и использования финансовых ресурсов, направленных на обеспечение финансового равновесия исследуемого рынка и его устойчивого финансового развития.

Процесс формирования рынка медицинского страхования целесообразно исследовать на основе анализа объема финансовых ресурсов субъектов экономики государства, которые могут быть привлечены на рынок медицинского страхования. Основным источником формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования являются сбережения субъектов экономики, на уровень которых влияют ряд факторов, среди которых уровень дохода населения, политическая стабильность, процентные ставки коммерческих банков, уровень налогообложения, развитие рынка медицинского страхования и финансового рынка в целом.

Объёмы привлеченных финансовых ресурсов определяются привлекательностью рынка и использованием его конкурентных преимуществ в сравнении с другими рынками капиталов.

Важными источниками страховых премий по ДМС на рынке медицинского страхования выступают денежные доходы и сбережения

населения, характеризующие уровень экономического и социального состояния и развития государства, а также уровень защищённости населения. При условии роста доходов населения растёт склонность не только к сбережениям, но и к страхованию, в том числе и к медицинскому.

В связи с вышеизложенным целесообразным является анализ динамики доходов и расходов населения, в том числе и на добровольное медицинское страхование (таблица 2.16).

Таблица 2.16 – Динамика доходов, расходов и сбережений населения Украины

Показатель	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Доходы населения, млн грн.	1266753	1457864	1529406	1569 308	1714605
Темп прироста доходов, %	-	15,1	4,9	2,6	15,4
Расходы населения, млн грн.	1 105201	1 266753	1 350220	1 485988	1 691431
Темп прироста расходов, %	-	14,6	6,6	4,4	20
Удельный вес расходов на приобретение товаров и услуг, %	81,4	83,8	82,9	87,6	90,0
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	3,1	3,4	3,4	3,6	3,7
Сбережения населения, млн грн.	123 123	147 280	132 570	83 320	23 174
Темп прироста сбережений, %	-	19,6	-9,9	-37,2	-72,2
Страховые платежи от населения на ДМС, млн грн.	1 469,6	1 965,5	2 195,8	2 265,7	2 689,4
ДМС в расходах населения, %	0,13	0,16	0,16	0,15	0,16

Продолжение таблицы 2.16

Показатель	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Сбережения населения, часть которых может быть направлена на рынок медицинского страхования (нереализованный потенциал рынка), млн грн.	121653,4	145314,5	130374,2	81 054,3	20 484,6

Составлено автором по данным [181]

Анализ таблицы 2.16 показывает, что уровень сбережений населения в стране, то есть та часть доходов, которая не используется для текущего потребления, находится на недостаточно высоком уровне, несмотря на положительную тенденцию к увеличению на протяжении 2011-2013 гг., удельный вес расходов на приобретение товаров и услуг постепенно растет и достигает значительных размеров (90% в 2015 г.), объемы сбережений населения значительно сокращаются в последние годы, что обусловлено политической и социально-экономической нестабильностью, высоким уровнем налогообложения, высоким уровнем инфляции, низким развитием рынка медицинского страхования и высокими процентными ставками коммерческих банков, расходы на добровольное медицинское страхование стабильно находятся на низком уровне (0,16%), что говорит о низкой страховой культуре и недоступности добровольного медицинского страхования для большей части населения.

Вместе с тем, нереализованный потенциал рынка медицинского страхования с 2011 г. по 2015 г. снизился в 6 раз, а рост страховых премий по добровольному медицинскому страхованию за этот период составил 83%, что свидетельствует о том, что со снижением объема сбережений населения востребованность добровольного медицинского страхования не только не

сократилась, но и возросла. Это подтверждает факт того, что сегодняшние объёмы медицинского обеспечения не соответствуют реальным потребностям и расходам населения, учитывая также темпы инфляции, которые влияют на их платежеспособность.

Всё вышеперечисленное позволяет сделать вывод, что ДМС является недоступным для большинства украинского населения, поэтому дальнейшее развитие этого вида страхования и наращивание его финансового потенциала должно достигаться путём обеспечения благоприятных условий для привлечения денежных средств субъектов экономики к страховым услугам по медицинскому страхованию, в том числе введению налоговых льгот.

Привлечение финансовых ресурсов путем использования сбережений населения на рынок медицинского страхования возможно при условии наличия в стране, эффективного, стабильного и высокодоходного рынка медицинского страхования, что значительно улучшит структуру финансового потенциала рынка медицинского страхования и повлияет на его наращивание.

Для увеличения объёма финансового потенциала рынка медицинского страхования возникает необходимость повышения уровня привлекательности рынка медицинского страхования, что позволит получить необходимые данному рынку финансовые ресурсы, а владельцам сбережений – право на получение медицинской услуги надлежащего качества.

При рассмотрении экономических процессов чаще всего приходится обращаться к моделям, содержащим более одного фактора-признака [205].

Целесообразность наращивания финансового потенциала рынка медицинского страхования можно установить с помощью корреляционной связи между динамикой страховых премий по ДМС и основными экономическими, демографическими показателями и показателями отрасли здравоохранения на примере Украины (Приложения Д; Е; Ж; П).

Таким образом, в процессе регрессионного анализа особенностей развития рынка медицинского страхования целесообразно включить в модель несколько групп факторов, т.е. построить уравнение множественной

регрессии. Чтобы избежать мультиколлинеарность между факторами регрессии, составим уравнение регрессии для каждой группы факторов отдельно.

Уравнение множественной регрессии имеет вид:

$$y = f(x_1, x_2, \dots, x_k) \quad (2.4)$$

где $x_1, x_2 \dots x_k$ – вектор экономических, демографических факторов или факторов отрасли здравоохранения.

Линейная функция множественной регрессионной модели имеет вид:

$$y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k + \varepsilon \quad (2.5)$$

где b_0, \dots, b_k – коэффициенты регрессии;

ε – случайны тренд.

Множественная регрессия широко используется в решении проблем спроса, доходности акций, при изучении функции издержек производства, в макроэкономических расчетах и целого ряда других вопросов эконометрики. В настоящее время множественная регрессия – один из наиболее распространенных методов в эконометрике.

Основная цель множественной регрессии – это построить модель с большим числом факторов, определив при этом влияние каждого из них в отдельности, а также их совокупное воздействие на моделируемый показатель.

Требования, предъявляемые к факторам, для включения в модель:

факторы должны быть количественно измеримы. Если необходимо включить в модель качественный фактор, не имеющий количественного измерения, то ему нужно придать количественную определенность;

факторы не должны быть интеркоррелированы и тем более находиться в точной функциональной связи [206].

Включение в модель факторов с высокой интеркорреляцией, когда $R_{yx_1} < R_{x_1x_2}$ для зависимости $y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \varepsilon$ может привести к нежелательным последствиям – система нормальных уравнений может оказаться плохо обусловленной и повлечь за собой неустойчивость и ненадежность оценок коэффициентов регрессии.

Если между факторами существует высокая корреляция, то нельзя определить их изолированное влияние на результативный показатель и параметры уравнения регрессии оказываются неинтерпретируемыми;

включаемые во множественную регрессию факторы должны объяснить вариацию независимой переменной. Если строится модель с набором p факторов, то для нее рассчитывается показатель детерминации R^2 , который фиксирует долю объясненной вариации результативного признака за счет рассматриваемых в регрессии p факторов. Влияние других, не учтенных в модели факторов, оценивается как $(1-R^2)$ с соответствующей остаточной дисперсией S^2 .

При дополнительном включении в регрессию $p+1$ фактора коэффициент детерминации должен возрастать, а остаточная дисперсия уменьшаться:

$$R^{2*}_{p+1} > R^2_p \quad \text{и} \quad S^2_{p+1} < S^2_p \quad (2.6)$$

Если же этого не происходит и данные показатели практически мало отличаются друг от друга, то включаемый в анализ фактор $p+1$ не улучшает модель и практически является лишним фактором.

Отбор факторов обычно осуществляется в две стадии:

отбираются факторы, исходя из сущности проблемы на основе матрицы показателей корреляции определяют t -статистики для параметров регрессии.

Коэффициенты интеркорреляции (т.е. корреляции между объясняющими переменными) позволяют исключать из модели дублирующие факторы. Считается, что две переменные явно коллинеарные, т.е. находятся между собой в линейной зависимости, если $r_{x_i x_j} = 0,7$.

Поскольку одним из условий построения уравнения множественной регрессии является независимость действия факторов, т.е. $R_{xixj} = 0$, то коллинеарность факторов нарушает это условие. Если факторы явно коллинеарны, то они дублируют друг друга и один из них рекомендуется исключить из регрессии. Предпочтение при этом отдается тому фактору, который при достаточно тесной связи с результатом имеет наименьшую тесноту связи с другими факторами.

Основой измерения показателей тесноты связей является матрица парных коэффициентов корреляции:

Признаки	у	x_1	...	x_k
у	1			
x_1	r_{yx1}	1		
.	.	.	.	
.	r_{yxj}	$r_{x_1x_j}$	1	
.	
x_k	r_{yxk}	$r_{x_1x_k}$	$r_{x_jx_k}$	1

По этой матрице можно судить о тесноте связи факторов с результативным признаком и между собой. Хотя все эти показатели относятся к парным связям, все же матрицу можно использовать для предварительного отбора факторов для включения в уравнение регрессии. Не рекомендуется включать в уравнение факторы слабо связанные с результативными признаками, но тесно связанные с другими факторами.

Наибольшие трудности в использовании аппарата множественной регрессии возникают при наличии мультиколлинеарности факторов, когда более чем два фактора связаны между собой линейной зависимостью, т.е. имеет место совокупное воздействие факторов друг на друга [206].

Включение в модель мультиколлинеарных факторов нежелательно в силу следующих последствий:

затрудняется интерпретация параметров множественной регрессии как характеристик действия факторов в «чистом» виде, ибо факторы коррелированы; параметры линейной регрессии теряют экономический смысл;

оценки параметров ненадежны, обнаруживают большие стандартные ошибки и меняются с изменением объема наблюдений (не только по величине, но и по знаку), что делает модель непригодной для анализа и прогнозирования [206].

Для построения множественной регрессии были выбраны основные факторы, влияющие на процесс формирования рынка медицинского страхования, которые можно разделить на 3 группы:

экономические факторы (ВВП, среднемесячная заработная плата, прожиточный минимум, минимальный размер оплаты труда, задолженность по заработной плате, расходы и доходы населения, сбережения населения, численность экономически активного населения, численность безработных, уровень безработицы и инфляции, банковские депозиты);

демографические факторы (численность постоянного населения, число родившихся и умерших, количество умерших от болезней и внешних причин, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении);

факторы, характеризующие состояние отрасли здравоохранения (заболеваемость, количество больничных учреждений и обслуживающего медицинского персонала, расходы бюджета на отрасль здравоохранения).

В данном исследовании выходные данные для определения многофакторного регрессионного анализа влияния факторов на зависимую переменную (объем страховых премий по добровольному медицинскому страхованию) собраны в виде динамических рядов в Приложениях Д; Е; Ж; П. Оценка параметров выполнена с использованием программного пакета SPSS (IBM, 2015). В процессе исключения незначимых переменных, были выявлены переменные, удовлетворяющие уравнение регрессии с высоким уровнем надежности. Результаты выполнения функции регрессии для зависимой переменной (объем страховых премий по ДМС) представлены в виде таблиц 2.17-2.19.

Таблица 2.17 – Результаты выполнения для зависимой переменной (объем страховых премий по ДМС) от экономических факторов

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.B
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-1088.967	6476.645		-0.168	0.882
Денежные доходы населения, млн грн.(e8)	0.006	0.004	3.909	1.617	0.247
Индекс инфляции, % (e12)	-38.177	19.917	-.584	-1.917	0.195
Банковские депозиты, млрд грн. (e13)	3.550	1.804	0.999	1.968	0.188
R ²	0.99				
F-test	22.867				

Величина коэффициентов регрессии показывает среднее изменение результата с изменением фактора на одну единицу.

Графа «t» рассчитывает t-критерий Стьюдента, который используется для оценки статистической значимости коэффициентов регрессии и корреляции.

Графа «F-test» оценивает надежность полученного уравнения множественной регрессии.

По результатам зависимости объёма страховых премий от экономических факторов получено следующее уравнение регрессии и коэффициенты его надёжности:

$$y = -1088,967 + 0,006 * e8 - 38,177 * e12 + 3,555 * e13; (R^2 = 0,99) \quad (2.7)$$

Таким образом, объем страховых премий по добровольному медицинскому страхованию прямо пропорционален уровню денежных доходов населения и размеру банковских депозитов, и обратно

пропорционален индексу инфляции. Другими словами, при росте денежных доходов населения и увеличении вложений населения в банковские депозиты, а также при уменьшении индекса инфляции объём страховых премий по ДМС увеличится.

Таблица 2.18 – Результаты выполнения для зависимой переменной (объём страховых премий по ДМС) от демографических факторов

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.B
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-18882.338	7445.612		-2.536	0.035
Коэффициент рождаемости (d4)	1753.102	1515.663	0.253	1.157	0.281
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (d5)	310.628	114.043	0.598	2.724	0.026
Количество умерших от новообразований, тыс чел.(d7)	-45.392	28.238	-0.223	-1.608	0.147
R ²	0.875				
F-test	18.675				

По результатам зависимости объёма страховых премий от демографических факторов получено следующее уравнение регрессии:

$$y = -18882,338 + 1753,102*d4 + 310,628*d5 - 45,392*d7; \\ (R^2 = 0,875) \quad (2.8)$$

Из уравнения видно, что рост страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию приведёт к увеличению коэффициента рождаемости на 1 753,102, росту средней ожидаемой продолжительности

жизни при рождении и к снижению количества умерших от новообразований на 45,392.

Результаты выполнения для зависимой переменной (объем страховых премий по ДМС) от факторов, характеризующих состояние отрасли здравоохранения представлены в таблице 2.19.

Таблица 2.19 – Результаты выполнения для зависимой переменной (объем страховых премий по ДМС) от факторов, характеризующих состояние отрасли здравоохранения

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.B
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-29870.849	11364.251		-2.628	0.231
Количество врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. (m6)	314.330	53.375	0.407	5.889	0.107
Количество посещений в смену, тыс чел. (m7)	17.587	1.424	0.986	12.352	0.051
Расходы государственного бюджета на отрасль здравоохранения, млн грн. (m9)	-0.111	0.040	0.408	2.809	0.218
Количество человек на 1 мед персонала (N3)	-89.500	27.686	-.821	-3.233	0.191
Количество человек на 1 больничное учреждение (N4)	-1.476	.314	-6.077	-4.700	0.133
R ²	0.99				
F-test	603.819				

Для получения статистически значимой связи между независимыми переменными были добавлены новые нормированные относительно остальных факторы, характеризующие отрасль здравоохранения на 1 человека.

Проанализировав зависимость между страховыми взносами по ДМС и показателями отрасли здравоохранения получено следующее уравнение:

$$y = -29870,849 + 314,330 \cdot m6 + 17,587 \cdot m7 - 0,111 \cdot m9 - 89,5 \cdot N3 - 1,47 \cdot N4; (R^2 = 0,99) \quad (2.9)$$

Уравнение регрессии показывает, что с ростом объёма страховых премий от добровольного медицинского страхования снизится количество человек на 1 медицинского работника и на 1 медицинское учреждение, что говорит об улучшении охраны здоровья населения и предоставлении более качественных медицинских услуг.

Таким образом, полученная регрессионная модель влияния социально-экономических факторов на объём страховых премий по добровольному медицинскому страхованию имеет следующий вид:

$$Y_{\text{дмс}} = \begin{cases} -1088,97 + 0,006 \cdot e8 - 38,18 \cdot e12 + 3,56 \cdot e13 \\ -18882,34 + 1753,10 \cdot d4 + 310,63 \cdot d5 - 45,39 \cdot d7 \\ -29870,85 + 314,33 \cdot m6 + 17,59 \cdot m7 - 0,11 \cdot m9 - 89,5 \cdot N3 - 1,47 \cdot N4, \end{cases} \quad (2.10)$$

где $Y_{\text{дмс}}$ – объём страховых премий по добровольному медицинскому страхованию, млн грн.;

$e8$ – денежные доходы населения, млрд грн.;

$e12$ – индекс инфляции, %;

$e13$ – банковские депозиты, млрд грн.;

$d4$ – коэффициент рождаемости;

$d5$ – средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет;

$d7$ – количество умерших от новообразований, тыс. чел.;

m_6 – количество врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. единиц;

m_7 – количество посещений в смену, тыс. чел.;

m_9 – расходы государственного бюджета на отрасль здравоохранения, млн грн.;

N_3 – количество человек на 1 медицинского работника;

N_4 – количество человек на 1 медицинское учреждение.

Следовательно, вероятность успешного развития рынка медицинского страхования возрастает с ростом благосостояния граждан, индикатором которого является увеличение денежных доходов и депозитов населения, падением уровня инфляции, а также с увеличением количества амбулаторно-поликлинических учреждений.

Рост объёма страховых премий по добровольному медицинскому страхованию приведет к увеличению коэффициента рождаемости, средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, к снижению количества человек на 1 медицинского работника и на 1 медицинское учреждение, а также умерших от новообразований. Кроме того, увеличение нереализованного финансового потенциала в виде добровольных взносов по ДМС приведёт к снижению расходов государственного бюджета на отрасль здравоохранения.

Учитывая отсутствие обязательного медицинского страхования в Украине и ориентацию Донецкой Народной Республики на Российскую Федерацию целесообразно установить взаимосвязь между динамикой страховых премий по ОМС и основными экономическими, демографическими показателями и показателями отрасли здравоохранения на примере РФ (Приложения И; К; Л).

Результаты выполнения функции регрессии для зависимой переменной (объём страховых премий по обязательному медицинскому страхованию) в Российской Федерации сведены в таблицы 2.20 – 2.22.

Таблица 2.20 – Результаты выполнения для зависимой переменной (объём страховых премий по ОМС) от экономических факторов в Российской Федерации

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.B
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.395E6	654558.981		2.131	0.100
Расходы населения, млн руб.(e6)	0.039	0.025	2.732	1.594	0.186
Численность безработных, тыс. чел. (e10)	-20.768	8.066	-0.172	-2.575	0.062
Индекс инфляции, % (e12)	-9625.259	5533.363	-0.139	-1.739	0.157
Банковские депозиты, млрд руб. (e13)	7.712	4.512	0.559	1.709	0.163
R ²	0.99				
F-test	51.067				

Результаты корреляционной зависимости показали прямую зависимость страховых премий по ОМС от расходов населения, банковских депозитов и обратную зависимость от индекса инфляции и численности безработных.

$$y = 1,39E6 + 0,04 * e6 - 20,77 * e10 - 9625,26 * e12 + 7,71 * e13; (R^2 = 0,99) \quad (2.11)$$

Результаты выполнения для зависимой переменной (объём страховых премий по ОМС) от демографических факторов в Российской Федерации показали те же результаты, что и результаты выполнения для зависимой переменной (объём страховых премий по ДМС) от демографических факторов в Украине и представлены в таблице 2.21:

$$y = -1,511E7 + 49544.85 * d1 + 580.83 * d4 + 175956.36 * d5 - 21.45 * d7; \\ (R2 = 0,99) \quad (2.12)$$

Таблица 2.21 – Результаты выполнения для зависимой переменной (объем страховых премий по ОМС) от демографических факторов в РФ

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.B
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-1.511E7	6.992E6		-2.162	0.119
Численность постоянного населения, тыс. человек (d1)	49544.847	17529.074	0.284	2.826	0.066
Коэффициент рождаемости (d4)	580.829	190.286	0.544	3.052	0.055
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (d5)	175956.360	92212.770	1.892	1.908	0.152
Количество умерших от новообразований, тыс. чел.(d7)	-21.450	4.639	-0.447	-4.624	0.019
R ²	0.998				
F-test	187.714				

Следовательно, рост страховых премий по медицинскому страхованию приведет к росту численности постоянного населения, увеличению средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении и коэффициента рождаемости и снижению количества умерших от новообразований, что подтверждает целесообразность развития медицинского страхования для дополнительного финансирования отрасли здравоохранения.

По результатам выполнения для зависимой переменной (объем страховых премий по ОМС) от факторов, характеризующих состояние отрасли здравоохранения получена следующая множественная регрессия:

$$y = - 1,206E7 - 3597.43*m3 - 733.59*m5 + 56.74E6*N2 + 28513.26*N4 - 16421.96*F1; (R2 = 0,99), \quad (2.13)$$

Из уравнения множественной регрессии наблюдается прямая зависимость объёма страховых премий по ОМС от количества человек на 1 врача и на 1 больничное учреждение, и обратная зависимость от количества среднего медицинского персонала и количества больничных коек. Кроме того, рост страховых премий в Фонд обязательного медицинского приведёт к снижению нагрузки на государственный бюджет.

Результаты выполнения для зависимой переменной (объём страховых премий по ОМС) от факторов, характеризующих состояние отрасли здравоохранения в РФ сведены в таблице 2.22.

Таблица 2.22 – Результаты выполнения для зависимой переменной (объём страховых премий по ОМС) от факторов, характеризующих состояние отрасли здравоохранения

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.B
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-1.206E7	2.748E6		-4.388	0.012
Количество среднего медицинского персонала, тыс чел. (m3)	-3597.428	2575.305	-0.103	-1.397	0.235
Количество больничных коек, тыс. (m5)	-733.588	531.925	-0.178	-1.379	0.240
Количество человек на 1 врача (N2)	6.740E6	6.316E6	0.078	1.067	0.346
Количество человек на 1 больничное учреждение (N4)	28513.256	14199.409	0.289	2.008	0.115
F1- рублей сводного бюджета на 1 человека	-16421.959	8202.035	-0.144	-2.002	0.116
R ²	0.99				
F-test	92.623				

Полученная регрессионная модель влияния социально-экономических факторов на объем страховых премий по обязательному медицинскому страхованию имеет следующий вид:

$$Y_{омс} = \begin{cases} 1,39E6 + 0,04 \cdot e6 - 20,77 \cdot e10 - 9625,26 \cdot e12 + 7,71 \cdot e13 \\ -1,511E7 + 49544,85 \cdot d1 + 580,83 \cdot d4 + 175956,36 \cdot d5 - 21,45 \cdot d7 \\ 1,206E7 - 3597,43 \cdot m3 - 733,59 \cdot m5 + 56,74E6 \cdot N2 + 28513,26 \cdot N4 - 16421,96 \cdot F1, \end{cases} \quad (2.14)$$

где $Y_{омс}$ – объём страховых премий по обязательному медицинскому страхованию, млн руб.;

$e6$ – денежные расходы населения, млн руб.;

$e10$ – численность безработных, тыс. чел.

$e12$ – индекс инфляции, %;

$e13$ – банковские депозиты, млрд руб.;

$d1$ – численность постоянного населения, тыс. чел.;

$d4$ – коэффициент рождаемости;

$d5$ – средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет;

$d7$ – количество умерших от новообразований, тыс. чел.;

$m3$ – количество среднего медицинского персонала, тыс. чел.;

$m5$ – количество больничных коек, тыс.;

$N2$ – количество человек на 1 врача;

$N4$ – количество человек на 1 медицинское учреждение;

$F1$ – сводный бюджет на 1 человека, руб.

Осуществленный анализ взаимосвязей, подтверждённых в моделях регрессионного анализа соответствующими критериями, показал, для улучшения процесса формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования и, как результат, увеличения объёмов страховых премий по медицинскому страхованию, необходимым является повышение уровня доходов населения и сбережений экономических субъектов. Добровольное медицинское страхование и обязательное медицинское

страхование имеют одинаковые тенденции взаимосвязи между объемом страховых премий и социально-экономическими показателями:

относительно экономических показателей – объём страховых премий как по ДМС, так и по ОМС увеличивается с ростом доходов и расходов населения, с увеличением объёма банковских депозитов и со снижением уровня инфляции;

относительно демографических показателей – рост объёма страховых премий по добровольному и обязательному медицинскому страхованию приводит к увеличению коэффициента рождаемости, росту средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении и сокращению количества умерших от новообразований;

относительно показателей отрасли здравоохранения – с ростом объёма страховых премий по медицинскому страхованию увеличивается количество человек на одно медицинское учреждение и происходит снижение расходов государственного бюджета на отрасль здравоохранения. Это объясняется компенсаторной реакцией населения на сокращение объёма предоставляемых бесплатных услуг.

Таким образом, анализ основных показателей развития рынка медицинского страхования выявил, что на динамику добровольного медицинского страхования влияет ряд негативных факторов, среди которых можно выделить главный – недостаточность уровня реальных доходов населения.

Низкий уровень привлечения населения (страхование до сих пор не воспринимается как объективная необходимость) к страхованию можно считать основной макроэкономической проблемой, сдерживающей его развитие. Высокая монополизация рынка медицинских услуг, в свою очередь, предусматривает попытки завышения стоимости и количества услуг, предлагаемых медицинскими учреждениями.

Существует также ряд положительных факторов влияния на развитие добровольного медицинского страхования, среди которых расширение

спектра и контроль за качеством услуг, предоставляемых страховщиками, социальная ответственность бизнеса – позиционирование коллективного страхования сотрудников как неотъемлемой части компенсационного пакета.

Но для усовершенствования процесса реализации финансового потенциала рынка медицинского страхования целесообразным является внедрение обязательного медицинского страхования.

Ввиду того, что формирование экономики Донецкой Народной Республики, в общем, и страхового рынка государства, в частности, происходит под влиянием Украины и Российской Федерации, которые, как показал анализ, имеют сходные внутрисистемные связи, целесообразно полагать, что влияние социально-экономических факторов на финансовый потенциал рынка медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения будет происходить аналогичным образом.

В связи с этим возникает необходимость разработки действенного механизма функционирования рынка медицинского страхования Донецкой Народной Республики, который отражает изменения социально-экономического развития государства для реализации его финансового потенциала путем увеличения объёма привлечения денежных ресурсов за счет средств добровольного медицинского страхования, которое должно решать вопросы гарантированности и доступности медицинских услуг для широких слоев населения, позволит привлечь дополнительные ресурсы в отрасль здравоохранения, а совершенствование законодательной базы в системе медицинского страхования имеет приоритетное значение для внедрения его обязательной формы.

Соответственно развитие медицинского страхования означает изменения в нормативно-правовом, организационном, методическом обеспечении функционирования отрасли здравоохранения, что позволит изменить к лучшему ход формирования и использования дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения, а также увеличить финансовый потенциал рынка медицинского страхования.

Выводы по разделу 2

1. Проведённый анализ финансового обеспечения отрасли здравоохранения в Украине и Российской Федерации позволяет сделать выводы о неэффективности существующей отрасли здравоохранения, основным источником финансирования которой являются бюджеты различных уровней, о чём свидетельствуют показатели её функционирования, характеризующиеся низкой доступностью и качеством медицинской помощи, неудовлетворительным состоянием здоровья населения, сокращением продолжительности жизни и высокой смертностью.

2. Доказана необходимость усовершенствования финансового обеспечения отрасли здравоохранения и расширения внебюджетных источников её финансирования за счет обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования, средств больничных касс, благотворительных фондов, добровольных взносов юридических и физических лиц, средств, полученных за предоставление платных медицинских услуг. Направление этих средств обеспечит гарантированный государством уровень и объём медицинского обслуживания, а бюджетные средства станут основным источником финансирования целевых отраслевых программ.

3. Оценка показателей развития медицинского страхования показала, что рынок медицинского страхования в Донецкой Народной Республике отсутствует полностью, а рынок медицинского страхования в Украине является недостаточно активным, уровень его использования остается низким, медицинские страховые компании характеризуются низкой финансовой ёмкостью, как и в целом рынок личного страхования. В то время, как добровольное медицинское страхование во всем мире является одним из самых действенных инструментов социальной защиты интересов населения.

4. На основе основных составляющих финансового потенциала рынка медицинского страхования сформулировано определение, а именно

«финансовый потенциал рынка медицинского страхования – это экономическая категория, которая представляет собой совокупность финансовых ресурсов, направленных или которые могут быть направлены на функционирование и развитие рынка медицинского страхования на соответствующих этапах с целью их эффективного использования и для максимального удовлетворения потребностей субъектов рынка медицинского страхования, обеспечения социальной защиты населения и улучшения финансирования отрасли здравоохранения».

Финансовый потенциал рынка медицинского страхования состоит из реализованного потенциала в виде имеющихся финансовых ресурсов на рынке медицинского страхования и нереализованного финансового потенциала – тех финансовых ресурсов, которые могут быть привлечены на рынок медицинского страхования при определённых условиях.

5. Обосновано, что оценка роли рынка медицинского страхования в системе финансирования экономики государства должна включать систему сбалансированных показателей, а именно долю страховых компаний, которые занимаются медицинским страхованием в общем числе страховых компаний на страховом рынке государства; ёмкость рынка медицинского страхования (показатель проникновения); уровень капитализации страховых компаний путем проведения рейтинговой оценки лидеров рынка медицинского страхования; показатель густоты страховщиков; коэффициент концентрации ведущих страховых медицинских компаний и их влияние на рынок медицинского страхования, рассчитанный с помощью индекса Герфиндаля-Гиршмана; показатель плотности; финансовую мощность рынка медицинского страхования. Немаловажным при определении финансового потенциала является проведение PEST-анализа, SWOT-анализа, а также регионального анализа рынка медицинского страхования.

6. Влияние социально-экономических факторов на развитие рынка медицинского страхования показало следующую взаимосвязь:

относительно экономических показателей – объём страховых премий как по ДМС, так и по ОМС увеличивается с ростом доходов и расходов населения, с увеличением объёма банковских депозитов и со снижением уровня инфляции;

относительно демографических показателей – рост объёма страховых премий по добровольному и обязательному медицинскому страхованию приводит к увеличению коэффициента рождаемости, росту средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении и сокращению количества умерших от новообразований;

относительно показателей отрасли здравоохранения – с ростом объёма страховых премий по медицинскому страхованию увеличивается количество человек на одно медицинское учреждение и происходит снижение расходов государственного бюджета на отрасль здравоохранения. Это объясняется компенсаторной реакцией населения на сокращение объёма предоставляемых бесплатных услуг.

По результатам исследования в разделе опубликованы следующие труды: [190-198].

РАЗДЕЛ 3**НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ
ГОСУДАРСТВА****3.1 Модель финансирования отрасли здравоохранения на основе
медицинского страхования**

Исследования в предыдущих разделах диссертации показали, что медицинское страхование как часть социальной защиты населения, с одной стороны, и как дополнительный источник финансирования отрасли здравоохранения, с другой, играет значительную роль в экономике государства.

Построение научно обоснованной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования является одной из важнейших и одновременно самых сложных проблем, что обуславливает формирование эффективной социально-экономической среды в системе финансирования экономики государства.

Основная задача построения такой модели в Донецкой Народной Республике заключается в введении оптимальных пропорций применения различных форм медицинского страхования. Поэтому необходимо разработать научный инструментарий для оценки социальных рисков и обоснования соответствующих уровней социальных гарантий и на такой основе упорядочить организационные, финансовые и правовые формы государственного, корпоративного и личного страхования.

Для построения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования необходимо создание соответствующих условий за счёт:

достижения финансовой устойчивости медицинских учреждений;
оптимизации сети медицинских учреждений;
увеличения самостоятельности руководителей медицинских учреждений по управлению финансовыми ресурсами;
повышения конкуренции в отрасли здравоохранения;
совершенствования посреднической деятельности в организации и финансировании страховых программ путём предоставления медицинской помощи населению;
контроля за объёмом и качеством выполнения страховых медицинских программ лечебно-профилактическими, социальными учреждениями и отдельными частными врачами;
расчёта с медицинскими, социальными учреждениями и частными врачами за выполненную работу согласно договору через страховые фонды, которые формируются за счет денежных взносов предприятий, учреждений, организаций, граждан и др.

Построение модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с использованием системного подхода предполагает рассмотрение медицинского страхования как сложной социально-экономической системы, которая характеризуется:

целостностью, т.е. все элементы системы финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования взаимосвязаны и способствуют достижению общих стратегических целей и задач, а именно улучшению здоровья населения;

иерархичностью или многоуровневостью структуры, которая охватывает определенные уровни иерархии и управления системой, связи и компоненты между подсистемами, характеризуются сложностью поведения и управления системой и имеют необходимый объем информации для управления системой. Иерархичность системы заключается также в том, что систему можно рассматривать как элемент системы более высокого порядка (надсистемы), а её элементы, как системы более низкого порядка

(подсистемы). Иерархическое построение системы обеспечивает повышенную устойчивость к внешним воздействиям и возможным конфликтам между частями системы;

структурностью, которая содержит 4 подсистемы: формирования, распределения, использования и контроля;

целеустремлённостью, которая означает наличие в системе финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования целей функционирования и развития, а именно эффективной социальной защиты интересов населения. При этом цели характеризуются собственной структурой и иерархией;

управляемостью, т.е. свойством системы медицинского страхования перейти из одного состояния в другое;

динамичностью или способностью системы к непрерывному изменению путем постоянного развития ее элементов и системы в целом, учитывая объективные закономерности в финансировании экономики государства и взаимосвязь с окружающей средой;

открытостью, которая определяется интенсивностью обмена информацией или ресурсами между системой и внешней средой, а также степенью влияния других систем.

Формирование эффективной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования будет способствовать появлению, развитию и совершенствованию страховых инструментов в системе социальных гарантий населения Донецкой Народной Республики и обеспечит улучшение качества жизни и благосостояния населения, что подтверждает опыт экономически развитых стран.

При построении многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования главным и определяющим фактором должно стать сочетание государственного и частного финансирования медицинского страхования, разделенного на четыре уровня: минимальный (базовый), обязательный (основной), добровольный

(сервисный) и общественно-солидарный.

Системные элементы модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования представлены на рисунке 3.1.



Рисунок 3.1 – Модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования (разработано автором)

Анализ опыта системы государственного финансирования отрасли здравоохранения стран мира позволяет сделать вывод, что высокоразвитые государства с устоявшейся экономикой используют несколько источников привлечения средств для финансирования этой отрасли. Сравнения различных стран свидетельствуют о наличии тесной корреляции между уровнем экономического развития страны и степенью государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи [98].

Частное финансирование имеет огромное значение для организации и развития отрасли здравоохранения, основой которого являются средства физических и юридических лиц, а именно взносы в больничные кассы, приобретение полисов медицинского страхования, оплата населением медицинских услуг, приобретение лекарственных средств и продукции медицинского назначения.

Сравнительная характеристика государственных и частных расходов отрасли здравоохранения в различных странах представлена рисунком 3.2.

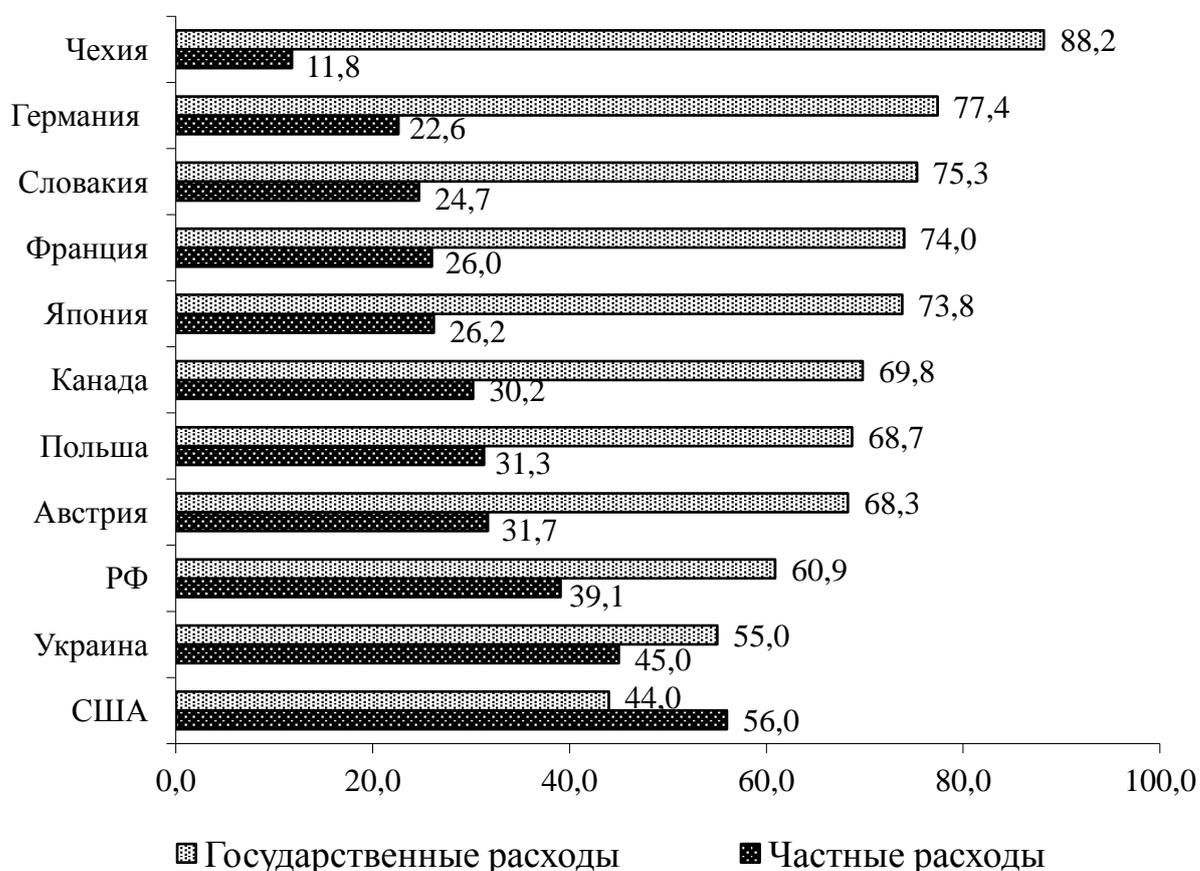


Рисунок 3.2 – Сравнительная характеристика государственных и частных расходов отрасли здравоохранения в различных странах, % [117]

Соотношение между государственными и частными расходами на финансирование отрасли здравоохранения в Украине и Российской Федерации по сравнению с другими странами убедительно свидетельствует о том, что в странах, уровень частных расходов является чрезвычайно высоким.

Этот показатель превышает соответствующий показатель европейских государств, таких как Япония, Канада и приближается к доле такого финансирования в США – стране с частной моделью финансового обеспечения отрасли здравоохранения, но в абсолютном значении расходы на финансирование отрасли здравоохранения намного ниже.

Внедрение многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования представляет собой основу для интеграции государственных и частных расходов на здравоохранение, поскольку потребности населения в медицинской помощи должны быть обеспечены финансовыми ресурсами вне зависимости от их источника. Поэтому представляется целесообразным активное привлечение в отрасль здравоохранения средств населения через систему добровольного медицинского страхования и оказание платных медицинских услуг при законодательном закреплении гарантированных объемов медицинской помощи, финансируемых в рамках финансирования отрасли здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в соответствии с существующим уровнем финансовых возможностей государства.

Реализация данной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования для формирования условий повышения качества и доступности медицинской помощи приобретает важное значение с учетом демографической ситуации в целях сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Рыночные условия требуют оценки реальной возможности участия государства в финансировании отрасли здравоохранения государства через систему медицинского страхования.

Сочетание государственного и частного страхового финансирования лечебно-профилактических учреждений позволит привлекать средства предприятий и граждан через систему медицинского страхования в отрасль здравоохранения, а для частных страховых медицинских организаций будет стимулом для участия в государственной системе охраны здоровья.

Таким образом, при оптимизации расходов на оказание медицинской

помощи населению посредством перераспределения финансовых ресурсов главным и определяющим фактором должна стать интеграция государственного и частного финансирования отрасли здравоохранения через систему медицинского страхования, представленную системой обязательного медицинского страхования и бюджетом, и частными, представленными системой добровольного медицинского страхования и платными медицинскими услугами, с целью удовлетворения общественных потребностей, обеспечения сбалансированности гарантий и реализации конституционных прав граждан.

Отрасль здравоохранения в развитых странах выполняют важную функцию социальной защиты. Она снижает социальные и финансовые риски, внося существенный вклад в социально-экономическое развитие государства. В условиях финансовых трудностей основной задачей стран, сформулированной Советом ЕС, является обеспечение финансовой устойчивости именно отрасли здравоохранения, т.е. полный охват населения медицинским обслуживанием, солидарность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания.

При разработке рекомендаций для внедрения такого интегрированного финансирования целесообразно согласование взаимодействия подсистем государственного и частного финансирования, а также функционирование государственных институтов с целью стимулирования формирования необходимых общественных связей, доверия в обществе, развития новых прогрессивных форм государственно-частного взаимодействия [207-216]. Кроме того, необходимым является проведение ряда преобразований и изменений на уровне законодательства с целью определения места добровольного медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения, а также с целью четкого разграничения сфер покрытия.

Подсистема формирования предусматривает четыре уровня, каждый из которых формируется за счет следующих финансовых источников:

минимальный уровень (базовый) – за счет Республиканского и местных бюджетов; обязательный (основной) – за счет Республиканского фонда обязательного медицинского страхования, который наполняется путем взносов работодателей и работников предприятий, благотворительных и добровольных взносов, штрафов и прибыли от использования свободных средств, а также государственных программ; добровольный (сервисный) – за счет средств юридических и физических лиц на основе заключения договоров страхования; общественно-солидарный – за счёт взносов работников предприятий – членов кассы.

Больничные кассы функционируют как благотворительные некоммерческие организации. Основные функции больничных касс представлены на рисунке 3.3.



Рисунок 3.3 – Функции больничных касс (разработано автором)

Установление размеров взносов членов больничных касс носит централизованный порядок в масштабах конкретного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) и базируется на сочетании принципов равенства и дифференциации: для работающих членов кассы устанавливается один тариф ежемесячных взносов, для неработающих (пенсионеров) – другой размер взносов с одновременным сохранением права каждого члена на стандартный перечень медицинских услуг [220].

Основные недостатки и преимущества больничных касс представлены на рисунке 3.4.

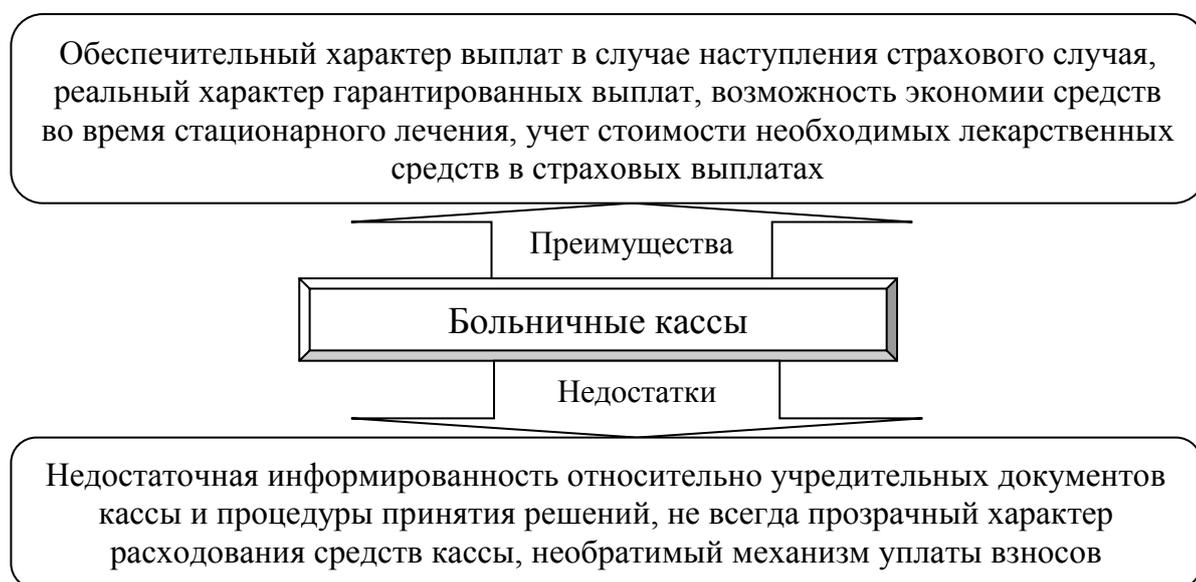


Рисунок 3.4 – Преимущества и недостатки больничных касс
(разработано автором)

Важным преимуществом больничных касс является то, что при незначительном ежемесячном взносе, благодаря наличию системы стандартизации и контроля качества медицинской помощи, обеспечивается лечение без ограничения размера расходов и количества обращений [222].

Таким образом, альтернативной системой медицинской помощи может выступать добровольное медицинское страхование на солидарной основе в виде больничных касс как общественная солидарная система медицинского страхования.

Подсистема распределения содержит субъекты медицинского страхования, а именно Республиканский бюджет, Министерство

здравоохранения, Республиканский и территориальные Фонды обязательного медицинского страхования, страховые компании и больничные кассы, которые распределяют финансовые ресурсы на социальную защиту населения в отрасли здравоохранения.

Подсистема использования определяет пути использования указанных финансовых ресурсов на соответствующий уровень системы медицинского страхования (рисунок 3.1).

Подсистема контроля состоит из государственного регулирования и саморегулирования. Посредником между пациентом и медицинским учреждением станет страховая компания, которая будет выполнять организационные, контролирующие, финансовые и гарантийные функции. Контроль за деятельностью страховых компаний должно осуществлять Министерство финансов Донецкой Народной Республики, координацию деятельности – орган саморегулирования – Медицинское страховое бюро (МСБ), функциями которого является контроль за выполнением программ страхования и своевременной оплаты за услуги, правильностью применения тарифов, контроль качества предоставляемых медицинских услуг. Это обеспечит повышение доступности и эффективности медицинского обслуживания, аккумулирования инвестиционных ресурсов, направляемых в экономику государства.

Медицинские учреждения, которые должны работать в системе ОМС должны контролироваться Министерством здравоохранения и взаимодействовать с Медицинским страховым бюро.

Государство обязуется оказывать неотложную медицинскую помощь всем гражданам и полностью обеспечивать медицинской помощью пенсионеров, детей до трех лет включительно, детей-сирот, инвалидов I группы, осуждённых, военнослужащих срочной службы. Другие обязательства и гарантии возьмёт на себя ОМС.

Конкуренция будет стимулировать всех субъектов медицинского страхования для предоставления более качественных медицинских услуг.

Для выявления основных тенденций развития системы медицинского страхования необходимо проанализировать факторы, под влиянием которых этот вид страхования формируется (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Факторы влияния на уровень спроса и предложения медицинского страхования

Факторы		Описание фактора
Внешние	Социально-экономические	Уровень денежных доходов и сбережений населения Профессиональная структура Уровень цен на медицинский страховой полис Степень развития медицинского страхования Платежеспособность потенциальных страхователей
	Демографические	Возрастная и половая структура населения Место жительства Форма занятости и место работы
	Социально-психологические	Уровень эмоционального состояния Социальная напряженность в обществе Ментальность Страховая культура Недоверие к страховщикам
	Ресурсно-экологические	Состояние окружающей среды
	Политические	Безопасность регионов Отсутствие конфликтов в регионе Общий уровень демократизации общества
	Правовые	Государственное регулирование страховой деятельности (нормативно-правовая база, количество видов обязательного страхования, система налогообложения страховщиков и страхователей, уровень конкуренции)
Внутренние	Специализация страховщиков	
	Капитализация страховщика	
	Ресурсы страховой компании (трудовые, информационные и финансовые ресурсы)	
	Уровень маркетинга и рекламы	
	Стратегические интересы владельцев	

Составлено автором

Представленные внешние и внутренние факторы тем или иным образом влияют на развитие медицинского страхования и на экономику государства в целом.

Создание многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования предоставит дополнительный потенциал для развития медицинской инфраструктуры, станет предпосылкой улучшения качества предоставления медицинских услуг и удовлетворения базовых потребностей населения.

Именно использование такой сложной системы является предпосылкой создания в Донецкой Народной Республике комплексной, эффективной, общедоступной и справедливой системы медицинского страхования, что будет способствовать повышению благосостояния людей и достижению европейских социальных стандартов, обеспечению устойчивости финансирования отрасли здравоохранения.

Определяющим и необходимым фактором развития многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в системе финансирования экономики государства является государственное регулирование страховой деятельности.

Государственное регулирование страхового рынка – это совокупность экономических, административно-правовых и организационно-технологических отношений между субъектами страхового рынка и государством в ходе целенаправленного комплексного воздействия последней на страховом рынке как единую систему [223].

Цель государственного регулирования страхового рынка – это проведение эффективной государственной политики в сфере страховых услуг, а также защита интересов потребителей страховых услуг и создание благоприятных условий для развития и функционирования рынка.

Актуальными задачами по совершенствованию государственной системы регулирования страхового рынка являются:

последовательная разработка и совершенствование финансового законодательства, внедрение совокупности законодательных актов, которые будут охватывать все секторы рыночной экономики, способствовать упорядочению взаимоотношений между субъектами рынка на всех фазах процесса воспроизводства;

обеспечение равных возможностей для доступа к рынку финансовых услуг и защиты прав их участников;

формирование пруденциального надзора, который предусматривает максимальный учет уровня рисков, качество внутренней системы управления и контроля за рисками, соответствующий бухгалтерский учет и финансовую отчетность, выявление недостатков в деятельности участников на ранних стадиях их развития;

необходимость создания единого информационно-аналитического центра, для обработки массивов данных по спектру финансирования рынка;

контроль за прозрачностью и открытостью страхового рынка;

обеспечение эффективного государственного регулирования и надзора в сфере финансовых услуг с учетом стандартов и принципов, рекомендованных Международными организациями;

создание Республиканского органа, осуществляющего государственное регулирование рынков финансовых услуг (в т.ч. и страхового рынка) в Донецкой Народной Республике будет способствовать формированию адекватных основ развития страхового рынка и государственного регулирования страховой деятельности;

создание саморегулируемой организации, целью функционирования которой на страховом рынке является защита интересов его участников и развитие национальной системы страхования. Функциями саморегулируемой организации являются:

прямая защита интересов участников СРО в отношениях с государством (совершенствование нормативно-правовой базы);

подготовка и утверждение стандартов и правил страховой деятельности, правил деловой и профессиональной этики;

подготовка и утверждение правил и условий принятия в члены саморегулируемой организации оценщиков;

представление интересов своих членов в их отношениях с органами государственной власти и органами местного самоуправления, а также с международными профессиональными организациями страховщиков;

принятие в члены и отчисление из членов саморегулируемой организации страховщиков;

ведение реестра членов саморегулируемой организации страховщиков и снабжение информацией заинтересованных лиц;

формирование информационного и методического обеспечения своих членов [15].

Возможная система государственного регулирования страхового рынка в Донецкой Народной Республике представлена на рисунке 3.5.



Рисунок 3.5 – Система государственного регулирования страхования в Донецкой Народной Республике (разработано автором)

От системной, четкой и последовательной государственной политики в сфере страхования зависит качественная защита интересов и прав потребителей страховых услуг и конкурентоспособная деятельность страховых компаний.

Развитие медицинского страхования как специфической подотрасли личного страхования поможет решить проблемы финансового обеспечения отрасли здравоохранения, которые являются причиной ограниченных возможностей граждан государства получать полную по объёму и качественную медицинскую помощь только за счёт бюджетных средств.

Кроме того, страховые компании в силу специфики своей деятельности в виде привлечения значительных сумм денежных средств с отсрочкой их выплаты, можно рассматривать как специализированный инвестиционный институт, к основным направлениям размещения средств которых относятся банковские вклады, ценные бумаги и другие права участия, включая государственные ценные бумаги, валютные ценности, недвижимость. Размещение средств страховых компаний на финансовом рынке выгодно для государства, поскольку происходит пополнение денежной массы, находящейся в обращении, тем самым сдерживает инфляцию, стабилизирует национальную денежную единицу. Таким образом, как составляющая финансовой системы государства, добровольное медицинское страхование участвует в распределительных и перераспределительных отношениях, влияет на темпы экономического роста.

Влияние государства на развитие медицинского страхования и на страховой рынок в целом осуществляется преимущественно через формирование соответствующей законодательной и нормативной базы деятельности участников страхования (Приложение У).

Охват небольшого количества видов медицинской помощи страхованием, жесткий отбор застрахованных на основе вероятности осуществления страховых выплат, затратный порядок финансирования, зависимость объёма медицинской помощи от платежеспособности клиента

или финансового положения работодателя [150] позволяют сделать выводы, что модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования и её эффективное функционирование должны быть обеспечены совершенной нормативно-правовой базой.

При разработке перспективного законодательства необходимо руководствоваться такими общепризнанными принципами, как конституционное развитие законодательства, верховенство законов среди других нормативно-правовых актов, динамичность, комплексность и своевременность законотворческого процесса [224].

Кроме факторов, влияющих на формирование и развитие медицинского страхования по созданию соответствующих условий для эффективной реализации модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования необходимо использовать опыт экономически развитых стран в этой сфере.

В Конституциях таких европейских государств, как Австрия, Германия, Лихтенштейн, право граждан на охрану здоровья отсутствует, только некоторыми статьями предусмотрено осуществление государством законодательных или исполнительных действий в отрасли здравоохранения.

В Конституциях Болгарии и Хорватии определено право каждого на медицинское страхование. В конституциях Албании, Литвы и Латвии говорится, что государство защищает здоровье человека и гарантирует право каждого на основную медицинскую помощь или медицинское обслуживание. Право на максимально достижимый уровень физического и духовного здоровья закреплено в Конституции Венгрии.

В Конституциях таких государств, как Украина, Польша, Словакия, Словения, Румыния, Эстония, Сербия, Черногория, конкретно определено право граждан на охрану здоровья, т.е. гарантировано право на бесплатное медицинское обслуживание и помощь за счет общественных средств в государственных учреждениях здоровья. В Чехии право на бесплатное медицинское обслуживание предусмотрено на основе общественного

страхования, в Словакии – на основе медицинского страхования, в Сербии – на основе участия в обязательных страховых схемах [238].

В ст. 34 Конституции Донецкой Народной Республике предусмотрено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [246].

Оптимальная система принципов построения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования должна учитывать интересы всех субъектов системы медицинского страхования и отрасли здравоохранения в финансировании экономики государства. Заинтересованными сторонами и партнерами должны стать органы исполнительной власти, работодатели, страховщики, клиенты, некоммерческие и коммерческие организации, ассоциации и частные лица, предоставляющие медицинские услуги, общественные организации, группы поддержки, средства массовой информации, экономические структуры различных уровней. Обязательным условием успешности функционирования модели государственного и частного страхования является доступность информации о деятельности отрасли здравоохранения.

Для достижения целей и задач эффективного финансирования экономики государства на основе медицинского страхования необходимым является применение следующих принципов (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Принципы организации медицинского страхования [249]

Принцип	Сущность принципа
Экономические принципы	
Принцип наличия страхового интереса	Страхованию подлежит здоровье, в охране которого заинтересован застрахованный
Принцип выплаты страхового возмещения	После получения медицинских услуг или страховых выплат состояние страхователя не должно быть лучше того, что предшествовало страховому случаю

Продолжение таблицы 3.2

Принцип	Сущность принципа
Принцип гарантированного государством минимального страхового обеспечения	Государство должно финансировать обязательное медицинское страхование
Информационные принципы	
Принцип доверия сторон	Точность и достоверность предоставленной страхователем или страховщиком информации относительно объекта страхования
Принцип открытости и прозрачности	Обязательность информационной открытости для застрахованных, страхователей и страховщиков
Правовые принципы	
Принцип законности	Законность операций, имеющих место в системе медицинского страхования
Рыночные принципы	
Принцип свободы выбора	Страхователь может выбирать условия предоставления страховых медицинских услуг, сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования
Принцип конкуренции	Конкуренция предоставления страховых услуг и привлечения страхователей страховыми медицинскими учреждениями
Принцип демонополизации	Равноправная деятельность страховых медицинских организаций, которые составили договор о финансовом обеспечении ОМС
Страховой принцип	Страховые медицинские учреждения должны аккумулировать и распределять финансовые ресурсы обязательного медицинского страхования
Социальные принципы	
Принцип солидарности, справедливости и равенства	Одинаковое право на получение медицинской помощи в необходимых объёмах независимо от размера страхового взноса по всей территории Донецкой Народной Республики в рамках программы обязательного медицинского страхования

С целью определения перспектив построения эффективной многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в Республике и его неиспользованного финансового потенциала была исследована его внутренняя и внешняя среда путем осуществления SWOT-анализа (таблица 3.3):

Таблица 3.3 – SWOT-анализ для развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике

S-strengths – сильные стороны	W- weaknesses – слабые стороны
<p>Способность субъектов предпринимательства быстро адаптироваться к изменяющимся условиям ведения бизнеса;</p> <p>значительный научно - технический, медицинский, кадровый и интеллектуальный потенциал;</p> <p>наличие в Республике неиспользованных площадей и оборудования;</p> <p>наличие научно-методических разработок для инновационного развития;</p> <p>развитая сеть лечебно-профилактических учреждений;</p> <p>заинтересованность иностранных инвесторов;</p> <p>возможности для развития медицинского страхования</p>	<p>Неразвитость (отсутствие) финансово – кредитных учреждений;</p> <p>высокая степень износа основных фондов в учреждениях здравоохранения;</p> <p>отсутствие нормативно-правовой базы;</p> <p>неурегулированная система обеспечения льготных категорий граждан медикаментами для амбулаторного лечения и изделиями медицинского назначения;</p> <p>недостаточное медикаментозное и материально-техническое обеспечение больниц;</p> <p>отсутствие финансовых инструментов для инвестирования;</p> <p>информационная закрытость;</p> <p>отсутствие стратегии развития страхования;</p> <p>низкий уровень страховой культуры;</p> <p>слабый финансовый мониторинг</p>
O - opportunities – возможности	T - threats – угрозы
<p>Стабилизация экономики и рост ВВП;</p> <p>улучшение демографической ситуации за счёт разработки программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>создание возможностей для оказания качественной медицинской помощи независимо от места жительства, социального и материального положения семей и состояния здоровья населения;</p> <p>введение обязательного медицинского страхования;</p> <p>дополнительные финансовые ресурсы в отрасль здравоохранения;</p> <p>более эффективная социальная защита населения;</p> <p>заинтересованность населения в медицинском страховании;</p> <p>повышение страховой культуры населения</p>	<p>Низкая платежеспособность населения;</p> <p>сокращение численности населения;</p> <p>рост хронических заболеваний и возникновение новых;</p> <p>растущие затраты на здравоохранение;</p> <p>проблемы качества питания и здорового образа жизни населения;</p> <p>недоверие населения к услугам медицинского страхования;</p> <p>политическая и экономическая нестабильность;</p> <p>высокий уровень инфляции;</p> <p>низкие темпы поступления иностранных инвестиций;</p> <p>рост цен на услуги;</p> <p>конкуренция со стороны иностранных страховых компаний;</p> <p>спад экономического развития страны;</p> <p>чрезмерная зависимость системы негосударственного социального обеспечения от иностранного капитала;</p> <p>отсутствие эффективной финансово-кредитной системы</p>

Составлено автором

Следующим этапом является установление взаимосвязей между составными элементами и построение матрицы SWOT-анализа развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Матрица SWOT-анализа развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике

		ВНЕШНЯЯ СРЕДА	
		ВОЗМОЖНОСТИ	УГРОЗЫ
ВНУТРЕННЯЯ СРЕДА	СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ	<p>1</p> <p>Развитие медицинского страхования, которое является социально значимыми; развитие системы страхового посредничества; интеграция в мировой рынок страхования; партнерские отношения с медицинскими учреждениями; формирование бренда и репутации надежного страхового партнера; привлечение большего количества клиентов</p>	<p>3</p> <p>Боевые действия; инфляционные препятствия; снижение инвестиционной привлекательности; развитие инвестиционной деятельности страховщиков; отсутствие динамического спроса на страховые услуги; доведение качества предоставления страховых услуг до уровня европейских стандартов</p>
	СЛАБЫЕ СТОРОНЫ	<p>2</p> <p>Разработка и развитие нормативно-правовой базы в системе медицинского страхования; создание высокого конкурентного страхового рынка; развитие добровольного медицинского страхования; внедрение ОМС; отсутствие единой информационной базы; неразвитая региональная сеть</p>	<p>4</p> <p>Высокий уровень убыточности медицинского страхования; потеря интереса со стороны инвесторов; снижение уровня финансовой безопасности; потеря платежеспособного спроса со стороны страхователей; отсутствие страхового рынка</p>

Составлено автором

Полю 1 соответствуют действия, направленные на развитие внутренних положительных свойств рынка медицинского страхования и реализацию имеющихся возможностей, которые сложились на этом рынке. Соотношение

приведенных характеристик позволяет решить задачу эффективного использования позитивных тенденций внутренней и внешней среды рынка;

поле 2 присущи действия, направленные на преодоление слабых сторон рынка за счет использования реальных возможностей внешней среды. Анализ данного поля позволяет определиться с внутренними факторами, которые могут помешать использованию рыночных возможностей страховщика и превратиться в угрозы;

поле 3 предусматривает применение сильных сторон рынка медицинского страхования для преодоления рыночных угроз и определяет за счёт каких внутренних сильных сторон можно преодолеть негативные факторы внешней среды страховых компаний;

поле 4 позволяет выявить самые большие опасности для функционирования рынка медицинского страхования.

В результате проведенного анализа предложено использовать поле 1 как основу для развития и эффективного функционирования модели медицинского страхования, поскольку фактический потенциал для развития находится именно на пересечении показателей «сильные стороны» и «возможности», при этом нельзя игнорировать факторы, определенные в результате анализа в полях 2,3,4.

С целью надежного и эффективного функционирования многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в Донецкой Народной Республике целесообразно провести ряд мероприятий:

для обеспечения эффективности подсистемы формирования финансовых ресурсов медицинского страхования привлечь к работе высококвалифицированных специалистов, хорошо знакомых с теорией и передовой технологией страхования;

для надежного функционирования подсистемы распределения целесообразно:

сформировать единый Республиканский Фонд обязательного

медицинского страхования для граждан Донецкой Народной Республики с территориальными отделениями;

стандартизировать, автоматизировать и централизовать технологические процессы в модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, повысить качество и оперативность обслуживания граждан;

для совершенствования подсистемы контроля медицинского страхования необходимо:

ввести стандарты обнародования показателей, характеризующих текущее состояние функционирования медицинского страхования, а также прогнозов ее развития;

повысить уровень осведомленности граждан о реформе в системе медицинского страхования путем проведения эффективной информационно-разъяснительной работы среди населения, работодателей, профсоюзов и юридических лиц, в том числе о преимуществах и рисках функционирования обязательного медицинского страхования;

создать экономические предпосылки и информационно-техническую базу для государственного регулирования и контроля в системе медицинского страхования, создание условий для обеспечения здоровья в соответствии с задачей ВОЗ, дифференциации функций управления в районах, областях и регионах, формирования страховых касс, обеспечение эффективного использования средств и развития профессиональной конкуренции.

Кроме того, на основе системного подхода постепенно создать систему общественного здравоохранения, а именно разработать и внедрить механизмы объединения средств для отдельных слоев населения, которые будут выплачиваться в пределах обязательного и добровольного медицинского страхования, разработать и внедрить личные медицинские депозитные счета на медицинскую помощь с механизмами долевого участия государства для отдельных слоев населения, покрытие государством медицинских расходов той части населения, которая не в состоянии делать отчисления, что позволит

сохранить универсальность охвата медицинскими услугами [96]:

по добровольному медицинскому страхованию – принятие соответствующего законодательства, объединением усилий всех заинтересованных структур (органов здравоохранения, страховых медицинских организаций, органов защиты потребителей), стимулированием развития частного медицинского страхования для обеспечения притока дополнительных средств в отрасль здравоохранения, недопущением замещения бесплатной медицинской помощи населению платной, содействием замены неформальных платежей в данной отрасли формальными (легальными), постепенным переносом платных медицинских услуг с бюджетных учреждений в частные медицинские учреждения;

по обязательному страхованию – создание четкой законодательной основы обязательного страхования, приведение ее к международным нормам, принятие соответствующих законодательных актов исключительно на основании финансово-экономического обоснования возможности решения проблем страховой защиты в обязательной форме, определение реальных источников осуществления страховой защиты, разработка и внедрение системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи, использование базы данных для планирования системы организации и оплаты медицинских услуг, а также единого реестра застрахованных лиц как важной предпосылки становления системы ОМС и исключения двойного страхования и финансирования, разработка прогрессивной системы ставок взносов в Фонд ОМС и определение связи размера взносов с величиной доходов их плательщиков, а также установления их нижней границы для уязвимых слоев населения (пенсионеры, инвалиды и т.д.), при которых взносы платит государство, оптимизация перечня объектов, подлежащих медицинскому страхованию за счет бюджета, распределение ставок взносов в обязательный фонд медицинского страхования между работодателем и работником, разработка и внедрение системы распределения рисков между государством, работодателями, страховыми организациями и получателями медицинской

помощи, разработка и внедрение механизма «страхование с целью обеспечения лекарствами».

3.2 Методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе медицинского страхования

Военные действия на Донбассе в 2014-2016 гг. негативно повлияли на все секторы экономики Донецкой Народной Республики. При этом финансовый сектор (банковский, страховой и фондовый рынки) пострадал сильнее всего. Особенность страхового рынка заключается в том, что в период становления экономики его развитие и подъём начинается одним из последних. В то же время страхование, как было отмечено в предыдущих разделах диссертации, выполняет в экономике государства ряд важных функций (компенсационную, накопительную, предупредительную, инвестиционную, контрольную) и определяет возможности для благополучного развития юридических и физических лиц на данной территории.

Одним из важных инструментов финансирования экономики государства является Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), основу которого составляют обязательные отчисления работодателей из Фонда оплаты труда.

За счет данного Фонда населению предоставляется возможность пользоваться гарантированным со стороны государства пакетом медицинских услуг.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечивая как финансирование, так и управление качеством медицинских услуг, распространена во многих странах мира и СНГ и является уникальной возможностью осуществления независимой экспертизы качества

медицинской помощи и источником дополнительных внебюджетных средств для отрасли здравоохранения. С его помощью государство обеспечивает социальную защиту интересов населения страны, касающихся охраны здоровья. При необходимости человеку предоставляется возможность воспользоваться гарантированной помощью из средств, накопленных страховщиком.

Как было рассмотрено в первом разделе диссертации, в каждой стране существует своя система финансирования отрасли здравоохранения (бюджетная, бюджетно-страховая и смешанная). Среди них бюджетно-страховая с применением системы обязательного медицинского страхования основана на страховых взносах, уплачиваемых самими работающими или их работодателями, которые принимают на себя обязательства перед государством осуществлять взносы в виде фиксированного процента к Фонду оплаты труда.

В большинстве экономически развитых стран Северной и Западной Европы система страховой медицины предусматривает три основных источника оплаты расходов на медицинскую помощь:

отчисления с заработной платы застрахованных: во Франции – 6% от заработной платы, в Германии – 11,8%, в Бельгии – 8,4%, в Австрии – 10,1%, во Франции и Нидерландах – 19%;

отчисления из государственного бюджета: в Нидерландах – 10%, в Германии – около 20%, в Скандинавских странах – от 20 до 50%;

отчисления с доходов предпринимателей – 50% в Германии, около 5% всех средств на медицинскую помощь в остальных странах.

Удельный вес застрахованного населения в этих странах составляет 60-80% [71, с. 66].

Преобладают страны, в которых согласно системе ОМС выплаты производят и работодатели, и работники почти в равных долях. В Российской Федерации это обязательство закреплено исключительно за работодателем (5,1% от фонда оплаты труда).

Источники финансирования ОМС в различных странах представлены в таблице 3.5.

Анализируя опыт зарубежных стран, следует отметить, что размер страхового взноса колеблется от 7% до 18% от Фонда оплаты труда, а доля расходов ОМС в общих расходах на здравоохранение составляет во Франции, Нидерландах и Люксембурге – 74%, в Германии и Бельгии – 62%, Австрии – 48%. С учетом того, что часть общих расходов составляют личные затраты населения (15-25%), эти показатели соответствуют 70-85% доли ОМС в общих государственных расходах [6].

Таблица 3.5 – Источники финансирования ОМС в различных странах

Страна	Источники финансирования, %			Размер страхового взноса (% от дохода)
	государство	работодатели	работники	
Италия	7,3	83,3	9,4	13,1
Бельгия	31,4	79,5	19,1	7,3
Германия	19,0	42,7	38,3	16,0
Нидерланды	6,3	42,5	51,2	9,3
Дания	80,0	11,0	9,0	22,0
Швейцария	21,2	0,02	78,7	17,7
Франция	81,0	12,5	6,5	16,0
Япония	88,0	5,5	6,5	7,2
Российская Федерация	37,5	62,5	-	5,1
Болгария	30,0	35,0	35,0	6,0
Грузия	48,2	52,8	-	3,0
Казахстан	68,7	32,3	-	2,0-5,0
Кыргызстан	65,0	35,0	-	2,0
Литва	н/д	10%	4%	н/д
Словакия	н/д	3%	6%	н/д
Молдова	40,4	47,2	12,4	3,5
Чехия	н/д	2/3 от ФОП	1/3 от ФОП	В зависимости от з/п до 16 %
Польша	50,0	25,0	25,0	7 %

Составлено автором

В постсоветских странах размер страхового взноса значительно ниже – 2-7%, исключением являются Эстония, Хорватия, Чехия, Словения (13-18% от фонда оплаты труда).

Учитывая сложность становления Донецкой Народной Республики и исходя из практики внедрения обязательного медицинского страхования в постсоветских странах для дальнейшего расчета целесообразно исключить те страны, размер страхового взноса которых по обязательному медицинскому страхованию превышает 6% и формировать прогнозные расчеты на основе установления страхового тарифа по ОМС в размере от 1% до 5% от Фонда оплаты труда.

Для оценки уровня развития медицинского страхования, кроме абсолютных показателей – размеров страховых взносов, используются несколько относительных характеристик, основными из которых являются индикаторы, которые применяются в международной и отечественной практике: показатель проникновения и показатель плотности страхования (таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Основные индикаторы развития рынка медицинского страхования в различных странах

Страна	Показатель проникновения медицинского страхования (доля страховой премии в ВВП), %	Показатель плотности медицинского страхования (страховая премия на душу населения), долл. США
США	2,8	1 605,0
Германия	2,1	1 482,2
Франция	1,4	935,0
РФ	0,27	3,6
Казахстан	0,15	2,6
Молдова	0,09	1,8
Грузия	0,05	1,6
Украина	0,14	2,3
Беларусь	0,07	2,0

Составлено автором на основе [252-257]

Данные таблицы 3.6 свидетельствуют, что развитие медицинского страхования в различных странах очень различается. В развитых странах плотность медицинского страхования составляет от 900 долл. США до 2 000 долл. США, а уровень проникновения медицинского страхования колеблется от 1% до 3%. Показатели развития медицинского страхования в странах СНГ близки.

В условиях неопределенности становления и перспектив внешнеэкономического взаимодействия Донецкой Народной Республики при определении оптимального размера страхового взноса граничное значение размера отчислений из Фонда оплаты труда на ОМС предлагается планировать на уровне 3%. Исходя из статистических данных экономического и социального развития Донецкой Народной Республики Фонд оплаты труда в Республике в 2015 г. составил 16 694 790 тыс. руб. Таким образом, расчетные страховые взносы за счет работодателей по обязательному медицинскому страхованию составят 500 843,7 тыс. руб.

При запланированном размере страхового взноса (3%) граничный уровень плотности медицинского страхования в Донецкой Народной Республике составит – 216 р. (3,4 долл. США). Данный показатель соответствует показателю плотности медицинского страхования в Российской Федерации, поэтому целесообразно спрогнозировать граничный показатель проникновения медицинского страхования на уровне 0,27% (показатель в Российской Федерации).

По мере развития медицинского страхования многие факторы социально-экономического, экологического характера будут влиять на эту тенденцию, будут изменения и отклонения от запланированных цифр. Поэтому необходимо через определенный период (в 2-3 года) пересчитывать по единой методике прогнозы вперед на несколько лет предпрогнозного и прогнозируемого периода, на основе которой будет обеспечиваться корректировка прогнозов. Уточнение прогнозных данных позволит более

точно доработать альтернативные сценарии развития медицинского страхования на долгосрочную перспективу.

Учитывая высокую неопределенность становления и нестабильную ситуацию в Донецкой Народной Республике целесообразно при прогнозировании развития медицинского страхования использовать развернутый вариант методики альтернативных сценариев и рассмотреть пять альтернативных сценариев при установлении страхового взноса по ОМС в размере от 1% до 5% от Фонда оплаты труда.

Прогнозное соотношение альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования Донецкой Народной Республики представлено в таблице 3.7.

Таблица 3.7 – Соотношение альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования Донецкой Народной Республики (прогноз)

Альтернативные прогнозные сценарии развития	Численность постоянного населения (среднегодовая), человек	Страховые премии по ОМС, тыс. руб.	Показатель проникновения (емкость рынка), %	Показатель плотности медицинского страхования, руб.
Оптимистичекий вариант	3 000 000	854 400,0	0,5	284,8
Умеренно-оптимистический	2 659 360	665 903,7	0,38	250,4
Нейтральный (прагматический)	2 318 700	500 843,7	0,27	216,0
Умеренно-пессимистический	2 209 360	301 577,6	0,19	136,5
Пессимистичекий вариант	2 100 000	119 490,0	0,1	56,9

Составлено автором

Оптимистический вариант развития предполагает увеличение численности населения Донецкой Народной Республики и рост занятости в экономике, что приведет к значительному увеличению объемов страховых премий по обязательному страхованию и соответственно к росту основных индикаторов развития рынка медицинского страхования.

По нейтральному (прагматическому) сценарию предполагается приблизительный баланс позитивных и негативных тенденций в экономической среде, что обеспечивает относительно устойчивые экономические условия для развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.

Пессимистический вариант прогнозного сценария развития предусматривает ухудшение экономической ситуации, возобновление боевых действий и сокращению численности населения, что приведет к сокращению объема страховых поступлений по обязательному медицинскому страхованию.

Для анализа возможных значений показателей основных индикаторов (плотность страхования и проникновение страхования), а также определения наиболее вероятного оптимального страхового взноса по ОМС в Донецкой Народной Республике использовано имитационное моделирование методом Монте-Карло.

Метод Монте-Карло – это численный метод исследования математических моделей сложных систем, основанный на моделировании случайных элементов и последующем статистическом анализе результатов моделирования [260].

Метод Монте-Карло реализуется с помощью следующих шагов:

подбор такой случайной величины ξ , чтобы выполнялись условия:

$$E\{\xi\} = a, D\{\xi\} < \infty, \quad (3.1)$$

где a – скалярная величина, приближенное значение, которое необходимо найти;

для получения разброса значений прогнозируемых показателей проводится n опытов для значений переменных по случайной выборке ξ_j , $j = \overline{1, n}$ моделируют n независимых реализаций случайной величины ξ ($\xi_1, \xi_2, \dots, \xi_n$);

полученный набор значений прогнозируемого показателя ξ_j , используется для расчета среднего значения a_n , которое определяется по формуле 3.2:

$$a_n = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n \xi_j \quad (3.2)$$

Неопределенность (или коэффициент вариации V_r) рассчитывается по формуле 3.3:

$$V_r = \frac{1}{a_n} \sqrt{\sum_{j=1}^n (\xi_j - a_n)^2 / n} \quad (3.3)$$

Имитационная модель – это логико-математическое описание объекта, которое может быть использовано для экспериментирования на компьютере в целях проектирования, анализа и оценки функционирования объекта.

Начальная стадия в процессе имитационного моделирования – это создание прогнозной модели. Такая модель определяет математические отношения между числовыми переменными, которые относятся к прогнозу выбранного финансового показателя. В качестве базовой модели использованы модели расчета основных индикаторов развития медицинского страхования для определения оптимального размера страхового взноса по обязательному медицинскому страхованию:

проникновение страхования (отношение объема страховых взносов по медицинскому страхованию к объему валового внутреннего продукта);

плотность страхования (отношение объема страховых взносов по медицинскому страхованию к численности населения).

Для проведения имитаций использовался инструментарий приложения MS Excel. В процессе предварительного анализа были выявлены необходимые переменные для расчета макроэкономических индикаторов развития медицинского страхования и определены возможные границы их изменений.

Эксперимент проводился с использованием встроенных математических функций «СЛУЧМЕЖДУ», исходя из предположения о независимости и равномерном распределении ключевых переменных. Равномерное распределение исходных показателей используется в том случае, если об интервалах времени известно только то, что они имеют максимальный разброс, и ничего не известно о распределениях вероятностей этих интервалов. Исходя из того, что обстановка в Донецкой Народной Республике не стабилизировалась и вероятность пессимистического и оптимистического прогнозов развития экономики государства неизвестна, было использовано именно это распределение.

Было проведено 1000 имитаций, и с учетом полученных значений рассчитаны индикаторы развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.

На основе полученных в результате имитации значений основных индикаторов рассчитаны критерии, количественно характеризующие вероятность получения определенных значений индикаторов

Модель анализа была проверена на наличие в ней коррелированных переменных, в результате проверки оказалось, что переменные не коррелированы.

В результате статистической обработки сгенерированных сценариев установлена доля сценариев, которые соответствуют положительной динамике развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике. Для плотности страхования из 1000 имитаций 520 результатов дали значения, превышающие пограничный уровень в 216 руб. на человека.

Для проникновения страхования получено 610 значений, превышающих пограничный уровень в 0,27% (таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Результаты анализа имитационного моделирования основных индикаторов медицинского страхования с предположением о равномерном распределении исходных показателей

Результаты анализа	Численность постоянного населения (среднегодовая), чел	Страховые премии по ОМС, тыс. руб.	Показатель проникновения (емкость рынка), %	Показатель плотности медицинского страхования, руб.
Среднее значение	2 547 219,426	489 526,545	0,2	139,1
Стандартное отклонение	253 408,0964	206 376,202 7	0,147122757	83,09072523
Коэффициент вариации	0,099484204	0,421583272	0,590522423	0,597160657
Минимум	2 100 742	119 583	0,0	0,0
Максимум	2 997 844	853 098	0,5	284,0
Число случаев, превышающих значения граничных показателей (проникновение страхования – 0,27%, плотность страхования – 216 р.), при проведении 1000 испытаний			610	520

Рассчитано автором

Положительную динамику развития медицинского страхования Донецкой Народной Республики будут характеризовать рост прогнозных показателей проникновения страхования и плотности медицинского страхования.

Таким образом, согласно имитационному моделированию основных индикаторов медицинского страхования с предположением о равномерном распределении исходных показателей, оценка вероятности оптимистического сценария выше, чем пессимистического. Вероятность положительной динамики

развития страхового рынка в Донецкой Народной Республике для проникновения страхования – 61,065%, а для плотности страхования – 52,127%.

Вероятность оптимистического сценария относительно показателя плотности медицинского страхования (отношение объема страховых взносов по медицинскому страхованию к численности населения) составляет 23,62%, что говорит о возможности введения страхового взноса по ОМС в размере 5%.

Вместе с тем, следует учесть, что при оптимистическом прогнозе численность населения Донецкой Народной Республике увеличивается до 3 млн. человек, что при введении обязательного медицинского страхования автоматически увеличивает объем страховых взносов по ОМС, а развитие медицинского страхования в ближайшее время возможно только при особо благоприятном устойчивом состоянии экономики.

Обобщая сопоставление альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования можно констатировать, что наиболее вероятным является нейтральный (прагматический) сценарий, обеспечивающий в целом достаточно устойчивое развитие медицинского страхования и предполагающий введение страхового взноса в размере 3% от Фонда оплаты труда.

Предлагаемый прогноз носит укрупненный характер и отражает логическую последовательность перехода бюджетной модели финансирования отрасли здравоохранения к более эффективной бюджетно-страховой, обеспечивающей социальную защиту интересов населения и дополнительное финансирование отрасли здравоохранения.

При нейтральном сценарии развития медицинского страхования и введении страхового взноса в системе ОМС в размере 3% доля расходов государства на финансирование отрасли здравоохранения снижается на 500 843,7 тыс. руб. за счет отчислений работодателей.

Таким образом, появляются дополнительные финансовые ресурсы, которые можно направить на повышение социальной защиты интересов населения, касающихся их охраны здоровья.

При дальнейшем устойчивом развитии экономики Донецкой Народной Республики целесообразно постепенное увеличение размера страхового взноса до 5% от Фонда оплаты труда.

Размеры страховых взносов на обязательное медицинское страхование должны ежегодно устанавливаться Народным Советом Донецкой Народной Республики в соответствии с количеством работодателей и застрахованных лиц по данному виду страхования на календарный год одновременно с утверждением Республиканского бюджета ДНР путем утверждения Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, конкретизирующей объемы и виды предоставляемой медицинской помощи.

Медицинская помощь – это общечеловеческая категория, экономической составляющей которой является набор медицинских услуг [264].

Медицинская услуга – это экономическая категория, которая имеет свою стоимость.

Формирование страхового взноса на медицинские услуги в системе ОМС должно осуществляться следующим образом: определение методики расчета тарифа на медицинские услуги; анализ всех расходов; определение расходов, которые включаются в тариф; выбор методики включения каждого вида расходов в тариф; нормирование расходов; изменение структуры тарифа; расчет тарифов по группам; поэтапное увеличение тарифа [265].

Определение уровня качества медицинской услуги должно происходить поэтапно (рисунок 3.6).

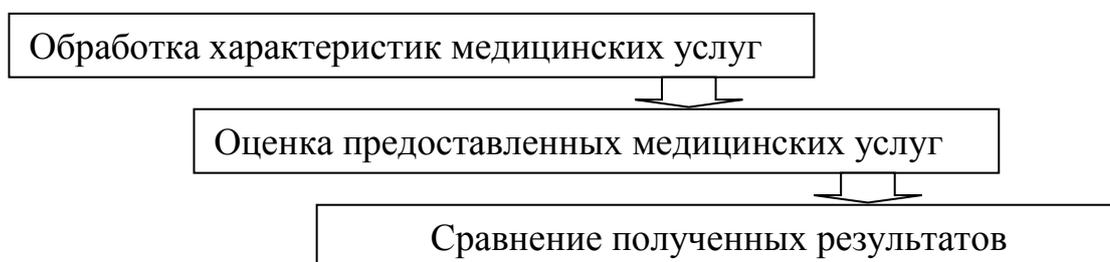


Рисунок 3.6 – Этапы определения уровня качества медицинской услуги

В разрезе определения уровня качества медицинской услуги важна

информация о процессе лечения, начиная с приемного отделения и, в конечном итоге, выписки; осведомленность пациентов, их качественное обслуживание, своевременное применение медицинского оборудования.

Система качества медицинских услуг предполагает наличие следующих составляющих:

доступность (простота получения медицинской помощи, независимо от организационных, финансовых и других препятствий);

полнота информации (о состоянии здоровья, этапы лечения, действие лекарств);

просвещение в сфере медицины (возможность получения пациентами навыков самостоятельного ухода и распознавания проявлений болезни, которые требуют вызова медицинской помощи);

хорошая коммуникация между медицинским персоналом, уважение и забота, координация во время лечения;

компенсация пациента (выше или менее равной степени акцепта полученной медицинской помощи в конфронтации с ожиданиями) [266].

Основными статьями затрат при расчете стоимости медицинской услуги должны стать:

затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи;

затраты материальных запасов;

сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги;

затраты, относимые на медицинскую услугу.

Планирование объема медицинских услуг в условиях ОМС рекомендуются осуществлять на уровне местных исполнительных органов совместно с Фондом на основе потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи. При этом должны использоваться демографические прогнозы и макроэкономические модели, учитываться стратегические

документы Донецкой Народной Республики и финансовые возможности Фонда обязательного медицинского страхования.

Таким образом, страховой взнос по ОМС должен иметь форму налога для целевого направления использования, а именно, финансирования общегосударственных программ предоставления медицинской помощи населению.

Следует отметить, что размер страхового тарифа в системе обязательного медицинского страхования должен формироваться с учетом следующих факторов:

уровня развития экономики, определяющего объём финансовых ресурсов медицинского страхования, получаемых из государственных и частных источников финансирования отрасли здравоохранения;

пола и возраста населения в городах и районах – как персонализация медицинских услуг;

районной дифференциации расходов на медицинские услуги;

вероятностных (вероятностно-временных) характеристик страховых услуг.

Тогда, расчет страхового тарифа по ОМС ($CT_{\text{омс}}$) предлагается производить по формуле:

$$CT_{\text{омс}} = C_{\text{му}} K_i \cdot K_j \cdot P_{ij}, \quad (3.4)$$

где $CT_{\text{омс}}$ – страховой тариф по обязательному медицинскому страхованию;

$C_{\text{му}}$ – стоимость медицинских услуг, которые могут быть обеспечены в Донецкой Народной Республике в данном году в расчете на одного человека с усредненными параметрами половозрастных коэффициентов, районных коэффициентов и вероятности риска;

K_i – половозрастной коэффициент по i -ой группе;

K_j – коэффициент по j -му району;

P_{ij} – вероятность риска в i -ой половозрастной группе (ПВГ) по j -му району.

Такой подход был предложен Степкиной Ю.А. и его достоинство заключается в том, что информация о распределении средств становится открытой, а дифференциация нормативов даст возможность отразить структуру населения.

Объёмы медицинской помощи рекомендуется корректировать с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения Донецкой Народной Республики, а также транспортной доступности медицинских организаций.

Дополнительно в уточненных процедурах должно учитываться распределение финансовых средств между страховыми медицинскими организациями (СМО), работающих в рамках обязательного медицинского страхования. Процесс распределения и использования средств ОМС является потенциально бесконечным и имеет циклический характер. При начальном планировании, которое заключается в распределении финансового ресурса Фонда по районам и ПВГ, определенного размера страховой премии для каждого района или группы. Следует предполагать, что такое планирование осуществляется однократно – при переходе на новые правила медицинского страхования, и в начале календарного года – когда известны:

величина финансовых ресурсов, аккумулированных в фонде;

финансовые затраты по страховым случаям за год, предшествующий планированию, по каждому региону ($1 \leq i \leq N_{\text{region}}$, N_{region} – количество районов) и по каждой половозрастной группе (ПВГ) ($1 \leq j \leq N_{\text{group}}$, N_{group} – количество ПВГ) в рамках района;

количество зафиксированных страховых случаев в течение года, предшествующего планированию, по каждому региону ($1 \leq i \leq N_{\text{region}}$) и по каждой ПВГ ($1 \leq j \leq N_{\text{group}}$) в рамках района.

Содержание начального планирования заключается в вычислении общего количества страховых случаев и финансовых затрат за

предшествующий год; районных годовых и квартальных квот планируемого года; квартальной квоты для ПВГj [249].

Что касается страховой премии по добровольному медицинскому страхованию, то ее размер зависит от уровня сервисного обслуживания, размера страховой суммы и объема рисков.

Программы ДМС различаются между собой в зависимости от перечня медицинских услуг и медицинских учреждений, которые предлагает страховая организация для выполнения программы добровольного медицинского страхования, контингента застрахованных, стоимости предоставляемых услуг и предусматривают меры, расширяющие возможности и улучшают условия предоставления профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

Набор услуг и цены на них формируются в результате согласия между страховой компанией и лечебно-профилактическим учреждением (рисунок 3.7).



Рисунок 3.7 – Порядок разработки страховых медицинских программ по добровольному медицинскому страхованию (разработано автором)

Цена сделки, то есть тарифная ставка рассчитывается страховщиком на основе статистических данных об обращении за медицинской помощью и продолжительностью лечения, зависит от стоимости медицинских услуг, а также дифференцируется в зависимости от пола, возраста и состояния здоровья застрахованного лица [150].

Распространенным перечнем страховых случаев по договорам страхования является ухудшение здоровья, связанное с острым заболеванием, обострением хронического заболевания, несчастным случаем, но в каждом отдельном договоре страхования может быть свой перечень случаев, который согласован со страховой компанией.

Расчет тарифных ставок происходит относительно основных видов медицинской помощи и предусматривает выплату страховой суммы или суточные выплаты [51].

Размер страхового тарифа можно представить в виде следующей зависимости:

$$CT_{\text{дмс}} = f(Y_{\text{пр}}; C_{\text{зд}}; B; P_o; T_l; P_{\text{му}}), \quad (3.5)$$

где CT – размер страхового тарифа;

$Y_{\text{пр}}$ – уровень программы (объем медицинской помощи);

$C_{\text{зд}}$ – состояние здоровья страхователя;

B – возраст страхователя;

P_o – вероятность обращения за медицинской помощью;

T_l – продолжительность лечения;

$P_{\text{му}}$ – стоимость медицинских услуг.

Чем выше каждый из аргументов функции (за исключением состояния здоровья населения), тем выше размер страховой премии, которая в свою очередь зависит от страховой суммы и страхового тарифа.

Программы ДМС предусматривают меры, которые расширяют возможности и улучшают условия предоставления профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

Специфика медицинского страхования заключается в том, что при возникновении страхового случая страховщик обязан обеспечить застрахованному компенсацию не в денежном выражении, а путем организации и оплаты соответствующего вида, объема и качества медицинской помощи. В связи с этим на страховые компании ложится и обязанность контроля за медицинской помощью, оказываемой застрахованным в медицинских учреждениях.

При разработке направлений внедрения добровольного медицинского страхования большое значение имеет определение цены медицинской услуги. При этом необходимо учитывать социальную направленность этого вида страхования и стимулировать развитие добровольного медицинского страхования путем отнесения страховых премий на валовые расходы предприятия.

3.3 Механизмы эффективного развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства

Процесс формирования механизмов эффективного развития медицинского страхования для финансового обеспечения отрасли здравоохранения нуждается в системных изменениях, включая разработки и утверждения соответствующих концепций, стратегий, программ, установления государственных гарантий, развития законодательства при поддержке государства, понимания общества и взаимодействия субъектов рынка медицинского страхования.

Механизмы обеспечения эффективного развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике представлены на рисунке 3.7.

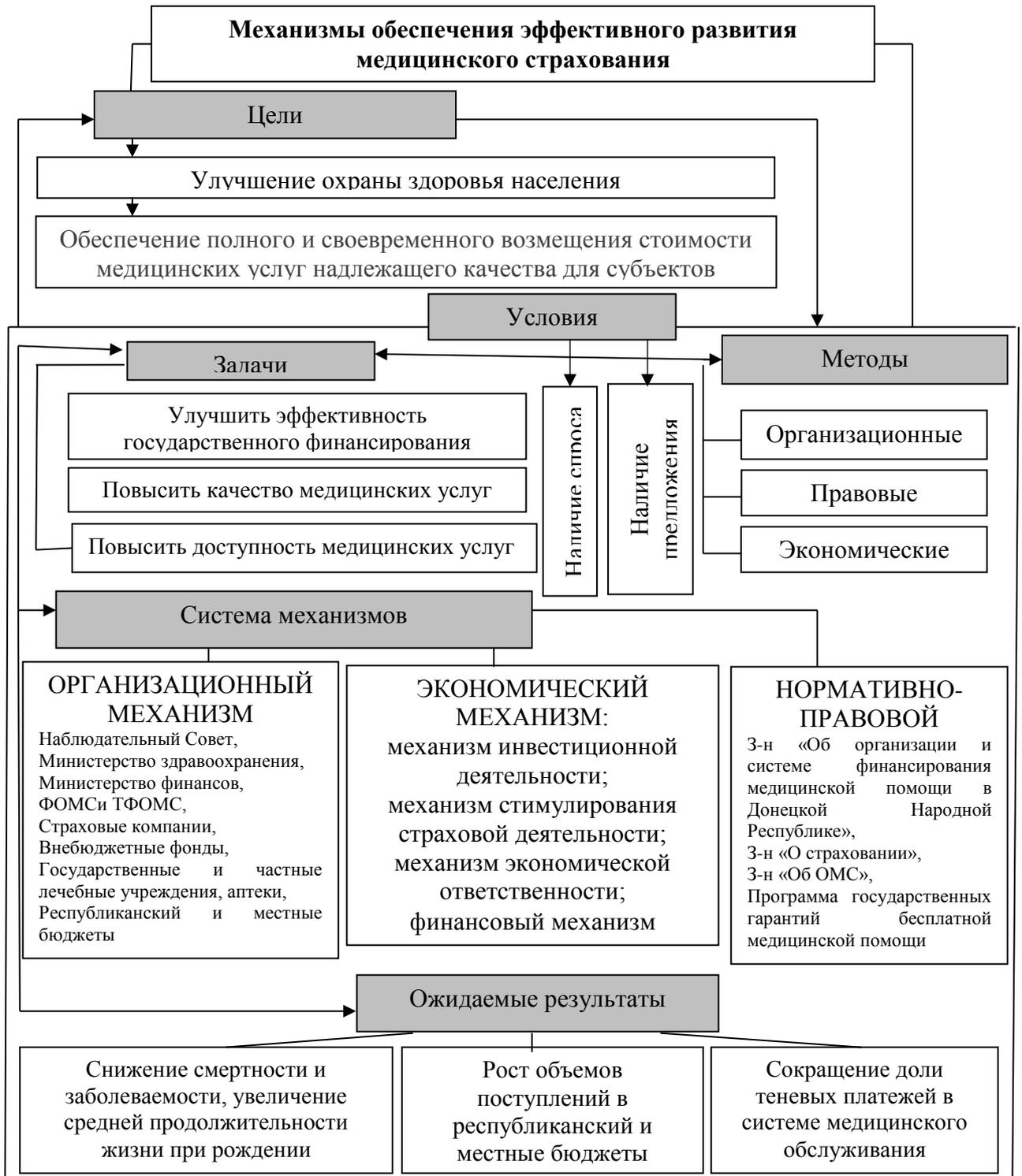


Рисунок 3.7 – Механизмы обеспечения эффективного развития медицинского страхования *(разработано автором)*

Ввиду того, что система медицинского страхования имеет три основных аспекта: финансово-экономический, организационный и правовой, внедрение

предложенного механизма требует четкого определения нормативно-правовых, организационных и экономических основ.

В состав организационного механизма развития медицинского страхования входят: организация управления структурой медицинского страхования; информационная и статистическая база; контроль за экономической ситуацией в системе медицинского страхования; аудит состояния медицинского страхования субъектов хозяйствования.

Нормативно-правовой механизм развития медицинского страхования включает соответствующие законы, постановления, инструкции и нормативные акты, отражающие процесс становления и развития системы медицинского страхования.

Для разработки порядка организации медицинского обслуживания, повышения его качества, внедрения договорных отношений между заказчиками и поставщиками медицинских услуг, создания механизмов рационального использования финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов медицинской отрасли целесообразно принять Законы «Об основах деятельности в отрасли здравоохранения», «О заведениях здравоохранения», «Об обязательном медицинском страховании» и др.

Кроме того, целесообразным является внесение изменений в Закон Донецкой Народной Республики «О налоговой системе» в части отнесения на валовые расходы платежей по добровольному медицинскому страхованию физических лиц, состоящих в трудовых отношениях с плательщиком налога.

Экономический механизм развития медицинского страхования является общей составляющей как в организационно-экономическом, так и в экономико-правовом механизмах системы медицинского страхования (рисунок 3.8).



Рисунок 3.8 – Структура экономического механизма эффективного развития медицинского страхования

Структура экономического механизма медицинского страхования является комплексом специфических форм и методов, взаимодействие которых обеспечивает функционирование системы медицинского страхования, включает:

финансовый механизм, который представляет собой совокупность финансовых регуляторов и инструментов перераспределения целевых финансовых ресурсов для материального обеспечения граждан при наступлении страховых случаев. Экономическое содержание функционирования финансового механизма медицинского страхования заключается во взвешенном регулировании движением указанных финансовых ресурсов;

механизм экономической ответственности социального медицинского страхования содержит совокупность экономических инструментов, с помощью которых осуществляется соответствующее законодательно обоснованное применение административной ответственности к участникам процесса в системе медицинского страхования при наступлении определенных экономических правонарушений;

механизм стимулирования страховой деятельности как комплекс специфических инструментов финансово-экономического поощрения страхователей и застрахованных лиц приводит к снижению диапазонов соответствующих социальных опасностей;

механизм инвестиционной деятельности в системе медицинского страхования, который реализуется через Фонды обязательного и добровольного медицинского страхования, в рамках которых страхователи и застрахованные лица могут формировать средства для непредвиденных случаев со своим здоровьем.

Каждый из этих механизмов представлен группами соответствующих инструментов, с помощью которых осуществляется экономическая деятельность в системе медицинского страхования.

Внедрение предложенного механизма обеспечения эффективного развития медицинского страхования предусматривает формирование дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения за счёт

всестороннего развития системы ДМС и ОМС, внедрения договорных отношений и закупки медицинских услуг за общественные средства и обеспечение гарантированного уровня оказания бесплатной квалифицированной медицинской помощи в определенном законодательством объеме, что обеспечит финансовую стабильность отрасли здравоохранения.

Реализация механизма обеспечения эффективного развития медицинского страхования путем внедрения обязательного медицинского страхования является экономически обусловленным мероприятием по осуществлению медицинского обеспечения и основным механизмом реализации социальных гарантий в отрасли здравоохранения и возможностью улучшения финансирования отрасли.

Целью внедрения обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционных прав граждан Донецкой Народной Республики на получение качественной медицинской помощи, обеспечение доступности медицинской помощи для социально незащищенных слоев населения путем законодательного определения гарантированного уровня бесплатного медицинского страхования, «достижения положительного состояния здоровья», что будет способствовать снижению показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, увеличению средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, обеспечению доступа к эффективным и качественным медицинским услугам.

Основные задачи, которые будет выполнять обязательное медицинское страхование представлены на рисунке 3.9.



Рисунок 3.9 – Задачи обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование:

с одной стороны, повышает степень ответственности государства и находится под его жестким контролем;

с другой стороны, характеризуется бесприбыльностью. Эта форма организации страхового фонда позволяет планировать медицинскую помощь благодаря тому, что поступления средств в страховой фонд характеризуются стабильностью [99].

Основные функции обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 3.10.



Рисунок 3.10 – Функции обязательного медицинского страхования

Внедрение обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять по этапам с помощью социально справедливого механизма (рисунок 3.11).

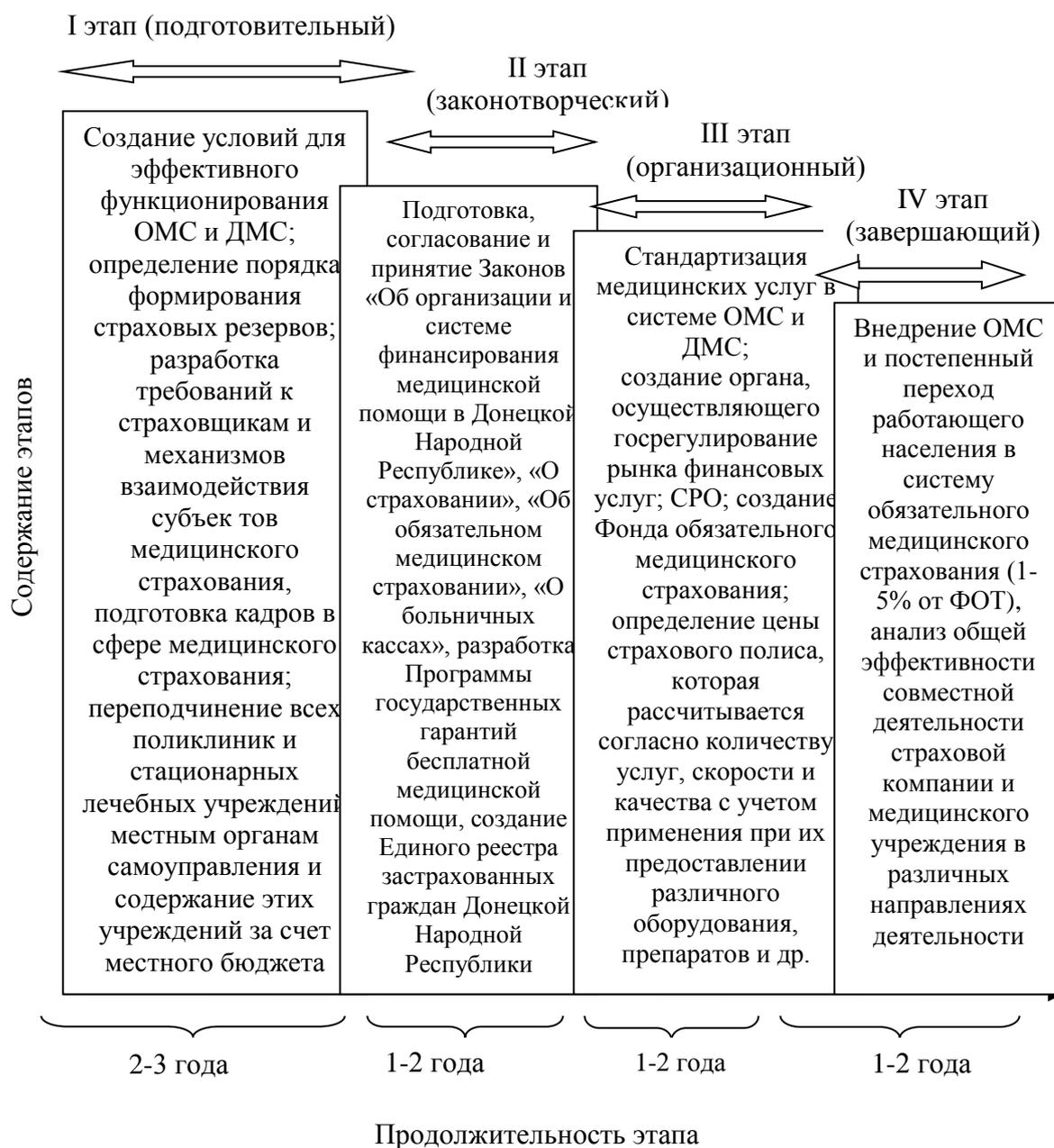


Рисунок 3.11 – Этапы внедрения системы медицинского страхования в Донецкой Народной Республике *(разработано автором)*

Внедрение обязательного медицинского страхования требует четкого определения правовых основ разграничения между страховыми и бюджетными источниками финансирования отрасли здравоохранения и количественного определения обязательства государства по обеспечению прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Создание условий для эффективного функционирования обязательного и добровольного медицинского страхования должно быть изложено в общем законе «Об организации и системе финансирования медицинской помощи в Донецкой Народной Республике», в котором будет определена:

система бюджетных обязательств в отрасли здравоохранения (первый уровень – базовый) – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета для всего населения Донецкой Народной Республики. Этот уровень будет включать: скорую помощь, медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях (туберкулез, ВИЧ-инфекции, вирусный гепатит В, С, злокачественные образования, сахарный диабет, психические расстройства, ДЦП, ревматизм и др.) и в экстренных случаях, профилактические прививки и амбулаторно-поликлиническую помощь с амбулаторно-лекарственным обеспечением;

система ОМС (второй уровень – основной) – программы обязательного медицинского страхования для застрахованного населения Республики, включающий в себя: амбулаторно-поликлиническую помощь (лечение в поликлиниках, приём врачей, лабораторные услуги, диагностика и манипуляции), стационарную помощь (лечение в больницах в плановом порядке), стационарнорзамещающую помощь (лечение в дневных стационарах), высокотехнологические медицинские услуги с применением сложных и уникальных медицинских технологий, лекарственное обеспечение при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, сестринский уход, паллиативную помощь (поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями на максимально возможном комфортном для человека уровне), восстановительное лечение и медицинская реабилитация;

система ДМС (третий уровень – сервисный) – добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном объёме бесплатной медицинской помощи и программе обязательного медицинского страхования;

больничные кассы (четвертый уровень – общественно-солидарный).

В данном законе целесообразно определить категорию «незащищённые слои общества» как неработающее население (пенсионеры, инвалиды, дети и т.д.) для налаживания механизмов функционирования и взаимодействия всех субъектов медицинского страхования и в перспективе рассмотреть альтернативные варианты долгосрочного накопительного страхования, а также актуарно обоснованное применение принципа солидарности поколений, внедрить эффективную систему взаимосвязи между количеством и качеством оказанной медицинской помощи и оплатой труда медицинского персонала и финансированием медицинских учреждений.

Необходимо введение в номенклатуру врачебных специальностей, такие как «менеджер и организатор здравоохранения» и «врач-эксперт страховой компании».

Механизм осуществления ОМС должен найти свое отражение в Законе Донецкой Народной Республики «Об обязательном медицинском страховании», в котором должны быть четко изложены основные его положения, исходя из реальной ситуации в Республике, учитывая существующий опыт и отделяя страховую медицинскую помощь от страховых выплат в других сферах общеобязательного социального страхования.

Перераспределение видов помощи в рамках обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять поэтапно из гарантированной бесплатной медицинской помощи в ОМС с учетом повышения ставки взносов в Донецкой Народной Республике.

Основной целью разработки Закона «Об обязательном медицинском страховании» является создание страхового фонда и обеспечение гарантированного поступления средств.

Целью создания Фонда обязательного медицинского страхования является снижение уровня заболеваемости, который зависит от качества медицинского обслуживания застрахованных лиц.

Фонд должен быть государственной и самоуправляющейся организацией, осуществляющей свою деятельность под надзором, но без прямого

вмешательства центральных органов исполнительной власти и принадлежать к государственным внебюджетным целевым фондам, а также вести жесткий контроль за финансовыми потоками.

Фонд должен иметь:

разветвленную сеть отделений для максимального упрощения работы страхователей, застрахованных лиц, органов, предоставляющих медицинские услуги (учреждений здравоохранения);

подготовленных специалистов по вопросам сбора, аккумуляции и распределения страховых средств, налаженную информационную систему и систему персонифицированного учета застрахованных лиц;

подготовленных страховых экспертов-врачей, осуществляющих проверку качества и адекватности медицинской помощи;

достаточную материально-техническую базу для исполнения обязанностей страхователя.

Внедрение обязательного медицинского страхования в Донецкой Народной Республике целесообразно выполнять путем консолидации Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (ФССВНМ) [277] и Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, которые повлекли потерю трудоспособности [278] в Фонд медицинского страхования. Это обусловлено рациональностью в сочетании функций классического медицинского страхования по медицинской и материальной помощи при заболевании, которая соответствует Конвенции Международной организации труда о медицинской помощи и пособиях по болезни № 130 от 4 июня 1969 г., предусматривающей управление этими видами помощи одним учреждением [90] и сокращением управленческих расходов [251; 271].

Кроме того, следует отметить, что потребность в медицинском обслуживании и предоставлении помощи по причине временной нетрудоспособности, беременности и родам для работающих лиц в большинстве

случаев возникает при наступлении заболевания, т.е. одного и того же страхового случая.

Рациональная и эффективная организация системы медицинского страхования, при наличии расширения существующей в Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством материальной базы и специалистов медицинского профиля, позволит повысить качество оказания медицинской помощи и будет способствовать уменьшению потерь рабочего времени вследствие снижения уровня заболеваемости, что, в свою очередь, будет способствовать оптимизации административных расходов, повысит эффективность функционирования существующей инфраструктуры отрасли здравоохранения и ускорит введение системы медицинского страхования в действие.

Всё это приведет к снижению расходов Фонда на выплату пособий по временной нетрудоспособности, за счет чего можно будет увеличить объёмы медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам за счёт страховых средств.

В Донецкой Народной Республике в настоящее время действует механизм и элемент медицинского страхования в лице Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В 2016 г. в Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (ФССВНМ) состояло более 16 000 страхователей. По сравнению с 2015 г. количество страхователей увеличилось в 1,5 раза, а число застрахованных лиц достигло 348 тыс. человек [277].

Деятельность существующих фондов регулируются:

Конституцией Донецкой Народной Республики [246];

Законом Донецкой Народной Республики «Об основах общеобязательного социального страхования» [279];

Указом Главы ДНР от 4 июля 2016 г. № 207 «Об организации

материального обеспечения застрахованных лиц на территории Донецкой Народной Республики и предоставления им социальных услуг» [280];

Положением о Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики, утвержденным Постановлением Совета Министров ДНР от 10 января 2015 г. № 1-10 с изменениями, внесенными Постановлением Совета Министров ДНР от 31 мая 2015 г. № 7-27 [281];

иными нормативными правовыми актами Донецкой Народной Республики.

Рабочими органами фондов являются отделения Фонда в городах и районах Донецкой Народной Республики.

Государственный надзор за деятельностью Фонда обязательного медицинского страхования целесообразно возложить на Наблюдательный совет, а государственный контроль за его деятельностью должны осуществлять специально созданные центральные органы исполнительной власти.

Взаимодействие Территориального Фонда медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями и страховых медицинских организаций с медицинскими учреждениями необходимо осуществлять в соответствии с договорами в системе обязательного медицинского страхования. Территориальный Фонд должен будет утверждать для страховых медицинских учреждений дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения ОМС нормативно утвержденными формулами [142].

Фонд будет финансировать страховые медицинские организации в зависимости от количества застрахованных и рисков заболевания. Финансирование следует осуществлять по подушевым нормативам, значение которых должно рассчитываться по единой формуле и отражать различия в возрасте и структуре заболеваемости.

Источники формирования и использования финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 3.12.



Рисунок 3.12 – Источники формирования и использования средств обязательного медицинского страхования (разработано автором)

В формировании Фонда обязательного медицинского страхования должны участвовать все субъекты, которые находятся на территории Донецкой Народной Республики, а страхование неработающей части населения осуществляться:

за нетрудоспособное население – местными органами власти за счет средств местных бюджетов;

за лиц, старше трудоспособного возраста – Пенсионным Фондом Донецкой Народной Республики;

за неработающее население – Республиканским центром занятости Донецкой Народной Республики.

Физические лица-предприниматели и граждане, занятые на сезонных работах, работах непостоянного характера, в тот период, когда доходы отсутствуют, могут самостоятельно вносить отчисления в ФОМС через

Центральный Республиканский Банк в размере 3% от минимальной заработной платы.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования не включаются в Республиканский бюджет.

Финансовым источником регуляторов поступлений и регуляторов распределения выступают соответствующие статьи доходов и расходов в бюджетах Фонда обязательного медицинского страхования. В то же время регуляторы страхового резервирования формируются за счет суммы страховых взносов страхователей в соответствующие фонды. Одновременно с целью обеспечения финансовой стабильности фондов образуется резерв средств Фонда.

Закон Донецкой Народной Республики «Об обязательном медицинском страховании» должен содержать правовые, организационные и финансовые основы, принципы и механизмы функционирования обязательного медицинского страхования граждан в Донецкой Народной Республике, ограничено определить функционирование системы добровольного медицинского страхования; отличаться лаконичностью, четкостью формулировок, ясностью и простотой воспроизведения и применения; включать перечень субъектов страховых отношений, условия сотрудничества со страховщиками; конкретизировать функции и гарантии государства, акцентируя внимание на гарантированный уровень медицинской помощи, государственные меры по профилактике заболеваний и улучшения уровня здоровья населения; предусмотреть выгоды от внедрения медицинского страхования для всех участников медицинского страхования.

Советом Министров Донецкой Народной Республики утверждается типовой договор об условиях, требованиях и финансировании оказания медицинской помощи, учета, отчетности, проведение страхового аудита, согласно которому представители страховых медицинских услуг организуют свою деятельность. Наблюдательный Совет оставляет за собой функцию общего контроля за страховой деятельностью, доступностью и качеством медицинской помощи.

После принятия законопроекта, законодательством ДНР и подзаконными актами должен устанавливаться гарантированный государством уровень медицинской помощи, а также доля средств медицинского страхования в консолидированном социальном налоге (единый социальный взнос).

Что касается добровольного медицинского страхования, то получив страховую защиту по договору добровольного медицинского страхования со страховой компанией, каждый застрахованный должен ознакомиться с перечнем случаев, по которым будет осуществляться возмещение понесенных медицинских расходов, своими обязанностями и исключениями из страховых случаев. Особое внимание необходимо обратить на программу медицинского страхования, лимиты ответственности страховой компании, наличие франшизы, перечень лечебных медицинских учреждений, уровень возмещения стоимости полученных в них услуг на перечень действий, которые необходимо обязательно выполнить для получения медицинской помощи. Каждому застрахованному лицу страховая компания предоставляет страховой полис, в котором указывается фамилия, имя, отчество застрахованного, номер договора страхования (страхового полиса), телефоны круглосуточной медицинской службы страховой компании, срок действия договора страхования, лимиты ответственности и дополнительно может указываться название программы страхования и его сокращенное содержание.

Страховые организации, работающие на рынке добровольного медицинского страхования, могут предлагать сверх установленного государством базового бесплатного предоставления медицинских услуг следующие страховые услуги:

более качественные медицинские услуги, которые предусматривают выбор врача, медицинского учреждения, дополнительное консультирование различных специалистов и т.д.;

компенсацию расходов на приобретение лекарственных препаратов;

услуги сервисного характера (палаты повышенного комфорта, дополнительное питание) [66].

Отличием медицинского страхования является механизм страховых выплат: страховая компания осуществляет их путем расчетов с медицинскими учреждениями, которые оказали помощь застрахованному лицу и выбирает больницу или поликлинику и врача, контролируя качество лечения [159].

В целом механизм осуществления добровольного медицинского страхования представлен на рисунке 3.13.



Рисунок 3.13 – Механизм осуществления добровольного медицинского страхования (разработано автором)

Предлагаемый организационный механизм финансирования отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики на основе медицинского страхования представлен на рисунке 3.14.

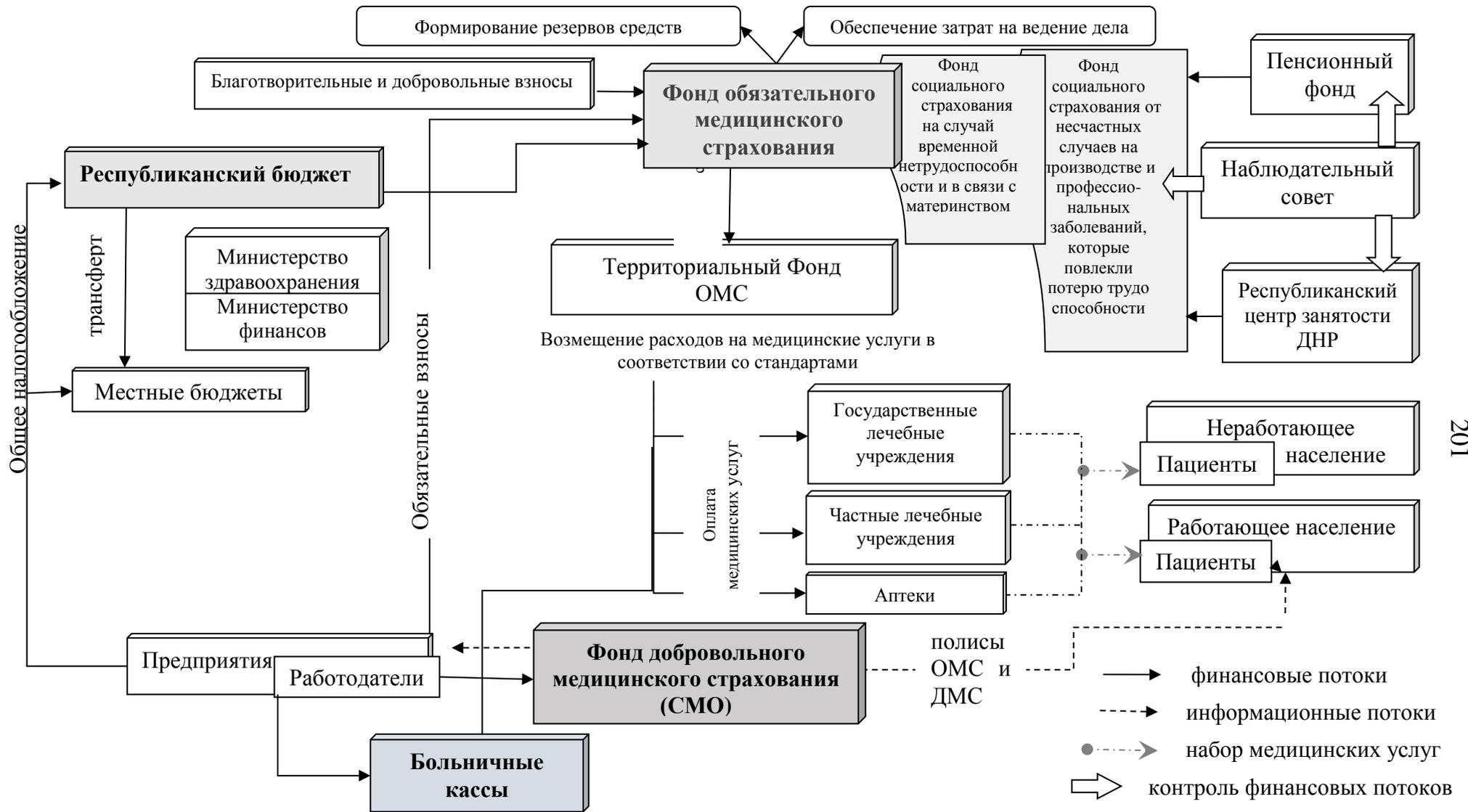


Рисунок 3.14 – Механизм финансирования отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики на основе медицинского страхования (разработано автором)

Обязательное медицинское страхование в Донецкой Народной Республике должно приобрести признаки социального страхования и основываться на принципе «богатый платит за бедного, здоровый – за больного» [73].

Внедрение системы обязательного медицинского страхования целесообразно начать в тех городах и районах Республики, которые имеют соответствующие финансовые возможности и сеть медицинских учреждений, учитывая при этом приоритеты социально-экономического развития молодого государства и финансовые возможности потенциальных страхователей.

Реформа финансирования отрасли здравоохранения с переходом на страховые принципы позволит упорядочить систему, сделать ее прозрачной, подчинить экономическим стимулам.

Основные ожидания от внедрения системы медицинского страхования представлены на рисунке 3.15.

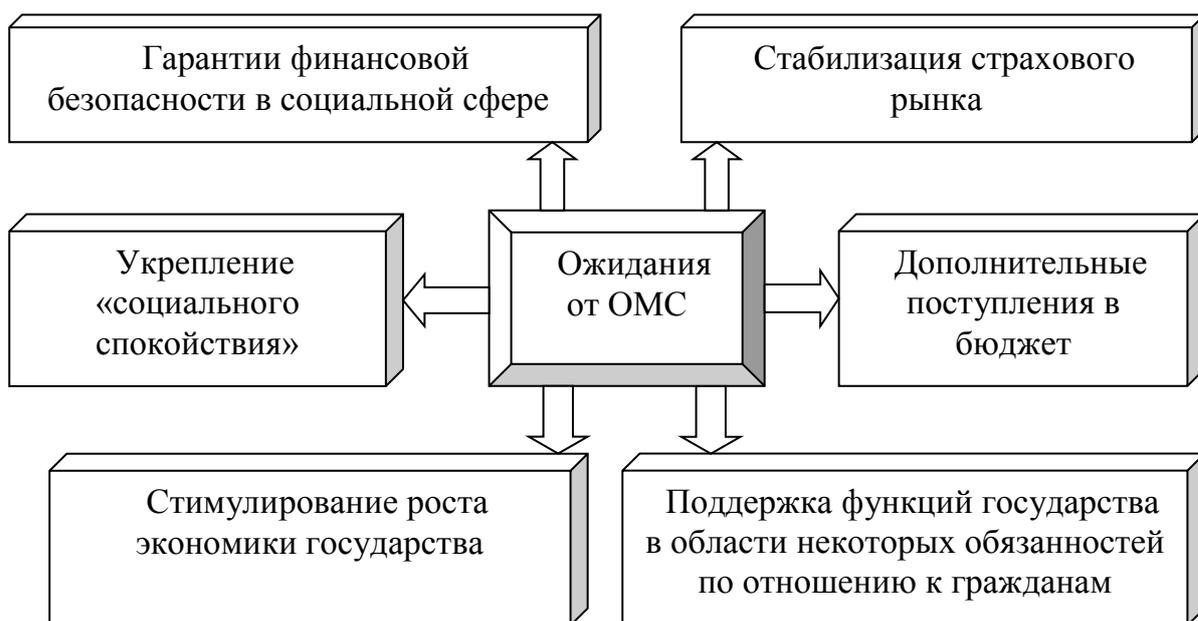


Рисунок 3.15 – Ожидания от внедрения системы медицинского страхования

(разработано автором)

Следует отметить, что любые преобразования, осуществляемые в обществе, имеют как положительные, так и отрицательные стороны (таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Основные преимущества и недостатки обязательного медицинского страхования

Преимущества ОМС	Недостатки ОМС
<p>целевой характер;</p> <p>независимость и обособленность финансовых ресурсов от бюджетных средств;</p> <p>объем отчислений не имеет прямого влияния на объем предоставляемых медицинских услуг;</p> <p>децентрализация управления лечебно-профилактической деятельности путем передачи местной власти основных прав с использованием фондов ОМС;</p> <p>усиление социальной и экономической ответственности персонала медицинских учреждений за результаты своей работы;</p> <p>расширение финансовых возможностей за счет активного привлечения внебюджетных финансовых средств;</p> <p>повышение эффективности использования рабочего времени;</p> <p>своевременное и профессиональное медицинское обслуживание;</p> <p>наличие возможностей государства в решении проблем организации социально справедливой системы здравоохранения;</p> <p>принцип солидарной оплаты медицинской помощи в масштабе государства;</p> <p>предоставление пациентам права выбора врача и медицинского учреждения в системе ОМС</p>	<p>недостаточная экономическая база;</p> <p>повышение стоимости рабочей силы;</p> <p>зависимость от темпов экономического развития;</p> <p>необходимость создания соответствующих регуляторных органов;</p> <p>снижение конкурентоспособности экономики государства;</p> <p>увеличение финансового давления на фонд заработной платы;</p> <p>уклонения плательщиков от отчислений;</p> <p>распространение теневых схем выплаты заработной платы;</p> <p>нарушение норм Конституции Донецкой Народной Республики относительно бесплатности медицинской помощи</p>

Составлено автором

Таблица 3.9 показывает, что самым главным преимуществом внедрения обязательного медицинского страхования является доступность медицинской помощи всему населению государства за счет вовлечения дополнительных источников финансирования экономики.

Кроме того, от внедрения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования целесообразно определить следующие социально-экономические выгоды (таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Социально-экономические выгоды от внедрения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования

Участники медицинского страхования	Выгоды от внедрения медицинского страхования
Для государства	снижение расходов государственных бюджетных средств на здравоохранение за счет дополнительных внебюджетных источников финансирования; дополнительный источник долгосрочных инвестиций в экономику; создание дополнительного количества прямых и косвенных рабочих мест; повышение уровня экономического развития; снижение социальной напряженности в результате повышения качества медицинской инфраструктуры
Для предприятий	мотивация персонала, повышение эффективности труда, оптимизация финансовых затрат, связанных с сокращением заболеваемости работников, а вследствие чего увеличения производительности труда и роста прибыли;
Для застрахованных	повышение качества медицинской инфраструктуры; повышение качества медицинских услуг и их доступности; повышение уровня жизни; сокращение смертности и заболеваемости; получение необходимого лекарственного обеспечения; увеличение средней продолжительности жизни при рождении

Продолжение таблицы 3.10

Участники медицинского страхования	Выгоды от внедрения медицинского страхования
Для страховой отрасли	<p>значительное дополнительное поступление премий и доступ к новым клиентам;</p> <p>синергетический эффект в инфраструктуре и системе предоставления медицинских услуг за счет интеграции ОМС и ДМС;</p> <p>более стабильные экономические показатели за счет законодательной базы, позволяющей контролировать расходы ЛПУ на оказание медицинских услуг;</p> <p>стимул к развитию отрасли приведет к появлению новых продуктов, улучшению инфраструктуры, повышению качества обслуживания и созданию новых рабочих мест;</p> <p>более эффективное перераспределение финансовых ресурсов</p>
Для лечебных учреждений	<p>предоставление качественных услуг на основе медико-экономических стандартов;</p> <p>привлечение дополнительных денежных средств;</p> <p>оптимизация рабочих процессов и улучшение труда работников;</p> <p>обновление медицинской техники;</p> <p>повышение заработной платы работников лечебных учреждений</p>

Составлено автором

Для повышения эффективности целесообразно разработать и принять комплекс мер в определенных направлениях (Приложение У).

Неотъемлемым элементом механизма эффективного развития медицинского страхования является его мониторинг, т.е. специально организованное, систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений, процессов с целью их оценки, контроля или прогноза, основанный на использовании финансовой информации и формального аспекта его проведения [282].

Целью мониторинга системы медицинского страхования является поиск проблем, оказывающих наиболее сильное влияние на эффективность управления финансовым потенциалом медицинского страхования, а целью внедрения обязательного медицинского страхования параллельно с добровольным медицинским страхованием является улучшение здоровья населения, обеспечение равного и справедливого доступа всех граждан к медицинским услугам надлежащего качества.

Мониторинг качества системы медицинского страхования целесообразно осуществлять по трем направлениям (рисунок 3.16).



Рисунок 3.16 – Направления мониторинга качества медицинского страхования
(разработано автором)

Таким образом, для совершенствования механизмов эффективного развития медицинского страхования необходимо:

стандартизировать, автоматизировать и централизовать технологические процессы в системе медицинского страхования, повысить качество и оперативность обслуживания граждан;

ввести стандарты обнародования показателей, характеризующих состояние функционирования системы медицинского страхования, а также прогнозов ее развития;

повысить уровень осведомленности граждан о реформе в системе медицинского страхования путем проведения эффективной информационно-разъяснительной работы среди населения, работодателей, профсоюзов и юридических лиц, в том числе о преимуществах и рисках функционирования обязательного медицинского страхования;

обеспечить прозрачность сбора и распределения финансовых ресурсов путем ежедневного мониторинга поступлений взносов и средств, ежемесячного мониторинга оказанных медицинских услуг, предоставления в уполномоченные органы стандартных отчетов об использовании средств, публикации ежегодного отчета для общественности;

разработать стратегические документы относительно стратегии развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике, план развития на краткосрочный период, годовой план.

Реализация разработанных в диссертационной работе методических и практических рекомендаций относительно развития медицинского страхования путём внедрения обязательного медицинского страхования и формирования добровольного медицинского страхования позволит повысить эффективность финансирования отрасли здравоохранения и будет способствовать решению социально-экономической задачи государства – обеспечения эффективной социальной защиты интересов населения, касающихся охраны здоровья.

Подводя итоги, следует констатировать, что применение методических и практических рекомендаций относительно развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства получили одобрение со стороны экспертов и подтверждаются актами внедрения.

Выводы по разделу 3

1. В результате исследования было определено, что перспективная многоуровневая модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования должна быть разделена на четыре уровня: первый уровень (базовый) – это планирование минимальных средств в бюджете, через которые обеспечивается предоставление бесплатной медицинской доплаты для всех категорий населения; второй уровень (основной) связан с введением обязательного медицинского страхования за счет средств работодателей и разработкой программы обязательного медицинского страхования для предоставления медицинской помощи, не входящей в базовый уровень финансирования; третий уровень (сервисный) – это добровольное медицинское страхование, которое предусматривает приобретение страхового полиса за счет собственных средств; четвертый уровень (общественно-солидарный) – это развитие больничных касс, которые являются представителями интересов территориальных общин, коллективных, семейных и индивидуальных членов по вопросам организации и обеспечения медицинской помощи, руководствуются общим интересом совершенствования медицинского обслуживания своих членов и являются благотворительными некоммерческими учреждениями.

2. Одним из важных инструментов финансирования экономики государства выступает Фонд обязательного медицинского страхования, основу которого составляют обязательные отчисления из Фонда оплаты труда. С учетом международного опыта для определения оптимального размера страхового взноса по обязательному медицинскому страхованию в Донецкой Народной Республике было использовано имитационное моделирование с предположением о равномерном распределении ключевых переменных (показателя проникновения и показателя плотности медицинского страхования). Обобщая сопоставление альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования можно констатировать, что наиболее вероятным является нейтральный (прагматический) сценарий, обеспечивающий в целом

достаточно устойчивое развитие медицинского страхования и предполагающий введение страхового взноса в размере 3% от Фонда оплаты труда. При таком сценарии развития медицинского страхования доля расходов государства на финансирование отрасли здравоохранения снижается на 500 843,7 тыс. руб. за счет отчислений работодателей. При дальнейшем устойчивом развитии экономики Донецкой Народной Республики целесообразно постепенное увеличение размера страхового взноса до 5% от Фонда оплаты труда.

3. В рамках диссертационной работы разработаны механизмы обеспечения эффективного развития медицинского страхования, состоящий из организационного, нормативно-правового и экономического механизмов. Экономический механизм медицинского страхования представляет собой комплекс инструментов, который, во-первых, обеспечивает поступление финансовых ресурсов, необходимых для возмещения расходов, связанных с получением медицинской помощи вследствие наступления страхового случая в сфере медицинского страхования; во-вторых, гарантирует применение ответственности к участникам процесса страхования при наступлении определенных экономических правонарушений; в-третьих, позволяет снижать объёмы соответствующих социальных угроз; в-четвертых, создает необходимые условия гражданам для инвестирования, способствует конструктивности и результативности развития медицинского страхования.

4. Определены цель, задачи и функции обязательного медицинского страхования, а также эффективность внедрения системы медицинского страхования, которое является важным и стратегическим для государства, и для которой необходимо подходить взвешенно и поэтапно: создать условия для развития ДМС, которое бы обеспечивало покрытие расходов за оказание медицинской помощи и эффективное дополнение к ОМС; разработку и утверждение законов и подзаконных актов о системе медицинского страхования; осуществление формирования Республиканского и территориальных фондов медицинского страхования для защиты прав населения на получение своевременной и качественной медицинской помощи; совершенствованию

налоговой политики и государственного надзора за системой медицинского страхования; гарантированию контроля за качеством услуг всех медицинских учреждений, работающих в системе медицинского страхования.

5. Предложены механизмы финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, которые будут способствовать внедрению государственной и частной подсистем финансового обеспечения, повышению эффективности управления в сочетании с развитием медицинской науки, обеспечат постепенные изменения в отрасли здравоохранения, что будет содействовать улучшению здоровья населения и повышению социально-экономической эффективности медицинской отрасли Донецкой Народной Республики.

Основные результаты представлены в работах: [284-295].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационной работе осуществлено теоретическое обоснование и практическое решение актуальной научной задачи по развитию системы медицинского страхования за счет использования обязательного и добровольного медицинского страхования, что будет способствовать выявлению дополнительного источника финансирования отрасли здравоохранения как элемента экономики государства для обеспечения эффективной социальной защиты населения. Полученные в работе результаты сводятся к следующему:

1. Исследование современных теоретических и практических особенностей сущности понятий «страховой рынок» и «медицинское страхование» позволило обосновать комплексное определение: «страховой рынок» является многоуровневой системой социально-экономических отношений между субъектами рынка, которая обеспечивает реализацию функций страхования с целью социальной защиты населения государства. Одной из форм реализации социальной защиты выступает медицинское страхование, которое представляет собой систему социально-экономических отношений между субъектами рынка медицинского страхования, связанную с оказанием медицинской помощи, посредством дополнительного финансирования отрасли здравоохранения. Такой теоретический подход позволит более чётко определить роль страхового рынка и медицинского страхования в системе финансирования экономики государства, в частности, отрасли здравоохранения.

2. Доказано, что медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты населения, которая реализуется путем финансирования отрасли здравоохранения, т.е. является составляющей социального обеспечения. Категорию «медицинское страхование» целесообразно рассматривать как важную часть механизма финансирования отрасли здравоохранения экономики государства за счет аккумулирования страховых взносов в специальных фондах.

3. Разработан концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта, внедрение которого позволит повысить эффективность функционирования отрасли здравоохранения, снизить расходы населения на здравоохранение за счет формирования рациональной структуры источников финансирования отрасли с учетом фондов добровольного медицинского страхования и обязательного медицинского страхования и улучшить качество медицинского обслуживания населения независимо от бюджетного финансирования государства.

4. Обоснован методический подход к анализу источников и эффективности финансирования отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики путем количественной и качественной оценки показателей отрасли в Украине и Российской Федерации, что позволило обобщить качественные показатели отрасли (сокращение средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, рост заболеваемости и смертности, низкий уровень доступности и качества медицинской помощи, неудовлетворительное состояние здоровья населения) и количественные показатели финансирования расходов на здравоохранение, имеющих тенденцию к росту, что свидетельствует о неэффективности действующей системы здравоохранения и целесообразности расширения внебюджетных источников её финансирования за счет дополнительных финансовых ресурсов.

5. Доказана целесообразность внедрения обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования как элементов системы финансирования отрасли здравоохранения путем оценки потенциала рынка медицинского страхования в Украине с помощью системы сбалансированных показателей.

6. Выявлены взаимосвязи между социально-экономическими факторами и финансовым потенциалом рынка медицинского страхования на основе регрессионного анализа, результаты которого свидетельствуют о тесной зависимости объёма страховых премий от экономических, демографических и

медицинских показателей государства. Под «финансовым потенциалом рынка медицинского страхования» следует понимать совокупность финансовых ресурсов, направленных или которые могут быть направлены на функционирование и развитие рынка медицинского страхования с целью их эффективного использования для удовлетворения потребностей субъектов медицинского страхования, обеспечения социальной защиты граждан и улучшения финансирования отрасли здравоохранения.

7. Сформирована модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом ключевых функций финансовой системы государства (формирования, распределения, использования и контроля), которая должна быть разделена на четыре уровня финансовых ресурсов: первый (базовый) – это планирование минимальных средств в бюджете, через которые обеспечивается предоставление бесплатной медицинской помощи для всех категорий населения; второй (основной) – связан с введением обязательного медицинского страхования за счет средств работодателей и разработкой программы обязательного медицинского страхования для предоставления медицинской помощи, не входящей в базовый уровень финансирования; третий (сервисный) – это добровольное медицинское страхование, которое предусматривает приобретение страхового полиса за счет собственных средств; четвертый (общественно-солидарный) – это развитие больничных касс.

8. Предложен методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе обязательного медицинского страхования. С учетом международного опыта и использования имитационного моделирования обосновано введение страхового взноса в размере 3% от Фонда оплаты труда. При дальнейшем устойчивом развитии экономики Донецкой Народной Республики целесообразно постепенное увеличение размера страхового взноса до 5% от Фонда оплаты труда.

9. Предложены механизмы эффективного развития медицинского страхования, способствующие внедрению государственной и частной подсистем

финансового обеспечения, повышению эффективности управления отрасли здравоохранения, что будет содействовать улучшению социальной защиты населения и повышению социально-экономического развития Донецкой Народной Республики.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

Условные обозначения, понятия	Полная трактовка понятий
ДНР	Донецкая Народная Республика
РФ	Российская Федерация
ЕС	Европейский Союз
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ОМС	Обязательное медицинское страхование
СМО	Страховая медицинская организация
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
СК	Страховая компания
ВВП	Валовый внутренний продукт
ФП _{РМС}	Финансовый потенциал рынка медицинского страхования
МП	Медицинская помощь
ВМП	Высококвалифицированная медицинская помощь
ПВГ	Половозрастная группа
СРО	Саморегулирующая организация
ФССВНМ	Фонд социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ГЧП	Государственно-частное партнёрство

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Солдатенко, О. Теоретичні засади соціального та медичного страхування / О. Солдатенко // Підприємництво, господарство і право. – 2010. – №3. – С. 108 – 111.
2. Половян, О.В. Інструментарій забезпечення збалансованого розвитку економічних систем / О.В. Половян // Вісник Донецького національного університету. Серія В. Економіка і право. – 2012. – Спецвипуск. – Т. 2. – С. 196-198.
3. Сільченко, С. Страхова реформа 1912 р.: до сторіччя запровадження обов'язкового соціального страхування / С. Сільченко // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – №2 (206). – С. 79 – 83.
4. Поляк, Н. Удосконалення системи соціального забезпечення населення в Україні/ Н. Поляк// Україна: аспекти праці. – 2011. – №3. – С.23 – 30.
5. Закон України «Про страхування». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
6. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
7. Лебединська, Л.Д. Страхування як чинник фінансової стабілізації економіки / Л.Д. Лебединська, Л.М. Ремньова // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – №9 (63). – С.65-74.
8. Фурман, В.М. Страхування та його роль у соціально-економічних процесах / В.М. Фурман // Фінанси України. – 2005. – №8. – С.145-152.
9. Заруба, О.Д. Страхова справа: підручник / О.Д. Заруба. – Київ: Товариство: «Знання», КОО, 1998. – 321 с.
10. Сплетухов, Ю.А. Страхование: учебное пособие / Ю.А. Сплетухов, Е.Ф. Дюжиков. – Москва: ИНФРА-М, 2006. – 312 с.
11. Орлов, А.М. Страхование дело в схемах – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://схемо.пф/books/384-orlov-a-m-strahovoe-delo-v-shemah-2005-g.html>

12. Нечипорук, Л.В. Инверсионный тип формирования страхового рынка / Л.В. Нечипорук // Экономическая теория. – 2008. – № 4. – С.31-43.
13. Шахов, В.В. Страхование / В.В. Шахов.– М.: ЮНИТИ, 2003. – 311 с.
14. Гомеля, В. Б. Специфика страхового спроса и предложения в РФ на современном этапе / В.Б. Гомеля// Финансы. – 2003. - №4. – С.48-51.
15. Внукова, Н.М. Страхування: теорія та практика // Н.М. Внукова, Л.В. Временко, В.І. Успенко. – Харків: Бурун-книга, 2004. – 376 с.
16. Говорушко, Т.А. Страхові послуги / Т.А. Говорушко. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 400 с.
17. Бігдаш, В.Д. Страхування / В.Д. Бігдаш. – К.: МАУП, 2007. – 448 с.
18. Страхування / під наук. ред. С.С. Осадець. – К.: КНЕУ, 2002. – 599 с.
19. Базилевич, В.Д. Страхова справа / В.Д. Базилевич, К. Базилевич. - К.: Знання, КОО, 2002. – 203 с.
20. Ткаченко, Н.В. Страхування / Н.В. Ткаченко. – К.: Ліра-К, 2007. – 376 с.
21. Фурман, В.М. Особливості та сутність страхового ринку / В.М. Фурман // Фінанси України. – 2005. – №11. – С. 126-131.
22. Мних, М.В. Страхування як механізм надання гарантій підприємницької діяльності та соціального захисту населення: сучасна теорія і практика: автореф. дис... д-ра екон. наук: 08.00.03 / М.В. Мних; Держ. установа «Ін-т економіки та прогнозування НАН України». – К., 2007. – 36 с.
23. Таркуцяк, А.О. Страхування: навч. посібник / А.О. Таркуцяк. – К.: Видавництво Європ. ун-ту фінансів, інформац. систем, менеджменту і бізнесу, 1999. – 115 с.
24. Шихов, А.К. Страхование / А.К. Шихов.– М.: ЮНИТИ-ДАНА. – 2000. – 376 с.
25. Вовчак, О.Д. Страхові послуги: навчальний посібник / О.Д. Вовчак,ьО.І. Завійська. – Львів: Видавництво «Компакт- ЛВ», 2005. – 656 с.
26. Поклонский, Ф.Е. Формирование финансового обеспечения негосударственных пенсионных фондов через привлечение финансов домохозяйств / Ф.Е. Поклонский, А.С. Трофимова // Вестник Донбасской государственной машиностроительной академии. – 2015. – № 2 (35). – С. 137-142.

27. Гвозденко, А.А. Страхование: учебник / А.А. Гвозденко. – М.: ТК Велби, изд-во Проспект. – 2006. – 464 с.
28. Журавлёв, Ю.М. Страхование и перестрахование: теория и практика / Ю.М. Журавлёв, И.Г. Секерт – М.: Изд. центр «АНКИЛ», 2001. – 298 с.
29. Сербиновский, Б.Ю. Страхование: учебное пособие [для вузов] / Б.Ю. Сербиновский, В.Н. Гаркуша. – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс». – 2000. – 384 с.
30. Мних, М.В. Страхування в Україні: сучасна теорія і практика: підручник / М.В. Мних. – Київ: Знання України, 2006. – 284 с.
31. Бурков, В.Н. Механизмы страхования в социально-экономических системах / В.Н. Бурков, А.Ю. Заложнев, О.С. Кулик, Д.А. Новиков. – М.: ИПУ РАН, 2001. – 109 с.
32. Страхование: учебник / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. – М.: Издательство Юрайт; ИД Юрайт, 2011. – 828 с.
33. Турбина, К.Е. Теория и практика страхования: учебное пособие / К.Е. Турбина. – М.: Анкил. – 2003. – 704 с.
34. Гаманкова, О.О. Становлення ринкових відносин у сфері страхування в Україні та роль держави в регулюванні цих процесів / О.О. Гаманкова, Д.В. Гаманков // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2009. – №113-114. – С.14-19.
35. Самойловський, А.Л. Аналіз розвитку страхування в Україні: етапність еволюційних змін / А.Л. Самойловський // Формування ринкових відносин в Україні. – 2010. – №6 (109). – С.146-149.
36. Шевирьов, І. Страхування в Україні: історія, яка написана з чистої сторінки / І. Шевирьов // Юридичний журнал. – 2004. – №12(30). – С. 42-45.
37. Подкатилова, Е.В. Рынок финансовых услуг и его место в структуре финансового рынка. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ogbus.ru>.
38. Хорватова, О. Безпека ринку страхових послуг / О. Хорватова // Юридичний журнал. – 2009. – №10 (88). – С. 61-64.

39. Чапичадзе, Я. Об'єкт страхових правовідносин / Я. Чапичадзе // Підприємництво, господарство і право. – 2006. – №6 (126). – С.10-12.
40. Нестерова, С.Л. Об'єкт торгівлі на сучасному ринку страхових послуг. Дискусійні питання / С.Л. Нестерова // Наукові праці МАУП. – 2009. – Вип.2 (21). – С.132-136.
41. Базилевич, В.Д. Сучасна парадигма страхування: сутність і протиріччя / В.Д. Базилевич // Фінанси України. – 2007. – №9. – С.42-50.
42. Хавтур, О.В. Концептуальні засади страхування / О.В. Хавтур // Фінанси України. – 2004. – № 2. – С. 139-147.
43. Сирота, И.М. Право социального обеспечения в Украине: ученик / И.М. Сирота. – Х.: Изд-во «Одиссей». – 2006. – 432 с.
44. Полозенко, Д.В. Розвиток соціальної сфери як важлива умова економічного зростання України / Д.В. Полозенко // Фінанси України. – 2010. – №10. – С.15-20.
45. Всеобщая декларация прав человека – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_015.
46. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.
47. Европейская Социальная Хартия – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://ombudsmanrf.org/upload/files/docs/globhr/ESH.pdf>.
48. Поляк, Н. Удосконалення системи соціального забезпечення населення в Україні / Н. Поляк // Україна: аспекти праці. – 2011. – №3. – С. 23-30.
49. Солдатенко, О. Історія становлення медичного страхування як одного із джерел фінансування охорони здоров'я / О. Солдатенко // Право України. – 2010. – №6. – С. 233-239.
50. Архипов, А.П. О теоретических основах страховой деятельности / А.П. Архипов // Финансы. – 2010. – №1. – С. 39-44.
51. Баєва, О.В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб. для студ. Вищ. навч. закл. / О.В. Баєва. – К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. – 432 с.

52. Білик, О.І. Медичне страхування у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я в Україні / О.І. Білик. – 2012. – С. 195-201.

53. Богуславський, С.І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / С.І. Богуславський, Ю.С. Шибалкіна // Зовнішня торгівля, право та економіка. – 2008. – №4. – С. 83-86.

54. Василенко, П. Медичне страхування: реалії та проблеми / П. Василенко // Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді. – 2008. – №3. – С. 112-113.

55. Дяченко, Є.В. Медичне страхування в системі суспільного страхового захисту / Є.В. Дяченко // Теоретичні та прикладні питання економіки. – 2015. – Випуск 22. – С. 267-273.

56. Приказюк, Н. Медичне страхування в Україні: тенденції та перспективи розвитку / Н. Приказюк // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2008. – №104. – С. 25-29.

57. Тулай, О. Медичне страхування в системі фінансування охорони здоров'я / О.Тулай // Вісник ТНЕУ. – 2009. – №1. – С. 136-147.

58. Юрій, С.І. Соціальне страхування: підручник. / С.І. Юрій, М.П. Шаварина, Н.В. Шаманська – К.: Кондор. – 2004. – 464 с.

59. Шумелда, Я. Страхування: навч. Посіб. / Я.Шумелда. – 2-ге вид., перероб. і доп. – Т.: Джура, 2006. – 296 с.

60. Ротова Т.А. Страхування: навч. Посіб. / Т.А. Ротова, Л.Ю. Руденко – К.: Київ. нац. торг-екон. ун-т, 2001. - 400 с.

61. Стецюк, Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян: автореф. дис... канд-та екон. наук: 08.00.08 / Т.І. Стецюк – К., 2009. – 23 с.

62. Шакура, О.А. Институт страхования как рычаг преобразований в экономике / О.А. Шакура // Финансы. Учет. Банки. – Выпуск №1. – 2016. – С. 97-106.

63. Шакура, О.А. Страховая услуга как форма реализации страховых отношений в условиях рынка О.А. Шакура // Финансы. Учет. Банки. – Выпуск №2. – 2016. – С. 117-126.

64. Стецюк, Т. Суб'єктивна складова медичного страхування / Т. Стецюк // Ринок цінних паперів України. – 2009. – №5-6. – С. 9-13.
65. Стеценко, В.Ю. Добровільне медичне страхування як об'єкт правового регулювання / В.Ю. Стеценко // Часопис Київського університету права. – 2009. – №3. – С. 156-160.
66. Стеценко, В.Ю. Обов'язкове медичне страхування як об'єкт правового регулювання / В.Ю. Стеценко // Юриспруденція: теорія і практика. – 2009. – №10(60). – С. 2-7.
67. Аверин, А.Н. Государственная система социальной защиты населения: учебное пособие. Стереотипное издание / А.Н. Аверин. – М.: Изд-во РАГС, 2010. – 124 с.
68. Татаренко, Г. Моделі соціального страхування в контексті історії / Г. Татаренко // Підприємництво, господарство і право. – 2004. – №7. – С. 69-72.
69. Мних, М.В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М.В. Мних // Економіка та держава. – 2006. – №11. – С. 39-41.
70. Бучкевич, М.М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М.М. Бучкевич // Збірник науково-технічних праць «Науковий вісник НЛТУ України». – 2011. – Вип.21.10. – С. 178-184.
71. Дем'янишин, В.Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / В.Г. Дем'янишин, Т.Д. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – №6. – С. 45-53.
72. Лободіна, З.М. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З.М. Лободіна // Фінанси України. – 2010. – №4. – С. 88-97.
73. Андрушків, І.П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах / І.П. Андрушків // Науковий вісник НЛТУ України. – 2010. – Вип.20.13. – С. 170-174.
74. Беялов, Т.Е. Досвід захисту прав споживачів фінансових послуг республіки Польща / Т.Е. Беялов, А.М. Єрмошенко // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – № 7(109). – С. 196-205.
75. Гребенщиков, Э.С. Ближнее страховое зарубежье – российское присутствие и интересы / Э.С. Гребенщиков // Финансы. – 2006. – №12. – С. 44-48.

76. Григораш, Г.В. Системи соціального страхування зарубіжних країн: навч. пос. / Г.В. Григораш, Т.Ф. Григораш, В.Я. Олійник, І.Т. Субачов. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 144 с.

77. Дугієнко, Н.О. Принципи медичного страхування в Україні і країнах Західної Європи / Н.О. Дугієнко // Всеукраїнський науково-виробничий журнал. – 2015. – С. 306-308.

78. Криклій, А.С. Ринок страхування життя в Україні: тенденції та європейський досвід / А.С. Криклій, Р.В. Пікус // Економіка та держава. – 2008. – №5. – С. 14-27.

79. Лехан, В. Системи здравоохранения: время перемен / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон. – Украина: Обзор системы здравоохранения. – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2010. – Том 12. – №8. – 251 с.

80. Виноградов, О.В. Система здравоохранения США. Полезные предложения для государственного управления в Украине / О.В. Виноградов // Економіка і держава. – 2008. – №9. – С. 43-47.

81. Кузьмін, О.Є. Міжнародні страхові послуги: теоретико-прикладні засади / О.Є. Кузьмін, А.С. Завербний, Н.Л. Івашук. – Львів: Національний університет «Львівська політехніка», 2009. – 200 с.

82. Новосельська, Л.І. Особливості медичного страхування у міжнародному аспекті / Л.І. Новосельська // Збірник науково-технічних праць «Науковий вісник НЛТУ України». – 2007. – Вип. 17.8. – С. 214-216.

83. Череп, А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А.В. Череп // Міжнародний науково-виробничий журнал «Сталий розвиток економіки». – 2013. – №2 (19). – С. 17-23.

84. Надточій, Б. Соціальне страхування у контексті історії / Б. Надточій // Соціальний захист. – 2003. – № 3. – С. 20-24.

85. Стеценко, В. Організаційно-правові засади медичного страхування: зарубіжний досвід і пропозиції для України / В. Стеценко // Підприємство, господарство і право. – 2009. – №1. – С. 10-13.

86. Гориславець, Л. Медичне страхування: вчимося у США та Європи. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.
87. Медична і страхова система Австралії. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://linx.zp.ua/medychna-i-strahova-systema-avstraliji.html>.
88. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>.
89. Білоскурський, О. Десять років соціально-економічних перетворень в Україні: спроба неупередженої оцінки // О. Білоскурський, І. Бураковський, О. Гончаренко. – К.: К.І.С., 2002. – 120 с.
90. Єрмілов, В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи / В. Єрмілов // Соціальне страхування. – 2008. – №1. – С. 18-21.
91. Огляд медичного страхування в Нідерландах. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1040>.
92. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>.
93. Бестремянная, Г.Е. Незавершенность лечения в результате перехода к медико-экономическим стандартам в Японии / Г.Е. Бестремянная // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 5. – С. 37-44.
94. Організація медичного страхування в Японії. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>.
95. Бондарева, Л.В. Зарубіжний досвід вирішення проблем державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню / Л.В. Бондарева. – 2015. – С. 34-40.
96. Степанова, О.В. Реформування системи охорони здоров'я у США / О.В. Степанова, І.В. Іголкін // Фінанси України. – 2012. – №3. – С. 69-82.
97. US Health care costs– [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kaiseredu.org>.
98. Стецюк, Т. Фінансові основи побудови системи охорони здоров'я на засадах страхової медицини / Т. Стецюк // Страхова справа. – 2008. – №2(30). – С. 72-73.

99. Ляховченко, Л.А. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування як додаткове джерело фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / Л.А. Ляховченко // Економіка та держава. – 2010. – №3. – С. 93-97.

100. Кюрджиев, С.П. Основы страхового дела: учебно-методический комплекс / С.П. Кюрджиев, С.Н. Татаркин, Н.А. Кислицкая. – Ростов н/Д.: Изд-во СКАГС, 2009. – 214 с.

101. Сподарева, О.Г. Теоретичні засади функціонування страхового ринку в ринкових умовах господарювання / О.Г. Сподарева // Економіка та держава: міжнар. наук.-практ. журнал. – Київ, 2010. – № 5 (травень 2010 р.). – С. 54-56.

102. Сподарева, О.Г. Особливості функціонування системи медичного страхування у провідних країнах світу / О.Г. Сподарева // Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. – Одеса, 2013. – Т. 18. – Вип. 3/3. – С. 91-94.

103. Сподарева, О.Г. Соціально-економічний потенціал медичного страхування / О.Г. Сподарева // Теорія та практика розвитку людського потенціалу на сучасному етапі: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. вчених, студ. і практиків 11 квітня 2012 р. – Донецьк: ДІ МАУП, 2012. – С. 248-252.

104. Сподарева, О.Г. Медичне забезпечення України як елемент системи соціального захисту населення / О.Г. Сподарева // Способи забезпечення реалізації та захисту прав людини у контексті євроінтеграції України: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 20-21 липня 2012 р. – Одеса, 2012. – С. 73-75.

105. Сподарева, О.Г. Характерні риси медичного страхування у розвинутих країнах світу / О.Г. Сподарева, А.Л. Свечкіна // Формування ефективних фінансових механізмів державного управління економікою України: теорія і практика: Матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених і студ. 8-10 листопада 2012 р. – Донецьк: ДонДУУ, 2012. – С. 221-223.

106. Сподарева, О.Г. Особливості здійснення окремих видів добровільного медичного страхування в Україні / О.Г. Сподарева // Можливості та перспективи забезпечення стійкого економічного розвитку: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 11-12 жовтня 2013 р. – Дніпропетровськ, 2013. – С. 21-25.

107. Тельнова, Г.В. Роль та місце медичного страхування в системі страхового захисту населення / Г.В. Тельнова, О.Г. Сподарева // Формування та ефективність використання фінансових ресурсів в економічній діяльності: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 11-12 квітня 2014 р. – Чернігів: Чернігівський національний технологічний університет, 2014. – С. 195-198.

108. Сподарева, О.Г. Вітчизняне медичне страхування в контексті соціоекономіки: стан та проблеми / О.Г. Сподарева // Соціоекономіка: стан, проблеми, перспективи: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. вчених, студ. і практиків 9 квітня 2014 р. – Донецьк: Донецький інститут Міжрегіональної академії управління персоналом, 2014. – С. 83-89.

109. О здравоохранении [Электронный ресурс]: закон Донецкой Народной Республики [принят Постановлением Народного Совета Донецкой Народной Республики 24 апреля 2015 г.] – Режим доступа: <http://mzdnr.ru/doc/zakon-o-zdravoohranenii>.

110. Официальный сайт Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mzdnr.ru/about-us>.

111. Официальный сайт Республиканского Центра занятости ДНР – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rcz-dnr.ru>.

112. Полищук, Е. Особенности медицинского обслуживания в ДНР: от старых схем к новым возможностям / Е. Полищук – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.novorosinform.org/articles/7933>.

113. Доклад Виктора Кучковского о работе Министерства здравоохранения ДНР за 2015 год – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dnrsovet.su/doklad-viktora-kuchkovogo-o-rabote-ministerstva-zdravoohraneniya-dnr-za-2015-god/>.

114. Фурман, В.М. Страхування та його роль у соціально-економічних процесах / В. М. Фурман // Фінанси України. – 2005. – № 8. – С. 145-152.

115. Кондрат, І.Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні / І.Ю. Кондрат, О.Я. Городиловська // Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. Вип. 19.3. – С. 247-252.

116. Яковлева, Т. Соціально-правові передумови запровадження обов'язкового медичного страхування/ Т. Яковлева // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – №11. – С. 71-74.

117. Экономические тренды и статистика – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.trendeconomy.ru/indicators>.

118. Федеральная служба государственной статистики РФ – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

119. Государственная служба статистики Украины – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

120. Министерство финансов России – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minfin.ru/ru/>.

121. Федеральный фонд ОМС Российской Федерации – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru>.

122. World Health Organization: National Health Account Statistics, 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>.

123. Шейман И. Международное сравнение эффективности бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения / И. Шейман, С. Терентьева // Экономическая политика. – 2015. – Т.10. – №6. – С. 171-193.

124. Офіційний сайт професійної спілки працівників охорони здоров'я України. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medprof.org.ua>.

125. Финансовый портал Минфина Украины – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minfin.com.ua>.

126. Гришан, Ю.П. Необхідність реформування галузі охорони здоров'я: впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.illichivska.com.ua/?view=press_c_r&mode=view&id=44.

127. Олійник, О.О. Чинники та передумови впровадження медичного страхування найманих працівників / О.О. Олійник // Проблеми раціонального використання соціально-економічного та природно-ресурсного потенціалу

регіону. Фінансова політика та інвестиції: зб. наук. праць. – 2010. – Вип. XVI. – № 3. – С. 341–350.

128. Павлюк, К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – №2. – С.43-55.

129. Павлюк, К.В. Інноваційні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах посткризового відновлення економіки / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2013. – №2. – С. 93-102.

130. Шишкин, С.В. Экономика здравоохранения / С.В.ц Шишкин // Вопросы экономики. – 2013. – №4. – С. 19-23.

131. World Health Organization. Worldhealthstatistics, 2015 – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/en/>.

132. Омелянович, Л. О. Соціальні стандарти якості життя громадян / Л. О. Омелянович, Д. С. Гвасалія // Экономика строительства и городского хозяйства. – 2013. – Т. 9. – № 3. – С. 181-189.

133. Борецька, Н.П. Соціальний захист населення на сучасному етапі: стан і проблеми. Монографія. – Донецьк: Янтра, 2001. – 352 с.

134. Конституція України від 28.06.1996 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

135. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

136. Закон України «Про соціальні послуги» від 19 червня 2003 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.

137. Концепція загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Страхова справа. – 2008. – №2(30). – С.60-70.

138. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 21 ноября 2011 года №323-ФЗ. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

139. Федеральный Закон «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.10 №326-ФЗ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/.

140. Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rostgmu.ru/wp-content/uploads/>

141. Копілкова, Н. Реформа обов'язкового медичного страхування в Російській Федерації. Права застрахованих осіб/ Н. Копілкова // Право України. – 2011. – №11-12. – С. 108-113.

142. Крусс, В. Здоров'я як основна правова цінність сучасності / В. Крусс // Право України. – 2011. – №11-12. – С. 5-29.

143. Мельник-Бантон, О. Аналітичні підходи до планування витрат на охорону здоров'я в Україні / О. Мельник-Бантон // Економічний аналіз. – 2011. – Випуск 8. Частина 2. – С. 272-278.

144. Ручкіна, В.М. Система страхування в країнах перехідної економіки: структура, механізм функціонування, тенденції: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: 08.00.01 / В.М. Ручкіна – Д., 2007. – 20 с.

145. Сіташ, Т.Д. Фінансування установ охорони здоров'я / Т.Д. Сіташ // Актуальні проблеми економіки. – 2009. - №3 (93). – С. 175-180.

146. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов – Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

147. Павлюк, К.В. Модернізація системи соціального захисту в контексті накопичення соціального капіталу в Україні / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2012. – №6. – С.15-29.

148. Баглюк, Ю.Б. Страховий ринок України: капіталізація й конкуренція / Ю.Б. Баглюк // Фінанси України. – 2012. – №4. – С. 67-75.

149. Власенко, О.О. Розвиток страхового ринку України / О.О. Власенко // Фінанси України. – 2005. – №8. – С. 140-144.

150. Воробйова, Н. Добровільне медичне страхування / Н. Воробйова // Юридичний журнал. – 2009. – № 5(83). – С. 64-67.
151. Гаманкова, О.О. Страховий ринок України у глобальному страховому просторі / О.О. Гаманкова, В.К. Хлівний // Фінанси України. – 2012. – №5. – С. 58-67.
152. Григораш, Т.Ф. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні / Т.Ф. Григораш, Ю.П. Кіріченко // Економічний простіру. – 2011. – №56/2. – С. 138-148.
153. Дворак, М.С. Вплив глобалізації світової економіки на розвиток українського ринку страхових послуг / М.С. Дворак // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – №8 (62). – С. 67-74.
154. Дворак, М.С. Чинники формування конкурентного середовища на ринку страхових послуг України / М.С. Дворак // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – №9 (63). – С.120-127.
155. Єрмошенко, А.М. Теоретичні і практичні аспекти забезпечення вільного доступу до страхових послуг / А.М. Єрмошенко // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – №5 (119). – С. 195-201.
156. Кравчук, Г.В. Наслідки фінансової кризи для страхових ринків країн світу / Г.В. Кравчук // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 8 (122). – С. 287-299.
157. Лебединська, Л.Д. Стратегічні аспекти сталого розвитку страхового ринку України під впливом глобалізаційних процесів/ Л.Д. Лебединська, Л.М. Ремньова // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – №9 (111). - С. 206-214.
158. Мамонова, Г.В. Ідентифікація кризи на ринку страхових послуг / Г.В. Мамонова, С.Л. Сухонос // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 8 (122). – С. 300-304.
159. Міщенко, Н. Огляд послуг медичного страхування в Україні / Н. Міщенко // Консалтинг в Україні. – 2007. – №3(32). – С. 9-10.
160. Козоріз, Г.Г. Проблеми розвитку страхового ринку в Україні / Г.Г. Козоріз // Регіональна економіка. – 2008. – №2. – С. 182-191.
161. Мних, М.В. Страхування в Україні в умовах глобальної економічної кризи / М.В. Мних // Інвестиції: практика та досвід. – 2009. – № 4. - С. 33-35.

162. Губерная, Г.К. О значении социальной составляющей рыночных реформ / Г.К. Губерная, А.П. Ткаченко // Рыночное реформирование управления экономикой: сб. науч. трудов ДонГАУ. Донецк, 2000. – т. I, – Вып. 1, Серия «Экономика». – С. 119-131.

163. Музика, О.М. Стан та тенденції розвитку страхового ринку в Україні / О.М. Музика//Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. – Вип.19.2 – С. 246-255.

164. Мухіна, О.В. Тенденції формування інвестиційного потенціалу страхового ринку України / О.В. Мухіна // Збірник наукових праць Міжрегіональної фінансово-юридичної академії (економіка, право). – 2011. – №1. – С. 21-29.

165. Позднякова, Л.О. Проблеми розвитку страхового ринку України і шляхи їх розв'язання в сучасних умовах / Л.О. Позднякова // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – №6 (108). – С. 250-254.

166. Поліщук, М.Є. Медичне страхування: проблема системи потребує системного вирішення / М.Є. Поліщук // Соціальне страхування. – 2008. – №2. – С. 13-16.

167. Официальный сайт Национальной комиссии, осуществляющей государственное регулирование в сфере рынков финансовых услуг – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nfp.gov.ua>.

168. Страховий ринок в Україні: стан, проблеми, перспективи (Аналітична доповідь Центру Разумкова) // Національна безпека і оборона. – 2013. – № 6 (42). – С. 2-46.

169. Шірінян, Л.В. Вплив кількості страховиків на ефективність страхової галузі України / Л.В. Шірінян // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – №12 (126). – С.303-311.

170. Тарасова, Н. Стан розвитку страхового ринку та ефективність страхової діяльності в Україні / Н. Тарасова // Схід. – 2016. – №3 (75). – С.17-20.

171. International Association of Insurance Supervisors - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.iaisweb.org>.

172. Супрун, А.А. Страховий ринок України в умовах системної кризи / А.А.Супрун, В.К. Хлівний // Фінанси України. – 2013. – №9. – С.68-75.

173. Залетов, О. Страховий ритейл в Україні в умовах економічної кризи / О. Залетов // Страхова справа. – 2009. – № 4 (36). – С. 4-11.

174. Никонович, А. Страховий ринок України: проблеми та шляхи вирішення / А. Никонович // Економіст. – 2014. – №1. – С.41-43.

175. Акбар, А. Опыт финансирования медицинского страхования за рубежом и возможности его использования в Республике Казахстан / А. Акбар // Международный научно-исследовательский журнал. – Екатеринбург, 2017. – №02(56). – Часть 3. (Февраль). – С. 6-8.

176. Пластун, В.Л. Формування оптимального портфеля страхових послуг / В.Л. Пластун, В.С. Домбровський // Актуальні проблеми економіки. – 2012. – №1 (127). – С. 335-341.

177. Гаманкова, О. О. Інформаційні вади дослідження ступеня монополізації ринку страхових послуг України / О.О. Гаманкова // Актуальні проблеми економіки. – 2009. №10. – С. 80-87.

178. Интернет-журнал «Фориншурер». – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/>.

179. Полозенко, Д.В. Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров'я України / Д.В. Полозенко, В.Д. Парій // Фінанси України. – 2012. – №3. – С. 83-89.

180. Приказюк, Н.В. Тенденції й перспективи розвитку страхування подорожуючих за кордон / Н.В. Приказюк, Г.Ю. Тлуста // Фінанси України. – 2011. – №10. – С. 93-103.

181. Официальный сайт Государственной службы статистики Украины – [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.ukrstat.gov.ua>

182. Мочерний, С.В. Економічна енциклопедія: у 3 т./за ред. С.В. Мочерного. – К.:Вид. центр «Академія», 2002. – Т.3. – 952 с.

183. Іоненко, К.В. Формування та оцінка фінансового потенціалу регіону: автореф. дис ... канд. екон. наук: 08.00.08 / К. В. Іоненко . – Київ : 2007 . – 20 с.

184. Василик, О.Д. Теорія фінансів: підр. / О.Д.Василик: К.: НІОС, 2000. – 528 с.

185. Фінанси: вишкіл студії : навч. посіб. / [С.І. Юрій, Т.О. Кізима, Н.П.Злепко, М.М. Тріпак]; за ред. С.І. Юрія. – Тернопіль : Карт-Бланш, 2002. – 357 с.

186. Свірський, В. С. Проблеми структурування фінансового потенціалу держави / В. С. Свірський // Інноваційна економіка. – 2009. – № 3. – С. 136–139.

187. Возняк, Г. В. Фінансовий потенціал регіону та проблеми його оцінки / Г. В. Возняк [Електронний ресурс]. – Режим доступа: http://www.rusnauka.com/15_APSN_2010/Economics/66671.doc.htm.

188. Онишко, С. Фінансовий потенціал інноваційного розвитку економіки / С. Онишко // Фінанси України. – 2003. – №6. – С.67-74.

189. Волковський, Є. І. Бюджетний потенціал та потенціал бюджету території: методичні аспекти / Є. І. Волковський, Г. М. Котіна, М. М. Степура // Проблеми економіки. – 2014. – № 4. – С. 357-362.

190. Сподарева, О.Г. Ринок страхових послуг в Україні: сучасний стан та проблеми функціонування / О.Г. Сподарева // Збірник наукових праць ДонДУУ. Серія: Економіка. – Донецьк, 2009. – Т. X. – Вип. 127. – С. 329-336.

191. Сподарева, О.Г. Проблеми медичного страхування в Україні та шляхи їх подолання / О.Г. Сподарева // Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. – Хмельницький, 2011. – Т. 4 (180). – № 5. – С. 125-129.

192. Сподарева, О.Г. Тенденції та чинники розвитку медичного страхування в Україні / О.Г. Сподарева, А.Л. Свечкіна // Кримський економічний вісник. – Сімферополь, 2013. – № 5 (06). – С. 252-256.

193. Сподарева, Е.Г. Сравнительная характеристика структуры финансового обеспечения отрасли здравоохранения Украины и РФ / Е.Г. Сподарева // Сборник научных работ серии «Финансы, учет, аудит». – Донецк, 2017. – Т. II. – Вып. 1 (5). – С. 186-195.

194. Сподарева, Е.Г. Оценка финансирования системы здравоохранения в Украине / Е.Г. Сподарева // Актуальные проблемы экономики и управления в исследованиях студентов и аспирантов: Материалы IV межвуз. науч. конф. 15 ноября 2013 г. – Воронеж: Воронежский институт экономики и социального управления, 2013. – С. 191-192.

195. Сподарева, Е.Г. Методический подход к определению финансового потенциала рынка медицинского страхования / Е.Г. Сподарева // Современные исследования основных направлений технических и общественных наук: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. 2-3 марта 2017 г. – Казань: Казанский кооперативный институт Российского ун-та кооперации, 2017. – С. 101-105.

196. Волощенко, Л.М. Развитие финансового обеспечения отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики / Л.М. Волощенко, Е.Г. Сподарева // Механизмы управления экономическими, экологическими и социальными процессами в условиях инновационного развития: Сб. материалов Междунар. научн.-практ. конф., 28-29 марта 2017 г. – Алчевск: Изд-во «Ноулидж» (Луганск), 2017. – С. 681-687.

197. Сподарева, Е.Г. Методический подход к определению финансового потенциала рынка медицинского страхования / Е.Г. Сподарева // Формирование современного экономического образа мышления: теория, практика, паттерны поведения, просвещение: Материалы XVII Междунар. науч.-практ. конф. 20-21 апреля 2017 г. – Курск, 2017. – С. 163-170.

198. Сподарева, Е.Г. Сбалансированная система показателей для оценки финансового потенциала рынка медицинского страхования / Е.Г. Сподарева // Финансово-экономическое развитие Донбасса: проблемы, пути решения: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых и студ. 20-21 апреля 2017 г. – Донецк: ДонАУиГС, 2017. – С. 170-172.

199. Василенко, А.В. Генезис державного регулювання страхового ринку України в контексті зарубіжного досвіду / А.В. Василенко // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – № 82 (62). – С. 14-22.

200. Євтушенко, Т.П. Моделювання медичного страхування з використанням системно-функціонального підходу / Т.П. Євтушенко // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2009. – №113-114. – С. 64-67.

201. Романова, А.А. Сучасний підхід до корпоративного медичного страхування як складового елемента системи забезпечення права людини на здоров'я / А.А.Романова // Юрист України. – 2013. – №1(22). – С. 106-110.

202. Ненно, І.М. Концепція створення системи фінансового забезпечення розвитку страховика / І.М. Ненно // Вісник соціально-економічних досліджень. – №35. – С. 431-436.
203. Гуселетова, А.А. Особенности реализации проектов ГЧП в здравоохранении / А.А. Гуселетова, А.Г. Ивасенко // Международный научный журнал «Символ науки». – 2015. – №12. – С. 101-103.
204. Шишкин, С. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития / С. Шишкин, Е. Потапчи, Е. Селезнева // Вопросы экономики. – 2013. – № 4. – С. 165-179.
205. Власов, М.П. Моделирование экономических процессов: учебное издание / М. П. Власов, П. Д. Шимко. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 409 с.
206. Максимова, Т.Г. Основы эконометрики: учебное пособие / Т.Г. Максимова, Д.Н. Верзлин. – СПб.: ТЭИ, 2009. – 80 с.
207. Ершов, Д.Л. Перспективы реализации государственно- частного партнерства в здравоохранении субъектов в РФ / Д.Л. Ершов // Международный исследовательский журнал. – 2013. – №17(10-3). – С.33-35.
208. Кабашкин, В.А. Государственно-частное партнерство: международный опыт и российские перспективы. — М.: ООО «МИЦ», 2010. – С. 78–80.
209. Алпатов, А.А. Государственно-частное партнерство: Механизмы реализации / А.А. Алпатов, А.В. Пушкин, Р.М. Джапаридзе. – М.: Альпина Паблишерз, 2010. – 196 с.
210. The World Bank, World Development Report 1994: Infrastructure for Development, Oxford University, Oxford, UK, 1994.
211. Ивасенко, А.Г. Инновации на финансовых рынках: теоретические и методологические аспекты / А.Г. Ивасенко, В.В. Казаков, Я.И. Никонова. – Томск: Изд-во НТЛ, 2013. – 200 с.
212. Панова, Т.В. Опыт развитых европейских стран в использовании форм и моделей ГЧП в здравоохранении / Т.В. Панова // Вопросы экономики и права. – 2015. – № 11 – С. 99-102.

213. Анесянц, С.А. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России: – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemy-razvitiya-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-oblasti-zdravoohraneniya-v-usloviyah-sovremennoy-rossii>.

214. Жилинский, Е. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / Е. В. Жилинский // Сборник материалов круглого стола «Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений» / Под ред. д.э.н., проф. Шевякова А. Ю. - М.: ИСЭПН РАН. – 2009. – С. 47-52.

215. Валесян, А. А. Перспективы использования механизма государственно-частного партнерства (ГЧП) в развитии здравоохранения в России / А.А. Валесян // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – М., 2009. – 31 с.

216. Третьяк, Д.Д. Медицинское страхование в системе финансового обеспечения здравоохранения в Украине / Д.Д. Третьяк // «Молодой вчений». – № 6 (33) – червень, 2016. – С. 123-127.

217. Батечко, С.А. Лікарняна каса – суспільно-солідарний механізм забезпечення додаткової медичної допомоги / С.А. Батечко // Соціальне страхування. – 2008. – №3. – С.15-17.

218. Гришан, Ю. Особливості побудови системи медичного страхування на ММК ім. Ілліча / Ю. Гришан // Страхова справа. – 2008. – №2(30). – С. 74-75.

219. Лайков, А.Ю. Необходимость корректировки модели развития отечественного страхования / А.Ю. Лайков // Финансы. – 2006. – №8. – С. 29-33.

220. Орлова, В.А. Сущность потенциала развития, совершенствования и возможностей экономических систем / В.А. Орлова, И.В. Гречина // Научная дискуссия: вопросы экономики и управления: сб. ст. по матер. III Международной научно-практ. конференции. - №8(52). – М.: Изд. Интернаука, 2016. – 84 с. – С. 25-29.

221. Фурман, В.М. Особливості формування страхових ринків країн з перехідною економікою/ В.М. Фурман // Економіст. – 2005. – №8. – С. 74-76.

222. Всеукраїнська громадська організація (ВГО) «Асоціація працівників лікарняних кас України» («Ассоциация работников больничных касс»). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://likkasa.com>.

223. Фурман, В.М. Страховий ринок в Україні: проблеми становлення та стратегія розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра екон. наук: 08.04.01 / В.М. Фурман – К., 2006. – 36 с.

224. Солдатенко, О. Право на охорону здоров'я у Конституціях України та інших європейських держав / О. Солдатенко // Право України. – 2008. – №8. – С. 20-24.

225. Солдатенко, О. Про права й обов'язки суб'єктів фінансових правовідносин у системі обов'язкового медичного страхування / О. Солдатенко // Підприємництво, господарство і право. – 2010. – №8. – С. 52-55.

226. Арешкович, А.О. Проблеми і перспективи реформування системи охорони здоров'я в м. Києві / А.О. Арешкович, О.М. Коваленко // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 11(125). – С. 202-209.

227. Временко, Л. Пруденційні режими регулювання страхової діяльності: цілі, задачі, інструменти / Л. Временко, О. Корват // Страхова справа. – 2009. – №1(33). – С. 60-64.

228. Гаманков, Д.В. Основні чинники присутності держави на страховому ринку / Д.В. Гаманков // Актуальні проблеми економіки. – 2012. – №12 (138). – С. 140-144.

229. Василенко, А. Податкове стимулювання розвитку страхування / А. Василенко // Вісник КНТЕУ. – 2012. – №4. – С. 34-46.

230. Докторова, Н.П. Механізми державного регулювання страхової діяльності Україні: дис. ... канд. наук з держ. управління: 25.00.02 / Н.П. Докторова – Донецьк, 2007. – 188 с.

231. Гаманкова, О. Методи державного регулювання ринку страхових послуг / О. Гаманкова // Ринок цінних паперів в Україні. – 2009. – №9-10. – С. 61-64.

232. Дюжиков, Е.Ф. Регулирование отдельных сторон страховой деятельности в некоторых странах СНГ / Е.Ф. Дюжиков // Финансы. – 2006. – № 6. – С. 51-54.

233.Єрмошенко, А.М. Види державної політики та їхній вплив на банківський і страховий сектори / А.М. Єрмошенко // Актуальні проблеми економіки. – 2009. – №8 (98). – С. 215-222.

234.Жабинець, О.Й. Державне регулювання страхової діяльності у контексті глобалізації світового страхового простору / О.Й. Жабинець // Науковий вісник НЛТУ України. – 2008. – Вип. 18.10. – С. 187- 194.

235.Луніна, І.О. Проблеми й перспективи розвитку системи державних фінансів в Україні / І.О. Луніна // Фінанси України. – 2010. – №2. С. 3-12.

236.Приказюк, Н.В. Державне регулювання страхового ринку України: тенденції та перспективи розвитку / Н.В. Приказюк // Фінанси України. – 2010. – №7. – С. 101-108.

237.Опанасович, О.В. Інформаційні технології як інструмент регулювання ринку страхових послуг в Україні / О.В. Опанасович // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – №10(112). – С. 215-220.

238.Пазенок, А. Конституційне право на охорону здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку / А. Пазенок // Право України. – 2010. – №3. – С. 120-125.

239.Філонюк, О.Ф. Проблеми впровадження державних механізмів регулювання страхуванням / О.Ф. Філонюк // Інвестиції: практика та досвід. – 2009. – № 24. – С. 92-96.

240.Унинець-Ходаківська, В.П. Роль державного регулювання на ринку фінансових послуг / В.П. Унинець-Ходаківська // Актуальні проблеми економіки. – 2009. – №6 (96). – С. 238-247.

241.Філонюк, О.Ф. Страховий ринок України як об'єкт державного регулювання / О.Ф. Філонюк // Інвестиції: практика та досвід. – 2009. – № 22. – С. 73-77.

242.Юрій, С.І. Ринок фінансових послуг як інституційна основа ринкової економіки / С.І. Юрій, О.О. Луцишин // Фінанси України. – 2010. – № 11. – С. 48-59.

243.Шепілова, В. Проблеми та перспективи розвитку фінансового ринку в секторі банківської та страхової діяльності / В. Шепілова, М. Сідак, А. Вихристюк // Схід. – 2008. – №5 (89). – С.17-21.

244. Яворська, Т.В. Конкурентне регулювання страхового підприємництва в Україні / Т.В. Яворська // Актуальні проблеми економіки. – 2013. – №8(146). – С. 115-122.

245. Ящук, В.В. Ринки фінансових послуг як складова системи економічного розвитку / В.В. Ящук // Фінанси України. – 2010. – №1. – С. 115-121.

246. Конституция Донецкой Народной Республики [Электронный ресурс]: офиц. текст [принята Верховным Советом Донецкой Народной Республики 14 мая 2014 г.] – Режим доступа: <http://dnr-online.ru/konstituciya-dnr/>.

247. Беялов, Т.Е. Підвищення довіри споживачів як основа стабільного розвитку ринку фінансових послуг / Т.Е. Беялов // Актуальні проблеми економіки. – 2012. – № 3 (129). – С. 267-274.

248. Недошитко, О.В. Проблеми соціального захисту населення та шляхи їх вирішення / О.В. Недошитко // Формування ринкових відносин в Україні. – 2010. – №3 (106). – С. 198-202.

249. Степкина, Ю.А. Развитие системы финансирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: автореф. дис.... канд. экон. наук: 08.00.10 / Степкина Юлия Александровна; ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет» Санкт-Петербург, 2012. – 18 с.

250. Вишневецька, С.В. Право соціального забезпечення України: навч.-метод. посібник для студ. юрид. спец / С.В. Вишневецька, І.В. Новосельська. – К.: ДП «Вид.дім «Персонал», 2009. – 320 с.

251. Лукович, В. Шляхи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні / В.Лукович // Україна: аспекти праці. – 2011. – №3. – С. 31-39.

252. Холли, Р. Польский рынок страхования в финансовой системе государства. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://forinsurer.com/public/05/03/02/1733>.

253. Джапарова, Д. Обязательное медицинское страхование в Кыргызстане: проблемы и пути совершенствования/ Д. Джапарова // INTERNATIONAL CONFERENCE ON EURASIAN ECONOMIES, 2016. – С. 915-919.

254. Шишкин, С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин, С.Г. Боярский, С.В. Сажина. – Москва, 2016. – 67 с.

255. Ангеліна, І.А. Розвиток державного фінансового контролю: проблеми теорії і практики [Текст]: моногр. / І.А. Ангелина, Донецьк, ДонНУЕТ: 2015. – 336 с.

256. Мурзаева, О.В. Анализ финансового обеспечения здравоохранения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (на примере Республики Мордовия) / О.В. Мурзаева // Мир науки и образования. – 2015. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/analiz-finansovogo-obespecheniya-zdravoohraneniya-v-ramkah-territorialnoy-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnoy>.

257. Обязательное медицинское страхование в Беларуси: за и против*/ Шарабчиев Ю.Т. / Проблемы общественного здоровья и реформирование здравоохранения // Медицинские новости. – 2012. – №5. – С. 43-47.

258. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе / Последствия и значение для выработки политики // Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Hans Kluge. – 230 с.

259. Рагозин, А.В. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования / А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов // Здравоохранение. – 2012. – №12. – С. 30-40.

260. Мичасова, О.В. Имитационное моделирование экономических систем: учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2014. – 186 с.

261. Завербний, А.С. Особливості формування системи управління страховою діяльністю на засадах функціонального підходу/ А.С. Завербний, Н.В. Завербна // НУ «Львівська політехніка». – 2008. – С. 37-42.

262. Азарян, Е.М. Концепция человеческого развития и потребительский рынок / Е.М. Азарян. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<http://dspace.nbuiv.gov.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/109185/08-Azaryan.pdf?sequence=1>

263. Сидорчук, А. Показники оцінки збалансованості фінансових ресурсів державного соціального страхування / А. Сидорчук // Україна: аспекти праці. – 2012. – №7. – С.17-22.

264. Дяченко, В.С. Правові основи забезпечення прав пацієнтів в системі державного управління охороною здоров'я сучасної України/ В.С.Дяченко // Наукові праці МАУП. – 2012. – Вип.3(34). – С. 145-149.

265. Мачуга, Н.З. Аналіз особливостей управління системою якості медичних послуг в Україні / Н.З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2012. – № 3 (129). – С. 110-116.

266. Мачуга, Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я в Україні / Н.З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 7 (121). – С. 200-205.

267. Шірінян, Л. Удосконалення організації фінансів та оподаткування страхових компаній України / Л. Шірінян // Економіка України. – 2010. – №6. – С. 55-66.

268. Лупина, О. До питання про хворобу як соціальний ризик у сфері соціального забезпечення громадян в Україні / О.Лупина // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – №6. – С. 136-139.

269. Сухонос, С.Л. Використання імітаційно-автоматного методу моделювання у страхуванні / С.Л. Сухонос // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – № 8 (110). – С. 301-306.

270. Дяченко, Є.В. Фінансовий механізм функціонування обов'язкового медичного страхування в Україні / Є.В. Дяченко // Всеукраїнський науково-практичний журнал «Інноваційна економіка». – 2012. – №6(32). – С. 279-285.

271. Колосок, А.М. Соціальне страхування в контексті становлення соціального діалогу / А.М. Колосок // Актуальні проблеми економіки. – 2008. – №3 (81). – С. 129-135.

272. Мартін, МакКей. Економічне обґрунтування державного втручання в систему охорону здоров'я / М. Мартін, М. Сарске, Л. Россо // Страхова справа. – 2008. – №3 (31). – С. 31-33.

273. Мельник, С. Преимущества и риски введения медицинского страхования / С. Мельник // Вестник Пенсионного фонда Украины. – 2008. – С. 22-23.

274. Руснак, Л. Перспективи реалізації права громадян на охорону здоров'я через обов'язкове медичне страхування / Л.Руснак // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – №6. – С. 63-66.

275. Стеченко, Д.М. Формування механізмів регіонального управління соціально-економічними процесами / Д.М. Стеченко // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – С. 240-244.

276. Столяров, В.Ф. Економічний механізм соціального страхування / В.Ф. Столяров, Л.І. Васечко // Фінанси України. – 2007. – №2. – С. 31-43.

277. Официальный сайт Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fsssvn-dnr.ru>.

278. Официальный сайт Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fondnsdnr.ru>.

279. Об основах общеобязательного социального страхования [Электронный ресурс]: закон Донецкой Народной Республики [принят Постановлением №І-167П-НС от 30.04.2015 г.]. – Режим доступа: <http://dnrsovet.su/zakon-dnr-o-obshheobyazatelnom-sots-strahovanii/>

280. Указ Главы ДНР от 4 июля 2016 г. № 207 «Об организации материального обеспечения застрахованных лиц на территории Донецкой Народной Республики и предоставления им социальных услуг» – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gb-dnr.com/normativno-pravovye-akty/2670/>.

281. Положение о Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики, утвержденным Постановлением Совета Министров ДНР от 10 января 2015 г. №

1-10 с изменениями, внесенными Постановлением Совета Министров ДНР от 31 мая 2015 г. № 7-27. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fsssvn-dnr.ru/about-fond.html>.

282. Евтушенко, Т.П. Моделирование системы управления медицинским страхованием / Т.П. Евтушенко. – 2002. – 231 с.

283. Сподарева, О.Г. Розвиток системи держаного регулювання страхового ринку України / О.Г. Сподарева // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Проблеми економіки та управління. – Львів, 2010. – № 684. – С. 76-80.

284. Сподарева, О.Г. Розвиток медичного страхування в Україні: системний підхід / О.Г. Сподарева, А.Л. Свечкіна // Бізнес Інформ. – Харків, 2014. – № 1. – С. 173-178.

285. Сподарева, Е.Г. Оптимизация структуры финансовых ресурсов в системе финансирования учреждений здравоохранения / Е.Г. Сподарева // Менеджер. Вестник ДонГУУ. – Донецк, 2016. – № 2 (76). – С. 27-37.

286. Сподарева, Е.Г. Развитие отрасли здравоохранения с использованием механизма государственно-частного партнерства / Е.Г. Сподарева // Сборник научных работ серии «Финансы, учет, аудит». – Донецк, 2016. – Т. I. – Вып. 3. – С. 102-115.

287. Сподарева, Е.Г. Формирование эффективного государственного регулирования рынка медицинского страхования в Донецкой Народной Республике / Е.Г. Сподарева // Сборник научных работ серии «Финансы, учет, аудит». – Донецк, 2017. – Вып. 2 (6). – С. 121-131.

288. Сподарева, О.Г. Вирішення проблем фінансування охорони здоров'я шляхом запровадження обов'язкового медичного страхування / О.Г. Сподарева // Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки та логістики: Матеріали наук.-практ. конф., 14-15 квітня 2011 р. – Харків, 2011. – С.54-56.

289. Сподарева, Е.Г. Особенности внедрения медицинского страхования в Украине / Е.Г. Сподарева // Современные исследования социальных проблем: Материалы VII Общерос. науч.-практ. конф. с международным участием 30 ноября 2012 г. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2012. – № 4 (12). – С. 84-87.

290. Сподарева, О.Г. Лікарняні каси як альтернативна система медичної допомоги / О.Г. Сподарева // Сучасні проблеми управління інвестиційною та інноваційною діяльністю: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. студ. і молодих вчених 28-29 березня 2013 р. – Донецьк: ДонНТУ, 2013. – С. 198-200.

291. Сподарева, О.Г. Обґрунтування необхідності побудови комплексної системи медичного страхування / О.Г. Сподарева // Формування ефективних фінансових механізмів державного управління економікою України: теорія та практика: Матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. 13-14 березня 2014 р. – Донецьк, 2014. – С. 311-314.

292. Сподарева, Е.Г. Формирование эффективной системы финансирования учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики / Е.Г. Сподарева // Методологические и организационные аспекты функционирования и развития финансовой системы: новые вызовы, практика, инноватика: Материалы междунар. науч.-практ. конф. проф.-преп. состава 3 ноября 2016 г. – Донецк: ДонАУиГС, 2016. – С. 193-195.

293. Сподарева, Е.Г. Направления повышения эффективности управления финансовыми ресурсами в отрасли здравоохранения / Е.Г. Сподарева // Современные тенденции организации и совершенствования управления региональной экономикой: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. 22-23 ноября 2016 г. – Владимир, 2017. – С. 189-193.

294. Сподарева, Е.Г. Влияние финансового контроля на повышение качества управленческих процессов в сфере здравоохранения / Е.Г. Сподарева // Экономические риски и неопределенность: влияние на управленческие процессы современных организаций: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. 20-22 октября 2016 г. – Элиста: Калмыцкий университет, 2016. – С. 223-226.

295. Сподарева, Е.Г. Финансовые инновации в системе медицинского страхования / Е.Г. Сподарева // Инновационные направления развития маркетинга: теория и практика: Материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. 14 апреля 2017 г. – Луганск: Институт экономики и финансов Луганского нац. ун-та им. В. Даля, 2017. – С. 122-125.

Приложение А

Таблица А.1 - Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования

Субъекты медицинского страхования	Обязанности	Права
<p style="text-align: center;">Фонд медицинского страхования (ФОМС)</p>	<p>участие в формировании и реализации государственной политики в сфере ОМС; участие в разработке Программы обязательного медицинского страхования; участие в определении и обосновании размера страховых взносов, порядке их начисления, отчисления и уплаты; участие в разработке и обосновании размера финансовых санкций и порядка их уплаты; обеспечение сбора и аккумулирования страховых взносов, полной и своевременной оплаты медицинских услуг, оказанных застрахованным; осуществление в пределах своей компетенции контроля за предоставлением застрахованным качественных и своевременных медицинских услуг; управления финансовыми активами и имуществом Фонда исключительно в пределах задач, возложена на него; планирование доходов и расходов системы ОМС; разработка проекта бюджета Фонда и представления его в установленном порядке на утверждение, составление отчета об исполнении бюджета Фонда; обеспечение учета средств Фонда, ведение статистической и бухгалтерской отчетности; полный и своевременный учет плательщиков страховых взносов; контроль за финансовыми поступлениями; проведение проверок правильности уплаты страховых взносов и взыскания в предусмотренном порядке финансовых санкций; заключение договоров; контроль за соответствием, принадлежности и обоснованностью медицинских назначений застрахованным; контроль за соблюдением предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами законодательства об ОМС; предоставление консультативной помощи в сфере ОМС; перераспределение доходов между регионами с целью выравнивания финансовых условий оказания медицинской помощи застрахованным на разных территориях в результате заключения соответствующих договоров со страховщиками</p>	<p>формирование основного, резервного фонда и фонд профилактических мероприятий (основной фонд должен формироваться за счет всех видов поступлений и использоваться на оплату медицинских услуг застрахованным, резервный фонд должен использоваться на медицинские мероприятия, связанные с ликвидацией эпидемий и массовых заболеваний, фонд профилактических мероприятий должен использоваться на мероприятия по снижению риска заболеваемости); обеспечение административных расходов деятельности Фонда, его филиалов и представительств</p>

Продолжение таблицы А.1

Субъекты медицинского страхования	Обязанности	Права
<p>Страховая медицинская организация (СМО)</p>	<p>заключение договоров медицинского страхования со страховщиками и договоров о предоставлении медицинских услуг по поставщикам медицинских услуг; своевременное осуществление расчетов с поставщиками медицинских услуг; проведение контроля за начислением и своевременным поступлением страховых взносов; осуществление контроля за качеством, достаточностью и целесообразностью медицинской помощи, которая предоставляется застрахованным лицам по Программе ОМС; защита интересов застрахованных лиц; предоставление субъектам ОМС консультаций по вопросам обязательного медицинского страхования; участие в разработке Программы обязательного медицинского страхования, проведение анализа и мониторинга ее эффективности; ведение учета и отчетности страховых средств; предоставление застрахованным лицам договоров (полисов) об ОМС; другие обязанности, установленные действующим законодательством государства и договорам страхования</p>	<p>получать от органов власти, предприятий, учреждений и организаций сведений, связанных с начислением, исчислением и уплатой страховых взносов и других сведений, необходимых для выполнения им функций, предусмотренных законодательством; осуществлять проверки правильности начисления и полноты уплаты страхователями страховых взносов; требовать от страхователей своевременной уплаты страховых взносов и осуществлять контроль за их уплатой; накладывать на предприятия, учреждения и организации, их руководителей финансовые санкции за нарушение уплаты страховых взносов; применять финансовые санкции, предусмотренные законом, нормативно-правовыми актами и Программой ОМС; ставить вопрос о привлечении должностных лиц к ответственности за нарушение законодательства в сфере ОМС; осуществлять проверку деятельности поставщиков медицинских услуг по выполнению ими условий оказания медицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с Программой обязательного медицинского страхования и договорам о предоставлении медицинских услуг; требовать от поставщиков медицинских услуг возмещения причиненного ими ущерба застрахованным в пользу страховщика и потерпевшего; отказывать в оплате медицинских услуг, не предусмотренных Программой ОМС и не оговоренных Договором о предоставлении медицинских услуг; получать страховые средства от других страховщиков для организации лечения застрахованных; осуществлять иные права, не противоречащие законодательству</p>
<p>Страхователь</p>	<p>уплачивать страховые взносы в размере и в порядке, установленным законодательством; допускать уполномоченных представителей страховщиков к проверке правильности исчисления и уплаты страховых взносов; предоставлять по требованию застрахованного лица сведения об уплаченных страховых взносах; выполнять другие обязанности, предусмотренные действующим законодательством, договорами страхования, решениями Фонда медицинского страхования для страхователей</p>	<p>получать консультации о порядке и условиях уплаты страховых взносов, а также по другим вопросам ОМС; защищать права и законные интересы застрахованных ним лиц; участвовать в управлении Фондом медицинского страхования через своего представителя</p>

Продолжение таблицы А.1

<p>Застрахованное лицо</p>	<p>соблюдение требований законодательства в сфере ОМС; забота о своем здоровье; получение договора (полиса) об обязательном медицинском страховании и предъявления его при обращении за медицинской помощью; выполнение других обязательств, предусмотренных законодательством, договорами страхования или решениями Фонда медицинского страхования для застрахованных лиц</p>	<p>на оплату страхового случая в случае его наступления, медицинских услуг (работ, товаров) за счет средств ОМС; бесплатно получать медицинскую помощь в государственных и коммунальных учреждениях здоровья; быть информированными о перечне болезней, объемы, методы и сроки лечения и реабилитации; свободного выбора поставщика медицинских услуг (товаров, работ), с которым страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских услуг; свободного выбора метода лечения; получать в органах управления обязательным медицинским страхованием консультации об уплате страховых взносов, использовании страховых средств, а также по другим вопросам ОМС; участвовать в управлении Фондом медицинского страхования через своего представителя; подавать жалобы на субъектов ОМС в случае нарушения своих прав</p>
<p>Представитель медицинских услуг (лечебно-профилактическое учреждение - ЛПУ)</p>	<p>заключать договоры со страховщиком (Фондом обязательного медицинского страхования) о предоставлении медицинских услуг по программе обязательного медицинского страхования; проводить профилактические медицинские осмотры и прививки, своевременно предоставлять медицинские услуги застрахованным лицам надлежащего объема и качества в соответствии с установленными стандартами, предусмотренных Программой обязательного медицинского страхования и договором о предоставлении медицинских услуг; обеспечивать доступ и надлежащую работу органов медицинского контроля страховщика; возмещать убытки за причиненный субъектам ОМС вред; выполнять другие обязанности, предусмотренные действующим законодательством, договорами о предоставлении медицинских услуг, решениями Фонда медицинского страхования для поставщиков медицинских услуг</p>	<p>получать плату от страховщика за предоставление медицинских услуг застрахованным; самостоятельно использовать средства ОМС для достижения максимального качества медицинских услуг, предоставляемых ими; участвовать в формировании и внедрении правовой и финансовой политики ОМС; участвовать в управлении Фондом медицинского страхования через своего представителя; получать компенсацию за причиненный вред субъектами ОМС</p>

Приложение Б



Рисунок Б.1 – Порядок взаимодействия субъектов рынка добровольного медицинского страхования

Приложение В

Таблица В.1 – Уровень расходов на здравоохранение в различных странах, 2014 г.

Страна	Численность населения	ВВП по ППС, млрд. США, 2015	Расчетный ВВП по ППС на душу населения, долл. США	Расходы на здравоохранение (% от государственных расходов)	Расходы на государственное здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)	Расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Расходы на государственное здравоохранение (% от ВВП)	Расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США
1	2	3	4=3/2	5	6	7	8	9=4*8
Албания	2 889 167	11,398	3 945,08	9,4	50,0	5,9	2,9	114,41
Болгария	7 177 991	50,199	6 993,46	10,9	54,6	8,4	4,6	321,70
Грузия	3 679 000	13,965	3 795,87	5,0	20,9	7,4	1,6	60,73
Казахстан	17 544 126	184,388	10 509,96	10,9	54,4	4,4	2,4	252,24
Киргизия	5 957 000	6,572	1 103,24	11,9	56,1	6,5	3,6	39,72
Литва	2 910 199	41,171	14 147,14	13,4	67,9	6,6		622,47
Молдова	3 554 150	6,568	1 847,98	13,3	51,4	10,3	5,3	97,94
Польша	37 999 494	477,066	12 554,54	10,8	70,98	6,4	4,5	564,95
Румыния	19 832 389	177,954	8 972,90	12,8	80,4	5,6	4,5	403,78
Россия	144 096 812	1 331,208	9 238,29	9,5	52,2	7,1	3,7	341,82
Украина	45 198 200	90,615	2 004,85	10,8	50,8	7,1	3,6	72,17
Сербия	7 098 247	37,160	5 235,10	13,9	61,9	10,4	6,4	335,05
Словакия	5 424 050	87,263	16 088,16	15,0	72,5	8,1	5,8	933,11
Черногория	622 388	3,987	6 405,97	9,8	57,2	6,4	3,7	237,02
Чехия	10 551 219	185,156	17 548,30	14,9	84,5	7,4	6,3	1 105,54
Хорватия	4 224 404	48,732	11 535,83	14,0	81,9	7,8	6,4	738,29
Эстония	1 311 998	22,459	17 118,17	13,5	78,8	6,4	5,0	855,91
Германия	81 413 145	3 363,446	41 313,30	19,6	77,0	11,3	8,7	3 594,26
Бельгия	11 285 721	455,086	40 324,05	15,1	77,9	10,6	8,3	3 346,90
Австрия	8 611 088	376,950	43 774,96	16,3	77,9	11,2	8,7	3 808,42
Швейцария	8 286 976	670,790	80 945,09	22,7	66,0	11,7	7,7	6 232,77
Греция	10 823 732	194,851	18 002,20	10,0	61,7	8,1	5,0	900,11
США	321 418 820	18 036,648	56 115,72	21,3	48,3	17,1	8,3	4 657,60
Франция	66 808 385	2 418,836	36 205,58	15,7	78,2	11,5	9,0	3 258,50
Италия	60 802 085	1 821,497	29 957,80	13,7	75,6	9,2	6,7	2 007,17
Япония	126 958 472	4 383,076	34 523,70	20,3	83,9	10,2	8,6	2 969,04

Приложение Г

Таблица Г.1 – Особенности развития медицинского страхования в постсоветских странах

Страна	Введение системы ОМС (год)	Особенности развития медицинского страхования
Грузия	с 1995 г.	Финансирование медицинской помощи осуществляется единым фондом социального страхования за счет государственного бюджета (60 %); медицинская помощь оказывается в соответствии с государственными программами государственными учреждениями здравоохранения; услуги, не входящие в государственные программы, предоставляются за счет средств населения
Молдова	с 2004 г.	Развитие системы общеобязательного государственного социального медицинского страхования осуществляется за счет взносов государственного бюджета и работодателей и сопровождается системными изменениями, регулируются вопросы обеспеченности и финансирования, управления оплаты труда медицинских работников, разрабатывается комплексное функциональное и административное регулирование
Казахстан	с 1991 по 2003 г.	Практическое использование ОМС показало, что система обязательного медицинского страхования без участия в ней страховых компаний становится чисто государственной бюрократической структурой, для которой нехарактерна мобильность и гибкость. При такой системе сталкиваются финансовые и властные интересы двух государственных систем – отрасли здравоохранения и обязательного медицинского страхования
Кыргызстан	с 2002 г.	В общей структуре финансирования отрасли здравоохранения средства обязательного медицинского страхования и средства государственного бюджета в совокупности не превышают 50% финансирования оказания медицинских услуг
Литва	с 1991 г.	ОМС охватывает все население и четко разделяет финансирующие организации и поставщиков медицинских услуг; применяется принцип свободного выбора медицинского учреждения; медицинское обслуживание предоставляется государственными и частными медицинскими учреждениями
Чехия	с 1993 г.	Финансирование отрасли здравоохранения в систему обязательного государственного социального медицинского страхования осуществляется частными лицами, работодателями и государством; амбулаторные учреждения (частная собственность), больницы (государственная и частная собственности) работают по договорам с фондами медицинского страхования

Продолжение таблицы Г.1

Страна	Введение системы ОМС (год)	Особенности развития медицинского страхования
Венгрия		<p>Действует ОМС для всего населения (работодатели отчисляют 11% от дохода, работники – 3%); взносы обязательного медицинского страхования собирает Министерство здравоохранения; Законодательство Венгрии по вопросам обязательного медицинского страхования предусматривает, что все граждане имеют право не на получение медицинской помощи, а на медицинское страхование. Однако, чтобы осуществить это право и стать застрахованным или пользоваться услугами частной медицины, нужно иметь работу и соответствующие средства. В результате определенная часть населения оказывается отрезанной от системы медицинского страхования и не имеет доступа к медицинской помощи</p>
Польша	С 2004 г.	<p>Медицинское страхование введено через два государственных учреждения: аграрную кассу социального страхования, обслуживающую более 1,6 млн фермеров и заведение социального страхования, на балансе которого находятся другие работающие граждане. Владелец-фермер ежеквартально платит 66 евро за себя, членов семьи и наемных работников, остальные доплачивает государство. Другие работающие граждане отчисляют в фонд медицинского страхования 9% от заработной платы. Страховые средства поступают в региональные фонды здоровья - областных и районных, и распределяются среди медицинских учреждений в соответствии с бюджетами каждого уровня. Все местные больницы и поликлиники делятся на государственные (обеспечены полным ассортиментом лекарственных препаратов и современным оборудованием благодаря финансированию Национального фонда здоровья Польши за счет обязательных страховых взносов населения) и частные (рассчитывающие на собственные силы) лечебные учреждения</p>
Россия	с 1993 г.	<p>Высокий уровень зависимости объема средств ОМС от экономической ситуации и бюджетных приоритетов - большинство средств расходуется на содержание поликлиник, больниц, оборудование и персонала, в результате чего продолжает расти дефицит системы ОМС, а больные получают за свои страховые взносы незначительную часть нужных услуг; обязательным медицинским страхованием охвачено 96,8% населения; страховые взносы составляют 5,1% от фонда оплаты труда</p>

Приложение Д

Таблица Д.1 – Показатели экономического развития Украины за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВВП, млрд грн. (e1)	345,11	441,45	544,15	720,73	948,06	913,35	1082,57	1316,6	1408,89	1454,9	1566,72	1979,46
Среднемесячная зарботная плата одного работника, грн. (e2)	589,6	806,2	1041,4	1351,0	1806,0	1906,0	2239,0	2633,0	3025,0	3265,0	3480,2	4 195,3
Прожиточный минимум, грн. (e3)	362,23	423,0	453,0	492,0	592,0	626,0	825,0	894,0	1017,0	1108,0	1176,0	1330,0
Минимальный размер оплаты труда, грн. (e4)	205,0	262,0	350,0	400,0	515,0	605,0	907,0	941,0	1073,0	1176,0	1218,0	1378,0
Задолженность по выплате зарботной платы, млн грн. (e5)	817,6	959,7	806,4	668,7	1123,5	1473,3	1218,1	977,4	893,7	753	1320,1	1880,8
Расходы населения, млн грн. (e6)	243 164	357 479	443 681	586 245	793 630	815 203	944 657	1 143 630	1 310 584	1 396 836	1569308	1 691 431
Сбережения населения, млн грн. (e7)	31 077	45 651	44 203	47 779	52 011	80 377	156 358	123 123	147 280	132 570	83 320	23 174

Продолжение таблицы Д.1

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Денежные доходы населения, млн грн. (e8)	274241	381 404	472 061	623 289	845 641	894 286	1 101 175	1 266 753	1 457 864	1 529 406	1 516 768	1 714 605
Численность экономически активного населения, тыс. чел. (e9)	20582,5	20481,7	20545,9	20606,2	20675,7	20321,6	20220,7	20247,9	20393,5	20478,2	19920,9	18097,9
Численность безработных, тыс. чел. (e10)	981,8	881,5	759,5	642,3	844,9	531,6	544,9	482,8	467,7	487,6	1847,6	1 654,7
Уровень безработицы, % (e11)	9,2	7,8	7,4	6,9	6,9	9,6	8,8	8,6	8,1	7,7	9,7	9,5
Индекс инфляции, % (e12)	112,3	110,3	111,6	116,6	122,3	112,3	109,1	104,6	99,8	100,5	124,9	143,3
Банковские депозиты, млрд грн. (e13)	40,5	67,2	90,9	147,1	202,9	318,4	436,7	349,6	439,4	524,9	597,6	702,9

Приложение Е

Таблица Е.1 – Показатели демографического развития Украины за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Численность постоянного населения, тыс. чел. (d1)	47422,1	47100,5	46749,2	46465,7	46192,3	45963,4	45782,6	45598,2	45453,3	45426,2	42759,3	42590,9
Число родившихся, тыс. чел. (d2)	427,3	426,1	460,4	472,7	510,6	512,5	497,7	502,6	520,7	503,7	465,9	411,8
Количество умерших, тыс. чел. (d3)	761,3	782	758,1	762,9	754,5	706,7	698,2	664,6	663,1	662,4	632,3	594,8
Коэффициент рождаемости (d4)	1,22	1,21	1,31	1,35	1,46	1,46	1,45	1,46	1,53	1,51	1,49	1,51
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (d5)	68,22	67,96	68,1	68,25	68,27	69,29	70,44	71,02	71,15	71,37	71,37	71,38
Количество умерших от болезней системы кровообращения, тыс. чел. (d6)	473,7	488,8	480,8	480,6	480,1	460,6	465,1	440,3	436,4	440,5	425,6	404,6
Количество умерших от новообразований, тыс. чел. (d7)	92,1	91,8	90,4	90	89	88,6	88,8	89	92,9	92,2	83,9	79,5
Количество умерших от болезней органов дыхания, тыс. чел. (d8)	28,5	28	24,7	25,1	23,3	21,1	19,5	17,9	17,1	16,4	14,8	14
Количество умерших от внешних причин, тыс. чел. (d9)	71,3	70	64,6	66	61,4	48,9	44	42,4	41,7	39,6	40,1	34,6

Приложение Ж

Таблица Ж.1 – Показатели состояния отрасли здравоохранения Украины за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (года)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Заболеваемость населения, тыс. чел. (m1)	32573	32912	32240	32807	32467	33032	33080	32381	31162	24600	26881	26789
Количество врачей всех спец-стей, тыс. чел. (m2)	223	224	225	223	222	225	225	224	217	217	186	186
Количество среднего медицинского персонала, тыс. чел. (m3)	522	496	493	488	465	467	467	459	441	441	379	372
Количество больничных учреждений, тыс. (m4)	2,9	2,9	2,9	2,8	2,9	2,8	2,8	2,5	2,4	2,2	1,8	1,8
Количество больничных коек, тыс. (m5)	451	445	444	440	437	431	429	412	404	398	336	332
Количество врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.(m6)	7,7	7,8	7,9	8	8,8	8,8	9	8,2	8,3	10,8	9,8	10
Количество посещений в смену, тыс. чел. (m7)	987	990	998	992	987	1000	993	999	1023	1037	912	912
Расходы сводного бюджета на отрасль здравоохранения, млрд грн. (m8)	11,9	12,5	19,7	26,8	33,6	36,6	44,7	48,9	58,5	61,6	57,2	71,0
Расходы государственного бюджета на отрасль здравоохранения, млн грн. (m9)			4099,7	6321,02	7365,51	7534,95	8759,02	10233,9	11358,3	12879,3	10580,8	11450,4

Приложение И

Таблица И.1 – Показатели экономического развития Российской Федерации за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВВП, млрд. руб. (e1)	17027,2	21609,8	26917,2	33247,5	41276,8	38807,2	46308,5	55967,2	66926,9	71016,7	79199,7	83232,6
Среднемесячная заработная плата одного работника, руб. (e2)	6740	8555	10634	13593	17290	18638	20952	23369	26629	29792	32495	34030
Прожиточный минимум, руб. (e3)	2376	3018	3422	3847	4593	5153	5688	6369	6510	7306	8050	9701
Минимальный размер оплаты труда, руб. (e4)	600	720	800	1100	2300	4330	4330	4330	4611	5205	5554	5965
Задолженность по выплате заработной платы, млн руб. (e5)	9859	5756	4159	2668	4674	3565	2400	1766	1560	1949	2006	3572
Расходы населения, млн руб. (e6)	10310699	12927033	15533807	19095609	25158 862	27326518	29289349	33197036	37433456	41510785	47466421	50293236

Продолжение таблицы И.1

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Сбережения населения, млн руб. (е7)	469 437	687198	1172 390	1396 850	1 255930	1269 439	2473 596	1870 067	2467 141	2807 877	378 451	3453 375
Денежные доходы населения, млн руб. (е8)	10976249	13818 975	17290 065	21311 452	25244 047	28697 484	32498 284	35648 674	39903 672	44650 449	47920 651	53538 149
Численность экономически активного населения, тыс. чел. (е9)	72984,7	73581,0	74418,9	75288,9	75700,1	75694,2	75477,9	75779,0	75676,1	75528,9	75428,4	76587,5
Численность безработных, тыс. чел. (е10)	5666,0	5242,0	5250,2	518,6	4697,0	6283,7	5544,2	4922,4	4130,7	4137,4	3889,4	4263,9
Уровень безработицы, % (е11)	7,8	7,1	7,1	6,0	6,2	8,3	7,3	6,5	5,5	5,5	5,2	5,6
Индекс инфляции, % (е12)	111,74	110,91	109,00	111,87	113,28	108,80	108,78	106,10	106,58	106,45	111,36	112,91
Банковские депозиты, млрд руб. (е13)	1 923,7	2 653,2	3 825,5	5 659,3	10 698,2	11 238,1	12 439,2	19 729,8	24 944,9	28 781,7	32 794,6	42 334,9

Приложение К

Таблица К.1 – Показатели демографического развития Российской Федерации за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Численность постоянного населения, млн чел. (d1)	144,3	143,8	143,2	142,8	142,8	142,7	142,9	142,9	143,0	143,3	143,7	146,3
Число родившихся, млн чел. (d2)	1,5025	1,4574	1,4796	1,6101	1,7175	1,7617	1,7889	1,7966	1,9021	1,8958	1,9427	1,9441
Количество умерших, млн чел. (d3)	2,2954	2,3039	2,1667	2,0804	2,0759	2,0105	2,0285	1,9257	1,9063	1,8718	1,9123	1,9085
Коэффициент рождаемости (d4)	1,344	1,294	1,305	1,416	1,502	1,542	1,567	1,582	1,691	1,707	1,750	1,777
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (d5)	65,3	65,3	66,6	67,6	67,9	68,7	68,9	69,8	70,2	70,8	70,9	71,4
Количество умерших от болезней системы кровообращения, тыс. чел (d6)	1287,73	1299,45	1232,18	1185,17	1185,99	1136,66	1151,92	1076,46	1055,59	1001,79	940,49	930,10
Количество умерших от новообразований, тыс. чел.(d7)	290,027	287,915	286,232	288,563	289,257	293,602	293,171	292,445	290,880	291,775	290,400	300,232
Количество умерших от болезней органов дыхания, тыс. чел. (d8)	92,954	94,736	82,761	77,947	79,493	79,462	74,808	74,219	70,793	74,068	78,312	75,813
Количество умерших от внешних причин, тыс. чел. (d9)	327,123	315,915	282,785	259,412	244,463	224,576	216,867	199,358	193,774	185,353	186,779	177,590

Приложение Л

Таблица Л.1 – Показатели состояния отрасли здравоохранения Российской Федерации за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Заболеваемость населения, тыс. чел. (m1)	106,287	105,886	108,842	109,571	109,590	113,877	111,428	113,922	113,688	114,721	114,989	113,927
Количество врачей всех специальностей, тыс. чел. (m2)	688,2	690,3	702,2	707,3	703,8	711,3	715,8	732,8	703,2	702,6	709,4	673,0
Количество среднего медицинского персонала, тыс. чел. (m3)	1545,8	1529,8	1545,0	1542,5	1511,2	1517,6	1508,7	1530,4	1520,3	1518,5	1525,1	1549,7
Количество больничных учреждений, тыс. ед. (m4)	9,8	9,5	7,5	6,8	6,5	6,5	6,3	6,3	6,2	5,9	5,6	5,4
Количество больничных коек, тыс. ед. (m5)	1600,7	1575,4	1553,6	1521,7	1398,5	1373,4	1339,5	1347,1	1332,3	1301,9	1266,8	1222,0

Продолжение таблицы Л.1

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Количество врачебных амбулаторно- поликлинич. учреждений, тыс. (m6)	22,1	21,8	18,8	18,3	15,5	15,3	15,7	16,3	16,5	16,5	17,1	18,6
Количество посещений в смену, тыс. чел. (m7)	3577,5	3637,9	3646,2	3673,9	3651,0	3657,2	3685,4	3727,7	3780,4	3799,4	3858,5	3861,0
Расходы сводного бюджета на отрасль здравоохране ния, млн руб. (m8)	283634,67	779702,54	855634,01	1237710,38	1546254,36	1652954,20	1708804,64	769764,44	2283348,39	1506427,14	1732564,22	1937143,53
Расходы госбюджета на отрасль здравоохране ния, млн руб. (m9)	38936,78	70913,59	127264,45	196494,20	278212,95	352312,53	347353,47	499551,29	613822,66	501979,36	535535,43	515985, 11
Страховые премии по ДМС, млн руб.		303741,1	340692,2	404288,5	468764,4	420018,2	451035,0	545112,2	654437,0	734212,6	805070,8	785751,9
Взносы по ОМС, млн руб.		141183,5	203388,3	290729,5	398747,7	465236,2	485618,1	611364,6	840235,9	1199749,9	1360134,4	1537111,7

Приложение М

Таблица М.1 – Рейтинг стран по показателям ВВП на душу населения, численности населения и количеству страховых компаний, 2015 г.

Страна	ВВП на душу населения, дол. США	Численность населения, млн. чел.	Количество страховых компаний
Лихтенштейн	141100	0,03	40
Люксембург	84700	0,5	97
Норвегия	53300	4,9	120
Швейцария	43400	7,7	151
Нидерланды	42300	16,7	268
Австрия	41700	8,2	127
Швеция	40600	9,1	386
Дания	40200	5,5	184
Ирландия	39500	4,7	227
Финляндия	38300	5,2	63
Германия	37900	81,3	582
Бельгия	37600	10,4	145
Великобритания	35900	63,0	1314
Франция	35000	65,6	441
Испания	30600	47,1	292
Италия	30100	61,3	242
Словения	29100	2,1	21
Кипр	29100	1,1	34
Греция	27600	10,8	73
Чехия	25900	10,2	53
Словакия	23400	4,5	20
Португалия	23200	10,8	82
Эстония	20200	1,2	19
Польша	20100	38,4	63
Венгрия	19600	10,1	32
Литва	18700	3,5	11
Хорватия	18300	4,5	26
Россия	16700	146,3	572
Латвия	15400	2,1	24
Беларусь	14900	9,5	24
Турция	14600	79,7	64
Болгария	13500	7,1	45
Румыния	12300	21,8	45
Сербия	10700	7,2	28
Украина	6200	42,6	361
Молдова	3400	3,7	24

Приложение Н

Таблица Н.1 – Показатели развития добровольного медицинского страхования в регионах Украины, 2015 г.

Регионы (количество страховых компаний)	Непрерывное страхование здоровья, млн грн.		Страхование здоровья на случай болезни, млн грн.		Страхование медицинских расходов, млн грн.	
	Страховые платежи	Страховые выплаты	Страховые платежи	Страховые выплаты	Страховые платежи	Страховые выплаты
Днепропетровская обл. (18)	82,5	72,3	75,7	7,1	52,6	29,7
Донецкая обл. (7)	0,9	1,7	11,3	2,1	11,3	4,7
Житомирская обл.(1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Запорожская обл.(8)	45,0	34,6	18,8	4,4	6,4	5,1
Ивано-Франковская обл.(2)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,7
Киевская обл.(6)	233,9	135,2	44,8	2,3	75,8	29,8
г. Киев(254)	1 303,3	820,5	65,7	22,9	258,8	76,0
Луганская обл.(2)	2,2	1,7	1,9	0,2	0,0	0,0
Львовская обл.(3)	2,7	0,6	0,0	0,0	19,4	5,6
Николаевская обл.(2)	0,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Одесская обл.(8)	180,2	126,5	21,3	6,2	24,9	9,0
Полтавская обл.(4)	4,5	2,4	0,7	0,8	0,1	0,0
Ровненская обл.(1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Сумская обл.(1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Тернопольская обл.(0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Харьковская обл.(11)	5,1	2,0	25,4	1,4	18,2	8,5
Черкасская обл.(1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Черниговская обл.(2)	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
АР Крым и г. Севастополь (0)	0,0	0	0	0	0	0
Итого (361)	1 862,1	1 197,8	265,7	47,4	469,2	169,1

Приложение П

Таблица П.1 – Показатели развития рынка добровольного медицинского страхования в Украине за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Страховые премии по ДМС, млн грн.	308,9	403,8	434,5	511,1	943,9	1018,7	1162,2	1081,3	1914,3	2091,2	2129,7	2597,0
✓ Непрерывное страхование здоровья	213,1	290,3	320,8	385,1	636,6	724,1	809,4	736,3	1280,1	1395,7	1507,1	1862,1
✓ Страхование на случай болезни	76,7	89,3	85,7	90,6	165,0	126,8	138,9	121,6	316,3	372,1	300,9	265,7
✓ Страхование медицинских расходов	19,2	24,2	28,0	35,4	142,6	167,8	213,9	223,4	317,9	323,4	321,7	469,2
Страховые выплаты по ДМС, млн грн.	133,8	170	226,7	352,0	538,6	656,7	754,7	877,6	1062,0	1177,9	1288,0	1717,3
✓ Непрерывное страхование здоровья	н/д	н/д	181,7	219,3	461,0	550,7	632,9	744,1	900,8	1010,1	1108,5	1197,8
✓ Страхование на случай болезни	н/д	н/д	20,0	28,1	32,8	33,3	38,0	35,7	40,7	66,5	68,4	47,4
✓ Страхование медицинских расходов	н/д	н/д	25,0	32,6	44,8	72,7	83,8	97,8	120,5	101,3	111,1	169,1

Приложение Р

Таблица Р.1 – Проблемы развития медицинского страхования

Проблемы экономического характера	Организационно-правовые проблемы	Функциональные проблемы	Информационно-аналитические проблемы	Социально-психологические проблемы
отсутствие страхового рынка; высокий уровень инфляции; политическая и экономическая нестабильность в стране; низкий уровень валового внутреннего продукта; инвестиционная непривлекательность страны	отсутствие защиты прав потребителей страховых услуг; неопределенность перспектив медицинского страхования; отсутствие механизма контроля за качеством предоставляемых страхователю услуг; непоследовательный подход к реформированию социального сектора; отсутствие нормативно-правовой базы, регламентирующей развитие страховой отрасли; отсутствие государственного регулирования и контроля над страховым рынком, непоследовательность действий по организации государственного надзора за страховой деятельностью; слабое развитие финансового рынка; отсутствие механизма поощрения работодателей по медицинскому страхованию работников и членов их семей	низкая доходность или убыточность медицинского страхования; низкий уровень квалификации кадров; отсутствие надлежащих традиций длительного положительного опыта работы с клиентами медицинского страхования; отсутствие налогового законодательства (страховые платежи за счет прибыли), которое бы стимулировало развитие медицинского страхования; отсутствие страховых компаний, в том числе, осуществляющих медицинское страхование	отсутствие качественной статистической информации и недостаточность глубоких информационно-аналитических материалов о состоянии и проблемах организации и развития страхового рынка; отсутствие мониторинга рынка; отсутствие совершенных рейтингов страховых организаций, которые облегчали бы оценку состояния конкретных страховщиков; отсутствие СРО; неосведомленность большинства населения о существующих видах страхования, его правилах и нормах, что приводит к низкой страховой культуре населения	отсутствие доверия субъектов экономики к страховым компаниям; отсутствие у населения положительного опыта взаимоотношений со страховыми компаниями; нежелание населения страховать себя; готовность физических лиц страховать себя по ДМС в том случае, если у них уже есть проблемы со здоровьем

Приложение С

Таблица С.1 – Проблемы отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики

Характеристика	Проблема
Проблемы, связанные с предоставлением медицинских услуг	
Инфраструктура	<p>формальное отсутствие связи между количеством учреждений здравоохранения разного уровня и структурой услуг, предоставляемых ими, и по численности и возрастному составу прикрепленного населения;</p> <p>отсутствие четкого разделения на службы первичной, вторичной и третичной помощи;</p> <p>недостаточное количество учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь;</p> <p>нерациональная сеть и функциональное использование подразделений скорой помощи;</p> <p>несовершенство системы транспортных коммуникаций для надлежащего функционирования служб скорой помощи;</p> <p>слабое развитие частного сектора здравоохранения;</p> <p>отсутствие реальной конкуренции прежде всего между государственными и негосударственными учреждениями здравоохранения</p>
Механизмы организации предоставления и контроля безопасности и качества медицинских услуг	<p>участково-территориальный принцип закрепления пациента за врачом первичного звена при фактическом отсутствии права пациента на его свободный выбор;</p> <p>неуправляемость маршрутов движения пациентов в системе;</p> <p>методическое несовершенство инструментов внешнего контроля качества (условий лицензирования медицинской практики и аккредитации УЗ);</p> <p>формальность применения инструментов внешнего контроля качества;</p> <p>отсутствие действенной системы управления качеством;</p> <p>ограниченность участия пациентов и общественности в управлении качеством медицинского обслуживания</p>
Проблемы, связанные с кадровым обеспечением отрасли здравоохранения	
Обеспеченность медицинскими кадрами	Угроза дефицита медицинских кадров из-за оттока медицинских кадров из отрасли здравоохранения
Уровень квалификации медицинских кадров	<p>недостаточность практической подготовки специалистов на додипломном и последипломном этапах;</p> <p>несовершенство системы контроля профессионального уровня (аттестации) медицинского персонала;</p> <p>недостаточность условий и стимулов для поддержки профессионального уровня в процессе профессиональной деятельности</p>
Уровень квалификации руководителей системы здравоохранения	<p>отсутствие действенной системы подготовки руководящих кадров для органов и учреждений здравоохранения;</p> <p>отсутствие современных критериев для принятия на руководящие должности</p>

Продолжение таблицы С.1

Характеристика	Проблема
Проблемы, связанные с информационным обеспечением отрасли здравоохранения	
Соответствие потребностям отрасли	информационная система не ориентирована на удовлетворение информационных потребностей управления; низкий уровень дифференциации информационного обеспечения между уровнями управления; низкая достоверность информации; несовершенство существующей системы индикаторов для характеристики здоровья населения и функционирования системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи; отсутствие связи между статистической и экономической информацией
Информатизация	низкий уровень информатизации в отрасли; использование в системе разнородных и не лицензированных информационных программ
Проблемы, связанные с медикаментозным обеспечением отрасли здравоохранения	
Доступность лекарственных средств и изделий медицинского назначения	большинство расходов на приобретение лекарственных средств покрывается населением; неэффективность государственного регулирования и контроля за ценами на лекарственные препараты; система закупок лекарственных средств без учета реальной потребности в них медицинских учреждений, как по объему, так и по номенклатуре; отсутствие мониторинга цен и тарифов на лекарственные средства; либеральный (безрецептурный) отпуск большинства лекарств; неоправданная практика замены дешевых лекарств дорогими
Качество лекарственных средств	отсутствие современной системы управления качеством на всех стадиях обращения лекарственных средств (производство, проверка эффективности, назначение и отпуск лекарственных препаратов). несовершенство системы государственной регистрации лекарственных средств; неэффективность системы фармнадзора; отсутствие прозрачности в сфере назначения и потребления лекарств, что приводит к нерациональному их использованию
Проблемы финансирования отрасли здравоохранения	
Сбор средств	недостаточный объем бюджетного финансирования; чрезмерные прямые расходы населения на нужды здравоохранения; сбор средств происходит значительным количеством различных институтов
Механизмы распределения средств	распределение финансовых средств преимущественно по мощности учреждений здравоохранения; отсутствие четкого разграничения финансовых средств между первичным и вторичным видами медицинской помощи; ограниченность доли финансовых средств на нужды профилактики и первичной медицинской помощи
Закупка медицинских услуг	действующая модель ориентирована на содержание учреждений здравоохранения, а не на оплату оказанных ими медицинских услуг; сметное финансирование учреждений здравоохранения практически исключает гибкость в использовании финансовых средств

Приложение Т

Таблица Т.1 – Рейтинговая оценка страховых компаний Украины, занимающихся добровольным медицинским страхованием по показателям капитализации в 2011 г.

Страховая компания	Сумма страховых премий по ДМС, тыс. грн.	рейтинг	Активы, тыс. грн.	рейтинг	Собственный капитал, тыс. грн.	рейтинг	Страховые резервы, тыс. грн.	рейтинг	Страховые выплаты по ДМС, тыс. грн.	рейтинг	Сумма рангов
«Нефтегазстрах»	127 732,8	1	69 651,5	11	36 366,0	11	17 335,9	11	80 296,0	2	36
«Провидна»	112 411,6	2	791 877,0	1	189 802,0	3	349 137,0	2	86 845,7	1	9
«Уника»	92 999,0	3	446 137,0	4	128 884,0	5	349 677,0	1	46 946,0	3	16
«ИНГО Украина»	75 323,5	4	611 002,1	2	263 738,9	2	312 130,2	3	42 484,5	5	16
«АСКА»	49 960,6	5	452 689,0	3	284 655,0	1	229 274,0	4	43 015,4	4	17
«Альфа страхование»	46 028,2	6	205 802,0	8	108 121,7	7	90 266,3	9	40 829,7	6	36
«ПЗУ Украина»	38 935,5	7	334 773,9	6	78 696,2	8	211 558,6	6	36 068,6	7	34
«Ильичёвская»	36 681,9	8	140 284,0	10	62 094,0	10	60 676,0	10	28 608,8	9	47
«Allianz Украина»	32 976,3	9	163 735,4	9	68 663,4	9	141 637,2	8	25 232,9	10	45
«УПСК»	32 916,7	10	317 058,1	7	111 308,2	6	228 482,8	5	5 607,2	11	39
«Гарант-авто»	32 071,5	11	409 714,2	5	161 042,9	4	161 139,1	7	31 637,3	8	35

Таблица Т.2 – Рейтинговая оценка страховых компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием по показателям капитализации в 2012 г.

Страховая компания	Сумма страховых премий по ДМС, тыс. грн.	рейтинг	Активы, тыс. грн.	рейтинг	Собственный капитал, тыс. грн.	рейтинг	Страховые резервы, тыс. грн.	рейтинг	Страховые выплаты по ДМС, тыс. грн.	рейтинг	Сумма рангов
«Нефтегазстрах»	227 906,4	1	109 358,1	13	65 196,6	12	19 018,8	13	146 274,7	1	40
«Провидна»	126 223,3	2	789 440,0	2	198 315,0	6	244 522,0	6	106 495,5	2	18
«Уника»	114 683,7	3	519 584,0	5	176 331,0	7	344 577,0	2	61 367,1	5	22
«ИНГО Украина»	99 619,0	4	739 716,8	3	351 773,9	2	263 702,4	4	70 888,3	3	16
«АСКА»	68 052,9	5	396 485,0	7	215 903,0	5	913 910,0	1	66 544,3	4	22
«Альфа страхование»	42 260,9	6	240 293,7	9	116 007,7	8	102 012,8	10	46 012,5	6	39
«УПСК»	36 612,6	7	372 972,6	8	234 836,2	4	153 975,1	8	4 435,9	13	40
Страховая группа ТАС	36 034,9	8	560 815,9	4	272 890,4	3	215 530,6	7	35 514,6	7	29
«Ильичевская»	31 633,9	9	133 306,0	12	53 141,0	13	58 782,0	12	20 866,2	9	55
«Allianz Украина»	30 468,5	10	159 129,4	11	84 119,5	10	14 641,9	9	20 714,5	10	50
Просто Страхование	29 383,7	11	196 457,0	10	70 426,0	11	96 461,0	11	18 536,3	11	54
АХА Страхование	28 399,0	12	886 013,0	1	447 724,0	1	333 796,0	3	17 059,0	12	29
«ПЗУ Украина»	25 231,9	13	406 011,6	6	86 823,5	9	258 431,5	5	22 527,2	8	41

Таблица Т.3 – Рейтинговая оценка страховых компаний Украины, занимающихся добровольным медицинским страхованием по показателям капитализации в 2015 г.

Страховая компания	Сумма страховых премий по ДМС, тыс. грн.	рейтинг	Активы, тыс. грн.	рейтинг	Собственный капитал, тыс. грн.	рейтинг	Страховые резервы, тыс. грн.	рейтинг	Страховые выплаты по ДМС, тыс. грн.	рейтинг	Сумма рангов
«Провидна»	241 069,0	1	955 180,0	4	324 509,0	4	266 038,0	6	162 677,8	1	16
«Нефтегазстрах»	206 942,2	2	71 482,0	12	129 217,0	9	3 677,0	13	149 758,6	2	38
«Уника»	155 336,4	3	969 314,0	3	198 227,0	6	463 417,0	3	117 763,5	3	18
«АХА Страхование»	122 040,0	4	1 233 220,0	2	452 074,0	1	508 641,0	2	64 748,0	5	14
«PZU Украина»	98 585,1	5	917 821,0	5	98 347,0	11	423 901,0	4	47 298,3	9	34
«ИНГО Украина»	94 050,3	6	1 297 085,5	1	439 313,0	2	567 240,1	1	67 115,8	4	14
Украинская страховая группа	75 165,8	7	625 766,9	6	137 055,4	8	340 932,5	5	47 478,0	7	33
«Ильичёвская»	71 845,5	8	149 311,0	11	50 374,0	12	63 424,0	10	40 665,3	10	51
«Интер-полис»	68 704,6	9	62 109,0	13	24 541,0	13	14 964,0	11	51 250,2	6	52
«ДИМ страхование»	56 439,5	10	378 395,6	8	360 539,0	3	13 556,1	12	28 354,5	12	45
«Альфа страхование»	53 675,9	11	313 083,0	9	190 281,0	7	99 195,0	8	47 405,9	8	43
«UPSK»	51 741,0	12	471 714,7	7	280 846,5	5	174 381,9	7	15 492,1	13	44
«КРАИНА»	46 837,0	13	189 209,0	10	112 956,0	10	70 273,0	9	28 617,0	11	53

Приложение У



Рисунок У.1 – Направления обеспечения развития эффективного медицинского страхования

Приложение Ф

Таблица Ф.1 – Результаты имитационного моделирования методом Монте-Карло

№	пессимистический сценарий		умеренно-пессимистический сценарий		нейтральный (прагматический) сценарий		умеренно-оптимистический сценарий		оптимистический сценарий	
	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования
1	222	206	195	275	157	256	201	132	225	131
2	233	207	186	276	153	272	187	134	241	111
3	204	198	188	282	149	282	204	122	255	116
4	201	205	169	276	161	283	203	121	266	115
5	184	206	149	281	171	275	253	109	243	129
6	190	193	202	290	168	299	206	97	234	121
7	214	197	168	284	168	256	198	131	252	132
8	233	195	162	278	159	281	225	125	221	121
9	205	196	183	271	154	287	221	130	237	116
10	196	200	172	276	161	291	215	109	256	124
11	239	195	176	249	160	329	210	115	215	112
12	204	196	176	301	152	267	221	119	247	117
13	219	192	175	282	168	290	211	105	227	131
14	228	213	156	280	164	263	211	128	241	116
15	193	198	187	283	155	291	221	105	244	123
16	196	202	192	266	172	276	196	123	244	133
17	227	199	168	284	161	260	221	119	223	138
18	198	209	178	274	162	285	220	120	242	112
19	194	205	186	277	168	297	214	115	238	106
20	230	201	183	300	161	263	213	110	213	126
21	195	190	185	315	161	236	219	128	240	131
22	230	200	182	284	134	290	233	108	221	118

Продолжение таблицы Ф.1

№	пессимистический сценарий		умеренно-пессимистический сценарий		нейтральный (прагматический) сценарий		умеренно-оптимистический сценарий		оптимистический сценарий	
	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования
23	234	174	155	302	164	290	222	122	225	112
24	235	211	159	269	160	274	218	133	228	113
25	200	193	150	282	155	283	249	132	246	110
26	191	179	180	267	165	307	225	128	239	119
27	211	203	178	278	169	274	198	127	244	118
28	208	192	176	292	177	277	198	126	241	113
29	197	190	186	269	158	305	232	100	227	136
30	222	200	180	294	141	287	215	110	242	109
31	219	199	197	268	167	296	205	128	212	109
32	226	204	157	276	153	290	204	126	260	104
33	221	200	172	268	175	269	202	120	230	143
34	221	206	160	280	165	283	206	119	248	112
35	203	199	171	315	167	262	223	116	236	108
36	213	211	182	275	150	300	218	100	237	114
37	195	193	167	293	176	286	214	116	248	112
38	210	198	171	275	164	275	203	125	252	127
39	208	188	179	295	157	281	206	126	250	110
40	249	208	154	272	161	283	221	120	215	117
41	226	207	165	287	151	291	221	104	237	111
42	234	208	171	295	150	264	229	108	216	125
43	212	193	160	283	145	273	249	127	234	124
44	205	200	174	284	159	261	219	138	243	117
45	225	206	182	295	138	283	219	106	236	110
46	218	189	158	293	152	312	229	99	243	107
47	233	200	154	288	152	276	223	115	238	121

Продолжение таблицы Ф.1

№	пессимистический сценарий		умеренно-пессимистический сценарий		нейтральный (прагматический) сценарий		умеренно-оптимистический сценарий		оптимистический сценарий	
	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования
48	200	196	189	263	164	310	232	121	215	110
49	231	199	180	284	163	267	205	128	221	122
50	218	217	188	274	159	270	211	116	224	123
51	214	212	199	281	165	272	197	114	225	121
52	222	192	197	291	128	282	200	120	253	115
53	214	189	175	285	151	273	224	122	236	131
54	226	205	176	296	139	270	211	99	248	130
55	214	184	179	296	155	273	226	121	226	126
56	231	202	169	254	143	294	207	129	250	121
57	197	195	195	272	161	283	226	119	221	131
58	244	206	146	287	151	280	228	109	231	118
59	245	215	161	261	152	272	205	135	237	117
60	201	202	175	283	175	283	218	122	231	110
61	210	196	157	288	170	276	233	98	230	142
62	218	211	185	283	139	285	225	115	233	106
63	216	183	175	308	160	287	203	109	246	113
64	207	206	165	273	178	280	213	122	237	119
65	210	205	185	287	173	270	221	113	211	125
66	207	212	172	278	151	276	231	119	239	115
67	229	217	183	270	165	286	193	115	230	112
68	216	194	180	288	138	279	227	130	239	109
69	200	179	181	262	149	301	215	119	255	139
70	211	199	172	262	162	289	218	119	237	131
71	230	191	149	297	160	280	233	105	228	127
72	206	200	189	273	153	288	208	133	244	106
73	199	196	178	255	151	295	221	119	251	135
74	246	215	186	260	163	293	190	117	215	115
75	191	212	182	276	153	276	237	125	237	111

Продолжение таблицы Ф.1

№	пессимистический сценарий		умеренно-пессимистический сценарий		нейтральный (прагматический) сценарий		умеренно-оптимистический сценарий		оптимистический сценарий	
	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования	плотность страхования	проникновение страхования
76	222	184	160	265	175	279	209	139	234	133
77	200	200	167	286	160	254	218	132	255	128
78	233	183	169	279	161	269	209	138	228	131
79	203	207	150	275	170	282	216	111	261	125
80	222	194	167	283	150	287	227	123	234	113
81	228	201	172	292	151	286	217	113	232	108
82	206	182	178	300	179	310	227	101	210	107
83	234	179	144	310	155	272	225	135	242	104
84	206	204	154	254	169	302	221	120	250	120
85	212	193	173	278	175	286	213	133	227	110
86	224	177	173	268	169	290	195	129	239	136
87	257	194	177	279	128	301	216	110	222	116
88	239	201	154	281	159	283	221	115	227	120
89	203	177	193	287	156	272	227	130	221	134
90	195	196	173	261	165	285	227	137	240	121
91	207	209	177	279	156	276	206	109	254	127
92	212	209	198	267	145	283	208	113	237	128
93	206	190	176	284	169	295	211	119	238	112
94	211	188	190	286	162	280	202	129	235	117
95	232	214	177	268	163	290	190	101	238	127
96	223	195	156	278	150	279	218	120	253	128
97	220	196	200	265	146	282	206	117	228	140
98	203	192	184	285	139	287	235	123	239	113
99	197	207	177	281	162	286	225	104	239	122
100	194	167	179	293	175	283	217	121	235	136
Ср.знач	214,93	198,23	174,42	280,50	158,50	282,00	215,95	119,11	236,20	120,16

мин

макс

мин

макс

Приложение X
Справки о внедрении результатов диссертационной работы



ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА
ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ ДОНЕЦКОЙ
НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

83001, г. Донецк, ул. Розы Люксембург, 9

03.06.2017 № 01-499

Диссертационный совет Д 01.004.01
на базе ГО ВПО «Донецкий национальный
университет экономики и торговли имени
Михаила Туган-Барановского»

СПРАВКА

о внедрении результатов исследований диссертации
Сподаревой Елены Григорьевны на тему «Развитие медицинского страхования в системе
финансирования экономики государства», представленную на соискание ученой степени
кандидата экономических наук по специальности
08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

Фонд социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики, рассмотрев материалы диссертационной работы Сподаревой Елены Григорьевны на тему «Развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства», свидетельствуют об актуальности и практической значимости выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации; корректности определения основных проблем финансирования отрасли здравоохранения; действенности приведенных методических рекомендаций в решении указанных проблем.

Предложенные рекомендации по созданию Фонда медицинского страхования на базе Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики, способствующие снижению расходов на выплату пособий по временной трудоспособности и увеличению объемов медицинских услуг за счет страховых средств обязательного медицинского страхования, были приняты к сведению.

Теоретические и методические результаты исследования Сподаревой Е.Г. могут быть внедрены на базе Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики.

Председатель Фонда

И.А. Пархоменко



**ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

г. Донецк, 283015 пр. Богдана Хмельницкого, д.102

15.06.2017 № 2196/06-24

Диссертационный совет Д 01.004.01
на базе ГОУВПО «Донецкий национальный
университет экономики и торговли имени
Михаила Туган-Барановского»

СПРАВКА

о внедрении в деятельность результатов диссертационной работы
Сподаревой Елены Григорьевны, выполненной в рамках темы «Развитие
медицинского страхования в системе финансирования экономики государства»,
на соискание учёной степени кандидата экономических наук по
специальности 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

В диссертационной работе Сподаревой Е.Г. доказана целесообразность внедрения дополнительного источника финансирования отрасли здравоохранения с использованием медицинского страхования для обеспечения эффективной социальной защиты интересов населения в сфере медицины.

Значительный практический интерес представляет предложенные в работе модель и механизмы финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, способствующие улучшению здоровья населения и повышению социально-экономической эффективности медицинской отрасли Донецкой Народной Республики.

Теоретические и методические подходы результатов научного исследования Сподаревой Е.Г. могут быть внедрены на базе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, что даст возможность обеспечить гарантированный уровень и объем медицинского обслуживания за счет привлечения средств обязательного и добровольного медицинского страхования, улучшить качество медицинского обслуживания населения, повысить эффективность управления отраслью здравоохранения.

и.о. Министра здравоохранения



А. А. Оприщенко



**ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
ДОНЕЦКАЯ АКАДЕМИЯ УПРАВЛЕНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ГЛАВЕ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**
83015, Донецк, ул. Челюскинцев, 163а

12.06.2017 № 01-06/941

Диссертационный совет Д 01.004.01
на базе ГО ВПО «Донецкий
национальный университет экономики и
торговли имени Михаила Туган-
Барановского»

СПРАВКА

о внедрении результатов исследований диссертации

Сподаревой Елены Григорьевны на тему «Развитие медицинского страхования и системе
финансирования экономики государства», представленную на соискание ученой степени
кандидата экономических наук по специальности
08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

Положения диссертационного исследования Сподаревой Елены Григорьевны внедрены в учебно-методическую работу ГОУ ВПО «Донецкая академия управления и государственной службы при Главе Донецкой Народной Республики». С использованием результатов исследования была проведена корректировка содержания учебных курсов: «Финансы» для студентов 2 курса образовательного уровня «бакалавр» направления подготовки 38.03.01 «Экономика» (профиль «Финансы и кредит»), «Финансовые рынки и финансово-кредитные инструменты» для студентов 4 курса образовательного уровня «бакалавр» направления подготовки 38.03.01 «Экономика» (профиль «Финансы и кредит»), «Финансирование социального обеспечения» для студентов 3 курса образовательного уровня «бакалавр» направления подготовки 38.03.01 «Экономика» (профиль «Государственные и муниципальные финансы»).

В частности, курсы включают следующие дополнения:

конкретизированы цели, задачи, функции, принципы и инструменты страхования в общем, и, медицинского страхования, в частности;

развиты теоретические положения относительно реализации механизмов эффективного развития медицинского страхования как инструмента финансирования экономики;

усовершенствован научно-теоретический подход к определению места, сущности и роли медицинского страхования в системе финансирования экономики государства;

использован методический подход к определению финансового потенциала рынка медицинского страхования и влиянию социально-экономических факторов на него;

получили дальнейшее развитие теоретические основы государственного регулирования рынка финансовых услуг с целью экономического роста Донецкой Народной Республики.

Проректор по учебной работе ДонАУиГС,
к. гос. упр., доц.

Л.Н. Костина



