

**ДЕРЖАВНА ФІСКАЛЬНА СЛУЖБА УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ ДЕРЖАВНОЇ ФІСКАЛЬНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ**

ШЕВЧУК ЮЛІЯ ВАСИЛІВНА

УДК 336:368.9.06 (477)

**ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 08.00.08 – гроші, фінанси і кредит

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук**

Ірпінь – 2018

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на кафедрі фінансових ринків Університету державної фіскальної служби України.

Науковий керівник доктор економічних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
Онишко Світлана Василівна,
Університет державної фіскальної служби України,
завідувач кафедри фінансових ринків.

Офіційні опоненти: доктор економічних наук, доцент,
Слободянюк Ольга Василівна,
Одеський торговельно-економічний інститут,
завідувач кафедри фінансів,
банківської справи та страхування;

кандидат економічних наук, старший
науковий співробітник,
Степанова Олена Вікторівна,
ДУ «Інститут економіки та прогнозування
НАН України»,
старший науковий співробітник відділу
державних фінансів.

Захист дисертації відбудеться «7» грудня 2018 р. о 16⁰⁰ год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 27.855.01 Університету державної фіскальної служби України за адресою: 08201, м. Ірпінь, вул. Садова, 53.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Університету державної фіскальної служби України за адресою: 08201, м. Ірпінь, вул. Університетська, 31.

Автореферат розісланий «1» листопада 2018 р.

В. о. вченого секретаря
спеціалізованої вченої ради,
доктор економічних наук, професор

Я. В. Белінська

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Нинішній стан соціального розвитку українського суспільства не повною мірою відповідає стандартам демократичної, соціально-орієнтованої держави. Зокрема у сфері охорони здоров'я накопичено достатньо факторів, що заважають її перетворенню у визначальний ресурс соціально-економічного розвитку та призводять до соціальних протиріч. Значною мірою це зумовлене недостатнім рівнем фінансового забезпечення охорони здоров'я. Успішність медичної реформи, що проводиться в Україні, також безпосередньо пов'язана з рівнем фінансового забезпечення. Втім, чинна на сьогодні модель фінансування охорони здоров'я довела свою нездатність вирішити накопичені у сфері охорони здоров'я проблеми, а тому потребує невідкладного оновлення.

У зарубіжних країнах вагому роль у фінансуванні охорони здоров'я відіграє медичне страхування. Це один із найбільших сегментів страхового ринку, що забезпечує стабільні й достатні джерела такого фінансування. Відтак, розвиток в Україні новітніх форм і методів медичного страхування постає невід'ємною рисою формування сучасної моделі фінансування охорони здоров'я й одночасно відповідає європейському вибору української держави.

Питання ефективності функціонування та забезпечення медичного страхування досить широко досліджуються такими науковцями як: В. Базилевич, О. Богомолець, Ю. Вороненко, Ю. Гришан, Т. Камінська, О. Кнейслер, С. Козьменко, О. Костюченко, О. Мусій, О. Слободянюк, О. Солдатенко, О. Степанова, В. Стеценко та іншими. За високої наукової цінності їх праць, слід зазначити, що в переважній більшості проведені дослідження мають галузевий характер. Відсутність міжгалузевого підходу до розробки та впровадження єдиного, інтегрованого механізму фінансового забезпечення медичного страхування з метою надання доступних і якісних медичних послуг створює суттєві перешкоди для переходу фінансового забезпечення охорони здоров'я на якісно новий рівень.

В контексті даної проблеми слід зазначити, що дотепер не вирішено завдання побудови адекватної системи управління фінансовими ресурсами в системі медичного захисту населення в частині розвитку сучасних форм і методів медичного страхування, зокрема обов'язкового та добровільного медичного страхування. Не достатньо дослідженим залишається формування медичного страхування як повноцінного сектора страхового ринку. Потребують подальшого розвитку форми використання державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я для зміцнення фінансової основи медичного страхування. Нагальна необхідність вирішення цих завдань визначила вибір теми, мету та структуру роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана в рамках планових науково-дослідницьких тем кафедри фінансових ринків Університету ДФС України (Акт впровадження від 29.05.2018). Зокрема: 1) «Регулювання фінансових ринків в умовах глобалізації» (номер ДР 0113U002843), у межах якої автором узагальнені підходи до організації фінансування охорони здоров'я в країнах світу, на основі цього зроблені

висновки для України. З'ясовано недоліки діючої національної системи фінансового забезпечення медичного страхування та визначено заходи щодо їх усунення; 2) «Формування та реалізація податкового потенціалу секторів фінансових та нефінансових корпорацій» (номер ДР 0117U003451), у рамках якої автором обґрунтовані рекомендації щодо розширення фінансових можливостей органів місцевого самоврядування шляхом запровадження обов'язкового медичного збору, а також стосовно надання податкового кредиту.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є поглиблення теоретичних засад та розробка на цій основі практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення фінансового забезпечення розвитку медичного страхування в Україні.

Реалізація зазначеної мети зумовила постановку та вирішення таких завдань:

- з'ясувати економічну сутність і роль медичного страхування в системі соціального захисту;
- виявити принципи та особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування;
- розкрити чинники й закономірності еволюційних змін у розвитку медичного страхування та його фінансового забезпечення в зарубіжній практиці;
- проаналізувати загальний стан і структуру джерел фінансування сфери охорони здоров'я;
- оцінити фактори розвитку ринку медичного страхування та рівень його фінансового забезпечення;
- охарактеризувати нормативно-правове забезпечення фінансового забезпечення медичного страхування;
- визначити напрями збалансування інтересів учасників системи медичного страхування як ключового напрямку удосконалення його фінансового забезпечення;
- окреслити перспективи підвищення рівня розвитку та узгодженості обов'язкового і добровільного страхування в системі фінансового забезпечення медичного страхування;
- розробити рекомендації щодо вдосконалення фінансування медичного страхування в частині розвитку державно-приватного партнерства та зміцнення фінансової бази місцевого самоврядування.

Об'єктом дослідження є фінансові відносини, що виникають в процесі медичного страхування.

Предметом дослідження є фінансове забезпечення розвитку медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано сукупність загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, а саме: аналізу й синтезу – з метою дослідження місця і ролі медичного страхування в системі соціального захисту, стану його фінансування в Україні, обґрунтування особливостей системи фінансування медичного страхування; систематизації та

класифікації – для виділення методів та інструментів фінансового забезпечення медичного страхування; порівняння – для здійснення порівняльного аналізу зарубіжного досвіду у систем фінансування медичного страхування; узагальнень – при формуванні висновків; експертного оцінювання – для формування оцінок в процесі аналізу нормативно-законодавчого забезпечення страхової медицини.

Інформаційну базу дослідження склали офіційні статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, Державної служби статистики України, Державної казначейської служби України, Рахункової палати України, законодавчі акти, постанови Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, напрацювання вітчизняних та зарубіжних вчених з проблем розвитку медичного страхування, що містяться у монографіях, спеціальній науковій літературі, матеріалах наукових і науково-практичних конференцій та семінарів, мережі Інтернет.

Наукова новизна одержаних результатів. До найбільш вагомих наукових результатів, які визначають наукову новизну дисертаційної роботи, належать такі:

удосконалено:

– науковий підхід до визначення поняття «медичне страхування», який на відміну від існуючих, відображає триєдину сутність даного поняття, а саме як системи відносин, процесу взаємодії між учасниками і механізму мобілізації, розподілу і перерозподілу фінансових ресурсів та охоплює три рівні його практичної реалізації: інституціональний, організаційний і фінансовий, чим забезпечується системність формування теоретичного і прагматичного підґрунтя щодо реальної організації медичного страхування;

– трактування сутності поняття «фінансове забезпечення медичного страхування» як сукупності відносин, суб'єктів, методів та способів акумуляції, розподілу і використання фінансових ресурсів, спрямованих на покращання захисту населення від ризиків витрат на медичну допомогу, що на відміну від існуючих уточнює його структурні елементи та узгоджує подальші коригування з цільовим призначенням медичного страхування;

– теоретико-організаційні підходи до обґрунтування необхідності присутності державного сектора в сфері фінансування охорони здоров'я, зокрема, в частині визначення вагомості та напрямів впливу співвідношення державних і приватних коштів на: 1) ступінь доступності медичної допомоги для окремих верств населення; 2) розподіл доходу після оплати медичних товарів і послуг; 3) співвідношення попиту і пропозиції медичних послуг. Це сприятиме врахуванню переваг та недоліків тривалої вітчизняної практики бюджетного забезпечення сфери охорони здоров'я при подальшій розбудові її фінансових механізмів;

– науково-методичний інструментарій оптимізації фінансового забезпечення медичного страхування для зближення окремо функціонуючих суспільного та приватного фінансування. Модернізовано алгоритм розрахунків, в основі яких перерозподільні процеси (внаслідок впровадження медичного

страхування), регресійний аналіз та включення до традиційних розрахунків показників структури витрат домогосподарств на охорону здоров'я за видами медичних послуг і провайдерами, а також витрат, що відносяться до їх тіньової складової (надання довідок, сприяння лікуванню, оплата оперативного втручання та пологів тощо). Проведені розрахунки доводять, що прогнозовані результати медичної реформи та запровадження обов'язкового медичного страхування лежать в площині переміщення приватних витрат на охорону здоров'я в оплачувану фінансову систему країни;

набули подальшого розвитку:

– аргументація потреби активізації розвитку медичного страхування за рахунок доповнення визнаних чинників («провали ринку», забезпечення багатоканальності джерел фінансування тощо) необхідністю розв'язання проблеми «справедливість-ефективність» у сфері фінансування охорони здоров'я, що згідно фундаментальних положень теорій вибору та маржиналізму постає в ряду найбільш значимих та одночасно складних для формування належного рівня медичного захисту населення;

– концептуальні підходи до удосконалення фінансового забезпечення медичного страхування, що ґрунтуються на збалансуванні інтересів учасників медичного страхування за рахунок поєднання трьох джерел фінансування: бюджетних коштів, страхових внесків приватних осіб, коштів фондів обов'язкового страхування у формі розвитку та узгодження обов'язкового державного медичного страхування і добровільного медичного страхування. Це сприятиме реальній єдності підвищення рівня і якості медичного страхування та ефективності фінансового забезпечення;

– обґрунтування засад існування у світовій практиці різноманіття систем і моделей фінансового забезпечення медичного страхування, в основі якого вплив та співвідношення двох тенденцій – конвергенції та дивергенції. За критерієм домінуючої тенденції розвитку удосконалено класифікацію систем фінансового забезпечення медичного страхування. Виділені три групи таких систем: 1) розвинені, основною тенденцією розвитку яких є конвергенція, 2) ті, що розвиваються, під впливом конвергентних і дивергентних процесів; 3) ті, що розпочали розвиватися під впливом дивергенції. Це сприяло поглибленому аналізу проблем і особливостей реформування вітчизняної моделі, визначенню факторів, що гальмують розвиток медичного страхування, що сформувало основи вибору стратегічних напрямів її розвитку в Україні;

– рекомендації щодо вдосконалення нормативно-законодавчої бази фінансового забезпечення медичного страхування з метою розробки його інтегрованої схеми, що включатиме державні і приватні джерела фінансування, ресурси страхових компаній, альтернативні джерела у формі ДПП. Запропоновано внесення до «Закону про державно-приватне партнерство» спеціального розділу щодо активізації участі бізнесу в реалізації інфраструктурних та інноваційних проектів у сфері охорони здоров'я, розширення фінансових можливостей органів місцевого самоврядування шляхом запровадження обов'язкового медичного збору на місцевому рівні,

дозволу фізичним особам включати суму страхових внесків, сплачених за програмами добровільного медичного страхування, до податкового кредиту.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці рекомендацій, спрямованих на удосконалення фінансового забезпечення медичного страхування в Україні. Окремі результати дисертаційної роботи враховані у практичній діяльності:

– Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг при підготовці проекту Положення про обов'язкові критерії і нормативи достатності капіталу та платоспроможності, ліквідності, прибутковості, якості активів та ризиковості операцій страховика (довідка № 1859/03 від 02.04.2018);

– Офісу страхування «Insurance Nelza» (м. Ірпінь) при підготовці пропозицій щодо поширення серед широких мас населення програм роздрібного ДМС від провідних страхових компаній України, таких як: UNIQA, Провідна та ПЗУ (Акт впровадження від 18.05.2018);

– Страхової компанії «Нафтогазстрах» (м. Київ) при формуванні рекомендацій щодо вдосконалення маркетингової стратегії компанії шляхом розвитку нестандартних комунікаційних програм взаємодії з клієнтами медичного страхування (event-проекти, артпроекти) (довідка № 349 від 23.01.2018);

– Берездівської громади у Славутському районі Хмельницької області при підготовці пропозицій, які спрямовані на розширення фінансових можливостей органів місцевого самоврядування для надання переліку гарантованих медичних послуг пацієнтам у рамках об'єднаної територіальної громади шляхом запровадження обов'язкового медичного збору на місцевому рівні (довідка № 168/06-30 від 19.02.2018).

Основні результати дисертаційного дослідження використовуються кафедрою фінансових ринків Університету ДФС України у навчальному процесі при викладанні навчальних дисциплін «Страхування», «Страховий менеджмент», «Фінансова діяльність» (Акт впровадження від 25.05.2018).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є одноосібно виконаною завершеною науковою працею. Внесок автора в наукових працях, опублікованих у співавторстві, відображено у списку опублікованих праць.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові положення дисертаційної роботи доповідались та обговорювалися на 16 міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема: «Фінансова безпека в системі забезпечення національних економічних інтересів: проблеми і перспективи» (Полтава, 2014); «Социально-экономические и финансовые механизмы обеспечения инновационного развития экономики» (Минск, 2014); «Проблеми соціально-економічного розвитку підприємств» (Харків, 2014); «Інноваційний ресурс страхового ринку в сучасних умовах» (Київ, 2014); «Економіко-правові виклики 2015 року» (Львів, 2015); «Бюджетно-податкова політика та регіональний розвиток України (Ірпінь, 2015); «Розвиток фінансів в умовах хаотично структурованої економіки» (Дніпропетровськ, 2015); «Україна в

нових реаліях: економічні проблеми та перспективи розвитку» (Ірпінь, 2015); «Моделювання соціально-економічних процесів сьогодення» (Одеса, 2015); «Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна візія та виклики глобалізації» (Тернопіль, 2015); «Пріоритети розвитку національної економіки України: стратегії і перспективи» (м. Умань, 2015); «Економіка і менеджмент: сучасні трансформації в епоху глобалізації» (Клайпеда, 2016); «Теоретична та практична концептуалізація розвитку фінансово-кредитних механізмів в умовах нової соціально-економічної реальності» (Ірпінь, 2017); «Трансформація фінансових ринків в умовах глобальної нестабільності: реалії сьогодення та погляд у майбутнє» (Ірпінь, 2017); «Стратегія і практика інноваційного розвитку фінансового сектору України» (Ірпінь, 2018).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 27 наукових праць, у тому числі: 1 підрозділ – у колективній монографії, 10 статей у наукових фахових виданнях, з яких 5 – у фахових виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз, 16 – в інших. Загальний обсяг публікацій становить – 9,43 друк. арк. (особисто автору належить 8,98 друк. арк.).

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 272 сторінки. Основний зміст викладено на 207 сторінках. Робота містить 29 рисунків з них (2 займають 2 повні сторінки), 11 таблиць з них (3 займають 3 повні сторінки), 8 додатків, розміщених на 38 сторінках. Список використаних джерел налічує 193 найменування, що розміщені на 22 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми дисертації, визначено її мету та завдання, об'єкт і предмет, методи дослідження, сформульовані положення, що визначають наукову новизну та практичне значення отриманих результатів.

У розділі 1 «Теоретичні основи фінансового забезпечення медичного страхування» з'ясовано економічну сутність і роль медичного страхування в системі соціального захисту; виявлено принципи й особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування; розкрито чинники й закономірності еволюційних змін у розвитку медичного страхування та його фінансового забезпечення у зарубіжній практиці.

За соціально-економічним змістом медичне страхування є елементом системи соціального захисту населення та окремою формою соціального страхування. Воно має специфічні ознаки й принципові відмінності від інших видів соціального страхування, зокрема, пов'язаних із страхуванням життя та здоров'я. Як сфера суспільних відносин, медичне страхування забезпечує одержання застрахованими громадянами медичних послуг за рахунок коштів, мобілізованих до цільових фондів (обов'язкове) та фондів страхових компаній (добровільне).

На основі встановлення сутнісних ознак медичного страхування в системі

соціального страхування окреслена триєдина сутність поняття «медичне страхування», що проявляється на декількох рівнях. В науковий обіг введено термін «система медичного страхування», який виступає узагальнюючим щодо авторської інтерпретації її сутності на різних рівнях реалізації поняття «медичне страхування» (рис. 1).

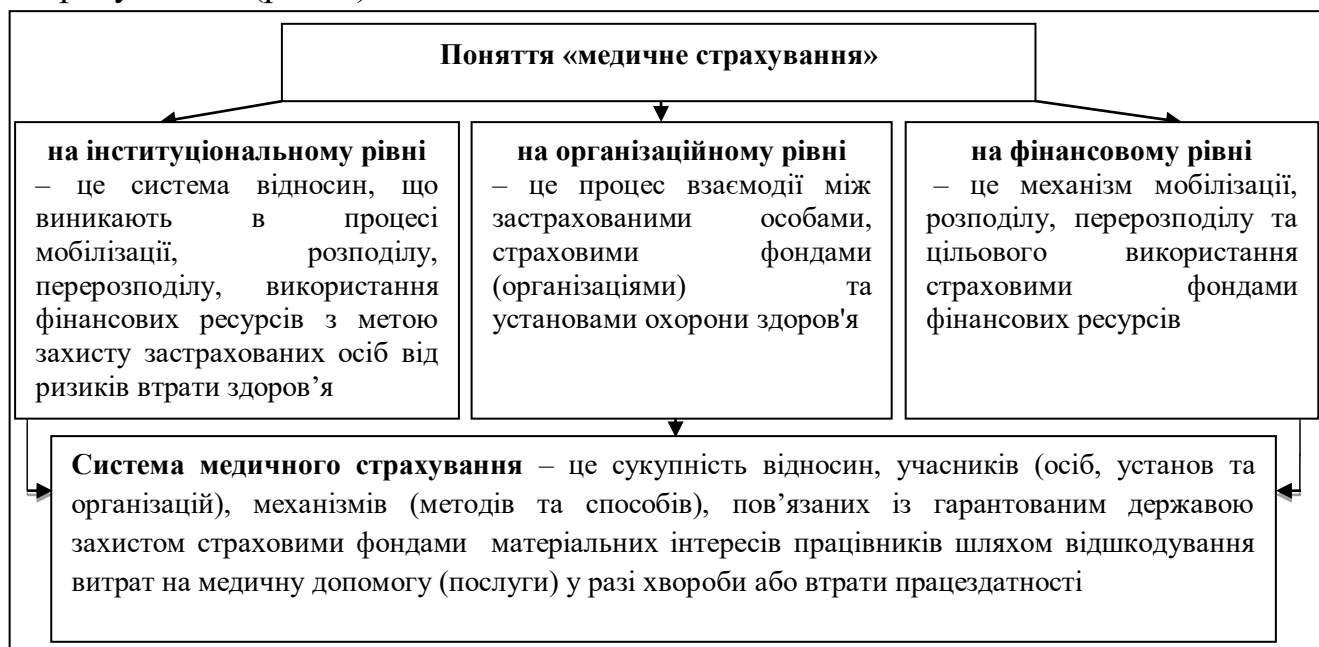


Рис. 1. Рівні реалізації сутності поняття «медичне страхування»

Джерело: авторська розробка.

Обґрунтовано, що ця система виконує дві основні функції: соціальну (гарантування реалізації права громадян на соціальний захист і соціальну справедливість) та економічну (формування фінансової основи реалізації зазначеного права шляхом створення та функціонування фондів цільового призначення).

В процесі дослідження з'ясовано, що фінансова наука виокремлює ряд моделей фінансування медичного страхування, які поєднано у дві групи: централізована, що включає державне (соціальне) і змішане (бюджетно-страхове) медичне страхування; децентралізована, що охоплює локальне (регіональне, місцеве), локальне (касове) медичне страхування та приватне (комерційне) медичне страхування.

У моделях централізованої групи мобілізацію, розподіл та перерозподіл страхових внесків бере на себе центральна страхова установа (фонд, служба, організація), а перерозподіл та використання фінансових ресурсів здійснюється через територіальну мережу філій (представництв, відділень) із різним ступенем автономії. Переваги цих моделей полягають у простоті управління та контролю, порівняно низьких адміністративних витратах, а недоліки – у обмежених можливостях залучення місцевих ресурсів, низьких оперативності та гнучкості щодо задоволення потреб населення у медичних послугах.

Моделі децентралізованої групи фінансування медичного страхування дозволяють максимально повно реалізувати принцип субсидіарності

(наближеності до кінцевого споживача), надають більше можливостей до залучення додаткових коштів. Фінансування є більш гнучким та автономним, насамперед, щодо встановлення страхових ставок внесків та цін на медичну допомогу. Однак обмеженість цих моделей щодо загального обсягу фінансових ресурсів, необхідність дотримання гарантованих державою соціальних стандартів знижують їх ефективність.

В ході дослідження доведено, що в умовах реальної економіки національна модель медичного страхування може поєднувати у собі елементи різних моделей. В Україні одночасно функціонують бюджетне фінансування установ сфери охорони здоров'я, бюджетно-страхове фінансування (обов'язкові види соціального страхування – бюджетно-страхова модель) і добровільне медичне страхування (комерційне та соціальне – у формі лікарняних кас).

У розділі 2 «Практика фінансового забезпечення медичного страхування в Україні» проаналізовано загальний стан і структуру джерел фінансування сфери охорони здоров'я; здійснено оцінку факторів розвитку ринку медичного страхування, рівень його фінансового забезпечення; охарактеризовано нормативно-правове поле фінансового забезпечення медичного страхування.

За результатами аналізу виявлено суттєве перевищення темпів зростання вартості амбулаторних послуг над вартістю фармацевтичної продукції. За таких умов прискорені темпи зростання заробітної плати лікарів означають лише її занижений рівень у базовому періоді. Така ситуація не сприяє покращанню загального стану здоров'я населення та спричиняє викривлення галузевої структури вітчизняної економіки, завищену прибутковість допоміжних галузей – фармацевтики, виробництва медичних товарів, замість спрямування коштів безпосередньо до закладів охорони здоров'я (рис. 2).



Рис. 2. Індеси зростання цін на ліки, амбулаторні послуги та середньомісячну заробітну плату у сфері охорони здоров'я та в країні в цілому

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України.

Доведено, що в основі недофінансування сфери охорони здоров'я лежить неефективність державного фінансування та диспропорція цін між ліками й вартістю медичних послуг у державних і приватних закладах охорони здоров'я. У приватних медичних клініках послуги вартують занадто дорого, щоб пересічний громадянин міг ними скористуватися. Відносно повільніше зростання цін на ліки зумовлює ситуацію, коли доступніше купити ліки і зайнятися самолікуванням. Менший потік пацієнтів, в свою чергу, зумовлює підвищення цін на медичні послуги, а відтак, ще менше пацієнтів звертаються за допомогою, що замикає негативне коло.

Аналіз джерел фінансування медичного страхування свідчить, що значна частина фінансування системи охорони здоров'я перебуває в тіні. Недофінансування медичних послуг веде до тіньових доплат з боку пацієнтів. За приблизними оцінками ВОЗ обсяг тіньових коштів в українській охороні здоров'я становить близько 70 млрд. грн. Хоча ґрунтовних досліджень даної тематики в Україні не проводилося, можливе припущення, що реальна сума може виявитися набагато вищою. Таким чином, недостатнє фінансування медичних закладів створює передумови для виникнення тіньових доплат лікарям, як механізму вирівнювання вартісних диспропорцій в економіці.

Вирішити ситуацію покращання фінансування галузі охорони здоров'я, можливо спираючись на виявлені тенденції у структурі джерел фінансування. Оскільки майже половина фінансових ресурсів надходить від населення, тобто з приватних джерел, які офіційно спрямовуються – на ліки і частково неофіційно – на послуги лікарів у державних закладах охорони здоров'я (у недержавних – всі послуги платні), недоцільно й далі посилювати навантаження на бюджет. Логічно переорієнтуватися на легалізацію оплати медичних послуг за рахунок коштів населення шляхом розвитку страхової медицини, зокрема добровільного медичного страхування. В такому випадку кошти спрямовуватимуться саме на оплату кваліфікованої медичної допомоги, що дозволить покращити її рівень.

Для визначення реальної можливості задіяння коштів домогосподарств для фінансування розвитку системи медичного страхування здійснено оцінку обсягів фінансових ресурсів домогосподарств, які щороку витрачаються на оплату охорони здоров'я та проаналізовано тенденції зміни обсягів ресурсів, зокрема прогнозні показники витрат приватного сектору на охорону здоров'я у 2018–2019 рр. Для розрахунку оптимального прогнозу побудовано систему моделей за допомогою інструментів прогнозування: спеціалізованих формул (система функцій ПРЕДСКАЗ.ETS), механізмів апроксимації та трендових прогнозів (рис. 3).

Наступний етап аналізу наявних даних та прогнозування ключових показників полягав в розробці системи прогнозних моделей. Оскільки обсяг державних витрат на систему охорони здоров'я станом на 2017 р. є відомою величиною (88,9 млрд грн), а на 2018 р. на сферу охорони здоров'я у бюджеті закладено видатків на суму 115,8 млрд грн, а основна кількість показників для приватного сектору є доступною лише станом на 2016 р., останнім базовим роком вважався 2016 р., а 2017–2019 рр. – прогнозним періодом.

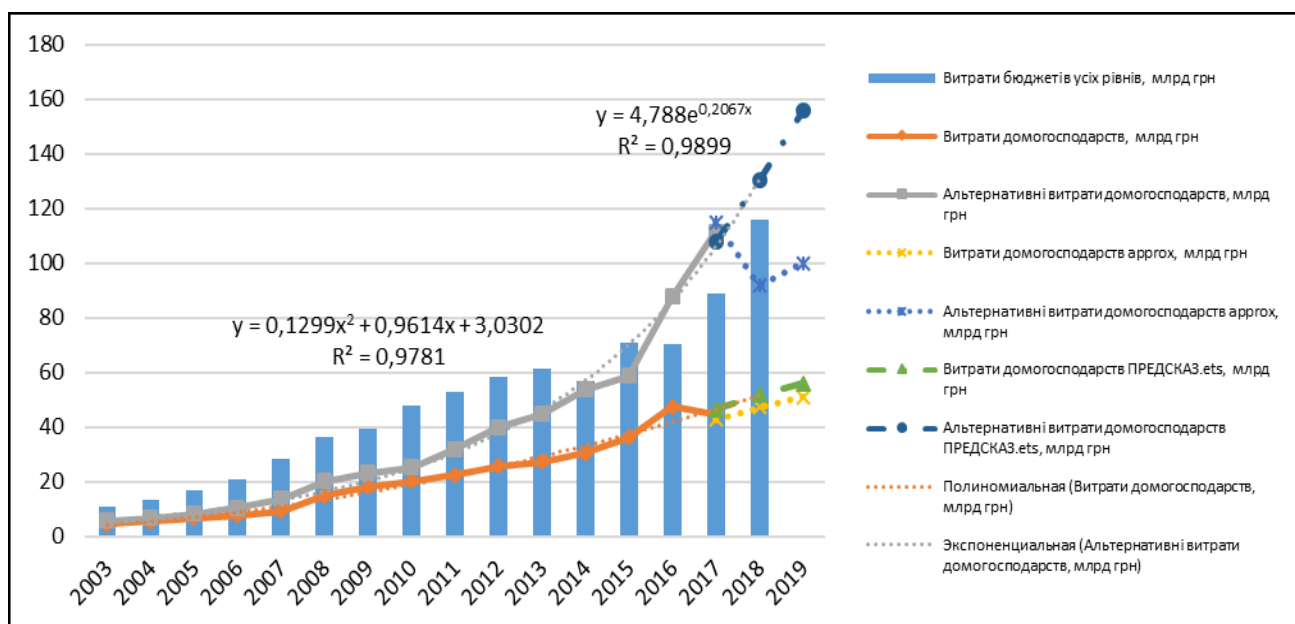


Рис. 3. Прогнозна модель приватних витрат на охорону здоров'я, за 2003–2019 рр. (2017–2019 – прогноз), млрд грн

Джерело: побудовано автором.

Відповідно до прогнозу, тенденції суттєвого зростання витрат окремих домогосподарств на охорону здоров'я збережуться у 2018 р. і до 2019 р. і можуть сягнути позначки 158 млрд грн. Даний сценарій є оптимальним і відповідає як прогнозним даним функції ПРЕДСКАЗ.ETS, так і прогнозу згідно лінії тренду експоненціальної функції із результиуючим рівнянням виду $Y=4,788e^{0,2067x}$ для якої $R^2=0,9899$.

Аналіз витрат на охорону здоров'я на основі прямих видатків та альтернативної схеми розрахунку видатків домогосподарства дозволяє зробити висновок, що різкий підйом частки витрат на охорону здоров'я у загальній системі витрат домогосподарства через зниження рівня довіри до системи охорони здоров'я (внаслідок її реформування) вказує на можливі дві тенденції розвитку: 1) певне зниження частки витрат на охорону здоров'я у структурі витрат домогосподарства (насамперед, через «звикання» населення до правил функціонування нової системи охорони здоров'я); 2) збереження існуючого рівня витрат домогосподарства на охорону здоров'я із поступовим підвищенням його частки на обсяг перевищення темпів зростання цін на лікарські препарати над темпами зростання заробітної плати населення. Обидві тенденції мають право на існування, проте більш вірогідною є реалізація у найближчі 1–2 роки другої тенденції, оскільки структуризація та відпрацювання нових технологій, що запроваджуються реформою у 2018 р. залишаються на вкрай низькому рівні. Тому населення буде продовжувати займати «вичікуючу» позицію і звертатися до лікарів лише у випадку нагальної потреби.

За умови максимального пришвидшення запуску систем ОМС та ДМС і вжиття кардинальних заходів до їх популяризації у населення, можливе скорочення витрат домогосподарств на охорону здоров'я. Проте, на основі досвіду попередніх реформ, значна кількість недоліків все-таки призведе до

тимчасового зростання витрат домогосподарств на охорону здоров'я, хоча довгострокова перспектива матиме тенденцію до зниження середнього рівня витрат на охорону здоров'я у структурі видатків домогосподарств.

Доведено, що приватні кошти містять потенціал фінансового забезпечення розвитку медичного страхування. Останнє спроможне змінити як цілі, так і принципи фінансування. Нині державне фінансування сфери охорони здоров'я орієнтоване на лікування хворих, натомість воно має бути орієнтоване на попередження захворювань, їх профілактику, масове щеплення тощо, тобто мати пруденційний характер. Медичне страхування зацікавлене у збільшенні кількості здорових людей. Це принципова зміна підходу до виділення державних коштів та ставлення до хворих у суспільстві.

Відтак, для належного рівня фінансування сфери охорони здоров'я необхідно: 1) орієнтуватися на кошти домогосподарств, що потребує розвитку добровільного медичного страхування; 2) за основу взяти принцип страхової медицини, коли на хворих не заробляють, а втрачають; 3) контролювати пропорції цін на ліки та медичні послуги.

Визначено базову причину недофінансування сфери охорони здоров'я в Україні – це неефективне використання коштів держави та цінові диспропорції між вартістю ліків, амбулаторних послуг та заробітною платою лікарів у сфері охорони здоров'я, низький рівень розвитку медичного страхування. Це зумовлює хибну орієнтацію на фінансування лікарень та збільшення кількості хворих, замість орієнтації на збільшення кількості здорових людей та підтримання здорового образу життя. Необхідна переорієнтація медичних установ з «лікування» як процесу на результат – «вилікування» хвороби (одужання). виправлення цінових диспропорцій лежить в сфері дії страхової медицини, оскільки страхові компанії втрачають від зростання кількості хворих людей, на відміну від медичних установ та фармацевтики.

У розділі 3 «Основні напрямки удосконалення фінансового забезпечення медичного страхування в Україні» визначено напрями збалансування інтересів учасників системи медичного страхування; окреслено перспективи підвищення рівня розвитку та узгодженості обов'язкового і добровільного страхування; розроблено рекомендації щодо розвитку державно-приватного партнерства у контексті розбудови механізмів фінансового забезпечення медичного страхування.

З метою виведення із кризи охорони здоров'я у 2016 році було прийнято «Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я», а в 2017 році – Закон України «Про державні фінансові гарантії у надання медичної допомоги та лікарських засобів». Дані нормативно-правові акти націлені на перехід фінансування медицини за страховим принципом у три етапи: початковий етап (2017 р.), етап впровадження (2018–2019 рр.) і етап інтеграції (2020 р.).

Схематично рух фінансових потоків внаслідок впровадження медичної реформи та запровадження обов'язкового медичного страхування відображено на рис. 4.

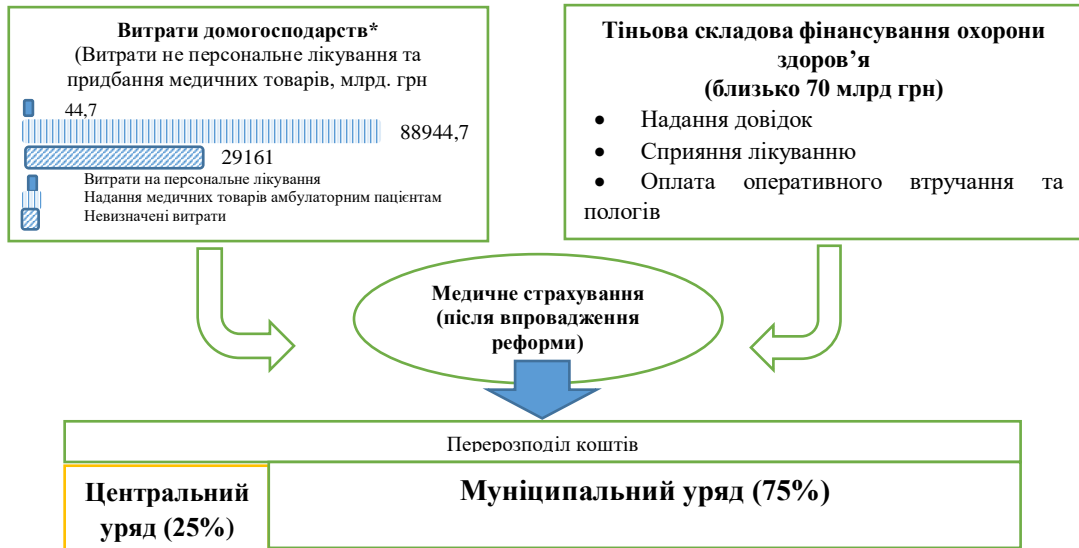


Рис. 4. Схема руху фінансових потоків внаслідок реалізації реформи медичного страхування

Джерело: розроблено автором.

Передбачається, що переважна частина коштів буде перерозподілятися через муніципальні органи місцевого самоврядування, що означає розширення їх фінансових можливостей. Для посилення цих тенденцій, обґрунтована доцільність запровадження обов'язкового медичного збору на місцевому рівні, який буде надходити до місцевих бюджетів. Отримані кошти спрямовуватимуться на утримання місцевих закладів охорони здоров'я і фінансування територіальних медичних програм, зокрема, профілактичних. У першу чергу, це має стосуватися первинної медичної допомоги.

Активізувати розвиток медичного страхування в Україні можливо за допомогою державно-приватного партнерства (ДПП) між владою і бізнесом. Нормативно-правове підґрунтя для цього було створено ще у 2010 році Законом України «Про державно-приватне партнерство», проте й у 2018 році проекти ДПП у сфері охорони здоров'я практично відсутні. Показник державно-приватного партнерства становить менше одного відсотка.

Дослідження механізму взаємодії держави, страхових компаній та бізнес-структур на засадах ДПП засвідчило, що в умовах високих ризиків, властивих поточному етапу розвитку України, участь у ДПП страховиків надає медичному страхуванню додатковий імпульс для розвитку за рахунок зменшення ризиків. Аналіз позитивного світового досвіду впровадження ДПП в охороні здоров'я засвідчив, що в Україні успішними можуть бути: 1) невеликі інфраструктурні проекти для покращання ресурсного забезпечення медичної галузі; 2) оренда, коли приватний партнер орендує певний медичний заклад на умовах цільового використання її активів; 3) договір виконання приватним партнером непрофільних функцій у системі охорони здоров'я (сервісні послуги, прання білизни, харчування пацієнтів); 4) забезпечення санітарно-епідемічного режиму в медичних закладах, інформаційного забезпечення, лабораторної діагностики;

5) кластер, що забезпечує диверсифікацію каналів фінансування сфери. Впровадження ДПП стимулює розвиток ринкових відносин та підприємництва, впровадження інноваційних методів в медицині, покращання підготовки медичних та управлінських кадрів.

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено нове вирішення важливого науково-практичного завдання щодо вдосконалення фінансового забезпечення розвитку медичного страхування. Проведене дослідження дозволило сформулювати такі висновки та пропозиції:

1. Дослідження сутнісних ознак медичного страхування в системі соціального страхування засвідчило обґрунтованість його тлумачення на інституціональному, організаційному та фінансовому рівнях. Такий підхід став основою авторського визначення фінансового забезпечення медичного страхування. Поглиблення теоретичних засад становить основу для розробки практичних рекомендацій щодо вдосконалення фінансового забезпечення медичного страхування в Україні.

2. На основі положень теорії вибору та маржиналізму встановлено, що наявність провалів ринку обумовлює необхідність присутності державного сектора у сфері фінансування охорони здоров'я. Пропорція співвідношення державних і приватних коштів в системі фінансування охорони здоров'я визначає різну ступінь доступності медичної допомоги для окремих верств населення, впливає на розподіл доходу після оплати медичних товарів і послуг, на співвідношення попиту і пропозиції медичних послуг в цілому. Необхідність вирішення проблеми «справедливість-ефективність» у сфері фінансування охорони здоров'я визначає доцільність розвитку медичного страхування та забезпечення багатоканальності його фінансування за рахунок залучення альтернативних джерел та механізмів фінансування сфери охорони здоров'я.

3. Використання міждержавних порівнянь дало можливість поглибленого аналізу актуальних для України проблем і особливостей процесу реформування медичного страхування через призму світового досвіду. Встановлено, що в зарубіжних країнах розвиток медичного страхування відбувається під впливом двох тенденцій – конвергенції та дивергенції. Це веде до поступової відмови від децентралізованої приватної добровільної системи фінансування медичних послуг для обмеженої частини громадян на користь централізованої державної обов'язкової моделі. Таким чином формується різноманіття моделей фінансового забезпечення медичного страхування.

4. На поточному етапі розвитку України зберігається частка державного фінансування сфери охорони здоров'я, що не забезпечує покращення її стану та стимулювання розвитку медичного страхування. Аналіз рівня фінансування та ефективності використання коштів в процесі реалізації державних медичних програм засвідчив, що останні найчастіше носять декларативний характер, не мають чітких цілей, показників виконання конкретних заходів і функціональних обов'язків їх виконавців. Для підвищення ефективності використання коштів

необхідно: запровадження повноцінного середньострокового бюджетного планування, формування механізмів запобігання розкраданню бюджетних коштів; посилення координації цілей і підвищення узгодженості дій органів державної влади.

5. Дослідження стану ринку медичного страхування в Україні засвідчило неспинний розвиток ринку добровільного медичного страхування. Однак, високий рівень страхових виплат спричиняє низьку рентабельність цього виду страхової діяльності та привабливість для страховиків. До основних факторів, що гальмують розвиток медичного страхування віднесено: невизначеність перспектив щодо медичного страхування на загальнодержавному рівні; низькі доходи українців; високу вартість страхових полісів медичного страхування; збереження офіційно безкоштовної, фінансованої з державного бюджету медичної допомоги.

6. Систематизація нормативно правових актів щодо фінансування медичного страхування і системи охорони здоров'я засвідчила наявність низки принципових недоліків. Найчастіше такі акти не корелюють один з одним. Нагальним є прийняття закону «Про обов'язкове державне медичне страхування», включення до «Закону про державно-приватне партнерство» спеціального розділу, що стосується участі бізнесу в реалізації інфраструктурних та інноваційних проектів у медицині.

7. Дослідження зарубіжного досвіду та можливостей його адаптації до реалій України дозволило визначити пріоритетні напрями удосконалення фінансового забезпечення медичного страхування. В їх переліку: 1) формування реальної багатоканальності фінансування медичного страхування; 2) впровадження системи державних гарантій для безкоштовного надання населенню базового пакету медичних послуг; 3) розвиток ДПП шляхом залучення приватних партнерів до інвестицій в медичні програми, наукові дослідження з метою зміцнення фінансово-технічної бази медичних закладів; 4) заохочення благодійності.

8. Ефективно реалізувати завдання розвитку фінансування ОМС можливо шляхом розробки і реалізації Програми державного медичного страхування. Джерелом її фінансового забезпечення є страхові внески роботодавців або інших суб'єктів - страхувальників, кошти державного бюджету, місцевих бюджетів, які спрямовуються на фінансування первинної медико-санітарної допомоги.

9. Реформування фінансування медичного страхування має розпочатися із розвитку інституціональних засад (перегляду функцій медичних установ і державних організацій щодо впливу на фінансові потоки, координації їх взаємодії із страховиками), розширення фінансової бази органів місцевого самоврядування для надання гарантованих медичних послуг пацієнтам шляхом запровадження обов'язкового медичного збору на місцевому рівні, що будуть надходити в місцеві бюджети. Отримані кошти повинні спрямовуватися на утримання місцевих закладів охорони здоров'я і фінансування територіальних медичних програм, зокрема, профілактичних.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Розділи у колективних монографіях:

1. Герус Ю. В. Підходи до організації фінансування охорони здоров'я в країнах світу: висновки для України / Ю. В. Герус // Регулятивний потенціал фінансового ринку в умовах глобальних викликів: [монографія] / за заг. ред. д.е.н., професора С.В. Онишко. – Ірпінь : Видавництво Національного університету ДПС України, 2016. – 452 с. – (Серія «Податкова та митна справа в Україні», т. 45). – С. 443-450. (0,3 друк. арк.)

статті у наукових фахових виданнях України:

2. Герус Ю. В. Економічна сутність і роль медичного страхування в системі соціального захисту населення / Ю. В. Герус // Науковий вісник Національного університету державної податкової служби України. – 2014. – Вип. № 3(66). – С. 51-58. (0,46 друк. арк.)

3. Шевчук Ю. В. Сучасний стан і структура джерел фінансового забезпечення соціального захисту населення України [Електронний ресурс] / Ю. В. Шевчук // Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України. – 2016. – Вип. № 2. – С. 264–274. – Режим доступу: http://ir.nusta.edu.ua/jspui/bitstream/doc/1536/1/682_IR.pdf. (0,47 друк. арк.)

4. Шевчук Ю. В. Концептуальні підходи до впровадження страхової медицини в Україні / Ю. В. Шевчук // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. – 2016. – Вип. № 6. – С. 147–153. (0,75 друк. арк.)

5. Шевчук Ю. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні / Ю. В. Шевчук, С. В. Онишко // Науковий економічний журнал «Інтелект ХХІ». – 2016. – Вип. № 5. – С. 158–162. (0,5 друк. арк.) *Особистий внесок автора – 0,25 друк. арк. – обґрунтовано перспективи розвитку медичного страхування в Україні.*

6. Шевчук Ю. В. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні: фінансовий аспект / Ю. В. Шевчук // Науковий вісник Херсонського державного університету, серія «Економічні науки». – 2017. – Вип. № 27-3. – С. 94–97 (0,5 друк. арк.)

статті у виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз:

7. Герус Ю. В. Принципи та джерела фінансового забезпечення медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – 2015. – Вип. № 28. – С. 84–90. (0,6 друк. арк.) *(Міжнародна база цитування: EBSCO)*

8. Герус Ю. В. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення медичного страхування і можливості його застосування в Україні / Ю. В. Герус // Бізнес Інформ. – 2015. – Вип. № 4. – С. 224-232. (0,5 друк. арк.) *(Міжнародна база цитування: Ulrichsweb, RePEc, PИИЦ, Index Copernicus, DOAJ, CiteFactor, Academic Journals Database, ResearchBib, Socionet, OAJI, GetInfo, BASE, OpenAire, SUNCAT, COPAC, J-Gate, Open Access Library, SIS, Advanced Science Index, Google Scholar, InfoBase Index, WorldCat).*

9. Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я / Ю. В. Шевчук // Економічний вісник університету, збірник наукових праць учених та аспірантів ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ ім. Григорія Сковороди». – Переяслав-Хмельницький. – 2017. – Вип. № 33/1. – С. 416–428. (1,37 друк. арк.) (*Міжнародна база цитування: Російський індекс научного цитування (РИНЦ), Всеросійський інститут наукової та технічної інформації Російської академії наук (ВИНИТИРАН), Ulrich's Periodicals Directory (США), International Scientific Indexing (ISI, UAE), Universal Impact Factor (UIF), Cite Factor, Google Scholar, Research Bible, Open Academic Journals Index (ОАЖ), Central and Eastern European Online Library (CEEOL), Национальная библиотека Украины имени В. И. Вернадского, Украинские научные журналы*).

10. Шевчук Ю. В. Удосконалення нормативно-правового забезпечення фінансування медичного страхування в Україні / Ю. В. Шевчук // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету – 2017. – Вип. № 24. – С. 93–97. (0,6 друк. арк.) (*Міжнародна база цитування: Index Copernicus (ICV 2015 : 33.27)*).

11. Шевчук Ю. В. Державні програми як засіб фінансового стимулювання розвитку системи медичного страхування / Ю. В. Шевчук // Міжнародний науково-практичний журнал «Економіка та держава» – 2018. – Вип. № 1. – С. 101–106. (0,7 друк. арк.) (*Міжнародна база цитування: Index Copernicus, SIS, Google Scholar*).

публікації в інших виданнях:

12. Шевчук Ю. В. Управління податковими ризиками в діяльності страхових компаній [Електронний ресурс] / Ю. В. Шевчук., К. М. Денисюк // Східна Європа: економіка, бізнес та управління : Електронний фаховий журнал – 2017. – Вип. 3 (08). – С. 255–259. – Режим доступу: http://www.easterneurope-bm.in.ua/journal/8_2017/48.pdf. (0,45 друк. арк.) *Особистий внесок автора – 0,25 друк. арк. – обґрунтовано управління податковими ризиками в діяльності страховиків.*

13. Герус Ю. В. Перспективи розвитку медичного страхування як складової безпеки в Україні / Ю. В. Герус // [«Фінансова безпека в системі забезпечення національних економічних інтересів: проблеми і перспективи»] : матер. II Міжнародної науково-практичної конференції, 22–23 травня 2014 р. – Полтава, 2014. – С. 215–218. (0,2 друк. арк.)

14. Герус Ю. В. Особенности развития добровольного медицинского страхования в Украине / Ю. В. Герус // [«Социально-экономические и финансовые механизмы обеспечения инновационного развития экономики»] : матер. IV Международной научно-практической конференции., 2–3 октября 2014 г. – Минск, 2014. – С. 72–73. (0,13 друк. арк.)

15. Герус Ю. В. Розвиток добровільного медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // [«Проблеми соціально-економічного розвитку підприємств»]:

Матер. VII Міжнародної науково-практичної конференції., 29–30 жовтня 2014 р. – Харків, 2014. – С. 100–101. (0,08 друк. арк.)

16. Герус Ю. В. Проблеми запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // [«Інноваційний ресурс страхового ринку в сучасних умовах»] : матер. X Міжнародної науково-практичної конференції., 4–5 грудня 2014 р. – Київ, 2014. – С. 151–153. (0,18 друк. арк.)

17. Герус Ю. В. До питання використання окремих форм медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // [«Економіко-правові виклики 2015 року»] : Матер. доповідей учасників науково-практичної конференції., 15 січня 2015 р. – Львів, 2015. – С. 61–64. (0,13 друк. арк.)

18. Герус Ю. В. Проблеми оподаткування медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // [«Бюджетно-податкова політика та регіональний розвиток України»]: Матер. Міжнародної науково-практичної конференції., 22 травня 2015 р. – Ірпінь, 2015. – С. 76–80. (0,2 друк. арк.)

19. Герус Ю. В. Лікарняні каси як перспективний напрям фінансового забезпечення медичного страхування / Ю. В. Герус // [«Розвиток фінансів в умовах хаотично структурованої економіки»] : матер. V Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів, 18 березня 2015 р. – Дніпропетровськ, 2015. – С. 110–111. (0,08 друк. арк.)

20. Герус Ю. В. Недоліки та переваги базових систем фінансування медичного страхування / Ю. В. Герус // [«Україна в нових реаліях: економічні проблеми та перспективи розвитку»] : Матер. Науково-практична інтернет-конференція, 17–19 березня 2015 р. – Ірпінь, 2015. – С. 16–22. (0,2 друк. арк.)

21. Герус Ю. В. Ефективність функціонування корпоративного медичного страхування в Україні / Ю. В. Герус // [«Моделювання соціально-економічних процесів сьогодення»] : матер. Міжнародної науково-практичної конференції., 20–21 березня 2015 р. – Одеса, 2015. – С. 88–89. (0,13 друк. арк.)

22. Герус Ю. В. Вплив угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом на ринок добровільного медичного страхування / Ю. В. Герус // [«Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна візія та виклики глобалізації»] : матер. XII Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, 26–27 березня 2015 р. – Тернопіль, 2015. – С. 25–26. (0,1 друк. арк.)

23. Герус Ю. В. Характеристика централізованої та децентралізованої системи фінансування медичного страхування / Ю. В. Герус // [«Пріоритети розвитку національної економіки України: стратегії і перспективи»] : матер. V Міжнародної науково-практичної конференції., 28 вересня 2015 р. – Умань, 2015. – С. 16–17. (0,1 друк. арк.)

24. Шевчук Ю. В. Аналіз ринку добровільного медичного страхування в Україні / Ю. В. Шевчук // [«Економіка і менеджмент: сучасні трансформації в епоху глобалізації»] : Матер. V Міжнародної науково-практичної конференції., 29 січня 2016 р. Клайпеда (Литва). – Клайпеда, 2016. – С. 306–311. (0,22 друк. арк.)

25. Шевчук Ю. В. Щодо питання розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / Ю. В. Шевчук // [«Теоретична та практична концептуалізація розвитку фінансово-кредитних механізмів в умовах нової соціально-економічної реальності»] : матер. II Міжнародна науково-практична конференція, 27–31 березня 2017 р. – м. Ірпінь, 2017. – С. 281–284. (0,16 друк. арк.)

26. Шевчук Ю. В. Проблемні аспекти та напрями впровадження страхової медицини в Україні / Ю. В. Шевчук // [Трансформація фінансових ринків в умовах глобальної нестабільності: реалії сьогодення та погляд у майбутнє]: Збірник матер. виїзного науково-практичного семінару, 6–15 жовтня 2017 р. та Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції 30 жовтня 2017 р. – м. Ірпінь, 2017. – С. 451–454. (0,18 друк. арк.)

27. Шевчук Ю. В. Деякі напрями удосконалення організаційно-інституційних засад розвитку медичного страхування в Україні / Ю. В. Шевчук // [Стратегія і практика інноваційного розвитку фінансового сектору України] : збірник матер. Міжнародної науково-практичної конференції., 20–22 березня 2018 р. – м. Ірпінь, 2018. – С. 104–106. (0,14 друк. арк.)

АНОТАЦІЯ

Шевчук Ю. В. Фінансове забезпечення розвитку медичного страхування в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.08 – гроші, фінанси і кредит. – Університет державної фіскальної служби України. – Ірпінь, 2018.

Дисертація присвячена поглибленню теоретичних основ фінансового забезпечення медичного страхування. З'ясовано економічну сутність і роль медичного страхування в системі соціального захисту. Виявлено принципи та особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. Розкрито чинники й закономірності еволюційних змін у розвитку медичного страхування та його фінансового забезпечення в зарубіжній практиці.

Проаналізовано загальний стан і структуру джерел фінансування сфери охорони здоров'я. Здійснено оцінку факторів розвитку ринку медичного страхування та рівень його фінансового забезпечення. Охарактеризовано стан нормативно-правової бази фінансового забезпечення медичного страхування.

Визначено напрями збалансування інтересів учасників системи медичного страхування як ключового напрямку удосконалення його фінансового забезпечення. Окреслено перспективи підвищення рівня розвитку та узгодженості обов'язкового і добровільного страхування в системі фінансового забезпечення медичного страхування. Розроблено рекомендації щодо розвитку державно-приватного партнерства у контексті розбудови механізмів фінансового забезпечення медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, соціальне страхування, соціальний захист, охорона здоров'я, страхові компанії, державно-приватне партнерство.

АННОТАЦІЯ

Шевчук Ю. В. Финансовое обеспечение развития медицинского страхования в Украине. – Квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.08 - деньги, финансы и кредит. - Университет государственной фискальной службы Украины. - Ирпень, 2018.

Диссертация посвящена углублению теоретических основ финансового обеспечения медицинского страхования, выяснению экономической сущности и роли медицинского страхования в системе социальной защиты.

Усовершенствован научный подход к определению понятия «медицинское страхование», который в отличие от существующих, отражает триединую сущность данного понятия, а именно, как системы отношений, процесса взаимодействия между участниками, механизма мобилизации, распределения и перераспределения финансовых ресурсов и охватывает три уровня его практической реализации – институциональный, организационный и финансовый.

Проанализированы общее состояние и структура источников финансирования сферы здравоохранения в Украине. Осуществлена оценка факторов развития рынка медицинского страхования и уровень его финансового обеспечения. Охарактеризована нормативно-правовая база финансового обеспечения медицинского страхования.

Модернизировано алгоритм расчетов, в основе которых перераспределительные процессы (вследствие внедрения медицинского страхования), регрессионный анализ и включение в традиционные расчеты показателей структуры расходов домохозяйств на здравоохранение по видам медицинских услуг и провайдерами, а также расходов, относящихся к их теневой составляющей (предоставление справок, содействие лечению, оплата оперативного вмешательства и родов и т.д.).

Определены направления сбалансирования интересов участников системы медицинского страхования как ключевого направления совершенствования его финансового обеспечения. Очерчены перспективы повышения уровня развития и согласованности обязательного и добровольного страхования в системе финансового обеспечения медицинского страхования.

Рассмотрены концептуальные подходы к совершенствованию финансового обеспечения медицинского страхования, основанные на сбалансировании интересов участников медицинского страхования за счет сочетания трех источников финансирования: бюджетных средств, страховых взносов частных лиц, средств фондов обязательного страхования в форме развития и согласования обязательного государственного медицинского страхования и

добровольного медицинского страхования. Доказано, что это будет способствовать реальному единству повышения уровня и качества медицинского страхования и эффективности финансового обеспечения.

Обоснованы принципы существования в мировой практике многообразия систем и моделей финансового обеспечения медицинского страхования, в основе которого влияние и соотношение двух тенденций - конвергенции и дивергенции. По критерию доминирующей тенденции усовершенствована классификация систем финансового обеспечения медицинского страхования.

Разработаны рекомендации по совершенствованию нормативно-законодательной базы финансового обеспечения медицинского страхования с целью разработки его интегрированной схемы, включающей государственные и частные источники финансирования, ресурсы страховых компаний, альтернативные источники в форме государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, социальное страхование, социальная защита, здравоохранение, страховые компании, государственно-частное партнерство.

SUMMARY

Shevchuk Y.V. Financial support of the health insurance development in Ukraine. - Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Dissertation for a PhD Degree in Economics, specialty 08.00.08 - money, finance and credit. - University of State Fiscal Service of Ukraine. - Irpin, 2018.

The dissertation is devoted to the deepening of the theoretical foundations of medical insurance financial provision. The economic essence and role of medical insurance in the system of social protection are found. Principles and specifics of functioning of medical insurance financing models are revealed. The factors and regularities of evolutionary changes in the development of medical insurance and its financial support in foreign practices are studied.

The general condition and structure of health financing sources are analyzed. The analysis of the development factors for the market of medical insurance and level of its financial support is carried out. The legal and regulatory framework of medical insurance financial provision of is described.

The directions of balancing the interests of participants of the medical insurance system are determined as the key directions of its financial support improvement. Also we outlined the prospects for increasing the level of development and coherence of compulsory and voluntary insurance in the system of medical insurance financial security. Recommendations on the development of public-private partnership in the context of developing financial support mechanisms for health insurance have been developed.

Key words: medical insurance, voluntary medical insurance, compulsory medical insurance, social insurance, social protection, health care, insurance companies, public-private partnership.

Підписано до друку 30.10.2018 року. Формат 60x90/16

Папір офсетний. Друк офсетний.

Друк. арк. 0,9. Тираж 100 прим.

Зам. № ___

Видруковано в Університеті державної фіскальної служби України
08201, Київська область, м. Ірпінь, вул. Університетська, 31