

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВЫСШЕЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ
„УКРАИНСКАЯ АКАДЕМИЯ БАНКОВСКОГО ДЕЛА
НАЦИОНАЛЬНОГО БАНКА УКРАИНЫ”**

РЕЗНИК НАТАЛИЯ НИКОЛАЕВНА

На правах рукописи

УДК 336.369.2

**РАЗВИТИЕ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМАТИЗМА
ПРИ ВНЕДРЕНИИ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОГО
ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Специальность 08.00.08 – Деньги, финансы и кредит

**Диссертация на соискание
ученой степени
кандидата экономических наук**

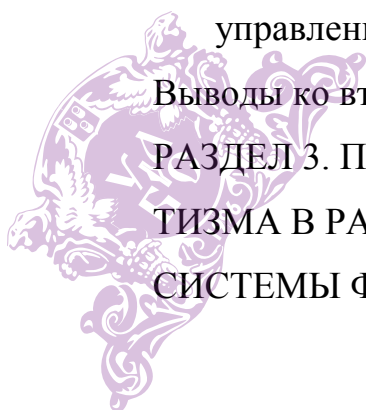
**Научный руководитель
кандидат экономических наук,
доцент Дутченко О.Н.**

Сумы - 2008



СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
РАЗДЕЛ 1. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМАТИЗМА.....	12
1.1. Анализ сущности, принципов и методов реализации финансовой компенсационной политики в здравоохранении.....	12
1.2. Финансово-экономическое содержание травматизма.....	32
1.3. Теоретико-методические и финансово-правовые основы страхования травматизма.....	46
1.4. Анализ страхового рынка и нормативно-правовой базы страхования в Украине.....	60
1.5. Обоснование необходимости и путей совершенствования теоретических основ страхования травматизма.....	89
Выводы к первому разделу.....	101
РАЗДЕЛ 2. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМАТИЗМА В РАМКАХ СМЕШАННОЙ БЮДЖЕТНО- СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	107
2.1. Концептуальные основы и финансовый механизм формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения.....	107
2.2. Методическое обеспечение актуарных расчетов при формировании фондов денежных средств для компенсации убытков (затрат) при травматизме.....	131
2.3. Совершенствование научно-методических подходов к управлению финансовыми ресурсами лечебного учреждения.....	141
Выводы ко второму разделу.....	152
РАЗДЕЛ 3. ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМА- ТИЗМА В РАМКАХ СМЕШАННОЙ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	158



3.1. Финансово-экономическая оценка убытков (затрат), обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом	158
3.2. Практические расчеты основных финансовых параметров функционирования компенсационных фондов	177
3.3. Разработка проекта Положения о внебюджетных средствах, привлекаемых для формирования и функционирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения	186
3.4. Разработка проекта Положения о Региональном фонде страховой медицины, предусмотренного в рамках смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения	193
Выводы к третьему разделу	200
ВЫВОДЫ	205
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	210
ПРИЛОЖЕНИЯ	227

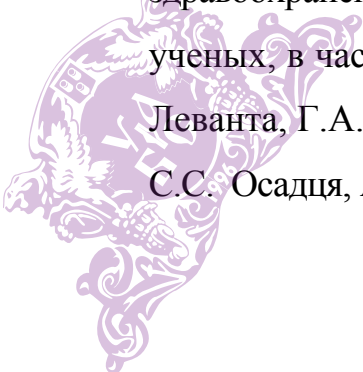


ВВЕДЕНИЕ

В условиях рыночной экономики Украины существенно возрастет роль страхования в общественном восстановлении, расширяется сфера страховых услуг, развиваются альтернативные государственному страхованию формы страховых услуг. В последние десятилетия особенное внимание уделяется развитию такой специфической функции страхования как предупреждение страхового случая. Реализация функции предупреждения страхового случая объективно предусматривает разработку соответствующего научно-методического обеспечения, усовершенствование механизма согласования и формирования новой концепции поведения страховой компании на рынке страховых услуг, в соответствии с которой она должна приобрести функцию владельца страховых (компенсационных) фондов, а приоритеты ее инвестиционной политики должны определяться задачей снижения вероятности наступления страхового случая.

Учитывая важность научно методического обеспечения процесса бюджетно-страхового финансирования лечебных учреждений возникает необходимость усовершенствования системы страхования травматизма, оценки потерь, обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом; определение нормативов компенсационных платежей лечебным учреждениям и гражданам, обусловленных временной потерей работоспособности в результате травматизма.

Фундаментальные теоретические, методологические, методические и практические аспекты страхования, социального страхования, страхования травматизма и бюджетно-страхового механизма финансирования органов здравоохранения нашли отображение в работах отечественных и зарубежных ученых, в частности: О.А. Гаманковой, О.Н. Голяченко, В.И. Евсеева, Н.А. Леванта, Г.А. Моткина, В.А. Паламарчука, Р.Л. Раяцкаса, Н.М. Римашевской, С.С. Осадця, А.М. Телиженко, В.В. Шахова и др.

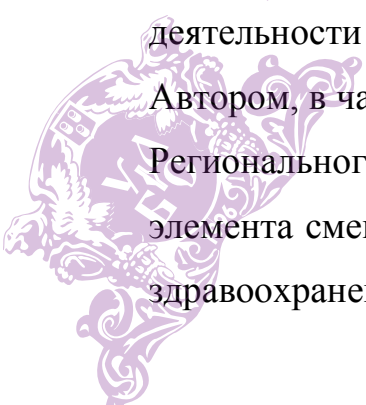


Учитывая имеющиеся результаты исследований научных работников и накопленный ими опыт, существующие научные исследования проблем страхования травматизма, формирования бюджетно-страхового финансирования лечебных заведений должны совершенствоваться, исходя из современных тенденций развития медицинского обеспечения населения, объективной необходимости согласования интересов общества, граждан, работодателей и лечебных заведений в обеспечении международных стандартов здоровья. Формирование целостного, комплексного и социально-ориентированного механизма страхования травматизма нуждается в следующем: дальнейшее совершенствование методических подходов к определению видовой структуры потерь граждан, лечебных заведений и работодателей, обусловленных травматизмом; обоснование принципов и методов формирования компенсационных фондов; определение роли и места страховых компаний в обеспечении механизма бюджетно-страхового финансирования лечебных заведений.

Актуальность перечисленных проблем, их практическое значение и недостаточное теоретическое исследование обусловили главную цель и задачи диссертационной работы.

Тематика диссертационного исследования входит в государственные, отраслевые, региональные научные программы и темы. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и техники. Материалы диссертационного исследования использованы при разработке программ “Формирование страхового рынка в Украине в контексте устойчивого развития” (номер государственной регистрации 0107U012113) и “Современные технологии финансово-банковской деятельности Украины” (номер государственной регистрации 0102U006965).

Автором, в частности, предложены и обоснованы подходы по формированию Регионального фонда страховой медицины как главного инфраструктурного элемента смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения.



Цель диссертационной работы заключается в усовершенствовании научно-методических подходов по формированию экономического механизма компенсации расходов лечебных учреждений и граждан, обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом, как необходимой предпосылки внедрения бюджетно-страховой системы финансирования лечебных заведений.

В соответствии с целью диссертационной работы были поставлены следующие основные задачи:

- исследовать роль и место страхования в общегосударственной системе мероприятий по профилактике травматизма;
- провести системный анализ существующих форм и методов компенсации расходов, обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом;
- определить видовую структуру и разработать методические подходы к определению расходов, обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом;
- определить порядок расчета, значения и факторы, которые влияют на нормативы компенсационных платежей на государственном (лечебные учреждения) и субъектно-индивидуальном (граждане) уровнях;
- исследовать факторы, которые определяют вероятность наступления страхового случая дорожно-транспортного и производственного травматизма;
- разработать и обосновать методический подход к расчету нетто-ставок страховых (компенсационных) платежей;
- разработать и обосновать модель оптимизации нетто-ставок страховых платежей с учетом реализации функции предупреждения страховых случаев;
- исследовать организационно экономические предпосылки внедрения смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения.



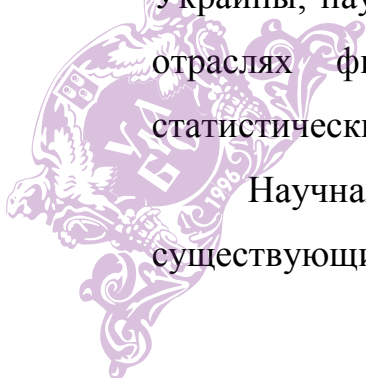
Объектом исследования являются процессы оценки деятельности страховых компаний Украины, механизм возмещения и предупреждения выплат по страховым событиям.

Предметом исследования являются социально-экономические отношения, которые возникают между государством, страховыми компаниями, предприятиями и гражданами при организации и реализации системы бюджетно-страхового финансирования лечебных учреждений.

Теоретическую основу диссертационного исследования составили фундаментальные труды и прикладные разработки отечественных и иностранных ученых в отрасли экономики социальной сферы, финансов и страхования. При проведении диссертационного исследования были использованы: методы системно-структурного и сравнительного анализов – при исследовании страхового рынка, анализе и классификации направлений теоретических исследований социально-экономического развития, исследовании типологии и классификации методов формирования компенсационных фондов; экономико-статистические методы – при определении вероятности наступления страховых случаев дорожно-транспортного и производственного травматизма; при определении нетто-ставок страховых платежей с учетом функции предупреждения страховых случаев; методы моделирования прогнозирования – при проведении практических расчетов относительно формирования компенсационных фондов.

Информационную базу исследования составили: правовые и нормативные акты Верховной Рады Украины, Кабинета Министров Украины, Министерства финансов Украины, Министерства здравоохранения Украины; научные труды ведущих отечественных и иностранных ученых в отраслях финансов, страхования и экономики социальной сферы; статистические данные, собранные непосредственно автором.

Научная новизна полученных результатов заключается в развитии уже существующих, а также разработке и обосновании новых теоретических и



методических положений, которые в комплексе определяют концептуальные основы и организационно экономические формы страхования травматизма в рамках бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений.

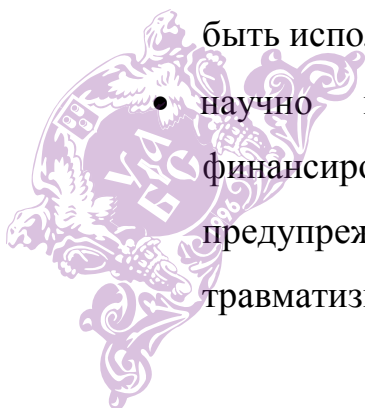
Наиболее значительными научными результатами диссертационного исследования являются следующие:

впервые:

- разработаны модели линейного программирования, которые позволяют рассчитать наиболее эффективные варианты объема и структуры реабилитированных больных при фиксированном объеме ресурсного обеспечения лечебных учреждений, а также минимизировать расходы лечебных учреждений в условиях ресурсных ограничений;
- разработана модель оптимизации размеров нетто-ставок компенсационных платежей, которая отличается от существующих тем, что учитывает состав, видовую структуру и потери граждан в доходной и расходной частях семейного бюджета, обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом. Разработанная модель позволяет учитывать интересы четырех сторон: организаций-плательщиков, лечебных учреждений, страховых компаний и граждан, а также научно-методический подход к определению, на их основе, размера компенсационных фондов возмещения расходов лечебных учреждений;

усовершенствованно:

- зависимость вероятности наступления случаев дорожно-транспортного и производственного травматизма от возраста граждан, который может быть использован при осуществлении актуарных расчетов;
- научно методические подходы к определению эффективности финансирования превентивных мероприятий, направленных на предупреждение производственного и дорожно-транспортного травматизма как для страхователя, так и для страховщика;



- научно методические подходы к определению нормативов компенсации расходов ортопедо-травматологических отделений лечебных учреждений (базовых и усредненных за категориями повреждений). Предложенные подходы отличаются от существующих тем, что позволяют учитывать вид травмы, тяжесть повреждения, вековую категорию граждан, стандарты на лечение, вероятность обращений за врачебной помощью;

получили дальнейшее развитие:

- организационно-экономический механизм формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений. В частности, сформулированы принципы ее эффективного функционирования, механизм деления функций и финансовых потоков в рамках данной системы, разработаны рекомендации относительно организационного, методического и нормативного обеспечения формирования субвенциальных страховых фондов;
- теоретико-методические подходы к определению цены медицинской помощи амбулаторному и стационарному пациенту, которые ориентированы на каждый частный случай.

Практическое значение полученных результатов заключается в том, что основные положения, изложенные в диссертации, доведены до уровня методических разработок и практических рекомендаций. Они могут использоваться на практике при формировании смешанной бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений.

В диссертационной работе выполнены расчеты базовых нормативов компенсации потерь, обусловленных временной потерей работоспособности в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма как на субъектно-индивидуальном (граждане), так и на государственном (медицинские учреждения) уровне, которые дифференцированы по категориям повреждений и половозрастным признаками. В работе получены конкретные статистические зависимости вероятности наступления дорожно-транспортного и производственного травматизма, что в комплексе с базовыми

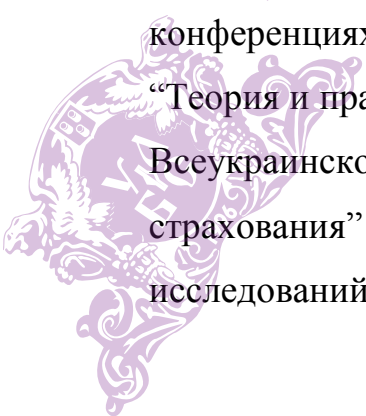
нормативами компенсации расходов служат информационной базой для расчетов нетто-ставок страховых платежей.

Полученные результаты диссертационного исследования, в частности, практические рекомендации относительно оптимизации ставок страховых платежей с учетом интересов граждан, предприятий и страховых компаний, могут быть использованы на разных уровнях управления государственными органами и страховыми компаниями в практической деятельности, а также при усовершенствовании государственной политики социальной защиты граждан.

Научные и методические положения диссертационного исследования используются на предприятиях: ЗАО “Страховая компания “Украинская страховая группа” (справка от 21.11.2006 № 03/1986), ОАО “Крымская страховая компания” (справка от 18.05.2007 № 108-75), ЗАО Страховая компания “Энергорезерв” (справка от 17.02.2007 № 25-38В), Ассоциация “Страховой бизнес” объединения участников страхового рынка Украины (справка от 10.12.2007 № 398/26).

Диссертационная работа является самостоятельно выполненным научным трудом, в котором изложен авторский подход к разработке теоретических основ и практических методов страхования травматизма как основе формирования бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений, а также предоставлены конкретные выводы и рекомендации. Из научных трудов, опубликованных в соавторстве, в диссертационной работе использованы только те положения, которые являются результатом личного исследования автора.

Научные и практические положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на научных и научно-практических конференциях и семинарах, в частности: Первой всероссийской конференции “Теория и практика экологического страхования” (июнь в 1995 г., г. Москва); Всеукраинском семинаре “Особенности организации медицинского страхования” (г. Киев, в 1997 г.); семинаре Центра экономических исследований и Центра содействия рыночным реформам “Страховые



11
организации: налогообложение и бухгалтерский учет” (г. Киев, в 1998 г.),
Международной научно-практической конференции “Экономическая
политика и сотрудничество регионов Украины и России: проблемы
и перспективы” (г. Сумы, в 1998 г.), Всеукраинской научно-практической
конференции “Актуальные проблемы финансов, денежного обращения и
кредита” (г. Киев, в 2000 г.), Всеукраинской научно-практической
конференции “Проблемы и перспективы развития банковской системы
Украины” (г. Сумы, в 2000 г.).

Основные результаты диссертационного исследования опубликованы в
11 научных трудах общим объемом 12 печ. л. (из них лично автору
принадлежит 8,5 печ. л.), среди которых: 1 монография, опубликованная в
соавторстве, 2 учебных пособия, 6 статей в профессиональных изданиях.

Диссертация состоит из вступления, трех разделов, выводов, списка
использованных источников из 196 наименования и дополнений. Общий
объем диссертации – 242 страницы, в том числе: 27 таблиц на 17 страницах, 7
рисунков на 5 страницах, 3 приложения на 16 страницах, список
использованной литературы на 17 страницах.



РАЗДЕЛ 1

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМАТИЗМА

1.1. Анализ сущности, принципов и методов реализации финансовой компенсационной политики в здравоохранении

Наиболее часто в отечественной и зарубежной литературе компенсационная политика рассматривается в контексте ее роли и места в совершенствовании системы управления природопользованием, однако нам представляется важным сделать акцент еще на одном ее важном аспекте, а именно – на возможности применения общих принципов определения размеров компенсационных платежей для целей обоснования нормативов формирования местных бюджетов в части ассигнования расходов системы здравоохранения. В последнее время появились отдельные фундаментальные разработки [88, 103, 159, 160] в части методологического, правового и методического обеспечения механизма компенсации вреда здоровью населения вне рамок прямой юридической ответственности.

Уже сама постановка задачи компенсации вреда здоровью населения связана с решением целого ряда проблем не только нормативно-правового, но и, прежде всего, категорийного-понятийного характера. Здесь необходимо четко определить само понятие «компенсационная политика в здравоохранении», выделить его содержание и экономический смысл.

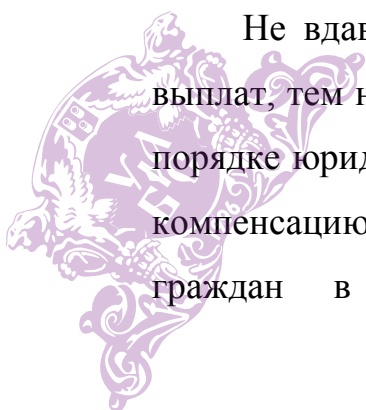
В соответствии с Постановлением Верховной Рады Украины "Про основні напрямки бюджетної політики на 2006 рік" основное внимание планируется уделить увеличению самостоятельности региональных и местных органов власти и разработке эффективных механизмов формирования местных бюджетов. Однако, к сожалению, отсутствие на практике нормативно-методической базы ставит под сомнение как

обоснованность доли бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, так и непосредственно исполнение самого бюджета. Разумеется, в условиях общего кризиса экономики, основная причина снижения уровня финансирования сферы здравоохранения заключается не столько в отсутствии нормативов, сколько в отсутствии собственно денежных средств. Тем не менее, активизация работ в части обоснования нормативно-методической базы формирования бюджетов позволит определить возможную структуру финансирования здравоохранения с учетом альтернативных источников, определить эти источники и собственно механизм финансирования. На наш взгляд, одним из таких источников должны стать и компенсационные платежи за причинение ущерба здоровью населения в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма.

Анализируя опыт зарубежных стран в части компенсации вреда, причиненного травматизмом, можно выделить несколько аспектов компенсационной политики: правовой, организационно-процедурный и методический [192, 193, 194, 195].

Правовой аспект предполагает законодательное закрепление организационных и процедурных основ компенсации вреда, принятых в том или ином государстве, или, другими словами – четкое нормативное определение ответов на вопросы: кто платит, кому платит, в каких случаях платит. Многовариантность подходов к решению этих вопросов на законодательном уровне предопределяет существующее различие в реальных механизмах взимания компенсационных платежей в различных странах [15, 63, 91, 107, 108, 167, 176].

Не вдаваясь в детальный правовой анализ статуса компенсационных выплат, тем не менее следует отметить, что различают компенсацию вреда в порядке юридической ответственности за противоправные действия, а также компенсацию дополнительных затрат как лечебных учреждений, так и граждан в рамках роста общей заболеваемости, обусловленной

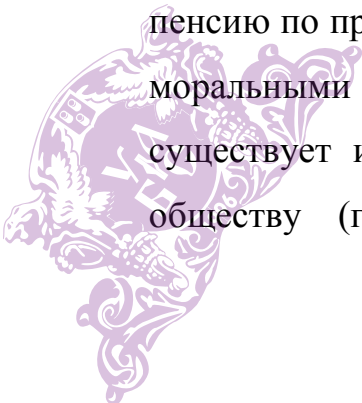


травматизмом. Поскольку в системе правовой ответственности различают два вида воздействия на организм человека: правомерное и противоправное, то, соответственно, таким же образом дифференцируется и вред. Пределы правомерности причиняемого вреда в каждом отдельном случае устанавливаются законом на основе требований нормального производственного риска. Он допускает вероятность функционирования производственной системы, не исключаящую возникновения угрозы для здоровья человека. Превышение пределов этого риска, связанное либо с умышленным нарушением законов, стандартов, норм и требований, либо с проявлением небрежности в работе, служит необходимым основанием для привлечения к юридической ответственности и взыскания причиненного вреда.

Правомерно допускаемый вред не нарушает законодательство и не влечет юридической ответственности. Однако по мере своего накопления он вызывает негативные изменения, наносит ущерб экономике, здоровью людей. Возникает закономерный вопрос: кто и каким образом должен компенсировать дополнительные затраты, вызванные ухудшением здоровья человека? Как правило, такая компенсация осуществляется в порядке экономической ответственности предприятий.

В отличие от юридической ответственности, возникающей по факту нарушения закона, экономическая ответственность исходит из факта причинения даже правомерно допускаемого вреда.

Прежде всего, говоря о вреде здоровью населения, следует понимать, что этот вред вообще-то не подлежит полной компенсации и возмещению. Нельзя вернуть здоровье человеку, к примеру, досрочно вышедшему на пенсию по причине приобретения профзаболевания. Однако, наряду с сугубо моральными потерями, не поддающимися однозначной стоимостной оценке, существует и экономический вред как конкретному индивидууму, так и обществу (государству) в целом, поэтому при разработке порядка

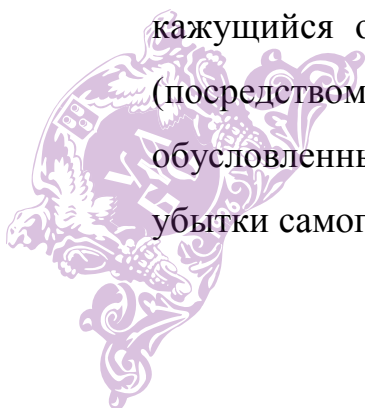


компенсации вреда, вероятно, необходимо подразумевать исключительно экономический вред [95, 116, 182].

В свою очередь, экономический вред, сопряженный с воздействием на здоровье населения, должен оцениваться на нескольких уровнях: с позиций самого заболевшего и его семьи; с позиций предприятия, где он работает; с позиций лечебного учреждения; с позиций национальной экономики в целом. Другими словами, один и тот же материализованный в виде потери трудоспособности фактор травматизма предопределяет различные по стоимостной оценке и субъектно-хозяйственному уровню потери. Причем, эти разноуровневые локальные потери (затраты) не подлежат суммированию. Таким образом, фраза "компенсация вреда, причиненного здоровью населения" без указания уровня локализации вреда абсолютно ничего не значит.

Государство, являясь своеобразным посредником между предприятиями и гражданами конституционно гарантирует последним право на благоприятные условия труда и охрану здоровья и создает законодательно-нормативную и управленческую систему для обеспечения безопасной работы предприятий.

Одним из элементов этой системы являются платежи за загрязнение окружающей среды в рамках нормального экологического риска. В основу нормативов платы, выполняющей восстановительно-компенсационную функцию, положен экономический ущерб, в том числе и в связи с заболеваемостью населения. Предприятие, не нарушая установленных законом экологических требований и "расплатившись" за причиняемый ущерб, на первый взгляд, никому ничего больше не должно. Однако этот кажущийся очевидным тезис небесспорен. Дело в том, что предприятие (посредством платежей за загрязнение) компенсировало потери государства, обусловленные ухудшением здоровья населения, но не экономические убытки самого населения.

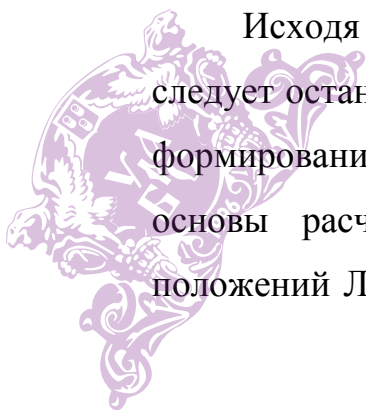


Данное положение, на наш взгляд, является основой для пояснения не только правовой сущности понятия «экономическая ответственность», но и дает возможность определить собственно экономическое ее содержание. Как нам представляется, основные положения системы платежей за загрязнение окружающей среды могут быть приняты в качестве базы при разработке системы компенсации убытков (затрат), обусловленных травматизмом. Во всяком случае, сам финансовый механизм данной системы заслуживает внимательного изучения.

Система платежей за загрязнение окружающей среды и научно-методическая база ее введения является, по сути, одним из наиболее разработанных экономических методов управления природопользованием в Украине. Определение "система" здесь правомерно использовать потому, что данный метод управления носит комплексный, системный характер. Система платежей включает в себя не только экономическую ответственность за размещение в окружающей среде различных видов загрязнителей, но и предусматривает целостный механизм финансовых возможностей предприятий-загрязнителей и государства (в лице местных органов самоуправления). Четкое законодательное определение статуса внебюджетных экологических фондов, источников их формирования и порядка использования финансовых ресурсов, правовой ответственности за невыполнение положения о плате за загрязнение, позволяет говорить о комплексности всего механизма.

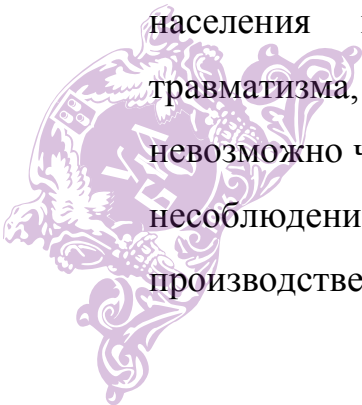
Вместе с тем, система платежей вообще и порядок формирования (использования) средств внебюджетных экологических фондов в частности, имеют, на наш взгляд, ряд существенных недостатков.

Исходя из цели и задач настоящего диссертационного исследования, следует остановиться на одном из них – собственно методологии и методике формирования средств внебюджетных экологических фондов, а значит – и основы расчета ставок платежей. В работе [28] приводится критика положений Луганской школы экономики природопользования и отмечается,



что поскольку, согласно правовым основам, ущерб может быть причинен только конкретному субъекту (гражданину или юридическому лицу), то и возместить все потери виновный обязан непосредственно потерпевшему. На основании этого делается вывод, что взыскание платы за загрязнение в фонд местного Совета любого уровня на основе концепции возмещения ущерба при наличии конкретных потерпевших юридически несостоятельно. В условиях рыночной экономики, существования альтернативных форм собственности предприятий и территорий рассчитать экономический ущерб, причиняемый государству, а, следовательно, и сумму компенсаций, не зная размеров ущерба, причиненного конкретному субъекту хозяйствования, практически невозможно. За такое понимание экономико-правовой сущности платежей авторы и критикуют представителей Луганской школы. Вместе с тем, на наш взгляд, Луганская школа более правильно понимает природу системы платежей. В приведенном выше положении можно не согласиться только с одним категорическим отрицанием: возражением против аккумуляции средств на счете внебюджетного фонда. Суть, на наш взгляд, заключается не в том, где аккумулируются ресурсы, а в том, на какой основе и как они используются. Наиболее ценным нам видится то положение Луганской школы, в соответствии с которым просматривается целевой характер как формирования, так и использования ресурсов фонда. Другими словами, в основе методологии Луганской школы заложена компенсационная политика, которая как раз и основана на определении конкретных потерь (дополнительных затрат, непроизводительной траты ресурсов) конкретного субъекта.

Вместе с тем, в случае компенсации вреда, причиненного здоровью населения вследствие дорожно-транспортного и производственного травматизма, затраты, связанные с повышенной заболеваемостью населения, невозможно четко разделить и определить, вызваны ли они соблюдением или несоблюдением промышленным предприятием требований охраны труда или производственной санитарии? Другими словами, с точки зрения конкретного



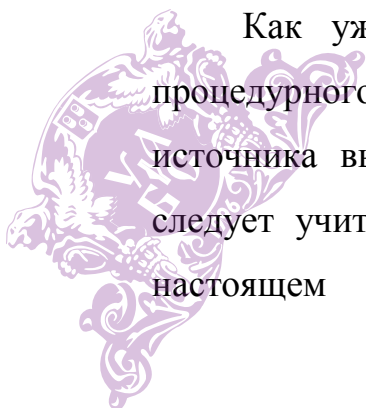
гражданина, нет никакой разницы, в результате какого действия предприятия имеет место заболеваемость и, как следствие – дополнительные расходы на лечение.

Принципиальным также является вопрос об установлении источников компенсационных платежей. В общем виде плательщиками могут выступать не только конкретные предприятия (юридические лица), но и государство, являющееся гарантом соблюдения соответствующих норм и нормативов. Кроме того, компенсация может выплачиваться за ущерб конкретному индивидууму (физическому лицу), частной фирме или предприятию (юридическому лицу), а также за убытки, причиненные государству, обществу в целом.

Организационно-процедурный аспект компенсационных платежей регулирует вопросы экономической и правовой обоснованности тех или иных притязаний на выплату и порядок ее осуществления. В частности, оговариваются условия доказательности понесенных убытков и правовые формы возмещения вреда (бесспорные платежи, исковое делопроизводство, выплаты через страховые компании, налоги и т.д.).

Методический аспект проблемы заключается в установлении размеров причиненного вреда. Для этого могут использоваться оценки убытков прямым счетом, а также нормативные методы. Большое значение в этой связи имеет регламентация форм опосредования вреда (прямые убытки, дополнительные затраты на возмещение, упущенная выгода). Следует также учитывать, что в разных странах сходные по своей экономико-правовой сущности платежи имеют различное название (плата за загрязнение, плата за ущерб, экологический налог и др.).

Как уже отмечалось выше, основным вопросом организационно-процедурного аспекта компенсационных платежей является установление источника выплат, т.е., по существу, определение виновного. При этом следует учитывать, что ответственность за вред, о котором идет речь в настоящем диссертационном исследовании, квалифицируется как



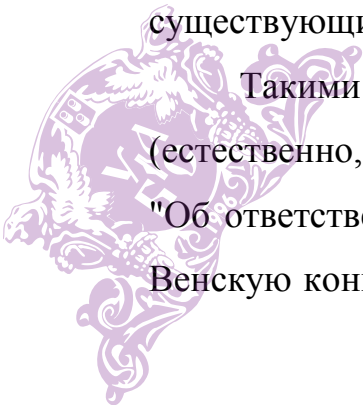
объективная, устанавливаемая по факту вреда без его причинителя; восстановительно-компенсационная; экономическая (причинение вреда при правомерных действиях). Иными словами, более точно цель можно сформулировать как компенсацию (возмещение) вреда по факту его возникновения при отсутствии противоправных действий и причинителя вреда.

Если сказанное верно, то встает закономерный вопрос: кто же в таком случае должен являться субъектом ответственности? По нашему мнению, ответ на этот вопрос однозначен – им должно быть государство. Однако для более детального изучения вопроса все же необходимо разобраться во взаимоотношениях предприятий (обезличенных причинителей вреда), государства и конкретного гражданина.

Рассматривая производственный процесс в чистом виде, подразумевают, что все издержки производства учитываются и возмещаются через цены на основную продукцию. На практике в большинстве случаев производственный и дорожно-транспортный травматизм порождает некомпенсируемые издержки в социальной сфере, т.е. возникает ситуация, когда издержки производства "переносятся" на объекты, непосредственно не участвующие в производственном процессе. При этом создается искаженное представление об эффективности производства: его издержки фактически оказываются заниженными.

Понятие "невозможность установления причинителя вреда" имеет не столько технический, сколько юридический смысл. Для решения проблемы определения субъекта, ответственного за причинение вреда здоровью населения, логично воспользоваться принципом аналогий, т.е. исследовать существующие правовые нормы, регламентирующие подобные ситуации.

Таковыми правовыми документами, обладающими признаками подобия (естественно, до известной степени), можно считать Парижскую конвенцию "Об ответственности перед третьей стороной в области ядерной энергии" и Венскую конвенцию "О гражданской ответственности за ядерный ущерб". В

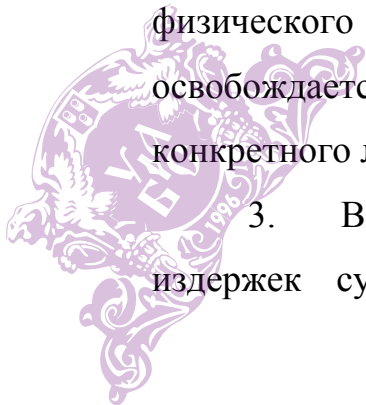


соответствии с этими документами, для обеспечения и защиты интересов жертв ядерной аварии пользователь ядерной установки считается объективно и исключительно ответственным (вне зависимости от всех прочих обстоятельств) за любую аварию или несчастный случай, произошедшие как на самой установке, так и связанные с перевозкой радиоактивного топлива или его отходов. Такое сужение ответственности освобождает пострадавших от необходимости доказывать факт ответственности конкретного лица за аварию и определять это лицо, а производителей и перевозчиков радиоактивных веществ – от необходимости заключать особые, частные договора страхования. Исходя из объекта данного диссертационного исследования, здесь содержится три важных положения, а именно:

1. Поскольку функционирование промышленных предприятий и дорожно-транспортной системы осуществляется в рамках нормативных требований, определенных государством, очевидно, что правомерным будет считать, что объективную и исключительную ответственность за функционирование предприятия должно взять на себя государство. Такая ответственность обусловлена тем, что только государство определяет правовую основу и дает разрешение на функционирование предприятия. В том случае, если государство не считает возможным брать на себя ответственность за последствия деятельности предприятия, оно (на основании законодательных актов и в соответствии с процедурой) приостанавливает или закрывает деятельность предприятий, что снимает рассматриваемую нами проблему как таковую.

2. В том случае, если зависимость травматизма и профзаболеваний населения определена в установленном порядке, а болезнь конкретного физического лица констатирована во врачебном порядке, то пострадавший освобождается от необходимости доказывать факт ответственности конкретного лица и определять это лицо.

3. Вполне очевидно, что с целью снижения транзакционных издержек субъекты хозяйствования должны быть освобождены от



необходимости заключать особые, частные договора компенсационных выплат. В данной ситуации целесообразно определить общий и универсальный порядок страхования гражданской ответственности или иной формы компенсации вреда, нанесенного здоровью населения [161].

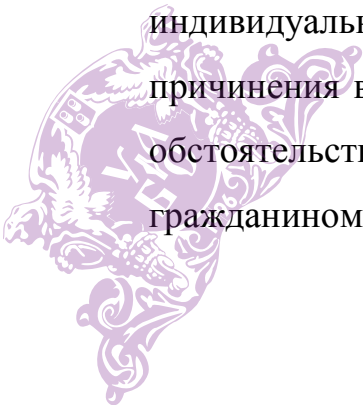
Исходя из представленного выше анализа, мы считаем необходимым несколько уточнить экономическое содержание понятия «государственная компенсационная политика в здравоохранении» и понимать ее как систему мер по смешанному бюджетно-страховому финансированию затрат лечебных учреждений и компенсации убытков граждан.

Анализ форм возмещения вреда показал, что наиболее вероятными формами компенсации вреда здоровью населения могут быть:

- компенсация в порядке искового судопроизводства;
- компенсация в беспорном порядке на основании медицинского заключения;
- компенсация в порядке медицинского страхования.

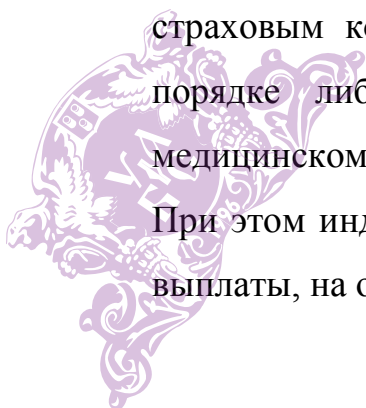
Возможны также взаимодополнения одной формы другой, а также их смешанный порядок.

Механизм возмещения вреда здоровью населения в исковом порядке может быть применен в случае, когда не определен источник, вызвавший травматизм. При этом длительность болезни граждан, а также ее тяжесть могут значительно отличаться от некоторых средних значений. Соответственно имеют значительное отклонение от средних значений и затраты, обусловленные болезнью граждан. Исходя из этого, применение в качестве базы определения размеров компенсационных выплат некоторых осредненных нормативов недопустимо, т.к. они не отражают фактических индивидуальных затрат. Определение структуры и величины убытков от причинения вреда здоровью должно осуществляться на анализе конкретных обстоятельств и учитывать индивидуальные потери, понесенные конкретным гражданином в результате болезни.



Основанием для вынесения судом решения о возмещении вреда здоровью от загрязнения окружающей среды должен служить акт медицинского освидетельствования, проводимого государственным медицинским учреждением. Размер компенсационных выплат утверждается в судебном решении и определяется на основании документов, подготовленных истцом. При этом, затраты на медицинское обслуживание и реабилитацию, затраты на медикаменты, затраты на платные медицинские услуги, затраты на санаторно-курортное лечение, должны определяться исходя из нормативов, обеспечивающих полное восстановление здоровья или покрывающие полные объемы затрат на поддержание здоровья в случае наступления инвалидности. В акте медицинского освидетельствования, кроме установления диагноза, тяжести заболевания и необходимого срока лечения, должен быть подтвержден факт расстройства здоровья с указанием конкретной причины. При этом гражданин не обязан доказывать зависимость факта травматизма от действия или бездействия третьих лиц. Такие исследования должны проводиться (по требованию гражданина) медицинским учреждением во взаимодействии с компетентными органами: санитарно-эпидемиологическим надзором, ВТЭК и др. В случае, если установлено, что расстройство здоровья наступило в результате халатного поведения самого пострадавшего, компенсация не выплачивается, а затраты учреждений, проводивших соответствующие исследования, возмещаются за счет истца.

Компенсационные выплаты производятся исключительно на основании исполнительного документа суда путем списания с соответствующих счетов местных внебюджетных фондов или фондов, переданных в управление страховым компаниям. Выплаты могут производиться в единовременном порядке либо путем выплаты ежемесячных сумм до указанного в медицинском заключении срока переосвидетельствования, либо пожизненно. При этом индексация сумм выплат производится органами, производящими выплаты, на основании утвержденных Законодателем нормативов.

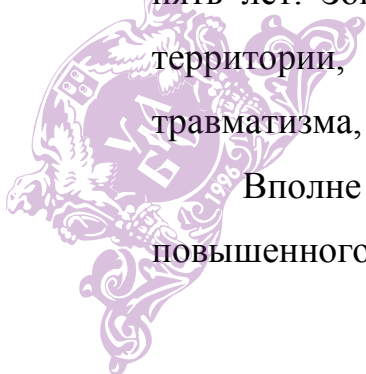


При массовом причинении вреда населению компенсационные выплаты должны производиться также на основании судебного решения. При этом для упрощения процедуры медицинского освидетельствования целесообразно предоставлять осредненные значения по продолжительности болезни и размерам расходов на лечение. Составление списка пострадавших также должно быть вменено в обязанности медицинских учреждений, в частности – органов ВТЭК.

Источником компенсационных выплат могут быть средства внебюджетных фондов. Высказываясь за внебюджетное аккумулирование компенсационных ресурсов, мы понимаем и определенные недостатки такого подхода. Действительно, как показывает мировая практика, формирование внебюджетных фондов осуществляется, как правило, только в странах со стабильным экономическим положением. Средства внебюджетных фондов не участвуют в компенсации дефицита и, по сути, разрывают его. Учитывая то, что средства внебюджетных фондов могут направляться на финансирование социальных программ, вполне вероятна ситуация дублирования: одни и те же программы финансируются и из бюджета, и из внебюджетных фондов. Кроме того, государственный контроль за платежами в бюджет обычно достаточно хорошо налажен, чего нельзя сказать в отношении платежей во внебюджетные фонды.

Как правило, механизм бесспорного возмещения вреда здоровью населения рекомендуется применять в зонах хронического повышенного действия травмообразующих факторов. Под такими зонами понимаются территории городов, районов, регионов с устойчивым повышенным уровнем травматизма, превышающем среднегодовые показатели за последние три-пять лет. Зонами экстремально высокого уровня травматизма признаются территории, на которых зарегистрировано резкое увеличение уровня травматизма, производственных аварий и катастроф, стихийных бедствий.

Вполне очевидно, что как в первом, так и во втором случае источник повышенного травматизма может быть установлен вполне определенно.



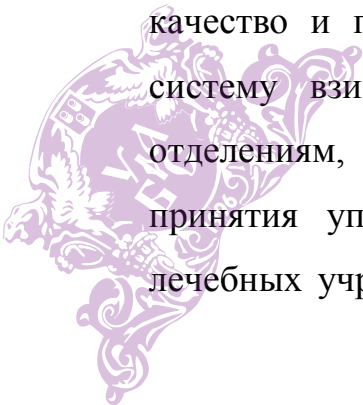
Кроме того, на наш взгляд, регулирование отношений между государством и потерпевшими в результате крупных аварий и катастроф, таких, например, как авария на Чернобыльской АЭС, должно осуществляться на основании отдельных специальных законодательных актов.

Определение структуры и величины убытков (затрат) от причинения вреда здоровью должно осуществляться на основании нормативов, осредненных по группам болезней.

В качестве альтернативы формирования фондов компенсационных ресурсов и непосредственных выплат как гражданам, так и лечебным учреждениям, может служить бюджетно-страховой механизм, который сейчас разрабатывается, в том числе, и отечественными специалистами (например, украинским медицинским страховым бюро).

В контексте рассматриваемой проблемы особую актуальность приобретает создание коммерческих лечебных учреждений, в частности – поликлиник. По нашему мнению, они должны являться самостоятельными структурными единицами системы здравоохранения, юридическими лицами, имеющим самостоятельный баланс, свой расчетный счет, печать. Для придания официального статуса медицинским документам, выданным специалистами данных лечебных учреждений, они должны заключать эксклюзивные договора с городскими властями.

По нашему мнению, коммерческий характер финансирования такого рода поликлиник позволит им приобрести целый ряд преимуществ по сравнению с государственными, в частности: возможность гибко реагировать на изменение нужд пациентов, привлекать специалистов более высокой квалификации, внедрять гибкую систему оплаты труда, стимулирующую качество и производительность, создавать простую, хорошо отлаженную систему взимания оплаты за услуги, прослеживать путь дохода по отделениям, врачам, процедурам, иметь достаточную автономию для принятия управленческих решений и пр. Опыт создания такого рода лечебных учреждений уже существует. В частности, в работе [126] описан



механизм функционирования городской хозрасчетной поликлиники в Одессе и на этом примере продемонстрирована эффективность такой формы финансирования органов здравоохранения.

На наш взгляд, описывая безусловные преимущества коммерческих лечебных учреждений, нельзя недооценивать, что при внедрении в медицинскую практику такого рода поликлиник не преодолено основное экономическое противоречие: поскольку государство взимает налог, постольку налогоплательщик вправе требовать предоставления соответствующих услуг. Если государство не в состоянии предоставить ему такие услуги, оно должно отказаться от взимания налога, предоставив возможность организовать альтернативные механизмы аккумуляции финансовых ресурсов и использование их на цели здравоохранения. В этом отношении страхование заключается, кроме всего, в авансовой форме выплат страховых премий, включении механизма депозитария и вероятностного характера обращения за медицинской помощью. При этом гражданин сам определяет размер страхового полиса и, соответственно, объем и качество медицинской помощи.

По прогнозам Министерства здравоохранения Украины, полноценно система страховой медицины будет внедрена в нашей стране до 2009 г.

Законодательная база развития медицинского страхования в Украине была заложена с принятием Закона "О страховании" и "Основ законодательства Украины об общеобязательном государственном социальном страховании". Начиная с 1997 г. некоторыми страховыми компаниями было начато внедрение системы медицинского страхования (преимущественно по отношению к гражданам, отдыхающим в Крыму). Указом Президента Украины от 14 ноября 2000 г. был внедрен эксперимент относительно обязательного социального медицинского страхования в городе Киеве и Киевской области. В 2002 году Верховная Рада приняла во втором чтении проект Закона Украины "Об общеобязательном государственном социальном медицинском страховании". В июне 2004 года

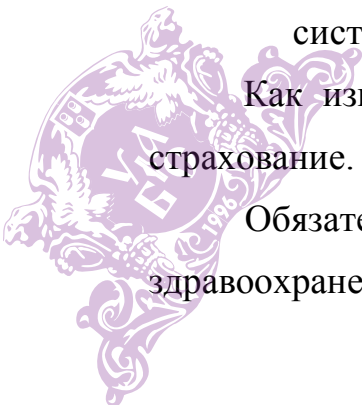
депутаты Верховной Рады внесли в Раду законопроект "Об обязательном медицинском страховании граждан", который предполагал установление государственных гарантий относительно объемов и критериев качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам [44, 45, 46].

В 2004 г. стартовал важнейший проект ЕС «Финансирование и управление в сфере здравоохранения в Украине», бюджет которого составил 4 млн. евро. Его основная цель состоит в содействии развитию эффективной и действенной системы здравоохранения, реформирование которой основано на создании и внедрении института социального медицинского страхования. Реализация данного проекта предусматривает решение следующих основных задач:

- анализ действующей системы медицинского обслуживания;
- внедрение двух пилотных проектов в Харьковской и Житомирской областях для наработки передового опыта;
- разработка и испытание на практике ключевых составляющих системы медицинского страхования;
- обоснование содержания гарантированного пакета медицинских услуг, который должен предоставляться за счет публичных финансовых ресурсов;
- внедрение в учреждениях здравоохранения новых финансовых и административных процедур, способных обеспечить повышение эффективности медицинского обслуживания и качества его услуг;
- комплексная подготовка специалистов в области управления и финансирования здравоохранения, а также медицинского страхования;
- разработка стратегических планов и бизнес-планов организации системы медицинского страхования.

Как известно, различают обязательное и добровольное медицинское страхование.

Обязательное медицинское страхование как источник финансирования здравоохранения обладает целым рядом преимуществ, таких как: целевой



характер, независимость от государства в процессе финансирования, обособленность от прочих видов государственных средств. Кроме того, объем отчислений на обязательное медицинское страхование не имеет прямого влияния на объем предоставляемых медицинских услуг. Тем не менее, недостатками данного вида страхования можно считать: возможность уклонения плательщиков от отчислений, повышение стоимости рабочей силы и связанное с этим снижение конкурентоспособности экономики государства, зависимость от темпов экономического развития, необходимость создания соответствующих регуляторных органов, а также недостаточная экономическая база, поскольку, как правило, отчисления осуществляются только из фонда заработной платы.

Начиная с 2004 г. в Украине активно ведутся дискуссии о том, какая конкретно концепция внедрения обязательного медицинского страхования должна быть использована в нашей стране. Наиболее часто обсуждаются и противопоставляются друг другу две полярные концепции законопроектов: социального и обязательного гражданского медицинского страхования, основные положения которых систематизированы в таблице 1.1.

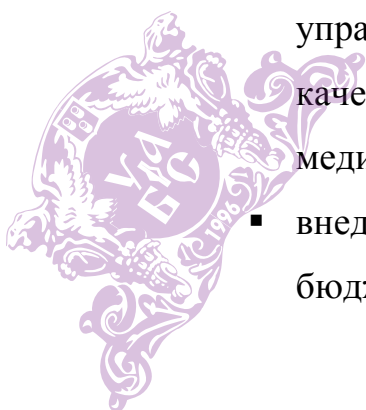
Таблица 1.1

Сравнение основных концепций существующих законопроектов по
обязательному медицинскому страхованию в Украине

Законодательная база, ориентированная на модель социального страхования	Законодательная база, ориентированная на модель обязательного гражданского страхования
Солидарный принцип финансирования (богатый платит за бедного и нетрудоспособного)	Регрессивный характер формирования фондов (более бедные слои населения платят относительно больше, чем богатые)
Универсальная программа услуг для всей застрахованной совокупности лиц (справедливость)	Разные программы в зависимости от суммы страховки
Неконкурентная универсальная страховая система, которая вызывает селекцию страховых рисков и влияние на справедливость	Создание конкурентных страховых рисков, что негативно отражается на организации медицинского и фармацевтического обслуживания хронических больных и пожилых граждан
Относительно простой механизм управления системой	Сложный с точки зрения реализации механизм управления

По нашему мнению, для активизации внедрения системы обязательного медицинского страхования в Украине следует предпринять ряд мероприятий по нормативному и организационному регулированию, а именно:

- достижение политического консенсуса относительно модели обязательного медицинского страхования;
- внесение изменений в статью 49 Конституции Украины или новое толкование ее положений Конституционным Судом;
- формирование нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования, учитывающей современную методологию медицинского страхования и методики расчета страховых тарифов;
- создание финансовых стимулов для медицинских и аптечных учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования;
- внедрение стратегий медицинского аудита, клинического управления и прогрессивных форм оплаты медицинских услуг;
- разработка и утверждение стандартов качества, построенных на принципах доказательной медицины;
- внедрение финансовых стимулов для организаций, предоставляющих медицинские услуги (изменение статуса государственных и коммунальных учреждений здравоохранения, переход к системе государственных закупок медицинских услуг на договорной основе);
- внедрение стратегий медицинского аудита и клинического управления, направленных на обеспечение баланса между качеством, экономической и социальной эффективностью системы медицинского обслуживания;
- внедрение новых, более прогрессивных, в отличие от постатейного бюджета, форм оплаты медицинских услуг.



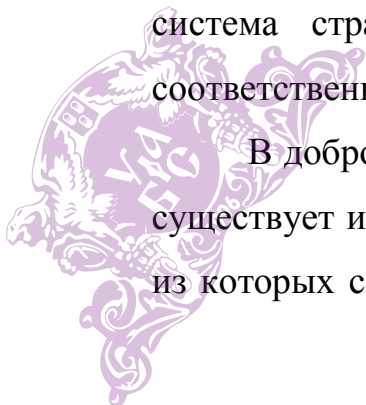
Что касается добровольного медицинского страхования как источника поступления средств в систему здравоохранения, следует отметить такие его преимущества, как: возможность удлинения контрактов, взаимосвязь между объемом выплат и объемом получаемых медицинских услуг. Если говорить о недостатках этого источника поступления средств, то в первую очередь, следует отметить, что для обеспечения адекватного контроля по объему отчислений необходимо образовать специальные контролирующие органы. Кроме того, имеется целый ряд недостатков и с точки зрения обеспечения социальной справедливости: селекция рынков, в частности, отсев группы риска (население с высоким риском заболевания будет не застрахованным); селекция по уровню доходов (более обеспеченные категории населения получают преимущества при страховании).

Наиболее распространенными являются две системы добровольного медицинского страхования: непрерывная (накопительная) и рисковая.

Суть первой заключается в том, что страховой платеж вносится периодически, страхователь сам распоряжается суммой, находящейся на его счете в страховой компании, с которой он заключил договор об определенном виде страхования, страховым полисом страхователя вправе пользоваться третье лицо (тогда как при рисковом страховании это невозможно).

По договору о рисковом страховании страхователь покупает страховой полис по цене и на период времени, которые указаны в договоре, и в страховом случае получает от страховой компании сумму, которая предусмотрена по данному случаю договором. Условия прекращения действия страхового полиса также оговариваются в договоре. Рисковая система страхования по своей сути удобнее, чем накопительная и, соответственно, более распространена.

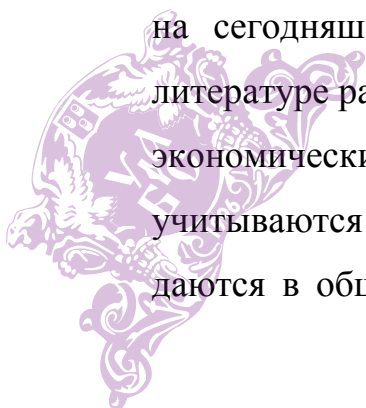
В добровольной форме медицинское страхование в Украине уже давно существует и развивается, хотя есть определенные трудности, самая главная из которых состоит в том, что население недостаточно богато для больших



взносов, недостаточно информировано о предлагаемых страховых продуктах, а авторитет некоторых страховых компаний подорван среди широких масс населения. Большинство из страховых продуктов по медицинскому страхованию носят общий характер, т.е. оплачиваются все услуги медучреждению по факту обращения. Наряду с этим есть страховые продукты, которые предусматривают организацию и оплату медицинских услуг по отдельным программам, гарантирующим разный уровень услуг и по различным направлениям.

Подводя итог, следует отметить, что в настоящее время в Украине медицинское страхование практически не работает в связи с отсутствием необходимой правовой базы. Однако принятие соответствующего законодательства не решит проблему адекватной компенсации негативного воздействия загрязнения окружающей природной среды, а также за причинение ущерба здоровью населения в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма, поэтому необходимы технико-экономические расчеты оптимизации загрузки лечебных учреждений в зависимости от фактического уровня здоровья прикрепленного населения и материальной базы лечебно-профилактических учреждений. Фактически загрузка медучреждений определяется эмпирически, исходя из существующей сети медицинских учреждений в данной местности, и ориентируется на обеспечение населения больничными койками, а не уровнем лечения.

Другой немаловажной проблемой является расчет тарифов на медицинское обслуживание в условиях медицинского страхования. Методики определения стоимости лечения, разработанные еще в СССР [83], на сегодняшний день устарели. К сожалению, в научной медицинской литературе расчеты стоимости лечения также не соответствуют современным экономическим представлениям [31, 32]. Как правило, в этих работах учитываются только трудозатраты, а остальные расходы упоминаются и даются в общем виде, в то время, как зарплата персонала давно уступила



«первенство» не только коммунальным расходам, но и стоимости лекарств и даже питания. Такое положение своим естественным следствием имеет полное отсутствие коммерческих отношений в системе здравоохранения как между лечебными учреждениями, так и внутри этих учреждений. Поэтому в данной диссертационной работе мы ставим перед собой задачу разработки научно-методических подходов и практических механизмов оптимизации загрузки больниц и поликлиник, а также подготовки методической базы и конкретных расчетов для внутреннего и внешнего хозрасчета.

1.2. Финансово-экономическое содержание травматизма

Финансово-экономическое содержание категории «травматизм», ее качественная и количественная определенность неразрывно связаны с категорией «здоровье». В Уставе Всемирной организации здравоохранения понятие «здоровье» определено как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний, физических и умственных недостатков [103].

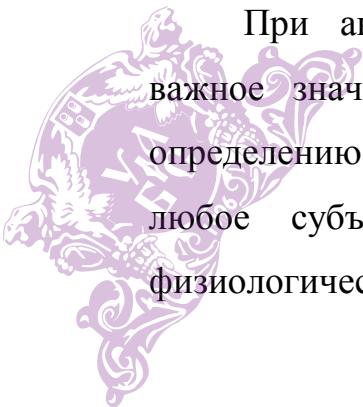
Большинство украинских и зарубежных ученых при наличии очень большого разнообразия конкретных определений категории «здоровье» рассматривают его как способность человека к оптимальному физиологическому, психическому и социальному функционированию. Здоровье человека – это наличное состояние гармонической саморегуляции его организма, степень динамического, целесообразного взаимодействия с природной средой, психофизиологического состояния организма, создающие реальные возможности оптимального функционирования человека в самых разнообразных сферах жизни. При этом исключительно важным критерием здоровья человека является способность его выполнять общественные и, прежде всего – трудовые и производственные функции [8, 24, 33, 76, 86, 128]. Вполне очевидно, что в данном контексте состояние здоровья индивидов в своей совокупности, взаимосвязи в условиях конкретной общественно-

экономической формации определяет общественное здоровье, его интегральный уровень.

Здоровье представляет полезность как для индивида, так и для общества, и в этом смысле, как общественная ценность, полезность, потребительная стоимость, оно является, в конечном итоге, общественным богатством. Здоровье не отделимо от человека, его физического (биологического) функционирования, его рабочей силы и в связи с этим выступает необходимым условием развития общественного производства, необходимой основой создания продуктов труда.

Так, по мнению В.А. Паламарчука, обеспечение необходимого уровня здоровья требует значительных затрат труда, и в этом аспекте здоровье не может быть результатом, воплощением затрат общественного труда. В этой связи можно сказать, что действительным богатством является развитая производительная сила всех индивидов. Сохранение и укрепление здоровья трудящихся может рассматриваться как накопление нематериальной формы национального богатства, которая, в свою очередь, может существовать в различных проявлениях, в которых выступает развитие производительных сил человека [103, 104]. Соглашаясь с таким определением, необходимо отметить, что накопление нематериальной формы национального богатства имеет вполне конкретную форму материального опосредования, которое проявляется, с одной стороны, в повышении производительной силы труда, а с другой – в снижении непроизводительной траты ресурсов, направляемых на доведение уровня здоровья до оптимального состояния. В общем же виде социальная сторона категории «здоровье» характеризует его качественную определенность [159,].

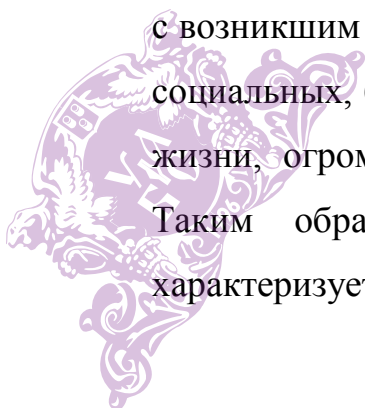
При анализе биологической составляющей категории «здоровье» важное значение имеет правильное понимание сущности болезни. По определению Всемирной Организации охраны здоровья, заболевание – это любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма. Состояние здоровья, его уровень



зависят от многообразного комплексного воздействия биологических, медицинских и многочисленных других факторов, при определяющем значении социально-экономических условий [16, 20].

Вредные для здоровья факторы окружающей среды, оказывающие непосредственное воздействие на здоровье человека, могут иметь как природное, так и антропогенное происхождение. Традиционно опасности подразделяются на биологические, химические и физические. На здоровье также могут влиять биомеханические опасности (аварии транспортных средств, спортивные, домашние и технологические травмы) и психологические опасности (стресс, неправильный образ жизни, дискриминация на работе, социальные перемены, безработица).

В ходе индустриального развития могут возникать противоречия между производственно-технологической и санитарно-гигиенической целесообразностью. Важное значение при этом приобретают вопросы научно-обоснованного раскрытия и правильной оценки отрицательных сторон влияния научно-технического прогресса на внешнюю среду и здоровье людей для того, чтобы своевременно предотвратить или уменьшить их негативное воздействие [30]. К этим негативным последствиям относятся: во-первых, загрязнение биосферы в результате поступления в нее возрастающего количества производственных и бытовых отходов, загрязнение воздуха, воды, земли отрицательно сказывается на здоровье человека; во-вторых, возникновение в самой производственной среде различных вредных для здоровья химических, физических и других факторов; в-третьих, резкое возрастание нервно-психического, эмоционального напряжения, развитие нервного утомления человека в связи с возникшим в современном обществе комплексом новых производственных, социальных, бытовых факторов, процессами урбанизации, ускорением ритма жизни, огромным увеличением урбанизации, воспринимаемой человеком. Таким образом, биологическая составляющая категории «здоровье» характеризует ее количественную сторону. В качестве количественных



измерителей уровня здоровья выступают показатели общей и профессиональной заболеваемости вообще и травматизма, в частности.

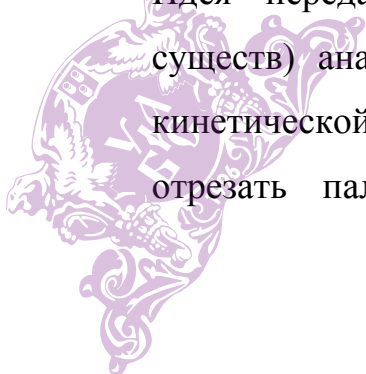
Исходя из целей данного диссертационного исследования, особый интерес вызывают анализ категории «травматизм» как с точки зрения ее социально-экономической определенности, так и с точки зрения причин, динамики пространственно-отраслевой структуризации травм.

Травмы принято разделять на две категории: нанесенные непреднамеренно (дорожно-транспортные происшествия, отравления, падения, ожоги) и нанесенные преднамеренно (членовредительство, межличностные выяснения отношений, военные действия).

Традиционно считается, что все механические опасности связаны с передачей механической или кинетической энергии (энергии движения). Воздействие механической энергии может обусловить немедленные или проявляющиеся со временем травмы у людей, подвергшихся ее воздействию. Термины «повреждение» и «травма» зачастую считают взаимозаменяемыми и используют для того, чтобы оценить вред, причиненный в результате механического воздействия. Рассматривая понятие «оценка вреда», следует выделять два, хотя и взаимосвязанных, но в тоже время, четко разграниченных аспекта: оценку биологического вреда и оценку экономического вреда. Такой подход порождает бесчисленное множество потенциальных причин повреждений, каждая из которых связана с определенным агентом или механизмом передачи энергии.

В последние годы особую популярность приобрела точка зрения, согласно которой причиной травмы следует считать более общие процессы и понятия, нежели чистая передача механической энергии через передатчики.

Идея передатчиков (неодушевленных предметов) и векторов (живых существ) аналогична биохимическим опасностям. Примером передатчика кинетической энергии служит движущая часть механизма, которая может отрезать палец. Животное, нападающее на фермера – пример так



называемого вектора. В обоих случаях силой, вызывающей травмы, является перенос механической энергии.

Цепь событий, повлекшая травму, называется несчастным случаем. Этот термин подразумевает, что травмы случайны, непредсказуемы и являются последствием неудачного стечения обстоятельств. Специалисты в области здравоохранения убеждены, что большинство травм можно предупредить и предотвратить, кроме того, их можно изучать, используя эпидемиологические методы, также как любое заболевание или нарушение здоровья.

В контексте данного диссертационного исследования особый интерес представляет изучение роли финансово-экономических факторов в увеличении объемов травматизма. Большинство экспертов отмечают, что травматизм напрямую связан с уровнем жизни людей. Так, в работе [28] доказано, что показатели травматизма более высоки в развивающихся регионах, чем в развитых. Согласно данным Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья, люди, которые живут в странах с низким или средним доходом, в 3-6 раз чаще умирают в результате травм, чем люди из стран с высокими доходами (это касается травм любого характера).

Большинству народов мира не хватает финансовых ресурсов для обеспечения оптимальной безопасности в непосредственной среде обитания. Правительства и промышленники способны подвергнуть риску безопасность по экономическим причинам, что приводит к трагическим последствиям, например, к разрушению зданий. Многие аварии на транспорте (железнодорожном, паромном, автобусном) являются следствием недостаточного количества финансовых средств, выделяемых на ремонт, прокладку дорог, железнодорожных полотен и т.п.

Следует отметить, что в Украине показатель смертности в 7-8 раз превышает аналогичный показатель в таких странах, как Австрия, Германия, Португалия и Швеция.

Безопасность труда работающих и их морально-психологический настрой, отношение к результатам своего труда могут быть оценены по показателям производственного травматизма и общей заболеваемости в комплексе с другими показателями деятельности предприятия [116, 127].

Острые случаи травматизма способствуют появлению долговременной недееспособности и приводят к хроническим заболеваниям. Подсчитано, что травматизм привел к нетрудоспособности 78 млн. жителей во всем мире, что составляет 15 % из общего числа [95].

Одним из способов, применяемым для того, чтобы охарактеризовать преждевременную смерть, является подсчет потенциально потерянных лет жизни (ППЛЖ): возраст, в котором человек умирает, вычитается из среднего возраста продолжительности жизни (обычно это 65 лет), и разница является числом, показывающим, сколько продуктивных лет жизни было потеряно в результате преждевременной смерти. Например, смерть в результате дорожно-транспортного происшествия в возрасте 20 лет означает 45 лет ППЛЖ, в то время как такая же смерть в возрасте 60 лет – только 5 лет ППЛЖ.

Даже если не принимать в расчет философское и социально-этическое понимание цены утраченной человеческой жизни, то с чисто финансовой точки зрения с использованием показателя ППЛЖ можно подсчитать размер материальных и финансовых потерь общества от отсутствия потенциального вклада, который мог сделать бы пострадавший в экономическое благосостояние государства.

Финансово-экономические последствия травматизма в большинстве стран мира превышают последствия наиболее распространенных заболеваний, поскольку в состав расходов по ликвидации последствий травматизма включаются затраты на медицинское обслуживание, реабилитационные затраты и расходы на долгосрочную поддержку и потерянную производительность от нетрудоспособности. Негативные

посттравматические последствия распространяются, кроме самих пострадавших, на их семьи, работодателей, систему медицинского обслуживания и т.д. Как отмечается в работе [95], в США показатель ППЛЖ от травматизма в 1995 г. был выше, чем от рака и болезней сердца вместе взятых, а показатель прижизненных затрат от травматизма в США выше, чем аналогичный показатель на лечение рака и сердечно-сосудистых заболеваний, что в основном обуславливается ранним возрастом получения травм, долгим периодом лечения, поддержки и реабилитации [194]. В Европе травматизм называют третьей по счету причиной смерти после сердечно-сосудистых заболеваний и рака, т.к. 9% смертей и 14% недомоганий происходят по причине травматизма.

Для количественной оценки факторов влияния заболеваний на общество наиболее часто используют показатель "тяжесть заболевания" [160]. В таблице 1.2 представлены данные по глобальной тяжести заболеваний (ГТЗ) в результате влияния вредных факторов окружающей среды, а также информация о потенциальных изменениях по всему миру в результате вмешательства в рабочую и окружающую среду.

Подсчитано, что около 36 млн. ППЛЖ (или 3 % ГТЗ) можно предотвратить при помощи текущих мероприятий, воздействуя на рабочую обстановку (среду). Несчастные случаи, приведшие к травмам или смерти, для профессий с высокой степенью риска, а также хронические заболевания населения, вызванные воздействием токсичных химических веществ, шума, стрессов и тяжелых физических работ, ежегодно являются причинами огромных убытков. По мнению экспертов, решение проблемы загрязнения воздуха дало бы возможность предотвратить около 5 % всех инфекционных и хронических респираторных заболеваний. Такое снижение помогло бы избежать 8 млн. ППЛЖ ежегодно (0,5 % ГТЗ) [16, 111, 139].

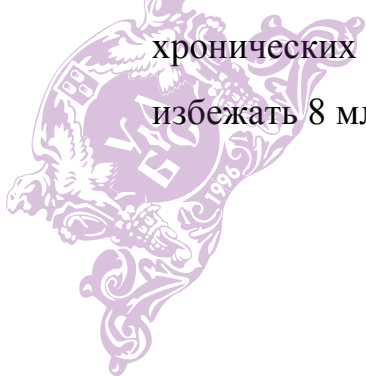


Таблица 1.2

Оценка глобальной тяжести заболеваний (ГТЗ) от воздействия вредных факторов окружающей среды и потенциальное ее снижение в результате вмешательства в рабочую и окружающую среду [65]

Заболевания	ГТЗ, млн. ППЖЛ в год	Снижение, возможное в результате вмешательства, %	Предотвращенная ГТЗ в результате вмешательства, млн. ППЖЛ в год	Предотвращенная ГТЗ на тыс. человек населения, ППЖЛ в год
Профессиональные	318	-	36	7,1
Рак	79	5	4	0,8
Неврологические заболевания	93	5	5	0,9
Хронические респираторные	47	5	2	0,5
Опорно-двигательного аппарата	18	50	9	1,8
Неумышленные травмы *	81	20	16	3,1
Городской воздух	170	-	8	1,7
Респираторные инфекции	123	5	6	1,2
Хронические респираторные заболевания	47	5	2	0,5
Травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях	32	20	6	1,2
Все вышеуказанное	473	-	50	10,0

* – результат при вычитании травм, полученных в дорожно-транспортных происшествиях (32 млн. ППЖЛ) из общего количества неумышленных травм (113 млн. ППЖЛ)

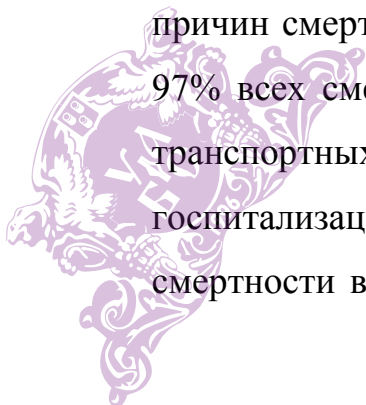
Из таблицы 1.2 следует, что удельный вес неумышленных травм и травм, полученных в дорожно-транспортных происшествиях в общей структуре ГТЗ являются значительным и составляют 17,1 % и 6,8 % соответственно. Вместе с тем, наиболее важным является то, что реализация мероприятий, направленных на снижение ГТЗ, может принести наиболее ощутимые результаты именно по этим группам заболеваний. Снижение ГТЗ может составлять 25 % и 62,5 % соответственно, что еще раз подтверждает актуальность темы данного диссертационного исследования.

К вполне определенным выводам в части направлений совершенствования финансово-экономического механизма предупреждения

травматизма можно прийти на основании его количественного анализа. Такой анализ позволяет выявить, прежде всего, причинно-следственные связи, факторы, определяющие уровень травматизма, и динамику их изменения.

В 2004 г. в мире зарегистрировано 4,6 млн. дорожно-транспортных происшествий (ДТП) при движении по дорогам, результатом которых явились 6,3 млн. травм и 180 тыс. смертельных случаев. В США в результате автомобильных катастроф ежегодно погибают около 50 тыс. человек. Такие катастрофы являются главной причиной гибели молодых людей моложе 24 лет. Уровень смертности в результате дорожно-транспортных происшествий (количество смертельных случаев на 100 млн. км пробега машин) существенно различен в разных странах в зависимости от размера парка автомобилей, дорожных условий, правил безопасности дорожного движения и уровня профессионализма водителей.

Ежегодно в дорожно-транспортных происшествиях погибает 1,2 млн. чел., около 50 млн. получают телесные повреждения и остаются инвалидами. ДТП являются второй основной причиной смерти среди населения в возрасте от 5 до 29 лет и третьей – в возрастной группе от 30 до 44 лет. Экономические убытки, которые несут страны в результате ДТП, составляют 518 млрд. долл. в год. Согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения, в 2002 г. в результате аварий на дорогах Европейского региона зафиксировано 127378 смертельных случаев, что составляет примерно 10% от числа смертей в результате аварий, зарегистрированных во всем мире. В Европе травмы в результате ДТП стоят на 6-м месте по последующим годам нетрудоспособности и на 13-м месте среди основных причин смерти. В странах Евросоюза аварии на дорогах являются причиной 97% всех смертей, связанных с транспортом, и более 93% стоимости всех транспортных происшествий, а также ведущей причиной смерти и госпитализации в группе лиц моложе 50 лет. Средние коэффициенты смертности в странах СНГ почти в три раза выше, чем в северных странах

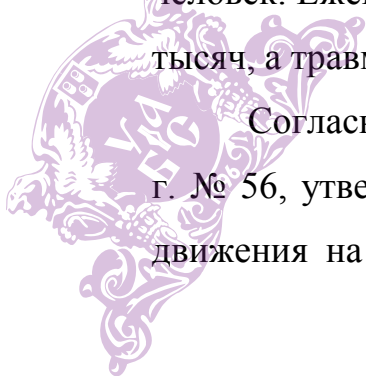


(Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швеция). Согласно оценкам, в 2004 году 5% от общего числа всех погибших в результате ДТП составляли дети моложе 15 лет, при этом травмы, полученные на дорогах, являются ведущей причиной смерти среди детей 5-14 лет. Показатели смертности в результате травм, полученных на дорогах, среди детей самые высокие (в убывающем порядке) в Республике Молдове, Румынии, Латвии и Российской Федерации. Травмы в результате ДТП являются ведущей причиной смерти в возрастной группе 15-29 лет. Кроме того, эта группа составляет треть от числа всех жертв.

Существенные различия между отдельными частями региона можно объяснить отчасти экономическими причинами: в странах с низким и средним уровнем доходов наблюдается сравнительно более высокий уровень бремени болезней, выраженный в числе лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (индекс DALY). Кроме того, административные и законодательные органы, а также имеющиеся специализированные учреждения оказались не готовы к произошедшему недавно росту частного транспорта во многих странах юго-восточной Европы и превратились в препятствие на пути развития более эффективных, лучше скоординированных, последовательных стратегий дорожной безопасности.

На сегодняшний день масштабы транспортного травматизма на Украине значительно превышают аналогичные показатели большинства стран мира. В 2006 г. в 195,6 тыс. ДТП погибло около 7,6 тысячи и травмировано почти 60 тысяч граждан. В Украине за период 2002-2006 г.г. на автодорогах произошло свыше 800 тысяч дорожно-транспортных происшествий, в которых погибло около 35 тысяч, травмировано 255 тысяч человек. Ежегодно под колесами автомобилей в нашей стране гибнет около 7 тысяч, а травмируется – 55 тысяч человек [147].

Согласно распоряжению Кабинета Министров Украины от 29.01.2003 г. № 56, утверждена Государственная программа обеспечения безопасности движения на автомобильных дорогах, улицах городов, других населенных

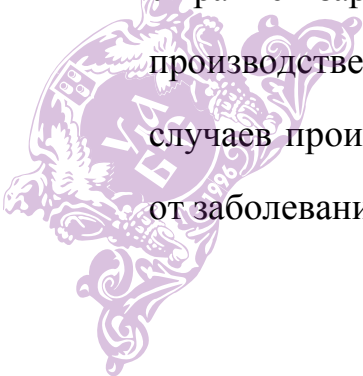


пунктов и железнодорожных переездах на 2003–2007 гг., в которой предусмотрено проведение гармонизации нормативной базы в сфере обеспечения безопасности движения на дорогах в соответствии с европейскими нормами и стандартами, усовершенствование профилактической и образовательной деятельности в этой области.

Традиционно считается, что дорожно-транспортное происшествие связано с одним из следующих факторов или с их комбинацией: человеческий фактор (ошибка людей), дорожный фактор (неблагоприятные дорожные условия) и автомобильный фактор (неисправность автомобиля). Как представлено на рис. 1.1 и 1.2, расследования несчастных случаев показывают, что их причиной значительно чаще является человеческий фактор, чем факторы дорожных условий и автомобиля [189].

К основным мероприятиям, направленным на предупреждение дорожно-транспортного травматизма, следует отнести: повышение качества подготовки водителей; ужесточение требований при установлении категорий и классности; возобновление мероприятий направленных на изучение правил дорожного движения, в том числе и в дошкольных учреждениях.

Украина имеет один из самых высоких показателей производственного травматизма в Европе. Ежемесячно в Украине в среднем двенадцать человек гибнут и полторы тысячи человек травмируются на производстве. Лидируют в этом печальном списке угольная отрасль и сельское хозяйство: 40% занятых здесь страдают профессиональными заболеваниями. В Украине показатель смертельного травматизма на 100 тысяч работников в несколько раз выше, чем в других европейских государствах. За последние 10 лет в Украине зарегистрировано более 500 тысяч случаев травматизма на производстве, в том числе 13 тысяч смертельных, а также более 100 тысяч случаев производственной инвалидности. При этом 8 тысяч человек умерло от заболеваний, связанных с травматизмом на производстве.



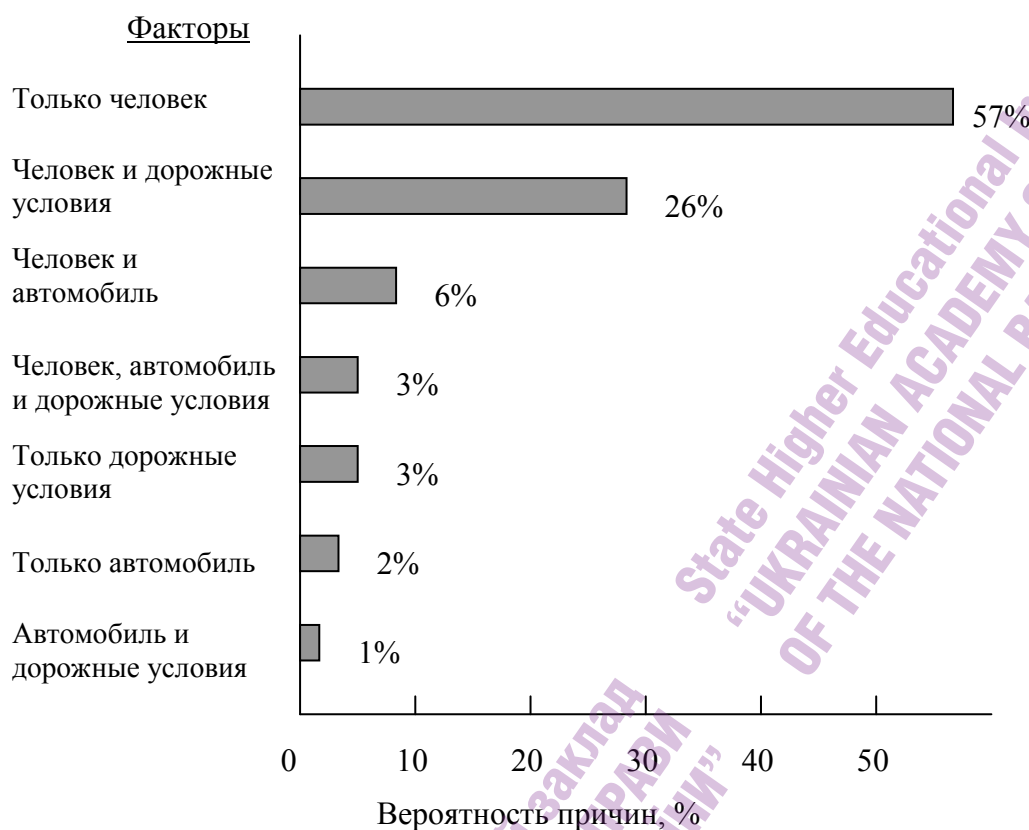


Рис. 1.2. Факторы, явившиеся причинами несчастных случаев при

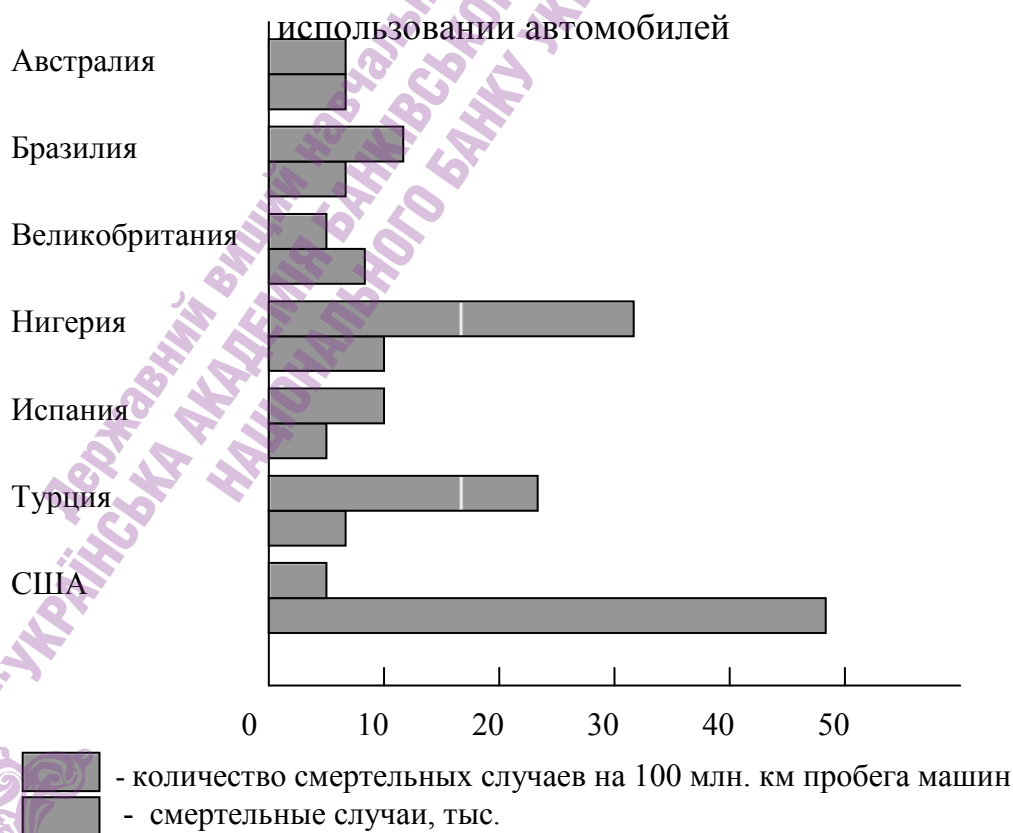


Рис. 1.2. Абсолютные и удельные показатели смертности при ДТП

Обобщенные данные об уровне производственного травматизма и дорожно-транспортных происшествий в Сумской области представлены в приложении А.

По данным Госкомстата Украины, в 2006 г. от внешних причин в Украине умерло 64,6 тысяч человек, в том числе: от транспортных несчастных случаев – 9,9 тыс., утонули – 3,9 тыс., от несчастных случаев, связанных с действием природных фактор – 5,0 тыс., от отравления алкоголем 8,7 тыс. человек. Наибольшая смертность от внешних причин в Украине зарегистрирована в Кировоградской, Донецкой, Днепропетровской и Черниговской областях [189].

Состояние техники безопасности и условий труда в Украине по объективным и необъективным причинам продолжает ухудшаться. Это особенно наглядно видно на примере наиболее травмоопасной отрасли – угольной промышленности, что представлено в таблице 1.3.

Таблица 1.3

Динамика травматизма в угольной промышленности Украины (в 2006 г. по сравнению с 1976 г.) [189]

Показатели	Годы		Абсолютное отклонение	Коэффициент роста (снижения)
	1976 г.	2006 г.		
Общее количество травмированных на каждый добытый млн. т. угля, чел. в том числе:	105	513	+408	+4,9
смертельно травмировано, чел.	2	7	+5	+3,5
Добыча угля, млн. т	218	61,7	156,3	-3,5

Если в 1976 г. на каждый добытый млн. т. угля было травмировано 105 шахтеров, из них 2 чел. - смертельно, то в 2006 г. общее число

травмированных составило 513 чел., в том числе 7 – погибло. Таким образом, уровень травматизма увеличился: со смертельными последствиями - в 3,5 раза, а общий - в 4,9 раза. При этом добыча угля сократилась с в 3,5 раза. В центральном районе Донбасса, где разрабатываются отвесные пласты, этот показатель еще выше: на каждый млн. т угля там гибнет 13-14 шахтеров, что в 2,7 раза больше, чем в среднем по отрасли. Только за первый квартал 2006 г. на шахтах Донецка было травмировано 197 работников, что превысило показатель аналогичного периода 2005 г. на 11 случаев или на 6 %. В целом на угольных шахтах Украины на протяжении 5 месяцев 2006 г. на производстве травмировано около 3 тысяч шахтеров, из которых смертельно – 69 человек, смертельный травматизм возрос на 8 случаев (69 против 61), или на 13,1%. На предприятиях негосударственной формы собственности и на центральных обогатительных фабриках смертельный уровень травматизма составляет 42%.

В табл.1.4 представлены статистические данные, характеризующие изменения травматизма и профзаболеваний в 2003 г. по сравнению с 1995 г. в Украине.

Таблица 1.4

Динамика травматизма и профзаболеваний в Украине за период с 1995 по 2006 гг. [189]

Показатели	Годы		Абсолютное отклонение	Темп снижения, %
	1995 г.	2003 г.		
Количество потерпевших с потерей трудоспособности на один рабочий день и больше и со смертельным исходом, тыс. чел.	80,5	19,7	-60,8	24,5
Смертельный травматизм, тыс.чел.	2,1	1,0	-1,1	47,6
Профзаболевания, тыс. чел.	9,0	5,4	-3,6	60,0

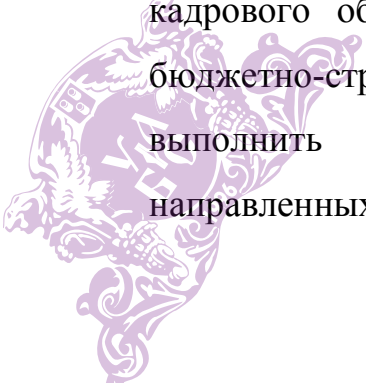
Однако, по нашему мнению, не следует оценивать представленную в таблице 1.4 информацию чрезмерно оптимистично, поскольку существенные изменения в динамике травматизма и профзаболеваемости в основном обусловлены снижением размеров производства, неполной занятостью рабочих, передвижением рабочей силы с травмонебезопасных производств в коммерческие и другие непромышленные структуры.

Среди основных причин несчастных случаев в отраслях промышленности следует отметить:

- нарушение требований техники безопасности;
- нарушение технологических процессов;
- наличие устаревшего оборудования (во многих отраслях физический износ основных фондов составляет 70 % и более);
- неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия труда;
- недостаточное обеспечение работающих средствами коллективной и индивидуальной защиты;
- недостатки в организации рабочих мест;
- нарушение трудовой и производственной дисциплины и т.д.

Для устранения причин несчастных случаев, а также снижения травматизма и профзаболеваний крайне необходимы дополнительные материальные и финансовые средства. Однако в условиях общегосударственного кризиса взаимных неплатежей изыскать достаточную сумму финансовых средств не всегда представляется возможным.

Именно в этих условиях особую роль может и должна сыграть система страхования. Представляется, что система страхования с учетом существующей инфраструктуры, опыта работы и достаточно сильного кадрового обеспечения, могла бы обеспечить переход на специальную бюджетно-страховую систему финансирования органов здравоохранения, выполнить функции финансирования инвестиционных программ, направленных на раннюю профилактику травматизма.

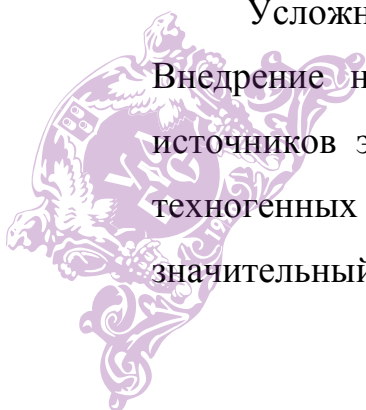


1.3. Теоретико-методические и финансово-правовые основы страхования травматизма

Страхование является одним из важнейших элементов системы рыночных отношений, относится к финансовым отношениям, связанным с выполнением специфических функций в экономике. Для развития обособленных, с точки зрения владения определенными видами собственности, хозяйственно независимых субъектов рыночной экономики (хозяйственных обществ и товариществ, предприятий, частных производителей, граждан), требуется наличие в системе экономических отношений специализированной системы перераспределительных отношений, позволяющей обеспечить непрерывность хозяйственной деятельности таких субъектов путем предоставления им страховой защиты при наступлении неблагоприятных событий.

В современных условиях все более отчетливо проявляется взаимосвязь перспектив страхования с системой возникающих рыночных отношений: формами собственности, механизмом распределения, формированием новых методов хозяйствования, изменениями в государственном секторе производства и т.д. Соответственно появляется необходимость создания системы различных по назначению и методам формирования резервных и страховых фондов, причем преобладающими становятся фонды, создаваемые за счет самих участников общественного воспроизводства, а не за счет государственных (бюджетных) ресурсов [150].

Усложняется взаимосвязь страхования с производительными силами. Внедрение новой техники и технологии производства, освоение новых источников энергии и транспортных средств зачастую ведут к опасности техногенных катастроф, ослабляя защитные силы природы и причиняя ей значительный ущерб. В этих условиях страхование становится одним из



непрерывных факторов стабилизации общественного воспроизводства [11, 13, 14, 38, 56, 58, 101, 106].

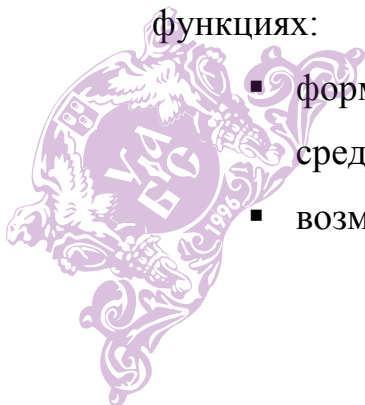
Анализ сущности страхования позволяет сделать вывод, что наряду с финансами и кредитом страхование является самостоятельной экономической категорией. В теоретическом плане переходным этапом на пути признания страхования как самостоятельной экономической категории можно считать ряд высказываний крупнейшего ученого-финансиста В.П.Дьяченко о том, что страхование как экономическая категория – это область особых денежных отношений, занимающих промежуточное место между финансами и кредитными отношениями [36].

Дальнейшее развитие это научное положение получило в работах Л.И. Рейтмана, по мнению которого страхование в условиях развитых товарно-денежных отношениях является экономической категорией, соподчиненной с категориями финансов и кредита [18, 150]. Как отмечает Е.В. Коломин, давший свое обоснование промежуточной финансово-кредитной сущности страхования, сложившаяся двухэлементная модель «финансы – кредит» должна уступить место трехэлементной модели «финансы – кредит – страхование» [62, 63].

Изменения в экономике подтверждают объективный характер страхования как экономической категории, выражающей необходимые и реально существующие отношения между государством, предприятиями, организациями всех форм собственности, населением и страховыми компаниями.

Страхование имеет свое экономическое содержание и соответствующие ему формы проявления, которые выражаются в их функциях:

- формирование специализированного страхового фонда денежных средств;
- возмещение ущерба и личное материальное обеспечение граждан;



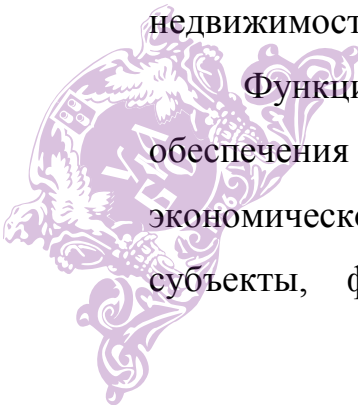
- предупреждение страхового случая и сокращение размера убытков от стихийных бедствий и несчастных случаев.

Первая функция состоит в формировании фонда денежных средств как платы за риски, которые берут на себя страховые компании. Этот фонд может формироваться как в принудительном, так и в добровольном порядке, исходя из экономической и социальной обстановки, с учетом интересов государства, регулирующего развитие страхового дела.

Запасные и резервные фонды обеспечивают стабильность страхования, гарантию выплат и возмещений. Если в сберегательных банках аккумуляция средств населения, например, решает задачу денежных накоплений и имеет только сберегательное начало, то страхование, кроме сберегательной, решает и рисковую задачу. У каждого участника страхового процесса, например, при страховании жизни, есть уверенность получения материального возмещения на случай несчастья и при завершении срока действия договора. При имущественном страховании решается не только проблема возмещения стоимости пострадавшего имущества в пределах страховых сумм и условий, предусмотренных договором, но через механизм льгот обеспечивается дополнительное финансирование для возмещения стоимости пострадавшего имущества, участия в финансировании мероприятий по предупреждению несчастных случаев, по созданию условий для материального возмещения части или полной стоимости пострадавшего имущества.

Через функции формирования специального страхового фонда решается проблема инвестирования временно свободных средств в банковские и другие коммерческие структуры, вложения средств в недвижимость, приобретение ценных бумаг и т.п. [9, 10].

Функция возмещения ущерба гражданам и их материального обеспечения (денежная помощь) является характерной именно для этой экономической категории. Право на возмещение ущерба имеют только те субъекты, физические и юридические лица, которые участвуют в

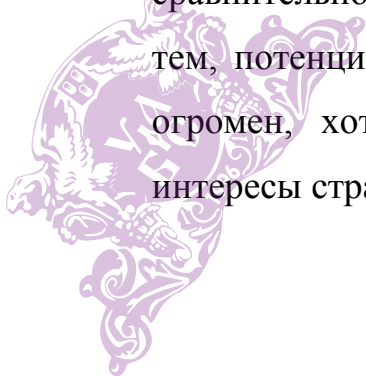


образовании страхового фонда. Возмещение ущерба в этом случае осуществляется в рамках договоров имущественного страхования. Порядок и механизм возмещения ущерба определяются страховыми компаниями и регулируются государством. Что касается личного страхования, то через эту функцию при наступлении страхового случая производятся выплаты соответствующих денежных средств гражданам – участникам страхового процесса [179, 180].

Посредством этой функции страхование обеспечивает и реализацию объективной экономической необходимости страховой защиты здоровья граждан, сохранность их имущества, общественную и производственную деятельность, а также весь круг рисков, связанных с деятельностью юридических лиц.

Наконец, есть основания говорить о функции предупреждения страхового случая как специфической для рассматриваемой категории.

Предупреждение страхового случая предполагает широкий комплекс мер, в том числе финансирование предприятий по недопущению или уменьшению последствий несчастных случаев и стихийных бедствий. Экономическая сущность этой функции заключается в том, что, располагая страховыми фондами, компания объективно заинтересована в длительном использовании этих средств. Имея на защите многочисленные, в том числе однородные риски различных субъектов, страховая компания стремится к сокращению вероятности выплат путем уменьшения вероятности страхового случая. Для этого в тарифах на отдельные виды страхования могут предусматриваться определенные отчисления для образования фондов предупредительных мероприятий (превенция). Но этот институт получил сравнительно небольшое практическое и теоретическое развитие. Между тем, потенциал развития этой экономической категории в жизни общества огромен, хотя в экономическом плане при реализации этой функции интересы страхователя и страховщика не всегда в полной мере совпадают.



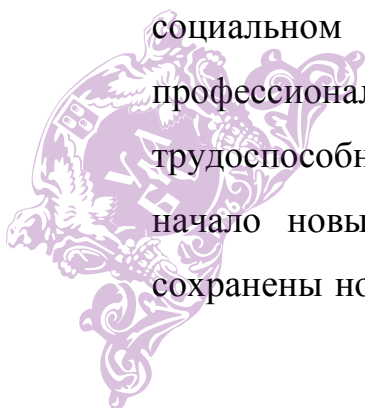
Большая часть договоров страхования заключается на основании свободного волеизъявления сторон: страхователь не обязан заключать договор страхования, также как и страховщик вправе отказаться от принятия на себя рисков страхования.

Однако в известных случаях, когда компенсация ущерба и участие в этом страховой организации представляют собой общественный интерес и необходимость, степень свободы сторон договора страхования существенно ограничивается. При этом вместо права на заключение договора, у страхователя появляется обязанность заключить договор страхования, а у страховщика – принять риск на страхование. Появление такого рода обязанностей возможно только в случаях, предусмотренных специальными законами или постановлениями правительства, устанавливающими порядок и условия проведения отдельных видов обязательного страхования.

Закон Украины «О страховании» определяет 42 вида обязательного страхования. Их могут осуществлять страховые компании, которые получили лицензию на проведение конкретного вида страхования [44].

В Украине в исследуемой сфере действуют два закона: «Об общеобязательном государственном социальном страховании от несчастного случая на производстве, который повлек потерю трудоспособности» и «Об объектах повышенной опасности». Принцип действия обоих законов одинаков: при аварии или несчастном случае основная нагрузка по возмещению ущерба и социальной защите пострадавших возлагается на фонды страхования, создаваемые путем солидаризации средств. Такой подход абсолютно нов для Украины.

В Законе Украины “Об общеобязательном государственном социальном страховании от несчастного случая на производстве и профессионального заболевания», которые повлекли потерю трудоспособности”, который вступил в силу с 1 апреля 2001 г. и положил начало новым правоотношениям в системе охраны труда, практически сохранены нормы положений о возмещении ущерба в связи с повреждением

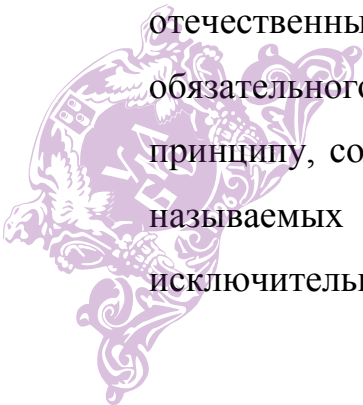


здоровья на производстве, которые до его принятия возмещались за счет средств предприятий, учреждений, организаций. Данный Закон снял противоречия и споры между работниками и работодателями по вопросам материального обеспечения и предоставления социальных услуг. Его основными задачами являются:

- проведение профилактических мероприятий, направленных на устранение вредных и опасных производственных факторов, предотвращение несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний и других случаев угрозы здоровью застрахованных лиц, вызванных условиями труда;
- восстановление здоровья и трудоспособности, пострадавших на производстве от несчастных случаев или профзаболеваний;
- возмещение материального и морального вреда застрахованным лицам и членам их семей.

К сожалению, система компенсаций потерпевшим от несчастных случаев, действовавшая до 1999 г., не оправдала себя. Согласно Закону «Об охране труда», ущерб, причиненный здоровью работника при выполнении им трудовых обязанностей, возмещался ему работодателем напрямую. Однако в тот период, характеризовавшийся резким спадом производства, большинство предприятий испытывали существенные финансовые трудности, в результате чего люди, имевшие законное право на возмещение ущерба от производственных травм, не могли получить компенсации.

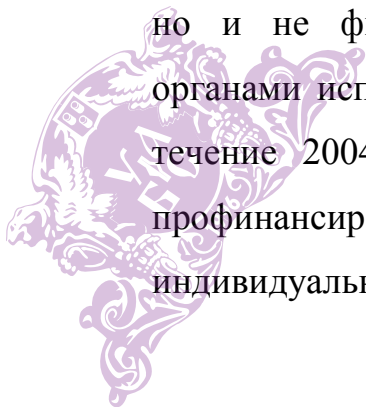
При разработке современной модели социального страхования от несчастных случаев Госнадзорохрантруда Украины обратился к зарубежному (прежде всего – немецкому) опыту, что при адаптации мировой практики к отечественным условиям создало ряд трудностей. В частности, схема обязательного страхования в Германии построена по жесткому отраслевому принципу, согласно которому несколько десятков страховых компаний (так называемых «профессиональных товариществ») работают каждая исключительно в своей отрасли. В украинской же системе предусмотрен



один страховщик – Фонд социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Украины.

Законом о страховании предусмотрено создание схемы двухуровневой дифференциации страховых тарифов в зависимости от состояния охраны труда, показателей производственного травматизма и профзаболеваний на предприятии. Первый уровень – дифференциация на уровне отрасли, второй – на уровне предприятия (за счет введения системы скидок и надбавок). Дифференцированный тариф признан большинством экспертов как конструктивный и действенный экономический механизм управления безопасностью труда на предприятии, поскольку снижение показателей травматизма уменьшает отчисления в фонд и наоборот. Он делает систему в целом не только накопителем и распределителем средств, но и стимулятором экономической заинтересованности работодателя в создании безопасных условий труда. Введение системы скидок и надбавок требует изменения нормативно-правовой базы, балансирования бюджета Фонда социального страхования и значительно увеличивает нагрузку на его исполнительные органы управления. Перечисленные факторы привели к введению до 1 января 2005 г. моратория на применение двухуровневой дифференциации, что, по мнению многих экспертов, было грубой ошибкой, результатом незнания основных задач страхования от несчастных случаев на производстве.

Еще одна важная проблема в работе Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве остается до сих пор нерешенной – эффективная профилактика несчастных случаев. К сожалению, Фонд не только не выполняет профилактические программы собственными силами, но и не финансирует мероприятия, которые должны осуществляться органами исполнительной власти в пределах программ и договоров. Так, в течение 2004-2005 гг. Национальная программа по охране труда была профинансирована лишь на 17,3%, программа развития средств индивидуальной защиты – на 21% от средств, предусмотренных в бюджете

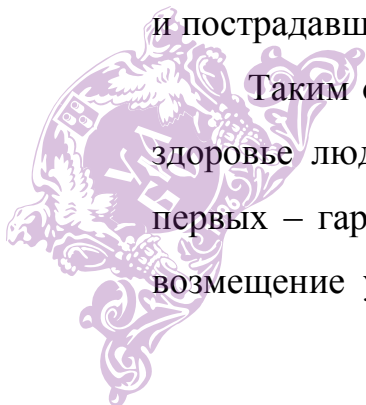


фонда, составляющем 1 млрд. гривен в год. Таким образом, выплаты компенсации пострадавшим устраняют лишь следствия, не искореняя причину.

По официальным данным Кабинета Министров Украины, в 2007 г. бюджет трех основных фондов социального страхования (в том числе по страхованию временной нетрудоспособности и по страхованию временной безработицы) составит около 12,5 млрд. грн., что почти на 1 млрд. грн. больше заложенной в бюджете на 2006 г. суммы.

В 2001 году Госнадзорохрантруда инициировал принятие Закона «Об объектах повышенной опасности», максимально адаптированного к международным нормам в области техногенной и промышленной безопасности. Цель принятия документа – защита жизни и здоровья граждан, окружающей среды и материальных ценностей от вредного воздействия крупных промышленных аварий путем их предотвращения, локализации развития и ликвидации последствий. Данный закон регулирует работу предприятий, на которых не исключены крупные аварии с выбросом вредных веществ. Согласно ему, каждый руководитель предприятия, на территории которого находятся объекты повышенной опасности, используются, изготавливаются, перерабатываются или транспортируются опасные вещества, обязан провести их обязательный учет (идентификацию), составить декларацию безопасности опасных объектов, в которой излагается стратегия предотвращения крупных аварий, и наконец – застраховать ответственность за возможный вред, причиненный аварией третьим лицам. При выбросе вредных веществ, выходящем за пределы промышленной площадки, компенсация производится не только работникам предприятия, но и пострадавшим на близлежащих территориях.

Таким образом, страхование ответственности одновременно защищает здоровье людей, интересы собственника и государства. Оно является, во-первых – гарантом прав лиц, пострадавших при промышленной аварии, на возмещение ущерба, причиненного их жизни, здоровью и имуществу; во-



вторых – средством защиты экономических интересов владельцев опасных промышленных объектов при предъявлении им претензий потерпевшими при аварии; в-третьих – средством предотвращения банкротства предприятий; в-четвертых – способствует предотвращению аварий и повышению безопасности (за счет аудиторских проверок, модернизации производства, повышения квалификации персонала) опасных предприятий.

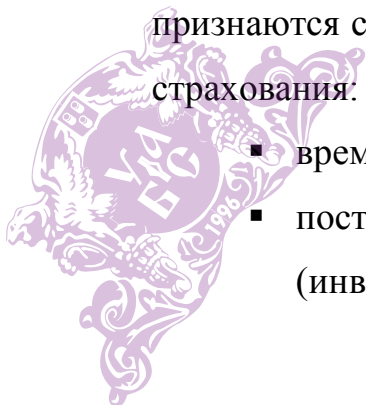
При страховании от несчастного случая страховым случаем обычно признается такое внешнее воздействие на застрахованное лицо, которое влечет за собой травматическое повреждение, увечье или какое-либо иное причинение вреда его здоровью или смерть. Это воздействие не должно зависеть от воли застрахованного лица и должно быть официально зафиксировано по месту и времени наступления.

Таким образом, основной целью страхования от несчастных случаев является обеспечение страховой защиты на случай потери здоровья или смерти застрахованного лица в результате несчастного случая. Страховая защита выражается в выплате соответствующих денежных компенсаций, включая компенсацию расходов, обусловленных страховым случаем, а также связанное с ним снижение доходов застрахованного лица или его близких [1, 2].

В настоящее время страхование от несчастного случая проводится как в добровольной, так и в обязательной форме. Обязательным является, например, такой известный вид страхования, как страхование пассажиров, водителей. Страхование от несчастного случая может проводиться в коллективной форме (за счет средств предприятия) и в индивидуальном порядке [156].

Традиционно страховыми случаями по этому виду страхования признаются следующие события, произошедшие в период действия договора страхования:

- временная утрата застрахованным лицом общей трудоспособности;
- постоянная утрата застрахованным лицом общей трудоспособности (инвалидность);



- смерть застрахованного лица, явившаяся следствием несчастного случая.

При страховании от несчастного случая учитывается возраст застрахованного лица.

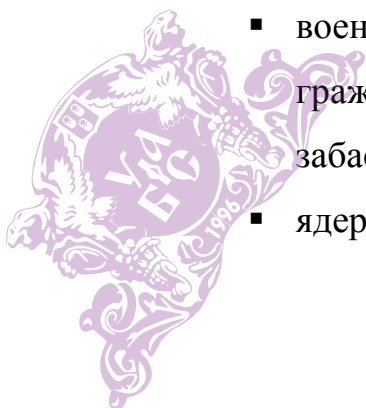
Страховая компания не производит страховых выплат в случаях:

- совершения страховым лицом умышленного преступления, обусловившего наступление страхового случая;
- совершение выгодоприобретателем умышленного преступления, направленного и повлекшего за собой наступление страхового случая, выразившегося в смерти застрахованного лица;
- управления застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо передачи управления лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или лицу, не имеющему право на вождение данного средства транспорта;
- умышленного причинения застрахованным лицом себе телесных повреждений, а также по иным основаниям, установленным законом.

Перечисленные выше действия признаются таковыми на основании решения суда или других документов, подтверждающих факт содеянного в установленном законодательством порядке.

Если в договоре страхования не предусмотрены дополнительные специальные оговорки, страховая компания не производит выплат в связи с несчастными случаями, вызванными следующими событиями:

- военные действия, а также маневры или иные военные мероприятия, гражданская война, народные волнения всякого рода или забастовки;
- ядерный взрыв, радиация или радиоактивное заражение.



Если в результате несчастного случая наступила постоянная утрата физических либо умственных способностей застрахованного лица (инвалидность), последний имеет право на получение страхового обеспечения в соответствии со страховой суммой, установленной для этого риска. Страховое обеспечение при наступлении риска инвалидности зависит от степени утраты трудоспособности.

Если несчастный случай привел к временной утрате трудоспособности, застрахованному лицу выплачивается страховое обеспечение, как правило, в виде ежедневного пособия за весь период лечения.

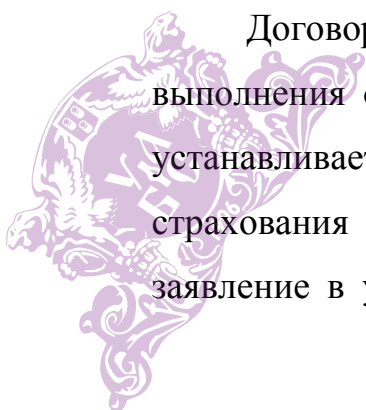
Если несчастный случай приведет к смерти застрахованного лица, выгодоприобретатель имеет право на получение страхового обеспечения в размере страховой суммы, установленной для этого риска.

При наступлении страхового случая выплаты, предусмотренные договором страхования от несчастных случаев, производятся страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий, компенсаций и выплат, установленных законодательством, трудовым и другими соглашениями.

Как уже отмечалось выше, страхование от несчастных случаев может осуществляться в двух формах: добровольное индивидуальное страхование граждан от несчастных случаев и страхование от несчастных случаев рабочих и служащих за счет предприятий, учреждений и организаций.

Добровольное индивидуальное страхование граждан от несчастных случаев осуществляется на основании правил и действующего законодательства Украины. Договор страхования также может быть заключен юридическим лицом (страхователем) в пользу застрахованного физического лица. Возраст застрахованного не может быть меньше 15 лет.

Договор страхования может заключаться на любой срок или на время выполнения определенной работы, поездки и т.д. Срок действия договора устанавливается по соглашению сторон. Для заключения договора страхования от несчастного случая страхователь представляет письменное заявление в установленной форме о своих намерениях заключить договор



страхования. Для оформления договора могут быть затребованы дополнительные документы, характеризующие степень риска. Договор вступает в силу после 0 часов 00 минут даты уплаты страхового взноса или зачисления денег, если не предусмотрено иное.

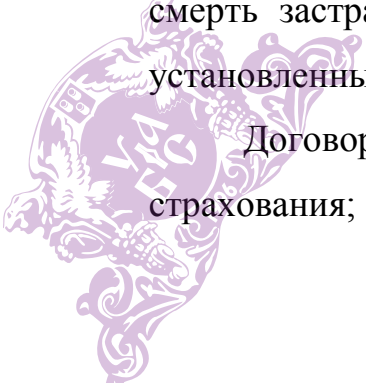
Страховая сумма – это денежная сумма, в пределах которой страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования, размер которой устанавливается по соглашению сторон.

Страховой взнос исчисляется исходя из страховой суммы, тарифных ставок и срока страхования. Тарифная ставка, в свою очередь, зависит от степени риска: от возраста, профессии, состояния здоровья застрахованного и других факторов. Страховой взнос, в зависимости от условия договора, уплачивается разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку наличными деньгами, или иным способом, оговоренном в договоре.

Объектом страхования являются имущественные интересы застрахованного, связанные с доходом или дополнительными расходами в связи с утратой трудоспособности или смертью застрахованного вследствие несчастного случая. Под несчастным случаем, применительно к данному виду страхования, понимается фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное событие, в результате которого наступило расстройство здоровья застрахованного или его смерть.

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату – это временная или постоянная утрата застрахованным общей трудоспособности; смерть застрахованного, явившаяся следствием травмы и другие случаи, установленные в законодательстве о страховании.

Договор прекращается в случае: истечение срока действия страхования; выполнения страховщиком своих обязательств; смерти



застрахованного; по требованию одной из сторон данного договора; ликвидации страховщика.

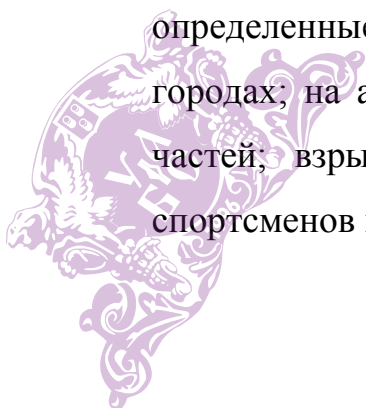
При наступлении страхового случая страховщик обязан произвести страховую выплату страхователю, или в случае смерти страхователя – его наследникам. Сумма выплат по одному или нескольким страховым случаям (в период действия договора) не может превышать страховой суммы. В случае временной утраты общей трудоспособности выплата застрахованному производится за каждый день нетрудоспособности. Если же общая трудоспособность утрачена не постоянно, то страховая выплата производится по установленным в договоре процентам от страховой суммы. Сам же процент зависит от установленной группы инвалидности.

Для получения страховой выплаты страховщику предоставляются следующие документы: заявления на выплату страховой суммы; документ, подтверждающий факт страхового случая; документ, удостоверяющий личность; копия о смерти застрахованного (в случае смерти застрахованного).

Страховая выплата производится в течение 7 дней после получения документов о выплате страховой суммы. Само же требование может предъявляться в течении 3-х лет с момента страхового случая.

По второму виду страхования страхователями являются предприятия, учреждения и организации, где имеются работы с опасными для жизни условиями труда. Работники на этих работах подлежат страхованию с уплатой страховых взносов за счет страхователей (предприятий) и выступают в качестве застрахованных.

В настоящее время обязательное страхование распространяется на личный состав добровольных дружин на предприятиях и в организациях, на определенные группы работников профессиональной пожарной охраны в городах; на авиационную охрану лесов, бойцов горно- и газоспасательных частей; взрывников; инкассаторов банков; испытателей новой техники; спортсменов в период проведения соревнований и ряд других специалистов.



Выплата страховой суммы производится в связи с потерей здоровья или наступления смерти застрахованного от несчастного случая, происшедшего в период страхования. Перечень страховых несчастных случаев предусматривается в соглашениях, которые заключаются по поводу страхования между предприятиями, организациями, министерствами и страховыми организациями. Кроме того, правилами страхования предусмотрены ограничения страховой ответственности, если потеря здоровья или наступление смерти застрахованного связаны с совершением им преступления, с алкогольным или наркотическим опьянением и другими оговоренными обстоятельствами.

Размер страховой суммы устанавливается при вынесении решения о страховании за счет организаций данной категории работников. При потере здоровья страховая сумма выплачивается застрахованному. При наступлении смерти подлежит выплате полная страховая сумма, не зависимо от выплат в связи с потерей здоровья.

Договор заключается сроком на один год или на несколько месяцев в пределах года. Продолжительность срока страхования определяется по соглашению между организацией и соответствующим страховым органом, либо правилами страхования. Для оформления договора организация подает соответствующему органу по подчиненности заявление установленной формы, в котором указывается либо перечень подлежащих страхованию должностей, либо пофамильный список застрахованных. Договор вступает в силу со дня перечисления страхователем страховых взносов на счет страховой компании в банке. Однако, страхователь может указать конкретный день вступления договора в силу после перечисления взносов. Страхователю вручается страховое свидетельство, единое для всех застрахованных.

Для возобновления договора на новый срок страхователь по истечении срока договора подает заявление и перечисляет страховой взнос, тогда новый договор будет действовать с момента окончания предыдущего. Если договор

был заключен сроком на один год и без пофамильного списка, то по окончании срока страхования делается перерасчет страховых взносов, исходя из средней плановой численности работников в течение истекшего года.

1.4. Анализ страхового рынка и нормативно-правовой базы страхования в Украине

Развитие системы страхования в Украине можно условно разделить на несколько этапов:

1. Демонополизация страхования в СССР (1988 -1991 гг.).
2. Формирование страховой системы Украины (1991 -1993 гг.).
3. Развитие страховой системы Украины после принятия Декрета «О страховании» (1993-1996 гг.).
4. Реформирование и дальнейшее развитие страховой системы Украины после принятия Закона «О страховании» (1996-2000 гг.).
5. Реформирование государственного надзора за страховой деятельностью согласно Указу Президента Украины «Об изменениях в структуре центральных органов исполнительной власти» от 15 декабря 1999 года № 1573/99.
6. Переход к новым стандартам в регулировании и развитии страховой системы Украины в результате принятия в новой редакции Закона Украины «О страховании» (в конце 2001 г.) и создания Государственной комиссии по регулированию рынка финансовых услуг (в конце 2002 г.).

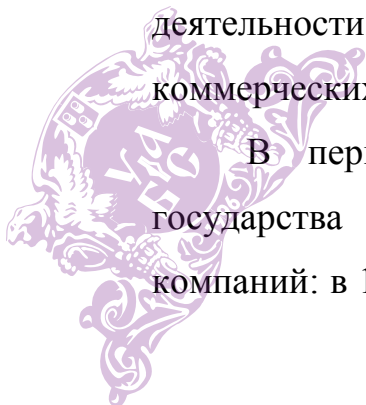
Начало демонополизации страхового дела в бывшем СССР положил Закон «О кооперации», принятый Верховным Советом СССР 26 мая 1988 года. Этим законом предполагалось, что кооперативы могут страховать свое имущество и имущественные интересы в органах государственного страхования, а также создавать кооперативные страховые учреждения, определять условия, порядок и виды страхования.

Более значительную роль в процессе создания негосударственных страховых организаций сыграли: утвержденное 19 июня 1990 г. Советом Министров СССР «Положение об акционерных обществах и обществах с ограниченной ответственностью» и Постановление «О мероприятиях по демополизации народного хозяйства», утвержденное 16 августа 1990 г. Данные нормативные акты прямо разрешали заниматься страховой деятельностью и конкурировать между собой государственным, акционерным и кооперативным обществам.

Демополизация происходила и в системе Госстраха. Она выражалась, прежде всего, в предоставлении страховым организациям республик права проводить на региональном уровне имущественное и личное страхование. Начиная с 1991 г., после прекращения существования СССР, Украина начала самостоятельно решать все вопросы относительно организации страховой деятельности на своей территории.

С целью упорядочения деятельности страховых организаций и защиты интересов страхователей 10 мая 1993 г. издается Декрет КМУ «О страховании», а в июле 1993 г. – Постановление КМУ «О лицензировании страховой деятельности». Эти два документа предусматривали создание системы государственного регламентирования страховой деятельности, включая регистрацию страховых организаций и лицензирование этой деятельности, создание государственного исполнительного органа – Укрстрахнадзора, который был призван следить за соблюдением страховыми компаниями норм действующего законодательства. Кроме того, развитию страхового рынка в Украине способствовало принятие декрета КМУ «О внесении изменений и дополнений в Закон Украины «О банках и банковской деятельности» от 26 апреля 1993 г. № 38-93, который запрещал деятельность коммерческих банков в сфере страхования.

В первые годы приобретения Украиной статуса независимого государства имело место существенное увеличение числа страховых компаний: в 1991 г. их насчитывалось около 28, в 1992 г. – уже 171, в 1993 г.



– 455, в 1994 г. – 616, в 1995 г. – 655 [170]. Интенсивному возрастанию количества страховых организаций оказывали содействие, в основном, четыре фактора:

1. Создание дочерних компаний российских страховых организаций в Украине. В России процесс формирования коммерческого страхового рынка начался раньше и в 1990-1991 гг. российские страховые компании начали создавать дочерние структуры на территории Украины.

2. Создание работниками отделений Укргосстраха коммерческих страховых компаний. До коммерциализации Укргосстраха его работники имели меньше доходов, чем работники коммерческих страховых компаний, поэтому появилась тенденция одновременной работы руководства региональных отделений Укргосстраха в созданных ими страховых организациях, куда, как правило, сбрасывались наивыгоднейшие риски.

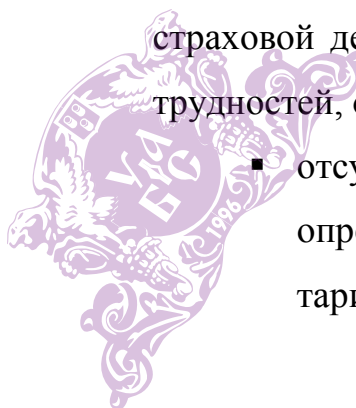
3. Создание страховых компаний при министерствах и ведомствах. В 1990-1992 гг. отраслевые министерства и ведомства получили значительную свободу хозяйственной деятельности и начали создавать вокруг себя коммерческую инфраструктуру – банки, страховые и инвестиционные компании.

4. Создание страховых компаний при больших промышленно-финансовых структурах.

5. Другие страховые компании были созданы в силу действия других факторов и субъектов: предпринимательской инициативы, зарубежных инвесторов, общественных организаций.

Однако большое количество новообразованных страховых организаций еще не означало создания полноценного страхового рынка. Организация страховой деятельности на Украине в данный период столкнулась с рядом трудностей, основными из которых были:

- отсутствие методической базы страхования, в т.ч. правового определения таких понятий, как страховая сумма, страховой платеж, тарифная ставка, нетто-ставка и т.п.;



- отсутствие единой методологической базы в сфере экономики страхования, неопределенность таких правовых понятий, как себестоимость, доход, прибыль страховщика, источники их формирования, что приводило к грубым перекосам в налогообложении страховой деятельности;
- отсутствие общепризнанной методологической базы бухгалтерского учета;
- отсутствие отечественной литературы по праву и теории страхования, экономике и бухгалтерскому учету в страховании;
- отсутствие теоретически подготовленных и квалифицированных кадров – страхователей.

Существенный прогресс в развитии страховой системы Украины связан с выходом Декрета КМУ «О страховании», который стал первой попыткой создания цивилизованного института страхования. Декрет прекратил существование Государственной коммерческой страховой организации и на ее базе была создана НАСК «Оранта», главным акционером которой осталось государство. Декрет фактически запретил государству принимать меры относительно регулирования деятельности страхователей. В результате количество страхователей на страховом рынке Украины выросло до 700, причем большинство из них строили свою деятельность или по принципу «финансовых пирамид», или за счет инфляционных процессов (на примере трастовых и банковских учреждений). Целый ряд страховых компаний оказались на грани банкротства, в основном, из-за маленького уставного фонда и отсутствия сформированных надлежащим образом страховых резервов (немалую роль при этом сыграло и неквалифицированное руководство).

Среди наиважнейших последствий принятия Декрета Кабинета Министров Украины «О страховании» от 10.05.93 г. (к принятию Декрета этот вид хозяйственно-финансовой деятельности регулировался в Украине Законом «О хозяйственных обществах») можно отметить такие:

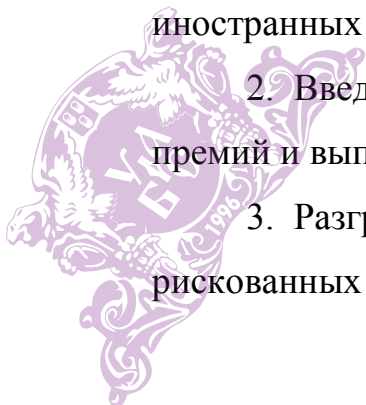
- отсутствие самого понятия механизма «заработанных» премий;

- юридическая неопределенность «технических» и «математических» резервов и ограничение величины резервов в структуре тарифной ставки;
- недостаточная обоснованность системы оценки платежеспособности страховых компаний;
- неразделенность страхования жизни и рискованных видов страхования, низкие требования к регистрации страховых компаний и т.п.

Однако, несмотря на недостатки правовой базы, страховая система Украины получила реальный толчок к дальнейшему становлению и развитию. За 1993-1995 гг. было выдано 1175 лицензий на осуществление страховой деятельности, из которых 149 – по страхованию жизни, 836 – по имущественному страхованию, 330 – по страхованию ответственности, 97 – по обязательным видам. Таким образом, имущественное страхование с самого зарождения страхового рынка Украины считалось приоритетным направлением для отечественных страхователей.

Значительным событием на страховом рынке Украины стало принятие 07.03.1996 г. Верховной Радой Украины Закона «О страховании», который привел к значительным изменениям на страховом рынке Украины. С 01.01.97 г. вступили в силу новые нормативы относительно уставного фонда, ликвидности, платежеспособности, резервов страхователей, что привело к значительным изменениям в составе и структуре страховых компаний. Это, большей частью, состоялось благодаря следующим принципиальным моментам, которые указаны в Законе:

1. Установлен минимальный размер уставного фонда страховой компании – 100 тыс. ЭКЮ, а для страховых компаний, созданных с участием иностранных лиц – 500 тыс. ЭКЮ
2. Введена маржа платежеспособности на уровне 25-30% от суммы премий и выплат за отчетный период.
3. Разграничено лицензирование относительно страхования жизни и рискованных видов страхования.



4. Введены понятия «технических» и «математических» резервов и требований относительно соответствия этим резервам обязанностей, взятых на себя страховыми компаниями.

5. Установлен порядок «заработанной» премии, в основу которой положен метод «одной четвертой» от полученных премий.

6. Предоставлено право надзорным органам проводить санацию, ликвидацию и реорганизацию страховых компаний (тогда как статья 40 Декрета «О страховании» фактически запрещала государственное регулирование деятельности страхователей, а именно: контролировать уровень тарифов, условия договоров).

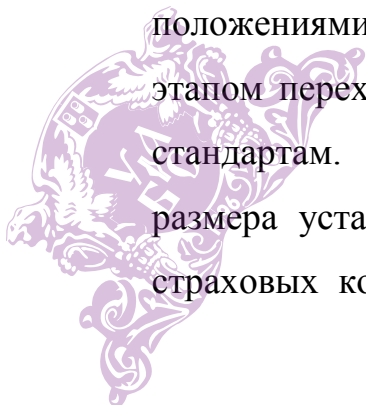
7. Ужесточены требования к осуществлению лицензирования.

8. Увеличена доля возможного участия иностранных страхователей с 20 % до 50 % .

9. Запрещено использование средств страховых резервов, ресурсов, полученных в кредит и под залог, а также нематериальных активов для формирования уставного фонда и т.п.

Начиная с 1996 г. существенно усилились требования Укрстрахнадзора относительно платежеспособности, ликвидности, резервирования, структуры активов, инвестиционной политики страховых компаний (с 1998 г. до конца 2001 г. контрольным органом страховиков вместо Укрстрахнадзора стало Министерство финансов Украины). Начиная с 1996 г. страховики были обязаны по каждому виду страхования, который они намеревались осуществлять, разрабатывать правила страхования и утверждать их в контрольном органе.

Проведенная в 1997 г. перерегистрация страховщиков в связи с новыми положениями страхового законодательства [44, 46, 155] стала очередным этапом перехода украинского страхового рынка к общепринятым мировым стандартам. Основным требованием перерегистрации было увеличение размера уставного фонда страховых компаний до 100 тыс. ЭКЮ, а для страховых компаний, созданных с участием иностранных юридических и

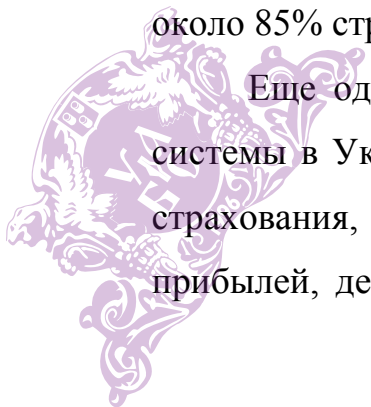


физических лиц – до 500 тыс. ЭКЮ. Специфика страховой деятельности определяет особые требования не только к размеру уставного фонда страховщика, но и к структуре учредительных взносов. Для формирования страхового фонда страховщика не могут быть использованы нематериальные активы, средства полученные в кредит или под залог. При этом соотношение денежной и имущественной частей в оплаченном уставном фонде должно быть соответственно 60 и 40. По итогам перерегистрации аннулированы лицензии у 325 страховых компаний, которые были исключены из государственного реестра страховщиков [136, 157]. Вместе с тем, с 1997 г. наметилась тенденция роста числа страховщиков. По состоянию на начало 2000 г. в Украине действовала 263 страховых компании, а совокупный оплаченный уставный фонд составлял 327872 тыс. грн. с тенденцией роста (в сравнении с 1995 г. он увеличился более, чем в 8 раз).

В конце 2001 г. была принята новая редакция Закона Украины «О страховании», согласно которой были изменены требования к уставному фонду страховщиков – теперь они составили не менее 1 млн. евро для тех, кто внедряет рискованные виды страхования, и 1,5 млн. евро для страховщиков, осуществляющих страхование жизни. Переход к новым стандартам в регулировании страховой системы Украины ознаменовался созданием Государственной комиссии по регулированию рынка финансовых услуг (в конце 2002 г.).

В этот период существенно усилилась тенденция концентрации страховых платежей в кептивных компаниях при различных министерствах, предприятиях, банках, финансово-промышленных группах и пр. (на сегодняшний день, по оценкам экспертов, такого рода компании получают около 85% страховых платежей классического страхования).

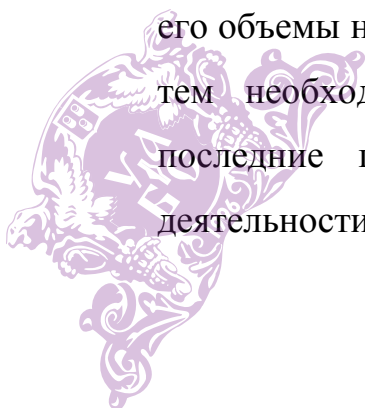
Еще одной отличительной чертой данного этапа развития страховой системы в Украине стало увеличение доли «финансового страхования», т.е. страхования, которое предприятия осуществляют для оптимизации своих прибылей, денежных потоков, приобретения пакетов акций предприятий и



пр. По результатам 2003 г. доля такого типа страхования в общей структуре поступления страховых премий составляла 75% или 6,8 млрд. грн. Проблема использования страховых схем в качестве средства, помогающего клиентам изменить финансовые показатели, к сожалению, существует в Украине и в настоящее время. О ней косвенно свидетельствует тот факт, что сборы премии растут несоразмерно с выплатами, а отношение выплат к объему страховых взносов из года в год неуклонно снижается. Однако особенно заметным этот процесс стал именно в 2003 г. Так, если в 2001 г. уровень выплат по отношению к совокупной премии составил 32,83%, в 2002 г. – 32,69%, то в 2003 г. – уже 9,67%, а в 2004 г. он снизился до 7,57%. Страхование жизни, которое сегодня активно развивается в Украине, тем не менее, в то время не имело значимого веса в совокупном портфеле компаний – на него приходился только 1% поступлений. Таким образом, низкая убыточность наблюдалась именно в рисковом сегменте, что свидетельствовало о том, что некоторая значительная часть поступлений не относится к реальным страховым договорам.

В настоящее время подобные тенденции, к сожалению, все еще имеют место. Существенным барьером на пути развития украинского страхового бизнеса является «псевдострахование» – деятельность компаний по финансовым схемам, использующих каналы страхования и перестрахования для вывода капитала в «теневой» оборот. По разным оценкам доля такого «псевдострахования» составляет до 60% всего страхового сектора страны.

Как свидетельствуют обобщенные данные о развитии страхового рынка в Украине, начиная с 2002 г. наблюдается достаточно стабильное возрастание валовых показателей деятельности страхового рынка. Однако его объемы на данный момент не отвечают уровню развитых стран. Вместе с тем необходимо учесть, что развитие страхового рынка Украины в последние годы происходило в условиях оживления экономической деятельности, снижения темпов падения производства. Это не могло не



повлиять на его развитие, и он развивался достаточно высокими, в сравнении с другими областями экономики, темпами.

Необходимо отметить, что за анализируемый период наметился ряд положительных качественных тенденций, а именно:

- темпы роста страховых платежей начали опережать темпы роста страховых выплат;
- значительно возросли объемы резервов, сформированных на конец года, в сравнении с собранными за год платежами;
- наметилась тенденция значительного увеличения уплаченных уставных фондов, что свидетельствует о привлекательности для инвестирования страхового рынка, как области, которая динамично развивается, и осознание страхователями необходимости увеличить финансовую мощь для безусловного выполнения страховых обязательств.

Для более глубокого анализа страхового рынка необходимо использовать показатели рентабельности, наличия ликвидных активов для представления страховых резервов и размер самих резервов, соотношения рисков, принятых и переданных в перестрахование. В соответствии с требованиями страхового законодательства Украины, сумма страховых обязательств должна быть равна сумме страховых резервов, которые на любую дату должны быть представлены ликвидными активами (т.е. страховщик всегда должен быть готов выполнить свои обязательства перед страхователями) [70, 77]. Страховые резервы формируются из поступлений страховых платежей согласно порядку, определенному ст. 30 Закона Украины "О страховании" [44].

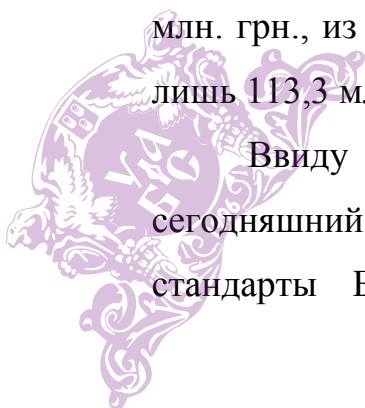
Исследование тенденций развития страховой системы в Украине в последние годы позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на существенный рывок в развитии и высокий потенциал, доля страхового рынка в ВВП страны невелика. Так, например, в 2005 г. она составила только лишь 3,1% (без учета «финансового страхования» – менее 1%), в 2006 г. –

уменьшилась до 2,6%, в то время как для промышленно развитых стран аналогичный показатель составляет 8-12%.

В 2006 г. на украинском страховом рынке работало 411 страховых компаний, в том числе 55 компаний по страхованию жизни и 81 страховых компаний с привлечением иностранных инвестиций (и с каждым годом их количество растет), показатель премий на одного гражданина увеличился по сравнению с предыдущим годом и составил 59 долл. США. Ежегодно объем собранных премий увеличивается более чем в 2 раза. Несмотря на большое количество страховых компаний, страховой рынок Украины в 2006 г. характеризовался высокой концентрацией: на первые 100 – 82 % рынка. С каждым годом растет и капитализация страхового рынка. Так за 2006 г. уставные фонды страховых компаний выросли на 1,7 млрд. грн., сформированные страховые резервы составили 6014,1 млрд. грн., активы страховых компаний составили 23 994,6 млрд. грн. За 2006 год страховым компаниям удалось привлечь около 14 млрд. грн. страховых премий. Это превышает показатель 2005 г. почти в 2 раза, что является еще одним свидетельством стабильного и динамичного роста страхового сектора. Из этой суммы непосредственно от клиентов (чистые премии, без учета сумм, полученных от перестраховщиков) получено 8,2 млрд. грн., из них более 750 млн. грн. – от клиентов – физических лиц (в 2005 г. чистые премии в страховом секторе составили менее 5,1 млрд. грн.).

Формирование резервов страховых компаний регламентируется на законодательном уровне, и их объем определяет величину риска, который может принять на себя страховщик. Величина сформированных резервов украинских страховщиков по состоянию на 2006 г. составляла более 6 014,1 млн. грн., из которых основная доля приходилась на технические резервы и лишь 113,3 млн. грн. – на резервы по страхованию жизни.

Ввиду слабого развития кредитного рейтингования в Украине (на сегодняшний день лишь одна страховая компания имеет кредитный рейтинг), стандарты Базельского комитета в данный момент неприменимы к



украинскому рынку. В октябре 2004 г. было подписано соответствующее соглашение между Лигой страховых организаций Украины (ЛСОУ) – основным ассоциативным объединением субъектов страхового рынка, насчитывающем 127 членов, и рейтинговым агентством «Эксперт-Рейтинг». Согласно данному соглашению Лига и «Эксперт-Рейтинг» согласны популяризировать рейтинговую оценку страховых компаний. ЛСОУ со своей стороны официально признала кредитные рейтинги как действенный инструмент рыночной дифференциации надежности страховых компаний.

Ежегодно в Украине публикуются рейтинги страховых компаний. Так, например, в таблице 1.5 представлены компании – фавориты данного рейтинга за 2006 г. по различным критериям.

В 2006 г. страховые компании Украины собрали 13 829,9 млн. грн. и выплатили 2 599,6 млн. грн., на рынке Украины работали 411 страховые компании, из которых 55 специализировались на страховании жизни. По сравнению с 2005 г., число участников рынка увеличилось на 13 компаний.

Таблица 1.5

Страховые компании – фавориты рейтинга «Топ-100» за 2004 г. по различным критериям

Критерий оценки	Страховая компания, занявшая в рейтинге первое место	
	По страховым платежам	По страховым выплатам
личное страхование (кроме страхования жизни)	Инго-Украина	Провидна
обязательное страхование	Оранта	Кредо-классик
имущественное страхование	Лемма	Лемма
добровольное страхование ответственности	Днепроинмед	ПЗУ Украины
NON-LIFE рынок по объемам страховых платежей	Лемма	Догмат-Страхование
страхование жизни	Алико АIG жизнь	Блакитный полис

В ноябре 2004 г. в Украине были введены новые требования к величине уставного капитала страховых компаний, и эксперты предупреждали о возможности сокращения рынка примерно на треть. Однако подобного до сих пор не произошло. По данным экспертов, суммарный уставный капитал участников страхового рынка Украины на 1.01.07 достиг 8341,2 млн. грн. Таким образом, на одну компанию в среднем приходилось из этой суммы почти 20 млн. грн., что превышает максимальный лимит в 1,5 млн. евро, установленный для страховщиков жизни (для остальных компаний он составляет 1 млн. евро). При инфляции в 2006 г. на уровне 12,3% поступления премии выросли на 7,6%. В тоже время анализ итогов работы страховых компаний показывает, что величина отношения всех показателей к аналогичным за предыдущий год растет достаточно медленно.

Ежегодный прирост совокупной премии в Украине составлял: в 2004 г. – 19431,4 млн. грн., в 2005 г. – 12853,5 млн. грн., в 2006 г. – 13829,9 млн. грн.

В таблице 1.6 представлены некоторые обобщенные показатели развития страховой системы Украины за период 2004-2006 гг.

В 2004 году было много «схемных» операций по страхованию и 2004 г. запомнился рядом существенных шагов, направленных на пресечение схем нелегального использования страховых каналов. Одним из таких шагов стало постановление КМУ от 4.02.04 №124 «Об утверждении порядка и требований к осуществлению операций по перестрахованию у страховщика (перестраховщика) нерезидента».

Таблица 1.6.

Обобщенные показатели развития страховой системы Украины за период 2004-2006 гг.

Показатели	Годы		
	2004	2005	2006
Общее количество страховых организаций	387	398	411
Количество страховых компаний по страхованию	45	50	55

жизни			
Количество страховых компаний иных, чем по страхованию жизни	342	348	356
Размер премий по страхованию жизни, млн. долл. США	35,1	63,6	89,3
Общий размер страховых премий, млн. долл. США	3644,6	2545,2	2738,6
Размер страховой премии, приходящийся на одного гражданина, долл. США	76,9	54,2	59,0
Активы страховых компаний, млн. долл. США	3753,7	4142,6	4751,5
Сформированные страховые резервы, млн. долл. США	1551,6	999,2	1190,9
Количество занятых в сфере страхования, тыс. чел.	45500	48400	52400

В результате имплементации таких шагов изменилась структура движения средств между страховыми компаниями и перестраховщиками: выросла доля перестраховщиков Англии и Германии, в то же время уменьшилась доля перестраховщиков России и Молдовы. К тому же регулятор обязал 66 компаний разорвать договора перестрахования ввиду несоответствия перестраховщиков требованиям украинского законодательства.

Соответствующая стабильность сотрудничества страховых организаций в финансово-экономическом секторе обусловила наращивание собственных капиталов большинства страхователей и создала предпосылки большей надежности в договорных обязательствах. Страховая отрасль является одной из отраслей, которая обеспечивает действенную защиту имущественных прав и интересов граждан от разнообразных рисков, поддержание экономической стабильности общества. Кроме того, она является важным финансовым инструментом регулирования национальной экономики и мощным средством аккумуляции значительных средств для их дальнейшего вложения в экономику.

Активы страховых компаний в 2005-2006 годах возросли на 5% и 15% соответственно. Формирование структуры активов страховых компаний в Украине регламентируется статьей 31 закона «О страховании». По

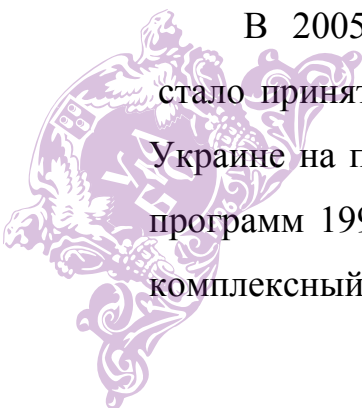
усредненным данным за 2005-2006 гг. основная доля этих активов – 45,92% от общего объема – приходится на акции и облигации предприятий. Также важную роль в формировании активов принимают права требования к перестраховщикам (12,37%), деньги на текущих счетах (4,42%), в основном в национальной валюте и банковские депозиты (31,19%), недвижимое имущество (4,54%).

Основную долю пассивов страховых компаний формирует их уставный капитал. По данным на 2006 г. уставный капитал страховых компаний Украины составляет 8,39 млрд. грн., что на 26,4% превышает показатель 2003 г. На сегодняшний день подавляющее большинство страховых компаний Украины (91,3%) имеют капитал, размер которого превышает 5 млн. грн. Капитал 7,1% страховщиков колеблется в промежутке от 1 до 5 млн. грн.; объемы собственного капитала остальных компаний (1,6%) составляют менее 1 млн. грн.

Основными входными барьерами страхового рынка являются лицензирование и норматив уставного капитала.

В 2005 г. знаковым для страховых компаний Украины событием стало принятие Верховной Радой Концепции развития страхового рынка в Украине на период 2005–2010 гг. Ее основное отличие от Государственных программ 1998–2000 гг. и 2001–2004 гг. состоит в том, что она предлагает комплексный подход, видение развития рынка страховых услуг в целом, реально определяет приоритеты с учетом нынешнего состояния страхового дела в государстве, выполняет главную задачу такого рода документов – разработку механизма организации рыночного взаимодействия производственного и страхового предпринимательства.

В 2005 г. знаковым для страховых компаний Украины событием стало принятие Верховной Радой Концепции развития страхового рынка в Украине на период 2005–2010 гг. Ее основное отличие от Государственных программ 1998–2000 гг. и 2001–2004 гг. состоит в том, что она предлагает комплексный подход, видение развития рынка страховых услуг в целом,



реально определяет приоритеты с учетом нынешнего состояния страхового дела в государстве, выполняет главную задачу такого рода документов – разработку механизма организации рыночного взаимодействия производственного и страхового предпринимательства.

В 2006 г. страховой рынок Украины значительно изменился: резко возрос интерес зарубежных финансовых групп к отечественному рынку, увеличилось количество компаний с иностранным капиталом, по мере развития рыночной экономики в стране и роста доходов населения, услуги по страхованию уже не воспринимаются как прихоть, а кажутся все большему количеству людей естественной необходимостью, вследствие чего рынок стал цивилизованнее. По данным экспертов, за 2006 г. реальный рынок страхования вырос на 7,6 % от объема валовых премий в 2005 г., причем в ближайшие годы темпы роста классических операций могут вырасти с 20 до 30%.

В сфере страхования создается все больше рабочих мест. На 1 января 2006 года количество занятых в страховом бизнесе составило 52,4 тыс. человек. В 2006 г. в Украине общее количество застрахованных граждан составило более 400 тыс. чел.; страховыми компаниями было заключено 112 тыс. договоров страхования жизни, в том числе:

- договоров пенсионного страхования – 8 тыс.;
- других договоров накопительного страхования – 41 тыс.;
- договоров страхования жизни только на случай смерти – 54 тыс.;
- других договоров страхования жизни – 9 тыс.

В 2006 году общий объем страховых платежей по прямому страхованию (от предприятий и населения) составлял 8769,4 млн. грн., что на 1286,6 млн. грн. больше, чем за 2005 год или на 17,2%. Невзирая на позитивные сдвиги, состояние развития страхового рынка Украины ещё не соответствует уровню стран ЕС. В частности, соотношение чистых страховых платежей (без страховых платежей, переданных в перестрахование резидентам), которые составили в 2006 году 8,8 млрд. грн.

(в 2005 г. – 7,5 млрд. грн.), и ВВП в 2006 г составило 1,6% (в 2005 г. – 1,8%). Но остается низким в сравнении с аналогичными показателями развитых стран, где он составляет 8-12%.

Почти все страховые системы стран СНГ имеют схожие характеристики: невысокая доля охвата рынка, несовершенство законодательной базы, невысокие доходы населения и низкая страховая культура. Кроме того, ряд стран характеризуется непрозрачностью подавляющего большинства страховых компаний и высокой долей налоговосберегающих схем. В таблице 1.7 приведена информация об общем количестве страховых компаний в странах СНГ по данным на 30.06.2007 г г.

Таблица 1.7.

Общее количество страховых компаний в странах СНГ

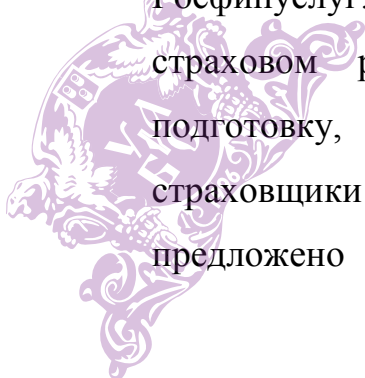
(по данным на 30.06.2007 г.)

Страна	Количество страховых компаний
Россия	911
Украина	411
Казахстан	41
Беларусь	22
Таджикистан	14
Узбекистан	25
Молдова	33

По итогам 1 полугодия 2007 года в число пятидесяти крупнейших страховщиков СНГ вошло 47 российских страховых компаний и по одной компании из Украины, Беларуси и Казахстана. Причем ближайшим «преследователем» крупнейших российских страховщиков оказалась украинская страховая компания «Лемма», занявшая в списке 31-е место. Любопытно, что российские страховые компании преобладают, как в числе крупнейших, так и в числе самых мелких страховщиков СНГ. [топ 100]

2006 г. также был отмечен значимыми событиями в развитии страховой системы Украины. Так, учитывая растущие потребности иностранных инвесторов в качественной и актуальной информации относительно инвестиционно привлекательных участников страхового и банковского рынка, в июне 2006 г. в Украине был проведен Международный Инвестиционный Конгресс Страховой Элиты, который объединил три основные взаимодополняющие сферы финансовой деятельности: инвестиции, страхование и банкинг. По мнению его организаторов (Лиги страховых организаций Украины и Института Реформ), его основной задачей является стать местом встречи инвесторов и участников рынка капитала, катализатором активности иностранного капитала в Украине. Участие в данном Инвестиционном Конгрессе позволит банкам, инвестиционным и консалтинговым компаниям, компаниям по управлению активами, страховым и перестраховочным компаниям, а также иностранным инвесторам стать обладателями эксклюзивной аналитики по тенденциям и прогнозам развития страхования в Украине и получить исчерпывающую информацию по инвестиционно привлекательным субъектам финансового рынка.

Кроме того, в апреле 2006 г. был запущен международный проект TACIS по поддержке отечественного страхового рынка, предусматривающий финансовую помощь украинским страховым компаниям в течение трех лет за счет Европейского союза (общий бюджет проекта составляет 3,5 млн. евро). Эксперты проекта TACIS подсчитали, что в страховом секторе Украины занято 50 тыс. человек, из которых непосредственно сотрудниками страховых компаний являются около 30 тыс., 180 тыс. – сотрудники Госфинуслуг. Эксперты пришли к выводу, что 80% работающих на страховом рынке Украины имеют неадекватную профессиональную подготовку, и если не предпринять мер, уже к 2010 г. украинские страховщики окажутся неконкурентоспособными. Чтобы этого не допустить, предложено уже сейчас в рамках обозначенного выше проекта создать



Европейско-Украинский центр развития страхования, главной задачей которого должно стать формирование современной учебной инфраструктуры страхового рынка. Кроме того, в структуре Центра планируется открыть Институт рисков для систематизации, сертификации и мониторинга рисков, создания статистических баз по обязательному страхованию ответственности автовладельцев и смертности населения, на основании которой специалисты страховых компаний смогут проводить расчеты платежей по страхованию жизни.

Анализ инвестиционного климата в Украине дает все основания говорить, что рынок страховых услуг развивается активными темпами, о чем свидетельствует участие иностранных партнеров в капитале отечественных страховщиков. По данным экспертов международного рейтингового агентства Fitch Ratings, украинский рынок страхования в ближайшие два года останется вторым в СНГ по привлекательности для инвесторов, уступая только рынку страхования России. По их оценкам, в Украине сегодня как банковский и страховой, так и рынок ценных бумаг имеют большое будущее и являются для Украины перспективными. Сегодня можно констатировать тот факт, что в Украине 81 страховая компания работает с привлечением иностранных инвестиций и с каждым годом их количество растет.

Объем иностранных инвестиций в уставные фонды украинских страховщиков в 2005 г. составил 17,8 млн. долл., при том, что общий объем инвестиций на 01.01.2007 г. – 217 млн. долл. В структуре уставного фонда на иностранный капитал приходится 217 млн. долл. и соответственно 1445 млн. долл. – на украинский капитал.

Структура иностранных инвестиций на страховом рынке Украины по данным на 01.01.2007 представлена в таблице 1.8.



Структура иностранных инвестиций на страховом рынке Украины

(по данным на 01.01.2007)

Страна	Доля, %
Великобритания	26,2
США	14,5
Польша	11,9
Кипр	8,7
Австрия	5,5
Россия	4,8
Лихтенштейн	4,3
Голландия	6,4
Другие	17,8
ВСЕГО	100

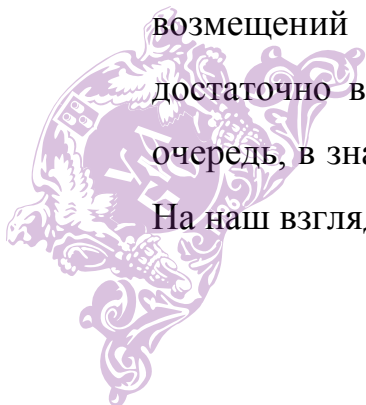
Совместные проекты сотрудничества украинского и австрийского капитала (вхождение австрийских страховых групп UNIQA, Generali, Vienna в уставный капитал украинских страховщиков), польского (PZU S.A.) и российского (Ингосстрах, Ренессанс, Росгосстрах, РЕСО-Гарантии и других) предусматривает равноправное партнерство и большие перспективы развития классического страхового бизнеса в Украине.

Статистические исследования показывают, что на сегодняшний день в Украине застраховано всего 10% рисков, перспективными для страхового рынка Украины должны стать накопительные виды страхования, социальные виды страхования, в частности, страхование жизни граждан, пенсионное и медицинское страхование. К сожалению, в период становления независимости в Украине отечественный страховой рынок утратил свои позиции по многим видам страхования. Так, например, в СССР по страхованию жизни было застраховано около 32% работающего населения, сейчас же в Украине застраховано всего 3%.

В 2006 г. доход страховых компаний составил 417 млн. грн., сумма выплат страховых возмещений – 7,9 % от общего сбора страховых средств. По данным на 2006 г., средняя прибыльность страхового бизнеса составляет около 100%, а по страхованию от несчастных случаев на железнодорожном и автобусном транспорте прибыльность достигает 4900 %. Базовое законодательство Украины предусматривает защиту прав страхователей, однако большинство страховых компаний нарушают свои обязательства практически на каждом этапе договорных отношений, судебные разбирательства со страховыми компаниями для физических лиц являются практически безнадежными, поскольку такие процессы затягиваются на долгое время – до двух лет.

Страховой рынок Украины, как и другие рынки, несмотря на большое количество его участников, характеризуется высокой концентрацией бизнеса – сегодня на первые 100 компаний приходится более 82% бизнеса (такая картина присуща всем мировым рынкам страховых услуг, поскольку доверие со стороны государства, партнеров и клиентов вызывают именно надежность и гарантии выполнения своих обязательств страховыми компаниями, что приводит к появлению явной тенденции к повышению капитализации страхового бизнеса). На три ведущих страховых компании приходится более 30% всех страховых премий. Топ-десятка страховщиков поглощает же более 54%, а на 50-ку приходится 82 % всех страховых премий.

Анализ итогов работы страховых компаний, представленных в таблице 1.10, свидетельствует о том, что темпы роста выплат отстают от темпов роста страховых платежей. Этот вывод подтверждается постоянным уменьшением величины брутто-нормы убыточности (отношение выплаченных страховых возмещений к собранным платежам), что свидетельствует о все еще достаточно высоких тарифных ставках. Высокие тарифные ставки, в свою очередь, в значительной степени сдерживают рост объемов страховых услуг. На наш взгляд, этому есть, как минимум, две причины:



1. Высокие уровни инфляции, нестабильные процентные ставки по депозитным вкладам, постоянно изменяющаяся законодательная база в части налогообложения, вынуждают страховые компании назначать высокие страховые премии. При этом практическое отсутствие научно-методических подходов к определению общего объема компенсационных фондов в части покрытия затрат граждан и лечебных учреждений, обусловленных травматизмом, не способствует обоснованному определению нетто-ставок страховых платежей. Фактически страховые компании в качестве ставки определяют долю, сумма которых равняется разряду страхового платежа. Такой подход практически нивелирует функции страхования, поскольку не учитывает вероятностного характера страховых случаев.

2. Объективно страховые компании и не имеют возможности научно обоснованно установить размеры нетто-ставок. Это обусловлено фактическим отсутствием соответствующей нормативной базы устанавливающей зависимости между частотой наступления страхового случая и факторами его определяющими: пол, возраст, профессия, сезон, регион и т.п. [2119].

Обобщенная информация о деятельности страховых компаний по страхованию жизни, являющихся членами Лиги страховых организаций Украины по итогам первого квартала 2006 г. представлена в таблице 1.10.

По данным на 1 января 2007 г. в Украине работает 411 страховых компаний (для сравнения: на 1 января 2006 г. – 398), в том числе 355 занимается рисковыми видами страхования (на 1 января 2006 г. – 348) и 56 специализируются на страховании жизни (на 1 января 2006 г. – 50).

Уровень развития страхования жизни в Украине один из самых низких среди развитых стран. Согласно исследованиям Swiss Re, одной из самых больших перестраховочных компаний мира, в среднем гражданин Украины тратит менее 1 доллара на страхование в год. По сравнению с Чехией, где на одного человека приходится 170 долл., или Германией, в которой на одного жителя приходится 1000 долл., эта сумма, безусловно, крайне мала.

Результаты 2005 г. показали, что среди стран СНГ Украина занимает четвертое место по развитию рынка страхования жизни после России, Литвы и Эстонии. Общий объем страховых платежей по рынку за указанный период составил 65 млн. долл., что в 13,9 раз меньше, чем в России. Из расчета на душу населения платежи по этому виду страхования составляют всего 1,5 долл., в отличие от 6,2 долл. в России.

Специалисты связывают низкий уровень развития страхования жизни, в первую очередь, с общим недоверием к страхованию. Вторая часто озвучиваемая причина – отсутствие свободных денежных средств у населения – уже неактуальна.



Державний вищий навчальний заклад
"УКРАЇНЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ"

State Higher Educational Institution
"UKRAINIAN ACADEMY OF BANKING
OF THE NATIONAL BANK OF UKRAINE"

Таблица 1.9

Сравнение ведущих страховых компаний Украины по основным показателям (по данным на 01.01.2006 г.), тыс. грн.

Название страховой компании	Активы	Уставный фонд	Собственный капитал	Страховые резервы	Доля перестраховщиков в страховых резервах	Страховые платежи	Премии, отданные в перестрахование		Страховые выплаты	Выплаты, полученные от перестраховщиков	Чистая прибыль
							резидентам	нерезидентам			
Лемма (г. Харьков)	1100819	550000	828325	284418	261422	675159	640601	4791	80849	77255	44079
Оранта (г. Киев)	295347	44647	163075	106804	12782	391856	23074	8575	165034	11241	5146
Провита (г. Киев)	278293	20000	265724	13359	2658	47927	6602	1798	6263	1507	54940
СГ «ТАС» (г. Киев)	310713	8100	213803	48458	8154	90262	3195	14724	20016	5398	478
Эталон (г. Киев)	343898	180000	267750	55623	5522	114974	3398	1413	77424	2508	79644
Кредо-Классик (г. Киев)	217428	65200	157884	69506	17621	169557	5094	53160	22981	2238	36121
Гарант-АВТО (г. Киев)	167850	30172	75224	102557	18942	237482	53176	4985	65895	4548	13829
ЮТИКО (г. Киев)	156225	127144	137230	19446	3815	47048	2996	6350	13038	2590	7173
Вексель (г. Киев)	139369	15000	100661	38389	2766	99014	8140	21	27932	2228	24247
ИНГО Украина (г. Киев)	114649	23927	45247	70539	12615	188887	6302	28433	74257	2658	13830
Универсальная (г. Львов)	124632	18603	48899	54151	17368	142982	21501	22573	44319	6025	577
PZU Украина (г. Киев)	114046	77626	39422	73253	-27540	117985	601	37339	43220	14812	-
Арма (г. Киев)	107629	60000	91929	16873	5650	28446	7282	1457	2695	1895	10524
СК «Украинская страховая группа» (г. Киев)	103852	50000	54701	21918	3607	38977	4735	-	9687	3745	4528
Восточно-украинское страховое общество (г. Донецк)	90428	15000	79082	12485	2458	25833	7518	-	4691	16-7	10604
Европейский страховой альянс (г. Киев)	86533	55000	59597	23859	4612	67335	6154	6659	22387	1398	1630
Феникс (г. Киев)	87461	39000	80954	7110	1771	17528	4491	303	969	71	9461
СПИЧ (г. Донецк)	78343	6425	64069	19380	6219	86904	16325	941	4319	326	50469
Гранд-полис (г. Киев)	75162	12660	56190	29122	12356	77219	22615	56	1222	-	43278
Лидер (г. Киев)	73323	65500	68362	6229	1692	12675	4309	-	1205	178	2137
Альфа-Гарант (г. Киев)	65733	100000	56418	10350	2016	18431	3581	152	2074	614	1406
Кашган (г. Киев)	61037	14900	35099	10626	364	30894	986	3	1418	197	17845
РОСНО Украина (г. Киев)	49830	39090	42586	9105	3326	13127	352	5170	360	67	3496
Брокбизнесстрахование (г. Киев)	61371	51400	51772	1862	583	4182	1315	-	180	95	408
Теком (г. Одесса)	56006	13295	18690	49711	51706	120266	131478	704	133	33	15366
«Лидер Ре» перестраховочная компания (г. Киев)	54043	50000	50532	6393	2966	12779	6478	246	824	70	572
Международная страховая компания (г. Харьков)	53181	40000	56838	3626	44	10660	122	-	293	-	8871

Таблица 1.10

Обобщенная информация о деятельности страховых компаний по страхованию жизни, являющихся членами Лиги страховых организаций Украины по итогам первого квартала 2006 г., тыс. грн.

Название компании	Страховые премии, тыс. грн.			Активы	Уставный капитал	Страховые резервы	Доля перестраховщиков в страховых резервах	Инвестиционный доход, полученный от размещения средств резервов по страхованию жизни	Страховые выплаты
	всего	за первый год	за второй и последующие годы (возобновляемые)						
"АЛИКО АИГ ЖИЗНЬ"	21298,2	12093,2	9205,0	84251,9	86179,3	67315,2	1438,2	1547,5	353,4
"ТАС"	8358,6	3443,3	4915,3	59557,9	21306,3	40764,2	1107,7	1072,0	97,7
"ГАРАНТ-ЛАЙФ"	8183,3	760,0	7423,3	49223,1	10200,0	32892,1	3177,7	1082,4	171,2
"АСКА-Жизнь"	6624,2	221,1	6403,1	69714,1	18000,0	54681,5	0,8	1109,8	4645,4
"БЛАКИТНЫЙ ПОЛИС"	6535,8	-	-	74233,9	10500,0	48583,0	0,0	831,9	164,5
"ЭТАЛОН ЖИЗНИ"	3174,1	-	-	14928,1	12000,0	7911,4	0,0	14,2	288,0
"ЭККО"	1741,4	707,6	1033,8	15978,0	10350,0	17280,5	13965,4	167,7	53,2
"УНІВЕРСАЛЬНАЯ"	793,5	411,7	381,8	14286,4	11000,0	3993,4	158,0	64,2	41,6
"ЮПИТЕР"	677,0	256,0	421,0	24497,6	21049,8	4426,4	3762,3	13,9	86,5



На начало 2007 г. на украинском рынке страхования жизни работало 56 компаний, что составляет около 14% от всех страховщиков. Однако реально предоставляют данную услугу около 30 операторов. Тот факт, что в 2006 г. по сравнению с 2005 г. объем страховых премий по страхованию жизни увеличился на 29%, позволяет говорить об увеличении спроса на этот вид страхования. По прогнозам экспертов, к концу этого десятилетия на одного человека будет приходиться 10-20 долл. в год. Это означает, что не позднее чем через 5 лет, объем рынка страхования жизни в Украине будет оцениваться от 500 тыс. долл. до 1 млн. долл.

Важным элементом осуществления страховой деятельности и действенным способом поддержки платежеспособности страховщика является система перестрахования. Сегодня практика страхования в Украине показывает, что страховой рынок недостаточно емок для содержания крупных рисков на территории Украины. Поэтому операции перестрахования, как правило, допускают передачу рисков иностранным страховым компаниям. Особенно это касается крупных авиационных и морских рисков. Первой попыткой решить эту проблему стало решение о создании Морского и Авиационного страховых бюро.

Из общей суммы страховых премий переданных для перестрахования 55 % передано за пределы Украины. Украинские законодатели решили бороться с этим явлением с помощью налогообложения. Начиная со второго полугодия 1997 г. из сумм страховых платежей, которые выплачивались нерезидентам украинскими страховщиками, удерживается и уплачивается в бюджет налог в размере 15 % источника выплат и за счет таких выплат [21]. Однако введение такой налоговой нормы отрицательно сказывается на конкурентоспособности страховых услуг страховщиков Украины. В этой связи для поддержки реализации страховыми компаниями функции предупреждения страхового случая, представляется целесообразным внедрение льготного налогообложения или полное освобождение от налогов сумм, направляемых на финансирование мероприятий по профилактике и предупреждению травматизма. Следует отметить, что в соответствии с

Постановлением Кабинета Министров Украины на 2000 г. такие льготы были предоставлены. Вместе с тем, нестабильность действия этого постановления, ставит под сомнение развитие страховых услуг.

В 2007 г. наблюдалась существенная активизация внутреннего рынка страховых услуг, активный выход его на международный уровень, а также увеличение объемов перестраховочных операций как по количеству подписанных договоров так и по суммам ответственности, переданной на перестрахование. Но главной особенностью нынешнего этапа развития рынка перестрахования является глубокое осознание и понимание многими его субъектами основных проблем, которые сдерживают его цивилизованное и профессиональное развитие, а именно:

1. Проблемы законодательного регулирования рынка перестраховочных услуг в Украине. Закон Украины «О страховании» определяет перестрахование как «страхование одним страховщиком (цедентом, перестрахователем) на определенных договором условиях риск выполнения части своих обязательств перед страхователем в другого страховщика (перестраховщика) резидента или нерезидента, который имеет статус страховщика или перестраховщика в соответствии с законодательством страны, в которой он зарегистрирован». Такое не полное определение перестрахования приводит к отсутствию четкого механизма взаимодействий всех участников перестраховочного процесса, от момента принятия риска и дальнейшего его сопровождения (ретроцессия и несколько ее этапов) до момента урегулировании страховых событий и выплат страховых возмещений.

2. Проблемы адаптации и гармонизации законодательной базы, регулирующей работу украинского рынка, к международным страховым и перестраховочным нормам права. Прежде всего, это проявляется в системе искусственно созданных налоговых барьеров, которые не позволяют цивилизованно и на равных сотрудничать в области перестрахования с перестраховщиками-нерезидентами и перестрахователями-нерезидентами. Как следствие, возникают трудности с оплатой и получением

перестраховочных премий, выплатами страховых возмещений для нерезидентов, покупкой валюты для осуществления таких операций.

3. Проблемы лицензирования перестраховочной деятельности. Именно оно наряду с законодательным определением статуса профессиональной перестраховочной компании, утверждения квалификационных требований ко всем занятым в перестраховочном бизнесе, введения системы профессиональной сертификации специалистов-перестраховщиков позволит утвердить на страховом рынке Украины единые терминологические и понятийные правила, единые принципы и стандарты перестрахования, которые будут понятны, доступны и используются всеми субъектами перестраховочного бизнеса.

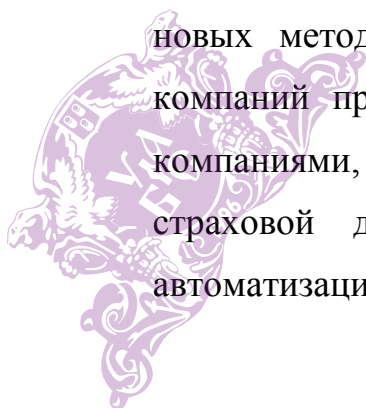
4. Проблемы формирования единых международных перестраховочных критериев, единых требований к перестраховщикам, лицензированию, валюте, рейтингам перестраховщиков, единых требований к перестраховщикам по формированию резервов, по оформлению перестраховочных документов, по порядку оценки и принятия риска на перестрахование, по гармонизации законодательства страны перестраховщика для выплаты страховых возмещений нерезидентам и т.п., появление которых на рынке профессиональных перестраховочных компаний Украины должно положить конец наличию ничем не оправданной взаимности, демпинговых страховых и перестраховочных тарифов, «договорных» условий перестрахования.

Следует отметить, что в настоящий момент идет активная работа по подготовке новой редакции Закона Украины «О страховании», в которой, по прогнозам специалистов, будут ужесточены требования ко всем участникам рынка. В новой редакции данного Закона планируется введение обязательного лицензирования отечественных компаний, специализирующихся на перестраховании, и повышение требований к платежеспособности страховщиков. В частности, Госфинуслуг предлагает увеличить размер уставного капитала страховых компаний и перестраховщиков минимум на 10%. Кроме того, в новой редакции Закона

будут четко разграничены такие сектора страхового рынка, как перестрахование, страхование жизни и рисков.

Подводя итог, следует отметить, что за годы независимости Украины страховой рынок развивается в соответствии с международными процессами глобализации и интеграции. За годы своего существования в своем развитии он достиг существенных результатов, но все еще остается много вопросов для совершенствования.

Так, одной из важнейших проблем развития рынка страхования является повышение эффективности механизмов его регулирования, что может быть осуществлено, в частности, за счет: имплементации международных стандартов надзора за страховой деятельностью (стандарты IAIS), адаптации национального страхового законодательства к требованиям Директив и Рекомендаций Европейского Союза, поиска эффективных форм государственного регулирования рынка страховых услуг Украины, включая вопросы налогообложения, лицензирования и валютного регулирования. Особую актуальность приобретает формирование единых требований к платежеспособности страховых компаний; разработка пенсионных программ страховых компаний как альтернативы продуктам пенсионных фондов; поиск новых финансовых инструментов инвестирования средств страховых компаний; разработка механизмов сопровождения договоров Group Life Insurance; урегулирование налоговых аспектов договоров страхования жизни и пенсионного обеспечения. Значимым фактором развития страхового рынка Украины в последующие годы должно стать обязательное страхование гражданско-правовой ответственности владельцев наземных транспортных средств, функционирование системы "Зеленая Карта"; создание статистических баз по заключенным договорам и выплатам; разработка новых методов борьбы с мошенничеством. Все большее значение для компаний приобретают вопросы стратегического управления страховыми компаниями, внедрение международных стандартов финансового учета страховой деятельности; внедрение CRM-технологий в страховании; автоматизации страхового учета и информационно-аналитического

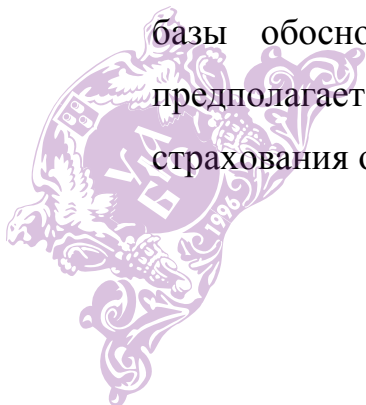


обеспечения менеджмента страховщика; инновационных форм и методов стратегического страхового менеджмента. Важнейшую роль в защите национального страхового рынка Украины играет перестрахование, актуальными вопросами в ближайшие годы останутся: государственное регулирование деятельности перестраховочных компаний: требования ЕС и стандарты IAIS; сотрудничество перестраховочных рынков стран мира; лицензирование перестраховочной деятельности; налогообложение перестраховочных операций.

Таким образом, представленный в данном подразделе диссертационной работы анализ рынка страховых услуг в Украине, позволяет сделать ряд общих выводов:

- во-первых, повышение на законодательном уровне нижнего предела уставного фонда, позволило выделить группу устойчивых страховых компаний, способных брать на себя обеспечение достаточно серьезных страховых рисков, гарантируя, при этом, высокую ликвидность.
- во-вторых, рост прибыли страховых компаний позволяет им вести собственную инвестиционную деятельность и перейти к конкретной реализации функции предупреждения страхового случая.
- в-третьих, опыт работы, кадровое обеспечение и относительно жесткое законодательство дают возможность использования инфраструктуры страховых компаний для организации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения в части покрытия затрат, обусловленных травматизмом.

Вместе с тем, наиболее существенным препятствием, сдерживающим реализацию функции предупреждения страхового события, является практическое отсутствие научно-методических подходов и нормативной базы обоснования нетто-ставок страховых платежей, что объективно предполагает анализ теоретических и организационно-правовых основ страхования от несчастных случаев.



1.5. Обоснование необходимости и путей совершенствования теоретических основ страхования травматизма

Ключевым положением, позволяющим научно-обоснованно подойти к формированию смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения, является природа и содержание страхового интереса.

Страховой интерес – элемент, который предопределяет возможность существования института страхования и потому имеет универсальное значение. Вместе с тем, по нашему мнению, применительно к предмету диссертационного исследования, социально-экономическая определенность категории «страховой интерес», имеет свои конкретные отличительные особенности.

Традиционно считается, что страховый интерес присущ исключительно имущественному страхованию. В данном подразделе диссертационной работы мы ставим перед собой задачу доказать, что в рамках личного страхования, а именно – страхования от травматизма и несчастных случаев, не только возможно, но и необходимо выделять категорию страхового интереса и обеспечивать согласованность страховых интересов всех субъектов экономических отношений, возникающих в этом случае: государства, хозяйствующего субъекта, граждан, страховой компании, лечебного учреждения.

Этот интерес может иметь различные формы проявления. Однако, весьма важно, чтобы он совпадал в главном и по своей сути. В противном случае, любой механизм может, в лучшем случае, носить юридико-технический характер и не отвечать основным экономическим интересам его субъектов.

Возможность абсолютизации категории страхового интереса, т.е. признания страхового интереса и в сфере личного страхования, обусловлена

тем, что имущественное и личное страхование объединяет обеспечительная направленность удовлетворения имущественных потребностей, которая может возникнуть в результате обстоятельств, обладающих признаками страхового случая.

Если страховой случай отождествляется с фактом получения гражданином травмы, повлекшей за собой потерю трудоспособности, то возникает вполне резонный вопрос: в чем заключается согласованность страховых интересов государства, предприятия, страховых компаний, граждан и лечебных учреждений? На первый взгляд, обеспечительная направленность страхового интереса присуща только гражданам и страховым компаниям. Однако определенное конструирование механизма страхования позволяет установить страховые интересы всех субъектов.

Страховой интерес государства и лечебных учреждений практически совпадает и заключается в финансировании (компенсации) затрат, связанных с предоставлением медицинских услуг гражданам. Интерес предприятий состоит в том, что механизм страхования позволяет существенно снизить суммарные затраты по компенсации вреда, причиненного здоровью граждан. Страховые компании объективно заинтересованы в снижении вероятности наступления страхового случая, что, с одной стороны, позволяет им через инвестирование свободных средств страховых фондов, снизить ставки страховых платежей (в чем заинтересованы и предприятия), а с другой – получить дополнительную прибыль.

Удовлетворение такого рода имущественных потребностей интереса обеспечивается особым способом, состоящим в предварительной аккумуляции денежных средств (страховых взносов, платежей, премий) всей совокупности лиц, принимающих участие в данном виде страхования, т.е. путем формирования страхового фонда. Таким образом, имущественное и личное страхование объединяет именно страховой интерес, обнаруживая различия лишь в формах своего проявления. В личном страховании потребность и соответствующая ей форма страхового интереса состоит в стремлении получить имущественное обеспечение, связанное с жизнью,

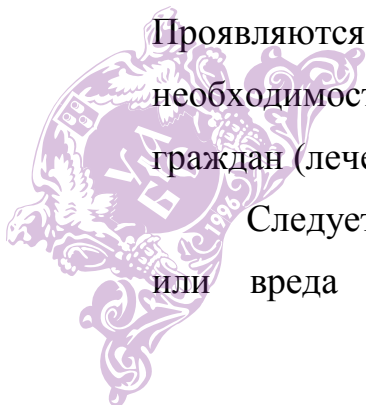
здоровьем, трудоспособностью страхователя или застрахованного лица, страховой интерес в имущественном страховании проявляется в форме возмещения (компенсации) потерь, связанных с владением, использованием, распоряжением имуществом [26].

Соглашаясь с мнением автора [26], мы считаем необходимым внести некоторые уточнения в понимание различий страхового интереса при личном и имущественном страховании.

Во-первых, рассматривая страхование от несчастных случаев как подотрасль личного страхования [137], следует помнить, что имущественное обеспечение, связанное с потерей трудоспособности, проявляется в форме возмещения (компенсации) потерь в доходной части и нерациональным использованием расходной части семейного бюджета. С экономической точки зрения нет принципиальной разницы между «имущественным обеспечением» и «возмещением потерь». Как при личном, так и при имущественном страховании, в случае поступления страхового события, происходят определенные, выраженные в стоимостной форме, потери. Как в том, так и в другом случае страховщик принимает обязательства возместить эти потери. Иначе говоря, имущественный интерес можно квалифицировать как интерес лица (гражданина или юридического лица), связанный с правом собственности, иными вещественными правами, личными неимущественными и обязательственными правами. В условиях товарно-денежных отношений имущественный интерес всегда будет иметь стоимостное, денежное выражение. Именно в этом отношении экономическая сущность личного и имущественного страхования совпадают.

Во-вторых, травматизм приводит к потерям не только на субъектно-индивидуальном уровне. Такие потери несет государство и предприятия. Проявляются они, прежде всего, в недопроизводстве продукции и необходимости отвлечения ресурсов на компенсацию потерь (затрат) граждан (лечебных учреждений).

Следует отметить, что в личном страховании возникновение ущерба или вреда связано с утратой доходов лица или возникновением



непредвиденных расходов, связанных с его жизнью и здоровьем (жизнью или здоровьем детей, родителей).

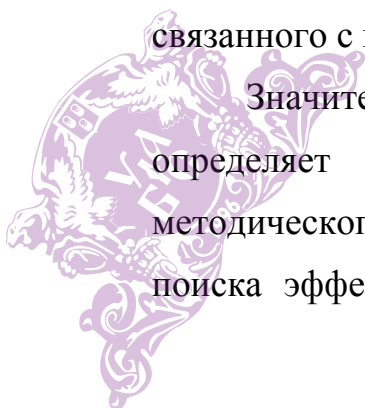
Вполне закономерно, что любой хозяйствующий субъект заинтересован в существовании источников компенсации понесенного ущерба, что создает специальный страховой интерес, составляющий часть общего имущественного интереса. Именно поэтому каждый субъект гражданских прав заинтересован в организации и предоставлении ему страховой защиты при наступлении неблагоприятных обстоятельств.

В этой связи представляется важным указать, что страховой интерес всегда связан с субъективным правом или правоотношением, например, правом собственности или обязательством по возмещению вреда, правом на жизнь, здоровье и трудоспособность и др., которые определяют предмет имущественного интереса страхователя, а в определенных случаях – застрахованного лица.

Страховой интерес не может существовать сам по себе как отвлеченная абстракция: он всегда имеет конкретный характер, обусловленный его неременной связанностью с конкретным лицом. Законодательство о страховании не определяет круга лиц, которые могут выступать конкретными носителями страховых интересов. Следовательно, ими могут быть любые граждане (физические) и юридические лица, удовлетворяющие требованиям гражданской правосубъектности.

Таким образом, основной целью страхования от несчастных случаев является обеспечение страховой защиты на случай потери здоровья или смерти застрахованного лица в результате несчастного случая. Страховая защита выражается в выплате соответствующих денежных компенсаций, включая компенсацию расходов, обусловленных страховым случаем, а также связанного с ним снижения доходов застрахованного лица или его близких.

Значительный удельный вес страхования от несчастных случаев определяет исключительную актуальность совершенствования научно-методического обеспечения расчетов ставок и размеров страховых платежей, поиска эффективных направлений использования свободных финансовых



ресурсов, формирования новой тенденции, когда само страхование от несчастных случаев должно стать важным фактором снижения уровня травматизма, а не только источником компенсации потерь.

Необходимость совершенствования системы расчетов ставок и размеров страховых платежей обусловлена постоянным снижением нормы убыточности (отношения выплаченных страховых возмещений к собранным платежам), что продемонстрировано в таблице 1.11.

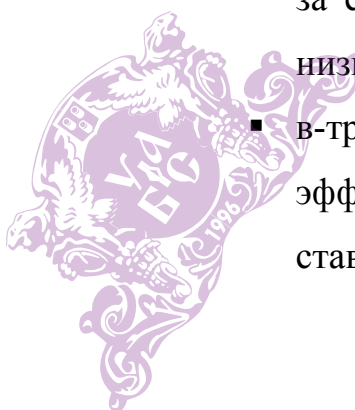
Таблица 1.11

Расчетные значения нормы убыточности в Украине
за период 1995-2005 гг. [166]

	Годы										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
А: Страховые платежи, млн. грн	244,5	317,8	408,4	789,2	1164,1	2136,0	3030,5	4442,1	9135,0	9664,5	7482,8
Б: Страховые выплаты, млн. грн.	144,3	147,3	129,2	177,8	360,9	407,0	424,1	543,1	860,0	773,2	1047,6
Норма убыточност и (Б/А)	0,59	0,46	0,32	0,23	0,31	0,19	0,14	0,12	0,09	0,08	0,14

Низкая норма убыточности позволяет сделать три важных вывода:

- во-первых, имеют место завышенные тарифные ставки страховых платежей;
- во-вторых, существующий финансово-кредитный механизм не позволяет страховым компаниям расширять объем страховых услуг за счет увеличения числа клиентов (при существовании довольно низкого платежеспособного спроса на страховые услуги);
- в-третьих, свободные финансовые ресурсы используются не эффективно с точки зрения обеспечения возможного снижения ставок страховых платежей.



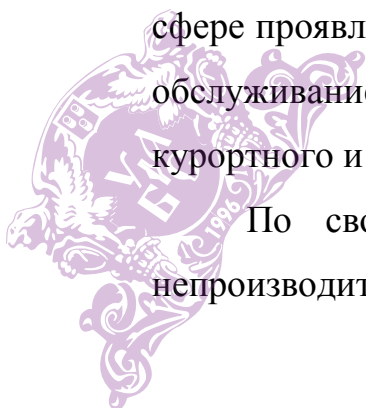
Совершенствование научно-методического обеспечения системы страхования от несчастных случаев должно, на наш взгляд, базироваться на экономической оценке потерь, обусловленных производственным травматизмом. Такая оценка, основанная на выделении состава и структуры потерь как на государственном, так и на субъектно-индивидуальном уровне, позволит научно обоснованно установить ставки страховых платежей, выделить наиболее существенные факторы, оказывающие влияние на динамику финансовых потоков в системе «страховые платежи – депозитарий – страховые выплаты». Весьма важно при этом выделить неуправляемые факторы (сезонность, половозрастная структура травмируемых, региональные и отраслевые пропорции), оценка и учет которых позволили бы повысить объективную обоснованность управления финансовыми ресурсами страховой компании.

В свою очередь, задача оценки экономических потерь, обусловленных производственным травматизмом, состоит из трех самостоятельных подзадач:

- оценки уровня и динамики травматизма в расчете на стандартную численность работающих, в том числе и с учетом половозрастных, профессиональных, отраслевых и других факторов;
- оценки (прогнозирование) продолжительности потери трудоспособности;
- собственно выделения и оценки состава и структуры потерь как на государственном уровне, так и на уровне конкретного гражданина.

Повышение уровня травматизма вызывает дополнительные издержки как в социальной, так и в производственной сферах. Издержки в социальной сфере проявляются в виде дополнительных затрат на лечение и медицинское обслуживание, формировании дополнительной инфраструктуры санаторно-курортного и реабилитационного сектора [22].

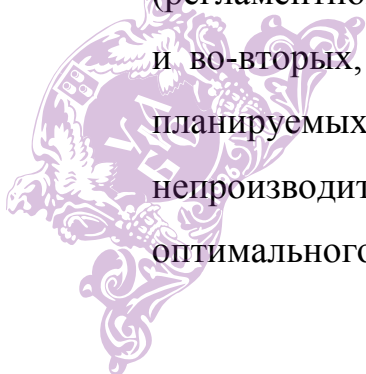
По своей экономической сущности данные издержки являются непроизводительной тратой части национального дохода, нерациональным, с



точки зрения оптимальных условий, использованием ресурсов (как живого, так и овеществленного труда). Под нерациональным использованием ресурсов, в частности живого труда, мы понимаем то отвлечение труда (в данном случае в основном труда медицинских работников), которое направлено на приведение системы (в нашем случае здоровья населения) в оптимальное состояние. Нерациональное использование овеществленного труда заключается, в сущности, в нерациональном использовании части национального дохода, т.е. отвлечение его из сектора, где он мог бы иметь производительное применение.

Результат травматизма проявляется также в недопроизводстве национального дохода (потери чистой продукции) в связи со снижением производительности труда и временной утратой трудоспособности. В социальной сфере имеет место снижение возможностей финансирования социальных программ, в том числе и программ здравоохранения, в производственной – объективной необходимостью мобилизации трудовых ресурсов с целью покрытия их временной нехватки, что приводит, как правило, к росту совокупных издержек производства.

По своей экономической сущности недопроизводство национального дохода имеет форму как прямых потерь, так и упущенной выгоды. Прямые потери проявляются в собственно снижении национального дохода, обусловленного ростом издержек производства в условиях функционирующей техники и технологии и средней производительности труда в текущем периоде. Упущенная выгода, в свою очередь, проявляется в двух формах: во-первых, вследствие снижения фактической производительной силы средств производства по сравнению с планируемой (регламентной) при уже понесенных затратах на организацию рабочих мест, и во-вторых, в необходимости отвлечения части национального дохода от планируемых, могущих принести доход направлений использования на непроизводительные мероприятия по доведению здоровья населения до оптимального состояния [88].



В соответствии со статьей 47 Закона Украины «Про загальнооб'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» Постановлением Кабинета Министров Украины от 13 сентября 2000 г. № 1423 утвержден "Порядок визначення страхових тарифів для підприємств, установ та організацій на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання" (далее Порядок). Документ устанавлює порядок определения страховых тарифов для предприятий и организаций.

Анализ Порядка позволяет утверждать, что в его основу положен мультипликативный принцип, когда затраты Фонда социального страхования в предшествующем финансовом году корректируется определенным образом, на прогнозные оценки роста объемов реализованной продукции и фонда оплаты труда и принимаются в качестве основы для расчета страховых тарифов для последующего финансового года.

Порядок устанавлює пять основных стадий расчета страховых тарифов.

На первой стадии определяется интегральный показатель профессионального риска производства для каждой отрасли экономики. Этот показатель определяется как отношение затрат в предыдущем календарном году в соответствующей отрасли экономики на компенсацию ущерба потерпевшим на производстве, к фактическим затратам на оплату труда:

$$I_{re} = \frac{ВШ_{re}}{ВОН_{re}} \cdot 100, \quad (1.1)$$

где $ВШ_{re}$ – сумма компенсационных выплат потерпевшим на производстве, которая была насчитана в прошедшем календарном году в соответствующей отрасли экономики;
 $ВОН_{re}$ – фактические затраты на оплату труда в прошедшем финансовом году в соответствующей отрасли экономики.



Всего устанавливается 20 классов отраслей экономики и видов работ по признаку профессионального риска производства. Интегральные показатели профессионального риска производства рассчитываются и для отраслей экономики (видов работ), входящих в один и тот же класс.

На втором этапе для отраслей экономики каждого из 20 классов профессионального риска производства определяется сумма приведенных фактических затрат на оплату труда в предшествующем календарном году:

$$ПЗП_{кл} = B_o П_{кл} СПР_{кл}, \quad (1.2)$$

где $СПР_{кл}$ – степень профессионального риска производства отраслей экономики соответствующего класса, которая определяется как отношение интегрального показателя профессионального риска производства отраслей рассматриваемого класса, к интегральному показателю профессионального риска производства отраслей экономики, относящихся к первому классу профессионального риска производства.

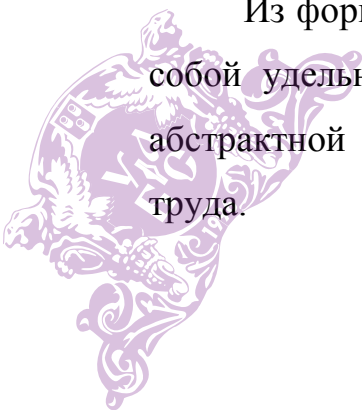
Сразу же отметим, что по идее авторов Порядка значение $СПР_{кл}$ для отраслей, отнесенных к 2 – 20 классам, будет больше единицы.

На третьем этапе определяется так называемый «модуль страховых взносов» для отраслей экономики всех классов профессионального риска производства:

$$M_{\sigma} = \frac{ВФ}{ПЗП_{кл}}, \quad (1.3)$$

где $ВФ$ – расчетные затраты Фонда социального страхования в последующем календарном году.

Из формулы (1.3) следует, что модуль страховых взносов представляет собой удельный вес затрат Фонда социального страхования в некоторой абстрактной величине, называемой приведенными затратами на оплату труда.



На четвертом этапе определяется сумма страховых взносов (платежей) предприятий, отнесенных к одному классу профессионального риска производства:

$$CB_{кл} = ПЗП_{кл} \cdot Mв. \quad (1.4)$$

Нетрудно заметить, что формулы (1.3) и (1.4) взаимосвязаны и, по своей экономической сущности, реализуют мультипликативный принцип, о котором говорилось выше.

На пятом этапе рассчитывается страховой тариф на следующий календарный год:

$$СТ = \frac{CB_{кл}}{ПП_{кл} \cdot I_{рн}}, \quad (1.5)$$

где $ПП_{кл}$ – объём реализованной продукции в прошедшем календарном году;

$I_{рн}$ – прогнозный индекс роста объёмов реализованной продукции в последующем календарном году.

Как следует из рассмотренного выше алгоритма расчёта страховых тарифов, их размер будет определяться изменяющимся объёмом реализованной продукции. При этом само накопление фонда социального страхования будет неизменным.

На наш взгляд, представленный выше Порядок абсолютно не отвечает принципам страхования и содержит ряд грубых, принципиальных ошибок.

Во-первых, Порядок не отражает основного принципа страхования – вероятностного характера наступления страхового случая. Ставки страховых платежей рассчитываются, по сути, исходя только из результатов экономической деятельности предприятия. Попытка увязать расходы на компенсацию ущерба от несчастных случаев с фондом оплаты труда носит механический характер. Нет никаких оснований утверждать, что статистические данные об объёмах расходов Фонда социального страхования в части компенсации ущерба от несчастных случаев с достаточной степенью точности отражают фактический уровень травматизма.

Однако, наиболее существенным недостатком Порядка является то, что он ориентирован не на компенсацию затрат лечебных учреждений, а на формирование фонда, что не одно и то же.

Рассмотрим алгоритм расчёта страховых тарифов на условном примере. Предположим, что в рассмотренной отрасли экономики сумма фактических затрат на оплату труда в прошедшем календарном году ($ВОП_{2e}^i$) составляла 100 ден. ед., а сумма возмещения ущерба пострадавшим на производстве ($ВШ_{2e}^i$) – 3 ден. ед. В отраслях, отнесенных к первому классу, соответствующие показатели составили: $ВОП_{2e}^i = 50$ ден. ед., а $ВШ_{2e}^i = 1,5$ ден. ед. Тогда интегральный показатель профессионального риска производства для рассматриваемых классов отраслей будет равен:

$$I_{2e}^i = I_{2e}^i = \frac{3}{100} \cdot 100 = \frac{1,5}{50} \cdot 100 = 3.$$

При этом показатель степени профессионального риска производства ($СПР_{кл}$) будет равен 1.

В этом случае рассчитанный по формуле (1.2) показатель приведенных затрат на оплату труда составит:

$$ПЗП_{кл.} = 100 \cdot 1 = 100 \text{ ден. ед.}$$

Предположим, что в последующем финансовом году расходы Фонда социального страхования, планируются на уровне 4 ден. ед. Тогда модуль страховых взносов составит:

$$МВ = \frac{4}{100} = 0,04 \text{ ден. ед.}$$

При этом сумма страховых взносов на следующий календарный год должна составить:

$$СВ_{кл} = 100 \cdot 0,04 = 4 \text{ ден. ед.}$$

Предположим, что изначально для отраслей промышленности, отнесенных к первому классу, показатель $ВОП_{2e}^i = 40$ ден. ед., а не 50 ден. ед., как мы рассчитывали в первом варианте. Реально это значит, что номинальная заработная плата стала ниже. Если рассматривать реальную



заработную плату, то рассуждение усложняется, а экономический смысл Порядка станет абсолютно несостоятельным. Тогда,

$$I_{2e}^1 = \frac{1,5}{10} \cdot 100 = 3,75.$$

Сумма приведенных затрат на оплату труда составит (при условии неизменности всех остальных исходных данных):

$$ПЗП_{кл} = 100 \cdot \frac{3,75}{3} = 125 \text{ ден. ед.}$$

К чему приведут такие изменения? С точки зрения Фонда социального страхования – ни к чему. Модуль страховых взносов, при этом, будет составлять:

$$МВ = \frac{4}{125} = 0,032 \text{ ден. ед.}$$

а сумма страховых взносов на следующий календарный год:

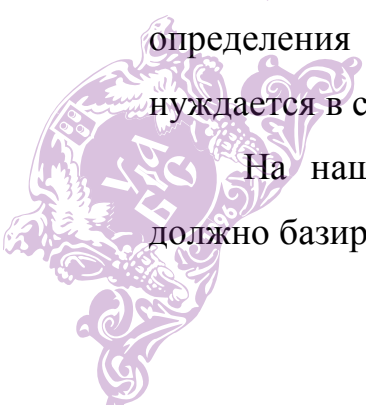
$$СВ_{кл} = 125 \cdot 0,032 = 4 \text{ ден. ед.}$$

Более того, поскольку страховой тариф «привязан» к объемам реализованной продукции, то он будет расти при снижении объемов реализации.

Какую же функцию выполняет, в данном случае, страховой тариф? На наш взгляд – чисто формальную. Ведь изменения $ВОП_{2e}^1 = 50 - 40 = 10$ ден. ед. может быть связано с вполне объективными экономическими предпосылками, связанными, например, с падением объемов реализации продукции. Снижение уровня заработной платы повлечет за собой цепочку налогово-бюджетных последствий, которые не учитывает анализируемый Порядок.

Таким образом, выше мы доказали, что нормативно-методическая база определения страховых тарифов при страховании от несчастных случаев нуждается в существенном совершенствовании.

На наш взгляд, совершенствование нормативно-методической базы должно базироваться на следующих основных принципах:



- фонд социального страхования должен формироваться исходя из реальных потребностей в финансовых ресурсах, необходимых для покрытия расходов медицинских учреждений и компенсации ущерба граждан;
- фонды должны формироваться на страховых принципах, т.е. учитывать вероятностный характер наступления страхового случая;
- функции фондодержателей должны быть переданы страховым компаниям;
- расчёт нетто-ставки должен учитывать возможность её уменьшения на величину процентов, которые могут быть получены страховой компанией при размещении временно свободных средств в банке депозитария.

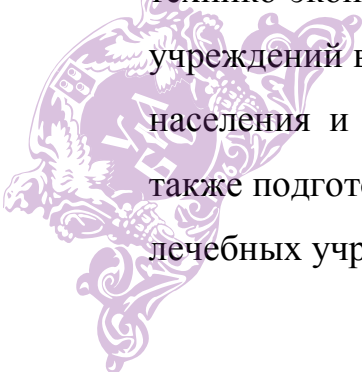
Выводы к первому разделу

1. Проведенный в подразделе 1.1 анализ научно-методических подходов к пониманию сути и назначения компенсационной политики позволил прийти к выводу о возможности применения общих принципов определения размеров компенсационных платежей для целей обоснования нормативов формирования местных бюджетов в части ассигнования расходов системы здравоохранения. Автором определено содержание и экономический смысл понятия «компенсационная политика в здравоохранении», проанализированы несколько аспектов компенсационной политики: правовой, организационно-процедурный и методический. Предложено несколько уточнить экономическое содержание понятия «государственная компенсационная политика в здравоохранении» и понимать ее как систему мер по смешанному бюджетно-страховому финансированию затрат лечебных учреждений и компенсации убытков граждан. Доказано, что в условиях общего кризиса экономики, снижения

уровня финансирования сферы здравоохранения одним из альтернативных источников его финансирования здравоохранения должны стать компенсационные платежи за причинение ущерба здоровью населения в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма.

2. Проведенный в диссертационной работе анализ форм возмещения вреда показал, что наиболее вероятными формами компенсации вреда здоровью населения могут быть: компенсация в порядке искового судопроизводства; компенсация в бесспорном порядке на основании медицинского заключения; компенсация в порядке медицинского страхования. Наиболее эффективным источником компенсационных выплат предложено считать средства внебюджетных фондов. В качестве альтернативы формирования фондов компенсационных ресурсов и непосредственных выплат как гражданам, так и лечебным учреждениям, может служить бюджетно-страховой механизм.

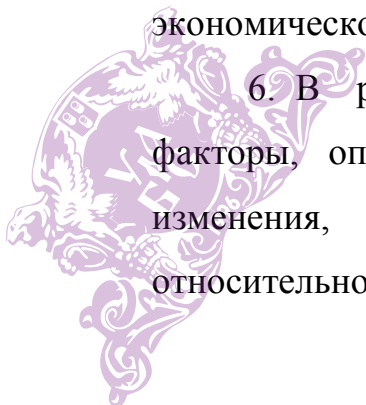
3. В работе был проведен анализ проблем и перспектив внедрения в Украине страховой медицины; выделены преимущества и недостатки каждого из двух существующих видов медицинского страхования – обязательного и добровольного; систематизирована правовая база осуществления каждого из них, предложен ряд нормативных и организационных мероприятий по активизации внедрения системы медицинского страхования в Украине. Автором сделан акцент на том, что урегулирование нормативно-правовых проблем в сфере медицинского страхования полностью не решит проблему адекватной компенсации за причинение ущерба здоровью населения в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма, поэтому необходимы технико-экономические расчеты оптимизации загрузки лечебных учреждений в зависимости от фактического уровня здоровья прикрепленного населения и материальной базы лечебно-профилактических учреждений, а также подготовка методической базы для внутреннего и внешнего хозрасчета лечебных учреждений.



4. Проведенный в подразделе 1.2 диссертационной работы анализ и обобщение ряда трактовок термина «травматизм» как с точки зрения его социально-экономической определенности, так и с точки зрения причин, динамики пространственно-отраслевой структуризации травм, а также анализ роли финансово-экономических факторов в увеличении объемов травматизма позволили автору прийти к выводу, что травматизм напрямую связан с уровнем жизни людей. Многие аварии на транспорте (железнодорожном, паромном, автобусном) являются следствием недостаточного количества финансовых средств, выделяемых на ремонт, прокладку дорог, железнодорожных полотен и т.п. Таким образом выявлена тесная корреляционная связь между уровнем травматизма и объемами финансовых ресурсов, вкладываемых государством, предприятиями или отдельными индивидами в мероприятия по его предупреждению.

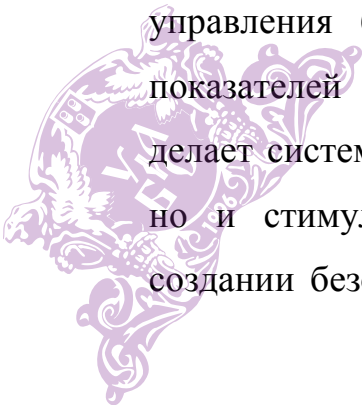
5. Автор пришел к выводу, что с помощью показателя «потенциально потерянных лет жизни» могут быть подсчитаны размеры материальных и финансовых потерь общества от отсутствия потенциального вклада, который мог сделать бы пострадавший в экономическое благосостояние государства. Финансово-экономические последствия травматизма в большинстве стран мира превышают последствия наиболее распространенных заболеваний, поскольку в состав расходов по ликвидации последствий травматизма включаются затраты на медицинское обслуживание, реабилитационные затраты и расходы на долгосрочную поддержку и потерянную производительность от нетрудоспособности. Так, в работе подсчитано, что около 36 млн. потенциально потерянных лет жизни можно предотвратить при помощи текущих превентивных мероприятий, совершенствования финансово-экономического механизма предупреждения травматизма.

6. В работе проанализированы причинно-следственные связи и факторы, определяющие уровень травматизма в мире, динамика их изменения, отдельно систематизирован статистический материал относительно уровня дорожно-транспортного и производственного



травматизма в Украине, проведен анализ состояния техники безопасности и условий труда в Украине, доказано, что для решения проблемы снижения травматизма и профзаболеваний особую актуальность приобретает поиск дополнительных материальных и финансовых средств, что в условиях общегосударственного кризиса взаимных неплатежей представляется крайне затруднительным. Именно в этих условиях особую роль может и должна сыграть система страхования, которая с учетом существующей инфраструктуры, опыта работы и достаточно сильного кадрового обеспечения, могла бы обеспечить переход на специальную бюджетно-страховую систему финансирования органов здравоохранения, выполнить функции финансирования инвестиционных программ, направленных на раннюю профилактику травматизма.

7. На основании проведенной в подразделе 1.3 систематизации теоретико-методических и финансово-правовых основ страхования вообще и страхования травматизма в частности, автор пришел к выводу, что система компенсаций потерпевшим от несчастных случаев, в рамках которой ущерб, причиненный здоровью работника при исполнении им трудовых обязанностей, возмещается ему работодателем напрямую, не оправдывает себя, в результате чего особую актуальность приобретает создание схемы двухуровневой дифференциации страховых тарифов в зависимости от состояния охраны труда, показателей производственного травматизма и профзаболеваний на предприятии. Первый уровень – дифференциация на уровне отрасли, второй – на уровне предприятия (за счет введения системы скидок и надбавок). Дифференцированный тариф признан большинством экспертов как конструктивный и действенный экономический механизм управления безопасностью труда на предприятии, поскольку снижение показателей травматизма уменьшает отчисления в фонд и наоборот. Он делает систему в целом не только накопителем и распределителем средств, но и стимулятором экономической заинтересованности работодателя в создании безопасных условий труда. Введение системы скидок и надбавок

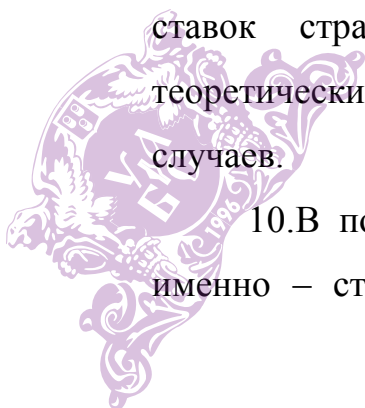


требует изменения нормативно-правовой базы, балансирования бюджета Фонда социального страхования и значительно увеличивает нагрузку на его исполнительные органы управления.

8. В подразделе 1.3 детально рассмотрен организационно-экономический и финансово-правовой механизм страхования от несчастных случаев. Основной целью страхования от несчастных случаев является обеспечение страховой защиты на случай потери здоровья или смерти застрахованного лица в результате несчастного случая. Страховая защита выражается в выплате соответствующих денежных компенсаций, включая компенсацию расходов, обусловленных страховым случаем, а также связанное с ним снижение доходов застрахованного лица или его близких. Страхование от несчастных случаев может осуществляться в двух формах: добровольное индивидуальное страхование граждан от несчастных случаев и страхование от несчастных случаев рабочих и служащих за счет предприятий, учреждений и организаций.

9. В подразделе 1.4 автором была систематизирована статистическая информация о развитии страхового рынка Украины, выделены его основные этапы, проанализирована динамика изменения нормативно-правового обеспечения страховой деятельности в Украине, дана авторская оценка основным законодательным актам в сфере страхования жизни, выделены основные тенденции последних лет относительно развития рынка личного страхования и перестрахования. В результате автор пришел к выводу, что наиболее существенным препятствием, сдерживающим реализацию функции предупреждения страхового события, является практическое отсутствие научно-методических подходов и нормативной базы обоснования нетто-ставок страховых платежей, что объективно предполагает анализ теоретических и организационно-правовых основ страхования от несчастных случаев.

10. В подразделе 1.5 доказано, что в рамках личного страхования, а именно – страхования от травматизма и несчастных случаев, не только



возможно, но и необходимо выделять категорию страхового интереса и обеспечивать согласованность страховых интересов всех субъектов экономических отношений, возникающих в этом случае: государства, хозяйствующего субъекта, граждан, страховой компании, лечебного учреждения. Возможность абсолютизации категории страхового интереса, т.е. признания страхового интереса и в сфере личного страхования, обусловлена тем, что имущественное и личное страхование объединяет обеспечительная направленность удовлетворения имущественных потребностей, которая может возникнуть в результате обстоятельств, обладающих признаками страхового случая.

11.Автором обоснована исключительная актуальность совершенствования научно-методического обеспечения расчетов ставок и размеров страховых платежей, поиска эффективных направлений использования свободных финансовых ресурсов, формирования новой тенденции, когда само страхование от несчастных случаев должно стать важным фактором снижения уровня травматизма, а не только источником компенсации потерь. Доказано, что совершенствование научно-методического обеспечения системы страхования от несчастных случаев должно базироваться на экономической оценке потерь, обусловленных производственным травматизмом. Такая оценка, основанная на выделении состава и структуры потерь как на государственном, так и на субъектно-индивидуальном уровне, позволит научно обоснованно установить ставки страховых платежей, выделить наиболее существенные факторы, оказывающие влияние на динамику финансовых потоков в системе «страховые платежи – депозитарий – страховые выплаты».

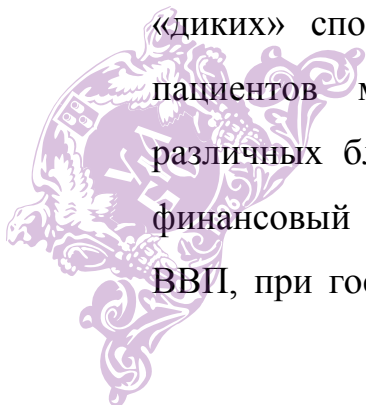


РАЗДЕЛ 2

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМАТИЗМА В РАМКАХ СМЕШАННОЙ БЮДЖЕТНО- СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

2.1. Концептуальные основы и финансовый механизм формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения

Еще во времена СССР, когда считалось, что система здравоохранения функционировала эффективно, системно и комплексно, финансировалась на достаточном уровне, тем неоднократно высказывались мнения о необходимости в ее реформировании, рационализации процесса использования финансовых ресурсов, что положило начало эксперименту по внедрению системы хозрасчета в здравоохранение. В рамках данного эксперимента предполагалось, что держателем финансовых средств становятся амбулаторно-поликлинические учреждения, которые оплачивают медицинские услуги на всех этапах лечения пациента. После распада СССР во всех постсоветских государствах системы здравоохранения начали работать затратно, неэффективно, финансовых средств стало катастрофически не хватать, оплата труда медиков стала низкой и недифференцированной, началось внедрение простых и доступных, но «диких» способов финансирования – неофициальных тотальных доплат пациентам медикам, негласного «таксирования» медицинских услуг, различных благотворительных сборов и т.п. Причем весь этот огромный финансовый поток (по различным данным, в Украине он достигает 3-5% ВВП, при государственном финансировании здравоохранения на уровне 3-

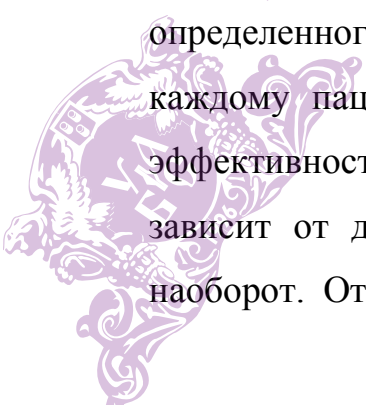


3,5% ВВП) оказался в теневом, неучтенном, неконтролируемом секторе.

Предложенные варианты решения проблемы финансирования системы здравоохранения в некоторых странах СНГ посредством введения дополнительного налога и вливания этого финансового потока в систему здравоохранения частично улучшили функционирование медицинской отрасли, однако администрирование финансовым потоком государственными фондами не привело к изменению самой структуры и принципов системы, а создало еще один распределительный механизм со старыми и новыми проблемами. На наш взгляд, проблема формирования эффективной модели системы здравоохранения лежит не столько в медицинской плоскости, сколько в экономической и организационной.

В настоящее время система здравоохранения в Украине находится в глубоком финансовом, материальном и организационно-структурном кризисе. При наличии конституционных гарантий медицинская помощь для населения фактически стала платной, контроль и регуляторные механизмы ценообразования и качества медицинской помощи отсутствуют, ресурсов для исправления и выравнивания ситуации у государства нет. Увеличение прямого бюджетного финансирования системы здравоохранения не сможет кардинально повысить эффективность работы и привести к серьезным качественным изменениям в связи с отсутствием экономических и рыночных механизмов (ресурсы направляются на финансирование мощности лечебного учреждения, финансируется «койка», а не пациент, принцип «деньги идут за пациентом» отсутствует).

В условиях экономического кризиса государство, через систему налогов и бюджетного финансирования может обеспечить оплату только вполне определенного уровня медицинской помощи. И если эта помощь доступна каждому пациенту, ее дефицит будет заключаться в низком качестве и эффективности. В соответствии с экономической теорией спрос на товары зависит от доходов потребителей: чем выше доход, тем выше спрос и наоборот. Относительно медицинской помощи данная формула не вполне



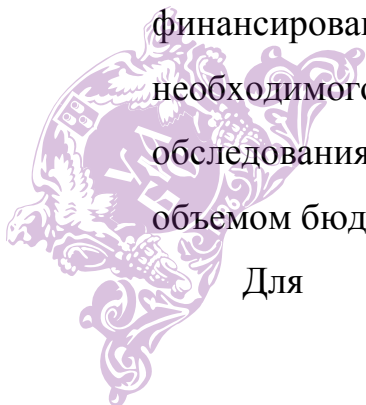
однозначна. Низкий уровень доходов отрицательно сказывается на состоянии здоровья, и, как следствие, обуславливает рост неплатежеспособного спроса на медицинскую помощь. Рост доходов обеспечивает рост платежеспособного спроса на медицинскую помощь. При этом растет спрос на качество, а не на количество медицинской помощи. Причем, в большей степени растет спрос на здоровье, а не на медицинскую помощь как таковую. Последнее обстоятельство предопределяет соответствующие структурные сдвиги в системе здравоохранения.

Современное состояние финансирования здравоохранения, к сожалению, не создает предпосылок для предоставления качественной медицинской помощи населению в необходимых объемах, особенно для социально незащищенных категорий граждан. Анализ показывает, что при минимальной потребности в медицинском обеспечении в год на одного гражданина Украины в среднем около 280 грн., фактическое финансирование не достигает даже 50 грн., что красноречиво свидетельствует о финансовом кризисе в сфере здравоохранения. Приведенные данные подтверждают тезис о необходимости срочных и кардинальных реформ, направленных на перестройку экономики системы здравоохранения и перевод ее на рыночные отношения с внедрением многоканальной системы финансирования.

В качестве стабилизационной меры в предлагается внедрение смешанной бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений.

Суть данной системы состоит в формировании субвенциальных страховых фондов для компенсации затрат лечебных учреждений, причем компенсации подлежит разница между необходимым объемом финансирования, определенным исходя из стандартных схем лечения, необходимого количества медикаментов, анализов, аппаратного обследования, прокалькулированных по рыночным ценам, и существующим объемом бюджетного финансирования.

Для реализации смешанной бюджетно-страховой системы



финансирования лечебных учреждений предлагается передача функции фондодержателей страховым компаниям. Сама экономическая сущность системы страхования позволяет через вероятностный характер обращения за врачебной помощью и размещение свободных средств в банке-депозитории, существенно стабилизировать финансирование здравоохранения. Анализ состояния рынка страховых услуг и потенциала страховых компаний Украины, результаты которого представлены в подразделе 1.4 данной диссертационной работы, свидетельствует, что они могут и должны сыграть важную роль в совершенствовании системы финансирования лечебных учреждений.

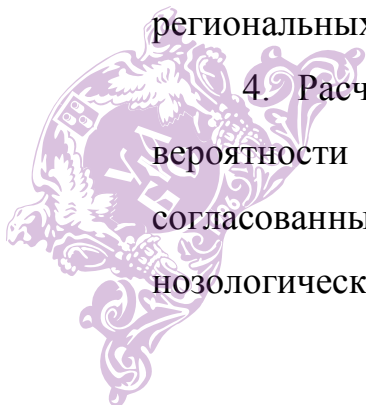
Разработка методического и нормативного обеспечения формирования субвенциальных страховых фондов предполагает решение ряда самостоятельных задач:

1. Выделение состава и структуры затрат лечебных учреждений с учетом стандартных схем лечения, рыночных цен на медикаменты и расходные материалы, коммунальные услуги и т.п., расчет базовых нормативов компенсации затрат по нозологическим группам болезней и возрастным группам больных.

2. Определение размеров страховых компенсационных фондов с учетом: средней продолжительности трудоспособности по нозологическим группам болезней; базовых нормативов компенсационных затрат; числа заболевших и соотношения времени стационарного и амбулаторного лечения.

3. Определение вероятности заболевания и обращения за врачебной помощью в зависимости от половозрастных, сезонных, профессиональных, региональных и прочих факторов.

4. Расчет ставок платежей в компенсационные фонды с учетом: вероятности заболевания и обращения за врачебной помощью; согласованных депозитных ставок; структуры заболеваний по нозологическим группам.



На этапе перехода к реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения предлагается осуществить перераспределение функций государственных органов управления и страховых функций. Принципиальная схема разделения функций и финансовых потоков представлена на рисунке 2.1.

На начальном этапе внедрения и функционирования бюджетно-страхового механизма финансирования медицинских учреждений, на наш взгляд, необходимо предусмотреть механизм государственного контроля за эффективностью перераспределения средств. Такой контроль не должен иметь административный характер. Основная задача должна заключаться в проведении оптимизационных расчетов по распределению и перераспределению финансовых средств. Результаты таких расчетов могут служить основой для корректировки нормативов, ставок налогообложения и т.п., то есть служить инструментарием макроэкономического регулирования.

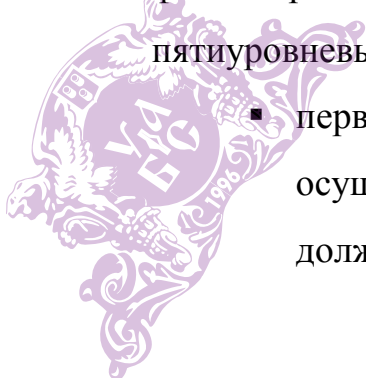
Схематически система финансирования медицины в рыночных условиях представлена на рисунке 2.2.

Таким образом, как уже отмечалось выше, в рамках смешанной бюджетно-страховой системы финансирования охраны здоровья, можно выделить два канала финансовых потоков:

- 1-й канал – государственное (бюджетное) финансирование;
- 2-й канал – финансирование за счет субвенциальных страховых фондов, формируемых путем обязательного и добровольного медицинского страхования.

Предлагаемая концепция предусматривает не только многоканальность финансирования системы здравоохранения, но и ее многоукладность с пятиуровневым предоставлением медико-санитарной помощи:

- первый уровень – базовый, так называемый «жизнесберегающий», осуществляемый за счет бюджетных средств (предполагается, что должен быть обеспечен минимально необходимый уровень



медицинской помощи, достаточный только лишь для сохранения жизни граждан, в частности, первая медицинская помощь, реанимационные услуги, неотложные медицинские услуги и пр. Кроме того, за счет бюджетных средств предполагается реализация социальных государственных программ, финансирование науки и образования в сфере здравоохранения);

- второй уровень – основной, так называемый «здоровьесберегающий», осуществляемый за счет средств обязательного медицинского страхования (предполагается, что медицинские услуги должны быть предоставлены в пределах программы государственных гарантий, должен быть обеспечен достаточный для среднестатистического гражданина уровень медицинской помощи, в частности, консультации в поликлиниках, стационарная помощь, санаторно-курортное лечение для малообеспеченных граждан и пр.);
- третий уровень – так называемый «сервисный», получаемый в государственных и коммерческих медицинских учреждениях по программам добровольного медицинского страхования (предоставление медицинских услуг сверх программы государственных гарантий);
- четвертый уровень – «платные медицинские услуги» (предоставление медицинских услуг, которые не предполагается оказывать ни на одном из перечисленных выше уровней, например, услуги нетрадиционной медицины);
- пятый уровень – «другие источники» (предоставление медицинских услуг за счет благотворительных программ, медицинские услуги в рамках высокотехнологичных медицинских исследований и пр.).



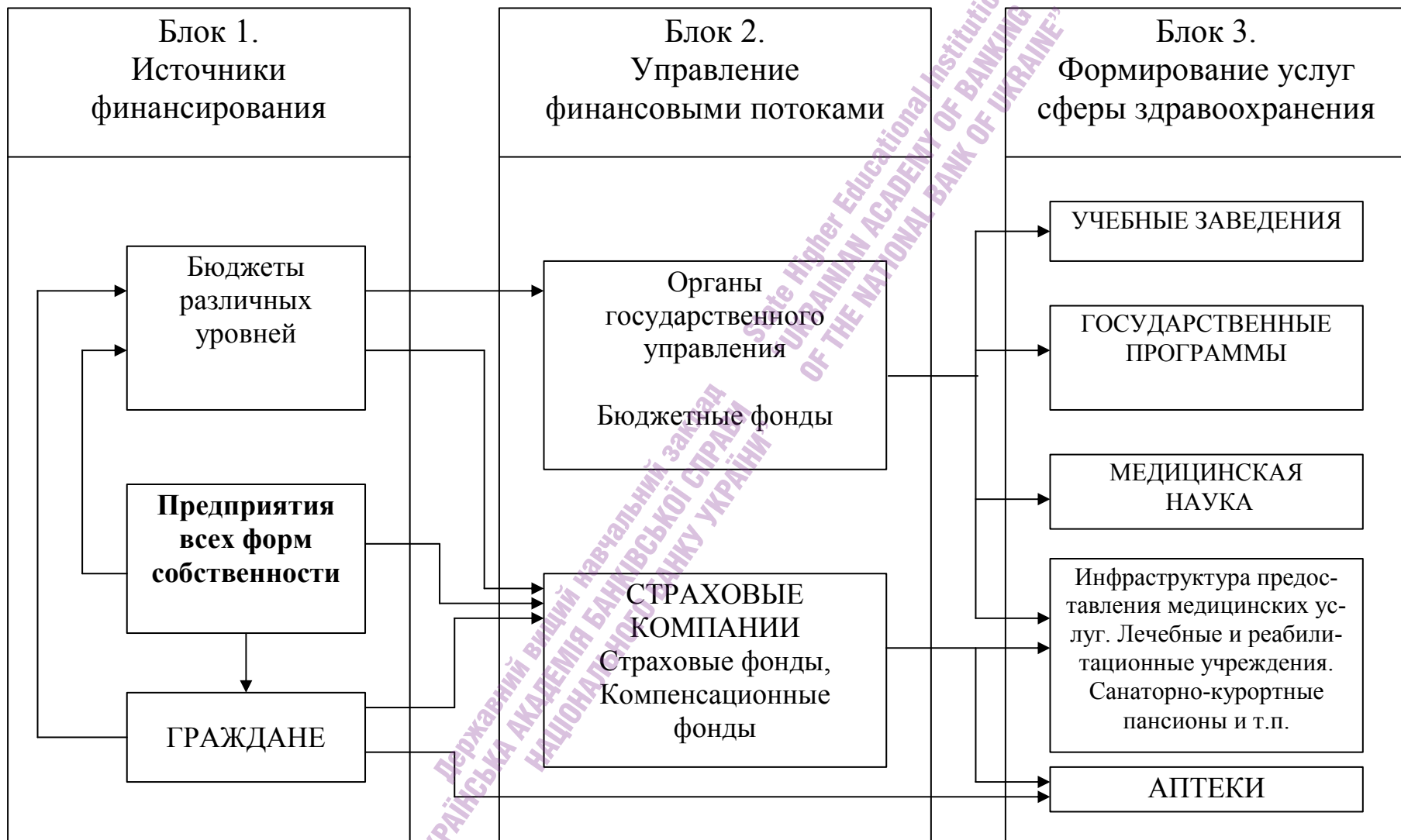


Рис. 2.1. Принципиальная схема разделения функций и финансовых потоков при внедрении бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения



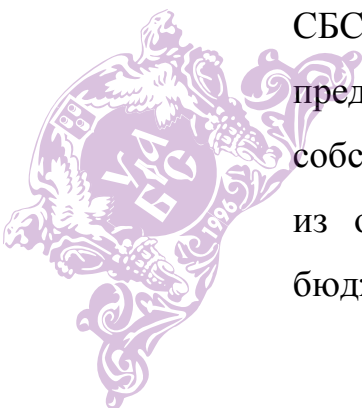


Рис. 2.2. Система финансирования здравоохранения

Внедрение принципа многоканального финансирования системы здравоохранения и многоуровневого предоставления медицинского обслуживания с правом добровольного выбора гражданами уровня получения медпомощи, на наш взгляд, позволит решить целый ряд проблем в сфере здравоохранения и, как следствие – значительно улучшить качество и полноту предоставления медико-санитарной помощи всем категориям населения с соблюдением требований относительно защиты прав пациентов.

Эффективное функционирование смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения (СБССФЗ), на наш взгляд, возможно при соблюдении следующих принципов:

- сохранение принципа государственности в рамках СБССФЗ;
- приспособление структуры государственных учреждений здравоохранения к работе в пользу звена первичной медико-санитарной помощи в рамках СБССФЗ;
- изменение ориентации органов управления здравоохранением на систему независимого контроля и экспертизы полноты и качества предоставления медико-санитарной помощи;
- передача функций текущего финансирования и контроля за качеством предоставления медпомощи на первом этапе – государственной страховой медицинской компании с подключением на втором этапе негосударственных страховых компаний – членов Украинского медицинского страхового бюро;
- введение системы аккредитации медицинских учреждений всех форм собственности и системы сертификации врачей;
- целевое и децентрализованное формирование финансовых ресурсов СБССФЗ за счет трехсторонних взносов – целевых взносов предприятий, организаций и учреждений разных форм собственности, частных предпринимателей и субсидий государства из общих бюджетных поступлений, которые направлены не в бюджет, а непосредственно на нужды учреждений здравоохранения,



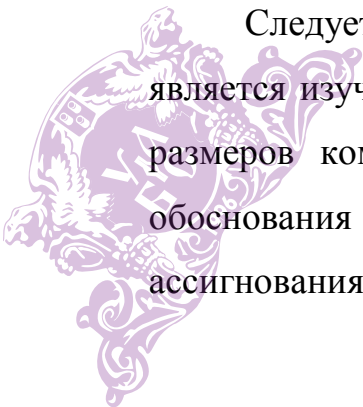
благодаря чему теряется характерная общим поступлением безадресность и анонимность;

- включение целевых взносов в себестоимость продукции предприятий, что обеспечит большую устойчивость процесса поступления взносов на нужды здравоохранения;
- обособление процесса финансирования от процесса предоставления медико-санитарной помощи, привлечение в систему независимой финансовой структуры в лице страховщика – страховой организации, которая является членом Украинского медицинского страхового бюро и имеет лицензию Министерства финансов Украины на этот вид страхования. Введение «третьей стороны», ответственной за финансирование и контроль качества медпомощи, существенно меняет механизм финансирования учреждений здравоохранения и создает условия для проведения независимой экспертизы их деятельности;
- прямое участие работодателей и работников в процессе формирования финансовых ресурсов СБССФЗ, что формирует новое отношение работодателей и работников к проблеме здравоохранения, поскольку здравоохранение приобретает экономическое измерение.

Проанализируем имеющийся в Украине потенциал для развития каждого из представленных выше каналов финансовых потоков, а также очертим круг основных проблем, возникающих в рамках каждого из них.

Первый канал финансовых потоков – государственное (бюджетное) финансирование.

Следует отметить, что на сегодняшний день актуальной проблемой является изучение возможности применения общих принципов определения размеров компенсаций затрат, обусловленных травматизмом, для целей обоснования нормативов формирования местных бюджетов в части ассигнования расходов системы здравоохранения. Практическое отсутствие



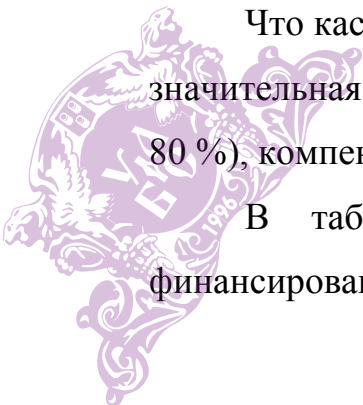
нормативно-методической базы ставит под сомнение как обоснованность доли бюджетных средств выделяемых на здравоохранение, так и непосредственно исполнение самого бюджета. В условиях общего кризиса экономики, основная причина снижения уровня финансирования сферы здравоохранения заключается не столько в отсутствии нормативов, сколько в отсутствии собственно средств. Тем не менее, скорейшее проведение работ в части обоснования нормативно-методической базы формирования бюджетов, позволит определить возможную структуру финансирования здравоохранения с учетом альтернативных источников, определить эти источники и, собственно, механизм финансирования.

По уровню расходов на охрану здоровья в расчете на одного жителя Украина занимает 111-ое место среди 191 страны мира и восьмое – среди стран СНГ (пропустив вперед не только страны Балтии и Беларусь, но и Молдову). В 2006 г. они составляли 84 долл. в год, в то время как в США – 3750 долл. По данным экспертов, для обеспечения необходимой медпомощи в пределах уровня 1990 г. (150 долл. в год на одного жителя), возникает потребность ежегодного финансирования в сумме не меньше, чем 7,0 млрд. долл.

Затраты на стационарное лечение, как правило, имеют наибольший удельный вес в общем объеме расходов на охрану здоровья, в частности, в Германии они составляют 36,1 %, в Великобритании – 13,9 %, во Франции – 44,4 %, в Финляндии – 44,7%, в Швеции – 49,5%, в Украине – в пределах 70-75 %. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в том случае, когда затраты на стационарное лечение занимают более 50% в общих расходах, система охраны здоровья в стране становится недееспособной.

Что касается амбулаторного лечения, то в Великобритании, например, значительная часть данных затрат, и в частности, оплата пациентов (не менее 80 %), компенсируется государством.

В таблице 2.1 систематизирован статистический материал о финансировании системы здравоохранения в некоторых странах Европы.



Данные, представленные в таблице 2.1, позволяют прийти к выводу, что для улучшения уровня здоровья, увеличения продолжительности жизни и достижения стабильного экономического роста в Украине необходима оптимизация системы охраны здоровья (с четко определенными источниками финансирования) как приоритет государственной политики.

Считается, что в Украине финансирование медицинской помощи (во всяком случае, в рамках социального минимума) полностью осуществляется государством.

Таблица 2.1

Финансирование системы здравоохранения в некоторых странах Европы.

Страна	ВВП в расчете на одного жителя (долл.)	Общие затраты на охрану здоровья (% от ВВП)	Общие затраты на охрану здоровья в расчете на одного жителя (долл.)	Доля государственных расходов на охрану здоровья (%)	Количество врачей на 10 тыс. населения (чел.)	Доля врачей ПМСД в общей структуре (%)	Рождаемость (%)	Смертность (%)	Продолжительность жизни (лет)
Австрия	2624	8,2	1968	70,7	30,2	44,0	10,1	9,7	78,1
Германия	2621	10,6	2424	74,6	35,0	29,4	9,6	10,4	77,8
Франция	2466	9,6	2077	76,4	30,3	48,5	12,3	9,1	79,2
Венгрия	4688	6,8	705	76,5	35,7	18,8	9,6	13,4	70,7
Польша	4084	6,4	496	73,3	23,3	34,8	10,2	9,9	72,4
Болгария	1474	6,0	-	95	34,5	23,2	7,9	14,3	70,9
Россия	2572	4,0	-	98	42,1	5,5	8,8	13,4	67,2
Украина	860	3,5	111,8	100	40,0	7,5	8,3	14,3	68,6
Европа в	1824	6,1	1039	-	-	-	10,9	10,9	73,6

Вместе с тем, это не соответствует действительности. В Украине все медикаментозное амбулаторное лечение оплачивается населением. А это сама по себе значительная сумма. То есть, по сути, в Украине де-факто существует смешанная бюджетно-внебюджетная система финансирования здравоохранения.

Доля государственного финансирования в общих расходах на охрану

здоровья составляет: в США – 52 %, Греции – 58 %, Португалии – 60%, Италии, Израиле, Австрии – 73 %, Канаде – 74 %, Германии – 78 %, в Великобритании – 86 %. В таблице 2.2 представлены сравнительные показатели финансирования системы здравоохранения.

В этой связи весьма важно определить функции и полномочия государства и страховых компаний. На наш взгляд, очень важно на переходном этапе сохранить государственный контроль за функционированием смешанной бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений. Впрочем, сам принцип обязательности (императивности) страхования позволяет применить обоснованные методы государственного регулирования.

Таблица 2.2

Среднегодовые данные о финансировании системы здравоохранения в отдельных странах мира (2006 г.)

Показатель	Страна				
	Укра-и-на	США	Кана-да	Велико-британия	Герма-ния
Затраты на финансирование здравоохранения на душу населения, долл. в год	84	3773	1401	714	1472
Доля государственных затрат, %	нет данных	42	74	86	78
Доля затрат на систему здравоохранения в структуре ВВП, %	4,0	15,0	8,8	6,0	8,1

На этой общей основе действуют в разных случаях и дополнительные специальные факторы, способствующие развитию принципа обязательности в той или иной отрасли страхового дела.

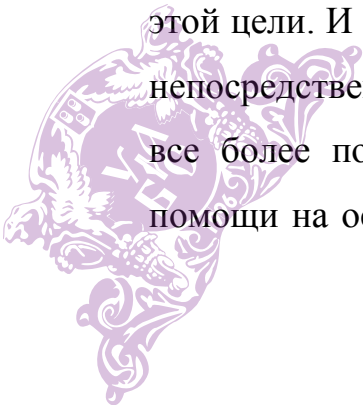
При предлагаемой системе страхования травматизма таким фактором является, прежде всего, возможность дополнительного финансирования лечебных учреждений, а это есть основная задача (и проблема) государства.



Не менее важными при формировании механизма реализации государственной компенсационной политики вообще и бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, в частности, является разработка научно-обоснованного подхода к оценке эффективности медицинской помощи. Следует отметить, что до настоящего времени в отечественной экономической литературе отсутствуют единые взгляды на данную проблему. В работах по этой тематике обычно подчеркивают, что в здравоохранении экономическая эффективность не может быть определяющим критерием, а главным в этом случае является медицинская и социальная эффективность мероприятия по охране здоровья. Это, разумеется, верно, но лишь в том случае, если экономия в здравоохранении отождествляется с экономией на здравоохранении, а его роль в общественном воспроизводстве сводится (через сокращение заболеваемости, инвалидности и смертности к увеличению фонда рабочего времени) к косвенному участию в создании общественного продукта. Сокращение нетрудоспособности и повышение на этой основе общественной производительности труда действительно выражают одну из основных экономических функций здравоохранения, но не единственную [103].

При противопоставлении медицинской, социальной и экономической эффективности сразу же предполагается, что экономия в здравоохранении есть нечто недостаточное, унижающее заботу о здоровье людей. Здесь социальные и экономические задачи и критерии эффективности искусственно разделяются.

По нашему мнению, социальная, медицинская и экономическая эффективность не может быть изначально разделена уже потому, что их единство обусловлено единством цели производства и средств достижения этой цели. И если социальная, медицинская и экономическая эффективность, непосредственно соответствуя цели общественного развития, предполагают все более полное удовлетворение потребности населения в медицинской помощи на основе увеличения ее объема и повышения качества, то реально

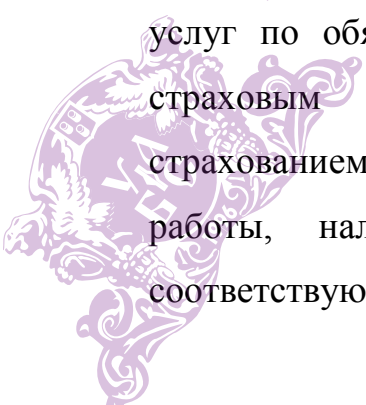


этот объем ограничен возможностями общества в увеличении ресурсов здравоохранения.

Как социальные, так и медицинские параметры имеют экономическую границу в той доле общественного продукта, которая может быть направлена в сферу здравоохранения. Именно в этом отношении нет принципиальных различий в методологии определения эффективности функционирования здравоохранения по сравнению с непосредственно производственной сферой, поскольку, сама отрасль здравоохранения, являясь инфраструктурным компонентом социальной сферы, обеспечивает производственно-воспроизводственный процесс рабочей силы. Так, например, в работе [188] отмечается, что одним из важнейших аспектов социально-экономического содержания здравоохранения является его непосредственное участие в процессе воспроизводства главной производительной силы общества. Другое дело, что практическое отсутствие научно-обоснованных показателей эффективности функционирования здравоохранения, учитывающий его особенности и специфику, затрудняют принятие управленческих решений, в том числе и на макроуровне, при определении объемов и источников финансирования.

Второй канал финансовых потоков – финансирование за счет субвенциальных страховых фондов, формируемых путем обязательного и добровольного медицинского страхования.

В рамках авторского подхода предполагается, что обязательные медицинские услуги, которые не были оплачены за счет бюджетных средств (первого канала финансовых потоков), будут оплачиваться страховыми компаниями, имеющими соответствующую лицензию на предоставление услуг по обязательному медицинскому страхованию. В связи с этим к страховым компаниям, занимающимся обязательным медицинским страхованием, должны предъявляться специфические требования (опыт работы, наличие договоров страхования, наличие сотрудников с соответствующим образованием и опытом работы, финансовые требования и



т.д.). Все те расходы, которые не были покрыты за счет бюджетных средств и обязательного медицинского страхования, должны компенсироваться за счет добровольного медицинского страхования.

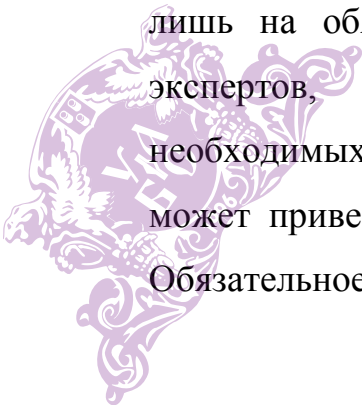
Задача совершенствования механизма страхования травматизма в том виде, в котором она ставится нами в данной диссертационной работе, является специфической и определяется, прежде всего, необходимостью (и возможностью) реализации государственной компенсационной политики посредством страхования. Государственная компенсационная политика здесь нами рассматривается в той части, которая ограничена порядком компенсации вреда здоровью населения в результате травматизма, возникающего вне рамок юридической ответственности. Речь, по сути, идет о необходимости разработки соответствующих методологических, методических и организационно-правовых предпосылок формирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования затрат, обусловленных травматизмом, как на субъектно-индивидуальном уровне, так и на уровне лечебных учреждений [38].

Экономическая категория страховой защиты находит свое материальное воплощение в страховом фонде, который формируется для покрытия ущербов, причиняемых обществу и отдельным гражданам различными стихийными бедствиями, техногенными факторами и различного рода случайностями [19, 61]. Известно, что в общем виде существует три основные организационные формы страхового фонда, в которых субъектами собственности на его ресурсы выступают государство, отдельный товаропроизводитель и страховщик. В этой связи выделяют государственный централизованный страховой (резервный) фонд, фонд риска товаропроизводителя (самострахование) и страховой фонд страховщика [111]. Вполне очевидно, что между этими страховыми фондами существует взаимная связь. Эта связь выражается, прежде всего, в функции перераспределения национального дохода, причем перераспределения горизонтального, базирующегося на объективных экономических законах.

Страховые компании объективно становятся фондодержателями и любые дискуссии по поводу предоставления страховым компаниям функций фондодержателей, в том числе и применительно к обеспечению социальной защиты, не имеют никакого смысла [40, 64]. Речь, очевидно, должна идти о формировании эффективного механизма включения страховых фондов страховщиков в финансирование социальной защиты, в том числе и затрат граждан и лечебных учреждений, обусловленных травматизмом.

Если же рассматривать проблему реализации государственной компенсационной политики, то цель страхования от несчастных случаев значительно расширяется. Точнее, здесь сам механизм страхования становится способом достижения более глобальной цели, суть которой заключается, прежде всего, в организации новой системы финансирования системы здравоохранения, отличающуюся тем, что, по сравнению с плановой экономикой, где финансовые ресурсы перераспределялись по вертикали, в условиях рынка необходимо обеспечить «коммутацию» финансовых ресурсов, аккумулируемых в различных страховых фондах: централизованном государственном; фондом товаропроизводителя и фондом страховщика. Очевидно, что именно исходя из этих посылок должны рассматриваться подходы по совершенствованию механизма страхования травматизма.

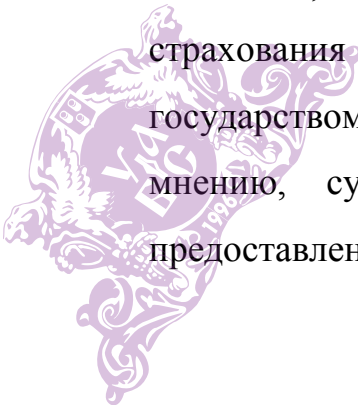
Однако, по нашему мнению, в условиях крайне низкого уровня благосостояния основной части населения, системно-структурного экономического кризиса и отсутствия реальной возможности полного обеспечения потребностей здравоохранения на государственном уровне, недопустимо перекладывать бремя финансирования охраны здоровья только лишь на обязательное медицинское страхование, которое, по расчетам экспертов, сможет обеспечить только лишь 10-15% минимально необходимых ассигнований на финансирование здравоохранения. Такой путь может привести к компрометации идеи страховой медицины в принципе. Обязательное медицинское страхование, с одной стороны, должно выступать



гарантом финансирования минимально-необходимой помощи, а с другой, что наиболее важно – как эффективный экономический стимул заинтересованности в сохранении здоровья каждым гражданином, в частности, при условии сохранности его средств на соответствующем персонифицированном счете.

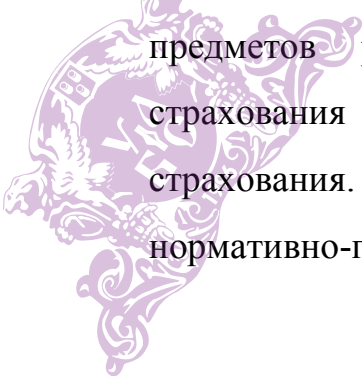
По нашему мнению, введение обязательного медицинского страхования для всего населения Украины в настоящее и ближайшее время является нереальным, так как отсутствует соответствующий экономический базис. Систему обязательного медицинского страхования необходимо вводить постепенно, поэтапно и выверенно, параллельно готовить систему здравоохранения для работы в других реалиях, отрабатывать механизмы взаимодействия в системе.

На первом этапе следует использовать уже имеющиеся законодательные и ресурсные основы (ст.49 Конституции; Закон Украины “О страховании”), задействовать социально защищенную часть населения (работающих), обеспечить реализацию организационных и экономических условий предоставления медицинских услуг государственными, коммунальными и коммерческими медицинскими учреждениями. По нашим оценкам, введение медицинского страхования работающего населения не потребует слишком больших финансовых затрат со стороны государства, поскольку страховой рынок сможет внедрить и реализовать этот вид страхования практически полностью за свой счет. От государства требуется лишь методологическое создание условий для функционирования этого вида страхования, чтобы медицинское страхование охватило все работающее население, определение объема и условий программы медицинского страхования работающего населения, соответствующих гарантированному государством уровню, а также стоимости этой программы. По нашему мнению, существенным шагом со стороны государства стало бы предоставление возможности относить на себестоимость продукции



страховые платежи по медицинскому страхованию в пределах этой программы, не облагать их подоходным налогом. По аналогии со страхованием жизни, проще дополнить в законодательстве накопительное и пенсионное страхование медицинским. По мнению экспертов, бюджет практически ничего не потеряет, поскольку страховщики около 3% от валового объема страховых платежей заплатят в бюджет и привлекут финансовые средства в систему здравоохранения в виде страховых выплат. Также необходимо создать возможности для взаимодействия лечебных учреждений и страховых компаний, а именно – нормативно определить понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь». Очень важно, чтобы лечебные учреждения государственной, коммунальной и негосударственной форм собственности работали как самостоятельные хозяйственные субъекты с отдельным учетом финансовых средств из разных источников (бюджет, страхование и т.д.) и, соответственно, самостоятельным их использованием при условии контроля за целевым назначением. Крайне необходимо провести стандартизацию медицинских услуг по отношению к нозологическим формам, учитывая различные уровни медицинских учреждений. Контроль за страховыми организациями, занимающимися медицинским страхованием, должен быть строгим и понятным. Государству необходимо определить порядок формирования страховых резервов по добровольному медицинскому страхованию, требования к страховщикам, порядок контроля за деятельностью страховых организаций при осуществлении медицинского страхования.

Еще одной, не менее важной, задачей, возникающей при формировании государственной компенсационной политики, является разграничение предметов регулирования обязательного страхования (обязательного страхования как его разновидности) и государственного социального страхования. Проблема усугубляется несовершенством отечественной нормативно-правовой базы в сфере государственного социального



страхования. Анализируя отношения, при обязательном страховании и государственном социальном страховании, можно сделать вывод, что в отдельных случаях их трудно разграничить. Это возникает, на наш взгляд, потому, что они во многом выполняют одну и ту же функцию.

При каждом из этих видов страхования происходит объединение определенных групп субъектов со схожими целями и интересами, и посредником в этом весьма важном общественном процессе выступает страховщик. В обязательном страховании именно государство в лице тех или иных его органов способно, присущими только ему, специфическими способами максимально объединить население, чтобы имущественные интересы граждан и юридических лиц были эффективно защищены страхованием. При обязательном страховании расширяется страховое поле, т.е. увеличивается число лиц, вовлеченных в обязательное страхование, и, как следствие – страховая премия снижается.

На рисунке 2.3 представлен предлагаемый организационно-экономический механизм построения второго канала финансовых потоков – субвенциальных страховых фондов, формируемых путем объединения обязательного и добровольного медицинского страхования.

На данном рисунке представлены четырехуровневая система обязательного медицинского страхования и трехуровневая система добровольного медицинского страхования: Национальный фонд страховой медицины при Министерстве здравоохранения Украины – Региональный фонд страховой медицины и его филиалы – страховые компании (члены УМСБ) и лечебно-профилактические учреждения.



ВЕРХОВНАЯ РАДА

КАБИНЕТ МИНИСТРОВ

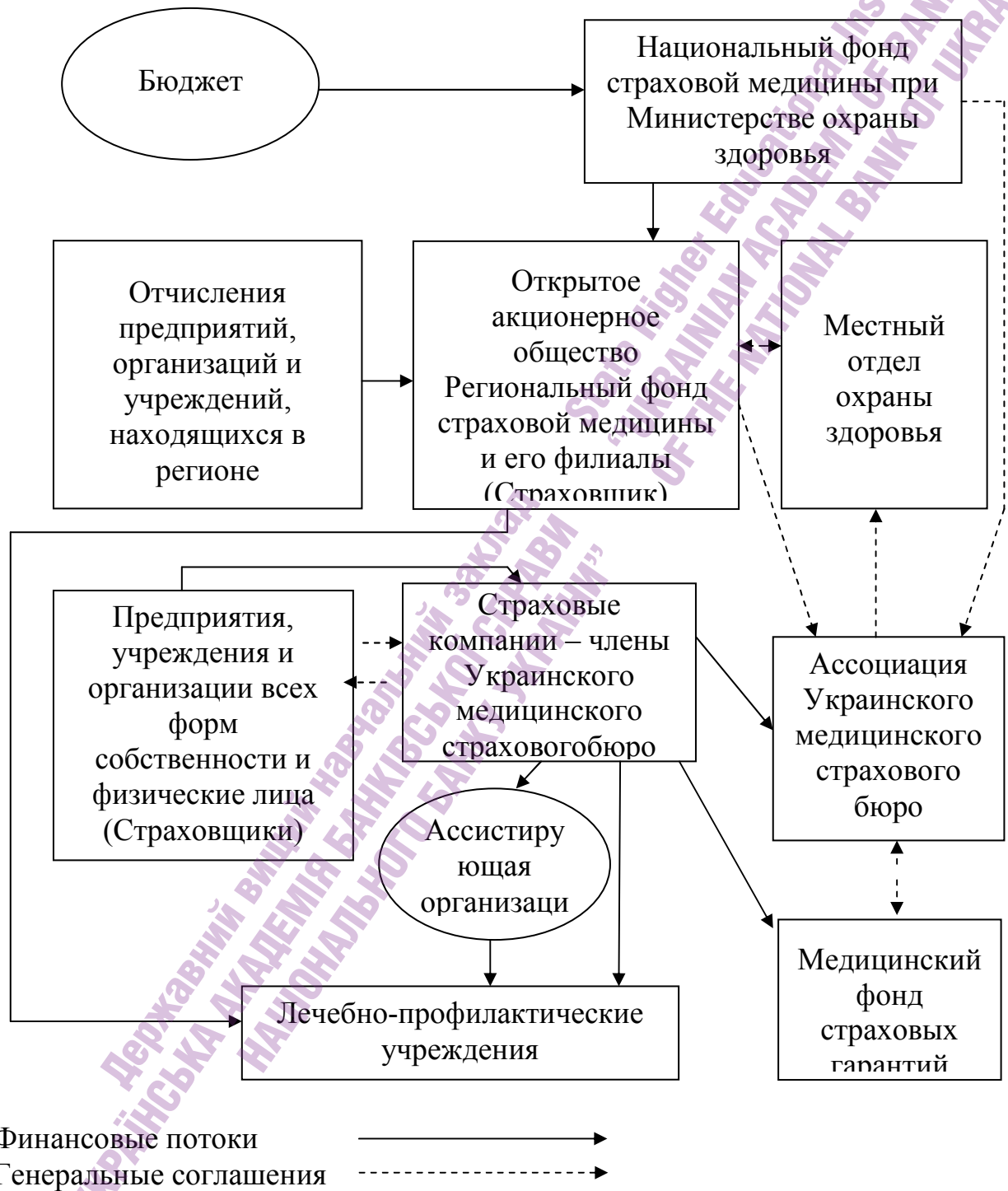
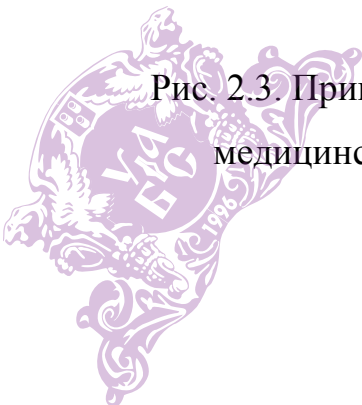


Рис. 2.3. Принципиальная схема объединения обязательного и добровольного медицинского страхования в рамках смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения

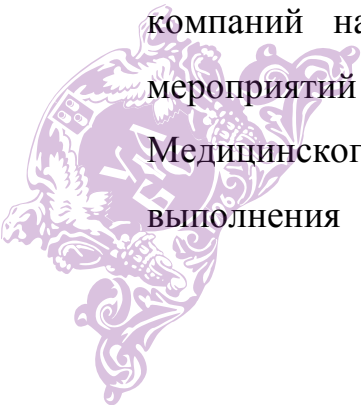


Основными функциями Национального фонда страховой медицины (НФСМ) является выработка единой политики внедрения и функционирования системы ОМС в Украине, выравнивание финансирования территорий регионов Украины по принципу единого норматива, создание страхового запаса на случай чрезвычайных ситуаций, а также финансирование научно-исследовательских программ, обеспечение санитарно-эпидемиологической службы и др.

Основными функциями Регионального фонда страховой медицины (РФСМ) являются: проведение единой политики ОМС в регионе, учет плательщиков взносов по обязательному медицинскому страхованию, сбор этих взносов. РФСМ выступает страхователем населения региона, обеспечивает финансирование страховых компаний через страховые платежи на основании норматива, контролирует эффективность их расходования страховыми компаниями.

Основными функциями страховых компаний (СК) являются платежи лечебно-профилактическим учреждениям или ассистирующим структурам за оказанные медицинские услуги, учет застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, контроль и экспертиза качества их лечения.

Основными функциями Украинского медицинского страхового бюро (УМСБ) являются: координация деятельности страховщиков, разработка и внедрение программ медицинского страхования, обеспечение контроля качества медицинских услуг, составление отчетности, формирование страховых тарифов, единых правил, требований и стандартов проведения медицинского страхования, обеспечение равных условий для всех страховых компаний на Украине, проведение семинаров, конференций и других мероприятий научно-практического характера, координация деятельности Медицинского фонда страховых гарантий являющегося гарантом выполнения страховыми компаниями своих обязательств перед



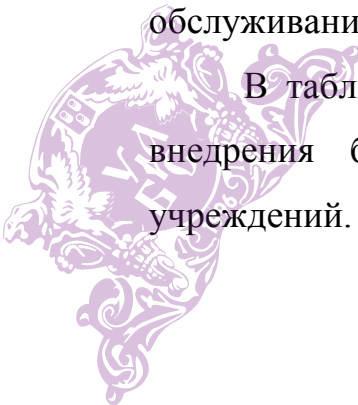
застрахованными и др. УМСБ находится в договорных отношениях с НФСМ, РФСМ, Управлением здравоохранения.

Основной функцией Медицинского фонда страховых гарантий (МФСГ) является аккумулярование финансовых средств, получаемых как отчисления от каждого реализованного страхового полиса по обязательному и добровольному медицинскому страхованию для обеспечения гарантии платежеспособности страховых компаний – членов УМСБ для выполнения своих обязательств перед застрахованными в случае форс-мажорных или прочих ситуаций.

Добровольное медицинское страхование строится на договорных отношениях между предприятиями, учреждениями, организациями любой формы собственности, физическими лицами со страховой компанией, которая, в свою очередь, имеет договорные отношения с лечебно-профилактическими учреждениями и/или с ассистирующей организацией.

Каждый уровень занимается четко ограниченными в рамках закона функциями. НФСМ и РФСМ являются сугубо финансовыми структурами, обеспечивающими финансирование всей системы обязательного медицинского страхования. СК выполняют функции страховщиков, для которых страхователем является РФСМ и его филиалы, застрахованными – прикрепленное население регионов, страховыми случаями являются случаи заболевания застрахованных по оговоренным в программе государственных гарантий видам медицинской помощи, которые уточняются в конкретных договорах между СК и лечебно-профилактическими учреждениями. Между СК разворачивается конкуренция за страховое поле обязательного медицинского страхования, что должно благоприятно сказаться на медицинском обслуживании населения.

В таблице 2.3 представлен сводный анализ преимуществ и проблем внедрения бюджетно-страхового механизма финансирования лечебных учреждений.



Сводный анализ преимуществ и проблем, связанных с внедрением бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений

<i>Преимущества</i>	<i>Проблемы</i>
1. Дополнительный источник финансирования лечебных учреждений.	1. Дополнительные расходы, связанные с формированием структуры страховых компаний.
2. Возможность выбора лечебного учреждения со стороны пациента.	2. Отсутствие и необходимость разработки правового и методического обеспечения.
3. Субвенциальный характер финансирования лечебных учреждений.	3. Отсутствие со стороны лечебных учреждений в проведении профилактических мероприятий.
4. Повышение эффективности и качества медицинской помощи.	4. Необходимость разработки законодательной и нормативной базы.
5. Экономическая зависимость работодателей от уровня травматизма.	
6. Рост ответственности граждан за состояние собственного здоровья.	
7. Реализация страховыми компаниями инвестиционных функций.	

Вполне очевидно, что внедрение смешанной системы страхования имеет ряд существенных преимуществ. Во-первых, разрушается монополия административного регулирования финансирования лечебных учреждений. Во-вторых, страховые компании будут вынуждены более эффективно использовать финансовые ресурсы, учитывая при этом, не только объем, но и качество услуг. В-третьих, удастся реализовать инвестиционную функцию или функцию предупреждения страхового случая, как превентивной, профилактической меры по предупреждению травматизма, что, в свою очередь, позволит снизить расходы, как предприятий, так и граждан.

Для практической реализации описанной в данном подразделе диссертационной работы концепции формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения в подразделе 3.3 будет представлено разработанное нами Положение, определяющее порядок внебюджетного дополнительного финансирования лечебных учреждений (на сегодняшний день такие официальные документы отсутствуют), а в подразделе 3.4 данной диссертационной работы будет

представлен разработанный нами проект положения о Региональном фонде страховой медицины.

2.2. Методическое обеспечение актуарных расчетов при формировании фондов денежных средств для компенсации убытков (затрат) при травматизме

Методическое обеспечение актуарных расчетов страхования от несчастных случаев отличается от общепринятых подходов [59, 81, 130, 168, 187]. Предлагаемая в диссертационной работе система страхования травматизма в методологическом плане соответствует обязательному медицинскому страхованию [71, 126]. Обычно обязательное медицинское страхование является частью государственной системы социального страхования. При обязательном медицинском страховании гражданам при обращении в лечебные медицинские учреждения (поликлиники и стационары) гарантируется получение медицинской помощи в соответствии с перечнем и объемом, установленными территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение государственной политики в области обязательного медицинского страхования осуществляют фонды – специализированные некоммерческие финансово-кредитные учреждения [105]. Так, например, в Российской Федерации в соответствии с Законом "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" предусматривается функционирование Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Следовательно, наряду с такими основополагающими принципами обязательного медицинского страхования как всеобщность, государственность и некоммерческий характер, существует еще один необходимый компонент – формирование

фондов. По состоянию на 1998 год в Российской Федерации работало 85 территориальных фондов обязательного медицинского страхования и более 350 страховых медицинских организаций [184]. Это еще раз свидетельствует, что дискуссия о целесообразности передачи страховым компаниям функции держателей фондов является не состоятельной. В страховой практике это свершившийся факт. Более важно, очевидно, разработать подходы к оптимизации структуры фондов, эффективности их использования и к определению удельного веса в общих затратах на здравоохранение [68, 91].

При определении фонда компенсации затрат, обусловленных временной потерей трудоспособности в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма необходимо рассматривать два альтернативных случая: первичная помощь в травматологическом отделении с последующим амбулаторным лечением и первичная помощь в травматологическом отделении с последующим стационарным лечением. Размер фонда компенсации затрат по населенному пункту в целом предлагается рассчитывать по формулам:

- для первого случая

$$F_1 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m N_{ij} \left[C_{пер.i} + (T_{сп.i} - 1) (C_{I\eta I}^i + C_{II\eta II}^i + C_{III\eta III}^i) \right] \cdot k_{инд}. \quad (2.1)$$

- для второго случая

$$F_2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m N_{ij} \left[C_{пер.i} + (T_{сп.i} - 1) \cdot C_{ст.i}^i \right] \cdot k_{инд}, \quad (2.2)$$

где: i – количество учитываемых видов повреждений, шт.;

j – количество лечебных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь, шт.;

N_{ij} – среднегодовое количество случаев первичного обращения j -ое медицинское учреждение с повреждением i -го вида, раз;

$C_{пер.i}$ – базовый норматив затрат лечебных учреждений при оказании первичной помощи при повреждении i -ого вида, грн./чел. день;



$T_{cp.i}$ – средняя продолжительность потери трудоспособности, дни;
 $C_i^I, C_{II}^i, C_{III}^i$ – нормативы компенсационных платежей по i -ому виду повреждения для граждан I, II и III возрастной групп соответственно, грн./чел. день;

$\eta_I, \eta_{II}, \eta_{III}$ – удельный вес населения I, II и III возрастных групп соответственно в общем количестве населения по конкретному населенному пункту, доли ед.;

C_{cm}^i – базовый норматив затрат для стационаров лечебных учреждений при лечении i -го вида повреждения, грн./чел. день;

$K_{инд.}$ – коэффициент индексации.

Общие принципы формирования компенсационных фондов во многом определяют и порядок расчета нетто-ставок страховых платежей. По сути, ставка представляет собой разовый платеж в расчете на определенную стандартную численность населения (работающего или нет), с учетом вероятности наступления несчастного случая. Кроме того, ставку предлагается уменьшить на величину процентов, которые могут быть получены страховой компанией при размещении временно свободных средств в банке-депозитарии.

Расчет нетто-ставок строится на предположении, что страхователь осуществляет платежи постнумерандо ежемесячно в течении года. Начисление процентов банком-депозитарием осуществляется ежемесячно. Тогда, в общем виде нетто-ставка рассчитывается по формуле:

$$R = \frac{\left(\sum_{i=1}^3 C_i \cdot v_i \cdot \sum_{k=1}^{12} p_k \cdot \omega_k \right) \cdot r}{\left(1 + \frac{r}{m} \right)^m - 1}, \quad (2.3)$$

где C_i – усредненный норматив компенсации затрат по категориям сложности повреждений, грн./случаев;

v_i – удельный вес повреждений соответствующей категории в общем количестве повреждений по населенному пункту, доли ед.;



p_k – вероятность наступления страхового события (несчастных случаев) по k -ой возрастной категории граждан, случаев на 1000 человек;

ω_k – удельный вес населения k -ой возрастной категории, доли единицы;

r – прогнозное значение номинальной процентной ставки по депозитам, проценты;

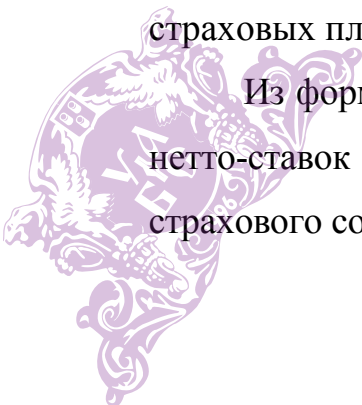
m – число раз начислений процентов году.

В формуле (2.3) ставка по депозитам принимается на уровне текущей по коммерческому банку, обслуживающему депозитный счет [55,56]. Вместе с тем, для обеспечения единого методического подхода по всей территории административной области в качестве ставки по депозитам целесообразно использовать соответствующее текущее значение учетной ставки Национального банка Украины.

Точно так же, как и при расчете фонда компенсации затрат, предполагается рассчитывать две группы нетто-ставок: для условий амбулаторного и стационарного лечения. Тогда фактическая величина нетто-ставок будет определяться из соотношения времени амбулаторного и стационарного лечения.

Следует отметить, что при расчете как размеров фондов, так и нетто-ставок предлагается учитывать ретроспективные статистические данные о количестве травмслучаев и их тяжести [141]. В расчетном периоде такие данные могут отличаться как в большую, так и в меньшую сторону. Однако это относится к проблеме прогнозирования [165] и не влияет на общие методические подходы к расчете как размеров фондов так и нетто-ставок страховых платежей.

Из формулы (2.3) видно, что к числу основных определителей значения нетто-ставок страховых платежей относятся: вероятность наступления страхового события и значение номинальной процентной ставки по депозитам.



По статистическим данным [146, 147] вероятность обращения населения в лечебно-профилактические учреждения наименьшая в летние месяцы, наибольшая – в весенний и осенний периоды, когда иммунная система ослаблена, и ее подверженность заболеваниям более высока. Вероятность обращения населения в лечебно-профилактические учреждения в зимнее время меньше, чем в переходный период «весна-лето», «осень-зима», но больше значения вероятности обращения в летнее время. Значения коэффициентов вероятности обращения в лечебно-профилактические учреждения представлены на рис. 2.4.

Собственные исследования и статистические данные [148] свидетельствуют о том, что в границах одной метеоклиматической зоны (к которой можно отнести административную область) значения коэффициентов вероятности обращения за медицинской помощью практически не изменяются. Однако это относится к исследованиям вероятности обращения за медицинской помощью по общим заболеваниям. Что же касается травматизма, то здесь определяющую роль играют другие факторы.



Рис.2.4. Вероятность сезонного обращения за медицинской помощью

Основными факторами [97], влияющими на уровень травматизма, являются профессия, возраст, пол, сезонность, отрасль промышленности, региональные особенности. Следует отметить, что степень влияния каждого из перечисленных факторов на уровень травматизма неодинакова. Основным критерием тарификации в страховании от несчастных случаев является профессия [65, 175]. Другие критерии тарификации, используемые большинством страховых компаний, дополняют его. Однако, в последнее время прежняя значимость профессионального критерия сильно уменьшилась. Это значит, что доля профессионального риска в общем уменьшилась, но он по-прежнему остается важнейшим и основным критерием при оценке риска. В настоящее время каждая страховая компания составляет на основе класса риска список профессий, представляющих особую опасность по отношению к вероятности несчастных случаев.

Однако, поскольку при определении базовых нормативов компенсационных платежей их дифференциация проводилась по возрастным группам, в качестве основного норматива, определяющего величину нетто-ставки, нами был принят возраст пострадавших. Это обусловлено различиями в составе и структуре затрат семейного бюджета, как основного определителя уровня компенсационных платежей.

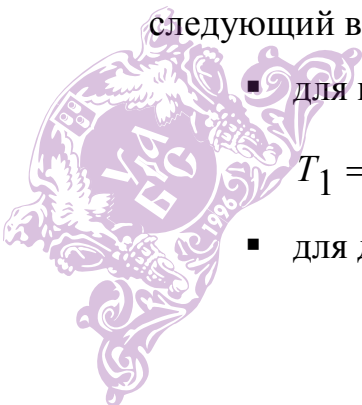
В данном диссертационном исследовании на базе статистических данных о дорожно-транспортном и производственном травматизме получены зависимости вероятности наступления несчастного случая (страхового случая) по половозрастным группам работников предприятий Сумской области. Исходные данные приведены в приложении Б.

Модели зависимости случаев травматизма от возраста граждан имеют следующий вид:

- для производственного травматизма:

$$T_1 = 39,638 \cdot e^{-0,038 \cdot X}, \quad (2.4)$$

- для дорожно-транспортного травматизма:



$$T_2 = 18,621 \cdot e^{-0,0462 \cdot X}, \quad (2.5)$$

где T_1 , T_2 – количество случаев производственного и дорожно-транспортного травматизма соответственно на тысячу человек;

X – возраст гражданина, лет;

e – показатель натуральных логарифмов.

На рис. 2.5 представлены зависимости производственного и дорожно-транспортного травматизма от возраста граждан.

Полученные зависимости используются как информационная база расчетов нетто-ставок страховых платежей, в качестве вероятности наступления страхового события, как это принято в международной практике.

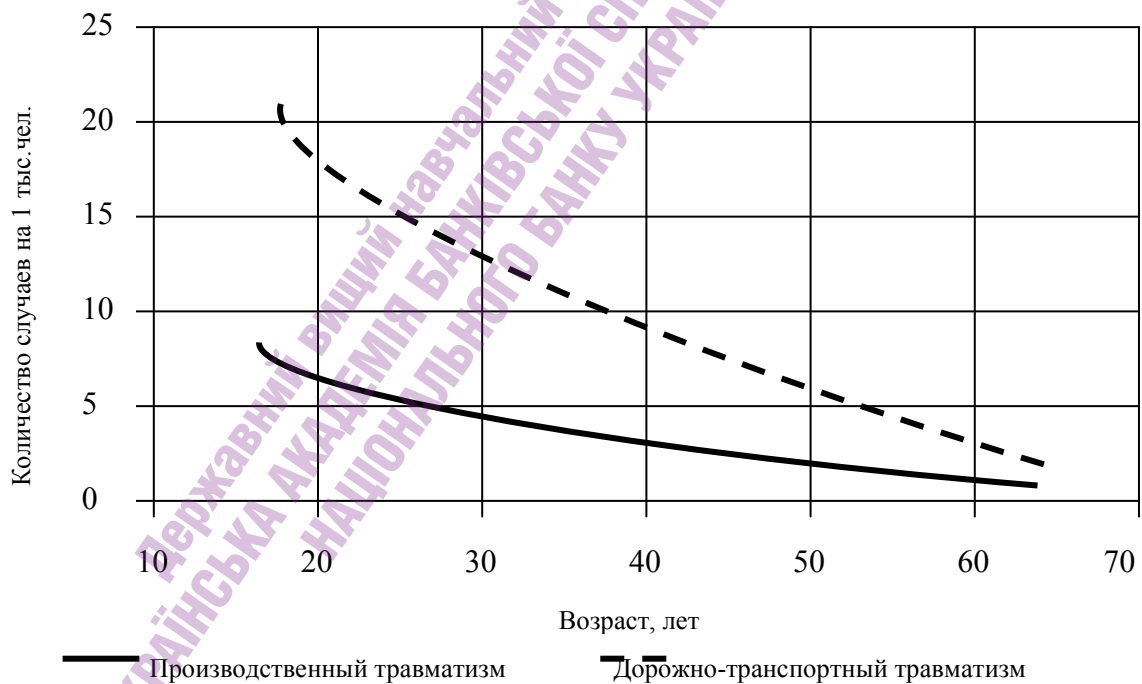


Рис. 2.5. Зависимости производственного и дорожно-транспортного травматизма от возраста граждан

Вероятностный характер обращения автоматически предопределяет возможность аккумуляции временно свободных компенсационных



ресурсов в депозитарии банка. Такой подход теоретически обеспечивает следующее:

- возможность снижения ставок платежей отдельных предприятий без уменьшения общего объема бюджета компенсационных ресурсов;
- включение авансовой формы внесения платежей предприятиями, что, в свою очередь, также может обеспечить снижение ставок платежей;
- обеспечивает формирование необходимых финансовых ресурсов на покрытие затрат на содержание аппарата обслуживающего операции по компенсационным выплатам.

В табулированной форме модели (2.4), (2.5) приведены в табл. 2.4.

Таблица 2.4

Производственный и дорожно-транспортный травматизм по
возрастным группам

Возрастной интервал, лет	Количество случаев производственного и дорожно-транспортного травматизма на 1 тыс. чел.	
	Производственный	Дорожно-транспортный
16 – 20	20,0	8,11
21 – 25	16,5	6,43
26 – 30	13,7	5,11
31 – 35	11,3	4,05
36 – 40	9,4	3,22
41 – 45	7,7	2,55
46 – 50	6,4	2,03
51 – 55	5,3	1,61
56 – 60	4,4	1,28
61 – 65	3,6	1,03

Размер месячного бюджета фонда должен определяться, как правило, в ценах базового периода (января) и корректироваться с учетом инфляции. В реальных условиях экономическая ситуация не стабильна, присутствуют инфляционные процессы, которые и обуславливают необходимость корректировки месячных бюджетов. При расчетах размеров компенсационных платежей предприятий необходим точный прогноз

предстоящей инфляции. Расчет месячных бюджетов с учетом сезонных колебаний вероятности обращения населения в лечебно-профилактические учреждения и уровня инфляции осуществляется для всех предприятий города, участвующих в формировании общего бюджета фонда компенсационных ресурсов [122, 125].

Реализация функции предупреждения страхового случая предполагает заинтересованность как страхователя, так и страховщика в снижении нетто-ставки. Относительно страхователя данный тезис является бесспорным. Страховые компании, при прочих равных условиях, заинтересованы в увеличении нетто-ставок. Однако при реализации функции предупреждения страхового случая предполагается, что аккумулируемые страховой компанией ресурсы распределяются по двум направлениям: собственно компенсация затрат страхователя и финансирование превентивных мер, направленных на предупреждение травматизма. Исходя из этого, нами рассматриваются условия целесообразности функции предупреждения страхового случая, как со стороны страхователя, так и со стороны страховщика.

Как известно, в условиях рынка, целью деятельности любого хозяйствующего субъекта является получение прибыли, одного из важных факторов финансовой устойчивости предприятия.

Исходя из вышесказанного, финансирование превентивных мероприятий, направленных на предупреждение производственного и дорожно-транспортного травматизма, является целесообразным при выполнении следующего условия:

$$\sum_{i=1}^n Sp_i - \left(\sum_{j=1}^m Sm_j + \sum_{i=1}^n R_i \right) < \sum_{i=1}^n Sp_i - \left(\sum_{i=1}^n Q_i + \sum_{j=1}^m Sm'_j + \sum_{i=1}^n R'_i \right), \quad (2.6)$$

где: Sp_i – страховой платеж по i -ому объекту страхования, грн.;

Sm_j – страховая сумма по j -ому пострадавшему объекту до проведения превентивных мероприятий, грн.;



Sm'_j – страховая сумма по j -ому пострадавшему объекту после проведения превентивных мероприятий, грн.;

Q_i – расходы страховщика на предупредительные мероприятия по i -ому объекту страхования, грн.;

R_i – расходы страховщика на ведение дела без учета проведения превентивных мероприятий, грн.;

R'_i – расходы страховщика на ведение дела с учетом проведения превентивных мероприятий, грн.

Другими словами, данным условием предполагается, что страховая сумма после проведения превентивных мероприятий и расходы на них страховщика в сумме будут меньше существующей страховой суммы. Поэтому, при неизменной сумме страховых платежей возрастает прибыль, что, в свою очередь, позитивно скажется на финансовой устойчивости страховой компании.

Рассматривая условие целесообразности функции предупреждения страхового случая со стороны страховщика, следует отметить следующее.

Каждое предприятие как субъект хозяйствования подвержено широкому набору рисков. И, естественно, перед ним должна стоять задача, как довести риски до приемлемого уровня наиболее эффективным способом. Для того, чтобы снизить величину возможных потерь и ущерба, в мировой практике применяется риск-менеджмент (управление рисками) [6].

Как отмечается в [89], управление рисками – это не синоним страхования, но оно и не охватывает управление всеми рисками, которым подвержено действующее предприятие. И одним из таких рисков является риск снижения объема производства или срыва поставок продукции вследствие несчастных случаев на производстве.

Риск необходимо распознавать, оценивать и контролировать. Эффективный контроль имеет достаточно высокую технологию, включающую планирование и организацию. Убытков можно избежать, риск



можно сохранить, то есть, нести самому предприятию, можно передать, то есть, включиться в систему страхования, и риск можно предотвратить.

Финансирование превентивных мероприятий, направленных на предупреждение производственного и дорожно-транспортного травматизма из собственных средств для многих предприятий является весьма затруднительным.

Условие целесообразности для страхователя можно записать в следующем виде:

$$P > P' + Sp > P'' + Sp', \quad (2.7)$$

где: P , P' , P'' – суммы потерь, обусловленная временной нетрудоспособностью работников, соответственно при отсутствии страхования, при простом страховании и при страховании с учетом проведения превентивных мероприятий за счет страховщика, грн.;

Sp , Sp' – суммы страховых платежей соответственно при простом страховании и при страховании с условием проведения превентивных мероприятий за счет страховщика, грн.

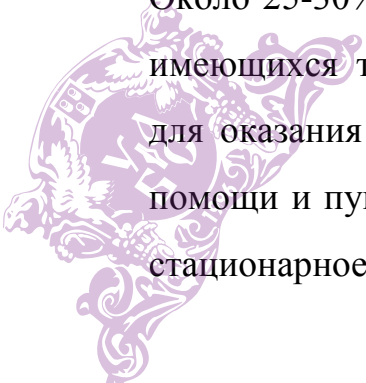
2.3. Совершенствование научно-методических подходов к управлению финансовыми ресурсами лечебного учреждения

Главная цель внутриотраслевого хозрасчета состоит в том, чтобы сделать каждую отпущенную государством гривну регулятором качества лечения, выработать новый эффективный механизм финансирования врачебной деятельности. Существующая практика, к сожалению, нацеливает здравоохранение на лечение не больного, а болезни. Если когда-то земские врачи лечили пациента от рождения до смерти, то сегодня доведенная до

абсурда специализация породила нелепую ситуацию, когда больного лечат сразу несколько специалистов, однако ни один из них не отвечает за его общее состояние. Зачастую больной обращается за помощью 12-13 и больше раз в течение года.

Причина такого рода парадоксальной ситуации заключается в действующем порядке планирования и использования бюджета здравоохранения, расходная часть которого делится на две неравные доли: финансирование стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. При этом планирование денежных средств и ресурсов по учреждениям ориентируется не на конечный результат – пролеченного больного, а на промежуточный – больничную койку (чем больше коек, тем многочисленнее штат больницы, тем выше оклады руководителей). Естественно, заинтересованные в получении максимальных средств, лечебные учреждения стараются заявить как можно большее число коек, что ведет к тому, что пропорционально уменьшаются финансовые средства, приходящиеся на финансирование поликлиник.

Подобная практика преимущественного и приоритетного развития стационарной медицинской помощи, к сожалению, привела к серьезным экономическим и организационным перекосам. В частности, по данным экспертов, через сеть стационаров ежегодно проходит лишь 20% больных, но именно здесь расходуется около 75% бюджетных ассигнований (остальные 80% обратившихся к врачу начинают и заканчивают лечение в поликлиниках). Такая практика нанесла сильнейший ущерб материально-технической базе и квалификационному уровню персонала поликлиник. Около 25-30% пациентов направляются на стационарное лечение, исходя из имеющихся там условий для диагностики. Отсутствие материальной базы для оказания оперативной неотложной помощи вынуждает службы скорой помощи и пункты медицинской консультации также направлять больных на стационарное лечение. Все это приводит к большим и неоправданным

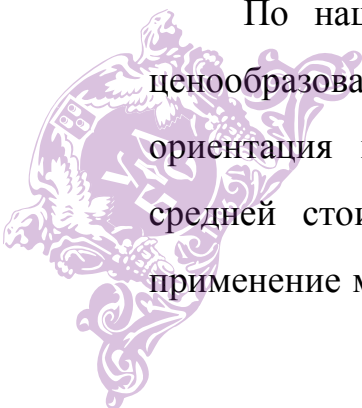


издержкам. В целом подобная затратная система не соответствует оптимальному использованию финансово-материальных ресурсов.

На наш взгляд, необходимо отказаться от рассредоточения финансово-материальных ресурсов по многочисленным и плохо поддающимся контролю медучреждениям, осуществить радикальную перестройку структуры областного здравоохранения. Следует полностью изменить и систему планирования, отдав в распоряжение поликлиник все финансовые ресурсы, поделив их между территориальными медицинскими объединениями (ТМО) в зависимости от количества прикрепленных жителей. С учетом реального развития базы здравоохранения, состояния здоровья населения для разных ТМО мы предлагаем установить дифференцированные нормативы выделения финансовых средств, нормативы образования фондов заработной платы. Вся деятельность объединений должна осуществляться в пределах выделенных финансовых средств и фондов зарплаты, а их экономия должна направляться на образование поощрительных фондов учреждений. Что касается отношений между специализированными подразделениями, то они в рамках ТМО строятся на принципах внутрисистемного хозрасчета. Являясь распорядителем средств, поликлиника будет «покупать» услуги больниц, диспансеров, консультаций.

Принципиальным является вопрос методических подходов к изучению цены медицинской помощи. Можно выделить два основных подхода к решению данной проблемы: определение цены отдельной медицинской услуги и определение цены помощи конкретному пациенту.

По нашему мнению, более рациональной является ориентация на ценообразование помощи пациенту или каждого отдельного случая. Эта ориентация имеет следующие преимущества: возможность определения средней стоимости медицинской помощи пациенту на всех уровнях и применение механизма финансирования из расчета на одного жителя. Кроме



того, определение стоимости лечения пациента упрощает оценку работы каждого врача, что имеет исключительное значение для улучшения деятельности системы в целом. Выход на пациента, а не на услугу значительно упрощает статистические и бухгалтерские расчеты, что является далеко не последним делом в деятельности медицинских учреждений.

Цена медицинской помощи амбулаторному пациенту или случая амбулаторной помощи рассчитывается по формуле:

$$C_a = C_v \cdot T_v + C_m \cdot T_m + C_{mt} + \sum \left(\frac{C_o}{T_2} \cdot T_o + C_v + C_u \cdot T_o \right) + \\ + \sum \left(\frac{C_l}{T_2} \cdot T_l + C_v + C_u \cdot T_l \right) + \sum C_m + \sum C_n + \sum C_k \cdot T_k + П + Н \quad (2.8)$$

где C_v - средняя стоимость рабочей минуты врача, грн./мин.;

T_v - количество минут, потраченных врачом на оказание помощи пациенту. мин.;

C_m - средняя стоимость рабочей минуты медсестры, грн./мин.;

T_m - количество минут, потраченных медсестрой на оказание помощи пациенту, мин.;

C_{mt} - средняя стоимость материально-технических затрат на одного амбулаторного пациента, грн.;

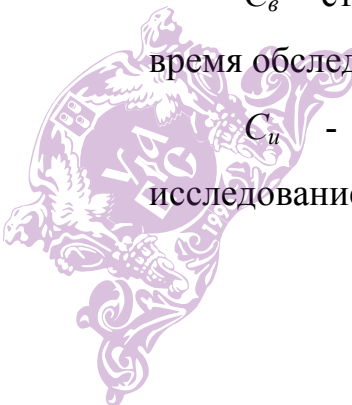
C_o - стоимость оборудования, которое использовалось для обследования пациента, грн.;

T_2 - нормативный срок работы оборудования, мин.;

T_o - время обследования, мин.;

C_v - стоимость вспомогательных средств, которые использовались во время обследования (инструментального лечения), грн.;

C_u - стоимость рабочей минуты работника, проводившего исследование, грн./мин.;



C_l - стоимость аппарата, который использовался для инструментального лечения, мин.;

T_l - время инструментального лечения, мин.

C_m - стоимость медикаментозных средств, которые использовались для хирургического лечения, грн.;

C_n - стоимость перевязочных средств, которые использовались для хирургического лечения, грн.;

C_k - стоимость рабочей минуты врача-консультанта, грн/мин.;

T_k - время консультации, мин.;

Π - прибыль, грн.;

H - налоги, грн..

Цена медицинской помощи стационарному пациенту рассчитывается по формуле:

$$C_c = (Z_v + Z_m + Z_{mm} + Z_{mt} + Z_n) \cdot T_{kd} + \sum \left(\frac{C_o}{T_2} \cdot T_o + C_v + C_u \cdot T_o \right) + \\ + \sum Z_m + \sum \left(\frac{C_l}{T_2} \cdot T_l + C_v + C_u \cdot T_l \right) + \sum C_m + \sum C_n + \sum C_k \cdot T_k + \Pi + H \quad (2.9)$$

где Z_v - средняя заработная плата врача из расчета за один койко-день, грн.;

T_{kd} - число койко-дней;

Z_m - средняя суммарная заработная плата медсестер из расчета за один койко-день, грн.;

Z_{mm} - средняя суммарная заработная плата младших медработников из расчета за один койко-день, грн.

Z_{mt} - стоимость материально-технических затрат на один койко-день, грн.;

Z_n - стоимость питания больного за день, грн.;

Z_m - затраты на медикаменты, грн..

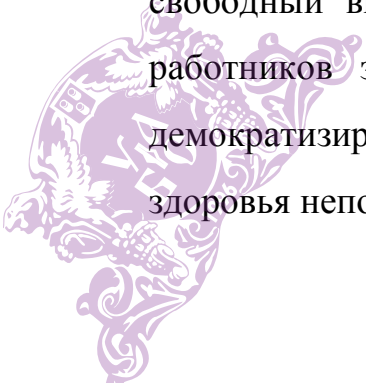


В представленной выше модели использованы новые слагаемые, связанные с деятельностью стационаров. Заработная плата основных работников стационара определяется из расчета за один койко-день. Последовательность расчетов такая. Сначала устанавливается нормативное число койко-дней. Должность врача стационара регистрируется на определенное количество коек, в основном на 20, койка должна работать 340 дней в году. Нормативное число койко-дней в месяц равно: $340/365 \cdot 20 \cdot 30 = 559$.

Вносимая плата за каждого больного заинтересовывает коллективы в повышении нагрузки на больничную койку. Если усилиями персонала лечебно-диагностический процесс сокращается, учреждение отчисляет разницу между оплатой нормативного и фактического сроков лечения в свои поощрительные фонды, 50% экономии может идти в фонд материального поощрения, 50% – в фонд производственного и социального развития.

Перед поликлиниками может встать выбор: наращивать собственные мощности или по-прежнему переправлять больных в стационары. Поскольку лечение в стационаре обходится значительно дороже, чем амбулаторная помощь, отток средств отрицательно сказался бы на формировании фондов стимулирования поликлиник. Поэтому поликлиники должны будут ориентироваться на развертывание новых экономических форм медицинской помощи. Такими формами являются дневные стационары, стационары на дому, оказание платных услуг.

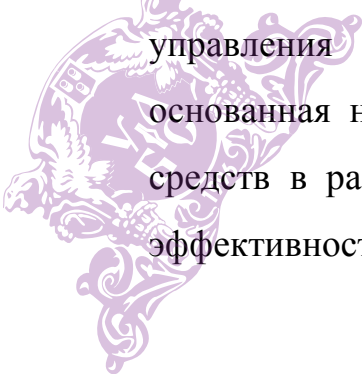
Для усиления роли экономических рычагов в управлении нужно ввести свободный выбор врача пациентом, увеличить число платных категорий работников здравоохранения, а сам процесс присуждения категорий – демократизировать или передать его из рук областных управлений охраны здоровья непосредственно медицинским учреждениям.



Для организации внутриотраслевого хозрасчета предлагается ввести новые талоны: талон амбулаторной помощи и статистическую карту выбывшего из стационара. На каждый случай амбулаторной помощи заполняется талон амбулаторного пациента, куда заносятся все виды медицинской помощи и ее цена. В статистическую карту выбывшего из стационара также заносятся все виды медицинской помощи и ее цена. Все эти данные один раз в месяц заносятся в ЭВМ и рассчитывается стоимость амбулаторного и стационарного лечения за месяц. Одновременно с этим стоимость лечения в каждом случае сравнивается с нормативной. Существенные отклонения фактической и нормативной величин должны стать предметом заинтересованности и изучения со стороны экспертов.

Следует также отметить, что необходимой методической предпосылкой функционирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения являются оптимизационные расчеты по распределению и перераспределению финансовых средств. Для оправданного расходования средств в медицине необходимо учитывать динамику величины затрат на единицу указанных услуг. В системе хозяйственно-финансового руководства здравоохранения в новых условиях должны использоваться не только административные, но и экономические методы управления. Широкое внедрение интенсивных методов лечения в практику здравоохранения позволяет сократить среднюю продолжительность пребывания больного в стационаре, повысит средний показатель использования койки и увеличит пропускную способность стационаров.

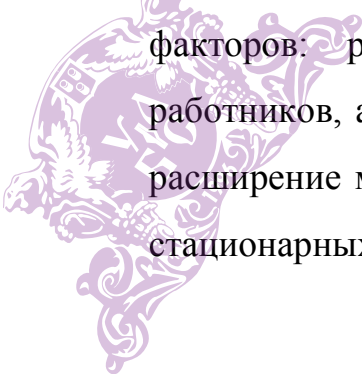
Однако для перехода к интенсивным методам организации лечебно-диагностического процесса необходима модернизация сложившейся системы управления и финансирования больниц. Система финансирования, основанная на установлении жестких штатных нормативов и финансовых средств в расчете на фиксированное число больничных коек, сдерживает эффективность стационарной помощи. В настоящее время при определении



необходимого объема финансовых средств на лечение и питание больных исходят из количества человеко-дней пребывания больных на койке, т.е. деятельность больниц оценивается по промежуточному этапу – выделенным бюджетным ассигнованиям, а не на основе конечного эффекта – числа реабилитированных больных. При интенсивном лечении средняя стоимость койко-дня возрастает, а стоимость лечения одного случая заболеваемости снижается, тем самым обеспечивается достижение народнохозяйственного критерия эффективности – более быстрого возвращения трудящихся на производство.

Средства необходимо вкладывать, в первую очередь, в борьбу не с теми болезнями, которые в данное время приносят наибольший ущерб, а с теми, где вложение средств приведет к наиболее быстрому экономическому эффекту. Экономические выгоды, полученные в результате предотвращения инвалидности и смертности, проявляются в течение ряда лет после произведенных затрат – до тех пор, пока продолжается трудовая жизнь человека. И здесь необходим учет временного фактора. Со временем происходит обесценивание капитальных вложений. Стоимость выгод от капитальных вложений (даже при постоянных ценах), получаемых в будущем, меньше, чем стоимость таких же выгод, получаемых в настоящее время.

В последние годы расходы на стационарное лечение в расчете на один койко-день или случай заболеваемости возросли. Увеличение расходов происходит в условиях, когда нормативные величины затрат в учреждениях здравоохранения отсутствуют, а рост удельной величины расходов на стационарную медицинскую помощь происходит за счет следующих факторов: рост уровня заработной платы, количества медицинских работников, а также тарифов и цен на топливо, электроэнергию, газ и воду, расширение многообразия функций больниц, мощности больниц, структуры стационарных больных с учетом тяжести заболеваний.



Различия в уровне расходов лечения больных с аналогичными формами заболеваний и примерно одинаковой тяжестью течения зависят также от факторов, обусловленных различиями в уровне профессионального мастерства и индивидуальной эффективности труда медицинских работников. Различия и применение на практике объективных критериев финансирования позволит выявить узкие места в организации медицинской помощи. Наиболее правильное соотношение затрат на разные звенья здравоохранения с учетом их экономической эффективности может быть определено методами оптимизации с помощью ЭВМ. Сущность методов оптимизации заключается в том, чтобы при ограниченных ресурсах получить наибольший медицинский и экономический эффект. Причем, методы оптимизации должны быть универсальными и обеспечивать сквозной анализ эффективного использования финансовых ресурсов как на макроуровне, так и на уровне лечебного учреждения [136].

Решение этой задачи нам представляется состоящим из трех взаимосвязанных блоков:

- 1 блок – расчет оптимальной мощности медицинских учреждений;
- 2 блок – анализ затрат медикаментов и оборудования при условии взаимозаменяемости;
- блок – выбор наиболее рационального варианта развития.

В основу решения этой задачи можно положить модель линейного программирования, которая позволяет, независимо от меняющегося числа посещений, рассчитать наиболее эффективные варианты объема и структуры реабилитированных больных при данных затратах на мероприятия по реабилитации.

Таким образом, если предположить, что здравоохранение может выпустить n видов реабилитированных больных и при этом участвуют m видов ограниченных ресурсов, и по каждому i -ому ресурсу известен его имеющийся объем A_i , а также известны нормы затрат a и k на единицу j -ого

вида реабилитированных больных, то неизвестной величиной X_j является число реабилитированных больных. И если известна стоимость лечения j -ого больного (P_j), математически данную задачу можно сформулировать следующим образом:

$$\max \sum_{j=1}^n p_j X_j, \quad (2.10)$$

при условии

$$\sum_{j=1}^n (a_{ij} + k_{ij}) \cdot X_j \leq A_i. \quad (2.12)$$

При решении данной задачи можно рассматривать несколько вариантов:

- максимум реабилитированных, при условии, что этот максимум получен не превышая лимита по кадрам, аппаратуре и т.д.;
- максимум прибыли при тех же условиях;
- максимум прибыли при полной обеспеченности ресурсами.

В качестве критерия оптимальности в данной диссертационной работе примем максимум реабилитированных больных.

С использованием описанной выше модели были проведены оптимизационные расчеты для 8 лечебных учреждений г. Сумы. При оптимизационных расчетах учитывались нормы затрат j -го ресурса на одно врачебное посещение по i -ой больнице. К таким ресурсам относятся: укомплектованность кадрами, наличие медперсонала (по категориям), фонд зарплаты, расходы на приобретение твердого инвентаря, расходы по бесплатному отпуску медикаментов, расходы на питание, расходы на приобретение медикаментов, хозяйственные расходы, расходы на капитальный ремонт, оснащенность оборудованием.

Результаты вычислений по модели представлены в таблице 2.5.



Таблица 2.5

Результаты расчета оптимального числа реабилитированных больных при фиксированном объеме ресурсного обеспечения лечебных учреждений

Лечебное учреждение	Расчетное значение, тыс. человек	Нормативное значение, тыс. человек	Фактическое значение, тыс. человек
Детская больница	643	643	618
1-я городская больница	420	497	490
4-я городская больница	332	332	312
5-я городская больница	300	300	290
3-я поликлиника	255	255	214
6-я поликлиника	170	170	134
Родильный дом №1	74	74	70
Родильный дом №2	44	74	70

Предложенная выше модель предусматривает также и решение обратной задачи: минимизацию затрат лечебных учреждений при условии, что медицинская помощь будет оказана всем в ней нуждающимся (при этом ставятся ограничения по имеющимся ресурсам). Считаем, что распределение средств между лечебными учреждениями города и внутри них (по статьям расходов) достаточно обосновано. Тогда целевая функция будет иметь вид:

$$Z \rightarrow \min, \quad (2.13)$$

при условии

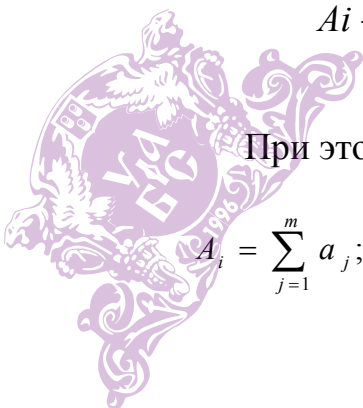
$$A_1 X_1 + A_2 X_2 + \dots + A_n X_n = \sum_{i=1}^n A_i X_i, \quad (2.14)$$

где X_i – количество пролеченных больных по каждому лечебному учреждению;

A_i – суммарные затраты на одно врачебное посещение по каждому лечебному учреждению.

При этом:

$$A_i = \sum_{j=1}^m a_j; \sum_{i=1}^n a_j X_i \leq B; X_i > 0, \quad (2.15)$$



где a_j – затраты j -ого ресурса на одно врачебное посещение по лечебному учреждению;

B – общая сумма затрат всех ресурсов по каждому лечебному учреждению.

Предложенная выше модель может быть использована для контроля медицинского учреждения управляющими органами и страховыми компаниями для определения будущего уровня необходимого финансирования.

Выводы ко второму разделу

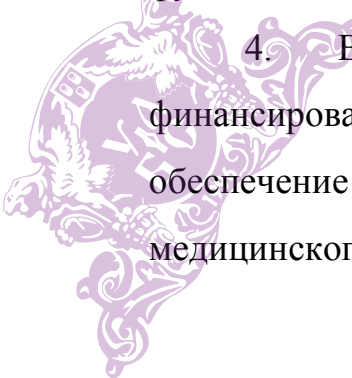
1. В подразделе 2.1 обосновано, что в настоящее время система здравоохранения в Украине находится в глубоком финансовом, материальном и организационно-структурном кризисе. В качестве стабилизационной меры предлагается внедрение смешанной бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений, суть которой состоит в формировании субвенциальных страховых фондов для компенсации затрат лечебных учреждений, причем компенсации подлежит разница между необходимым объемом финансирования, определенным исходя из стандартных схем лечения, необходимого количества медикаментов, анализов, аппаратурного обследования, прокалькулированных по рыночным ценам, и существующим объемом бюджетного финансирования. Для реализации данной системы предлагается передача функции фондодержателей страховым компаниям.

2. На этапе перехода к реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения автором предлагается осуществить перераспределение функций государственных органов

управления и страховых функций, для чего разработана принципиальная схема разделения функций и финансовых потоков. Данная схема предусматривает многоканальность финансирования системы здравоохранения (государственное (бюджетное) финансирование и финансирование за счет субвенциальных страховых фондов, формируемых путем обязательного и добровольного медицинского страхования), а также ее многоукладность с пятиуровневым предоставлением медико-санитарной помощи. В работе проанализирован имеющийся в Украине потенциал для развития каждого из каналов финансовых потоков, а также выделены основные проблемы, возникающие в рамках каждого из них. Автором предложена система принципов эффективного функционирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения.

3. Автором разработан организационно-экономический механизм построения второго канала финансовых потоков – субвенциальных страховых фондов, формируемых путем объединения обязательного и добровольного медицинского страхования – предусмотрена четырехуровневая система обязательного медицинского страхования и трехуровневая система добровольного медицинского страхования. Основными организационными структурами в рамках предлагаемого механизма являются: Национальный фонд страховой медицины при Министерстве здравоохранения Украины, Региональный фонд страховой медицины, его филиалы – страховые компании (члены УМСБ), Украинское медицинское страховое бюро, Медицинский фонд страховых гарантий, лечебно-профилактические учреждения. В работе представлен перечень их функций и механизм взаимодействия.

4. В рамках предлагаемой смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения предполагается, что финансовое обеспечение государственной политики в области обязательного медицинского страхования осуществляют фонды – специализированные



некоммерческие финансово-кредитные учреждения, что делает особо актуальной разработку подходов к оптимизации структуры фондов, эффективности их использования и к определению удельного веса в общих затратах на здравоохранение. При определении фонда компенсации затрат, обусловленных временной потерей трудоспособности в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма в подразделе 2.2 рассмотрены два альтернативных случая: первичная помощь в травматологическом отделении с последующим амбулаторным лечением и первичная помощь в травматологическом отделении с последующим стационарным лечением. Автором разработаны методические подходы к определению размера фонда компенсации затрат по населенному пункту в целом для каждого из этих случаев.

5. Общие принципы формирования компенсационных фондов во многом определяют и порядок расчета нетто-ставок страховых платежей. Ставку предложено рассчитывать как разовый платеж в расчете на определенную стандартную численность населения (работающего или нет), с учетом вероятности наступления несчастного случая, а затем уменьшать на величину процентов, которые могут быть получены страховой компанией при размещении временно свободных средств в банке-депозитории. Автором предложен механизм расчета двух групп нетто-ставок: для условий амбулаторного и стационарного лечения.

6. К числу основных определителей значения нетто-ставок страховых платежей относятся: вероятность наступления страхового события и значение номинальной процентной ставки по депозитам. В работе представлены значения коэффициентов вероятности обращения в лечебно-профилактические учреждения. Исследования показали, что в границах одной метеоклиматической зоны (к которой можно отнести административную область) значения коэффициентов вероятности обращения за медицинской помощью по общим заболеваниям практически

не изменяются, а что касается травматизма, то здесь определяющую роль играют другие факторы, в частности: профессия, возраст, пол, сезонность, отрасль промышленности, региональные особенности. Поскольку при определении базовых нормативов компенсационных платежей их дифференциация проводилась по возрастным группам, в качестве основного норматива, определяющего величину нетто-ставки, в работе был принят возраст пострадавших, что обусловлено различиями в составе и структуре затрат семейного бюджета, как основного определителя уровня компенсационных платежей. Автором разработаны модели зависимости случаев травматизма от возраста граждан, а также на базе статистических данных о дорожно-транспортном и производственном травматизме получены зависимости вероятности наступления несчастного случая (страхового случая) по половозрастным группам работников предприятий Сумской области.

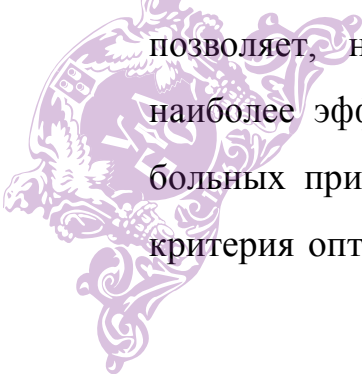
7. При реализации функции предупреждения страхового случая предполагается, что аккумулируемые страховой компанией ресурсы распределяются по двум направлениям: собственно компенсация затрат страхователя и финансирование превентивных мер направленных на предупреждение травматизма. Автором предложена модель, отражающая условие целесообразности финансирования превентивных мероприятий, направленных на предупреждение производственного и дорожно-транспортного травматизма как со стороны страхователя, так и со стороны страховщика.

8. В подразделе 2.3 диссертационной работы сделан вывод о необходимости изменения системы планирования в здравоохранении, распределения финансовых ресурсов, находящихся в распоряжении поликлиник, между территориальными медицинскими объединениями (ТМО) в зависимости от количества прикрепленных жителей. С учетом реального развития базы здравоохранения, состояния здоровья населения для

разных ТМО автором предложено установить дифференцированные нормативы выделения финансовых средств, нормативы образования фондов заработной платы. Для усиления роли экономических рычагов в управлении предложено ввести свободный выбор врача пациентом, увеличить число платных категорий работников здравоохранения, а сам процесс присуждения категорий – демократизировать или передать его из рук областных управлений охраны здоровья непосредственно медицинским учреждениям. Для организации внутриотраслевого хозрасчета предложено ввести новые талоны: талон амбулаторной помощи и статистическую карту выбывшего из стационара.

9. В работе выделены два основных методических подхода к определению цены медицинской помощи: определение цены отдельной медицинской услуги и определение цены помощи конкретному пациенту, сделан вывод о предпочтительности ориентации на ценообразование помощи пациенту или каждого отдельного случая. Автором предложен механизм расчета цены медицинской помощи амбулаторному и стационарному пациенту или случая амбулаторной (стационарной) помощи.

10. Необходимой методической предпосылкой функционирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения являются оптимизационные расчеты по распределению и перераспределению финансовых средств, которые предложено считать состоящими из трех взаимосвязанных блоков: расчета оптимальной мощности медицинских учреждений; анализа затрат медикаментов и оборудования при условии взаимозаменяемости; выбора наиболее рационального варианта развития. Автором предложена модель линейного программирования, которая позволяет, независимо от меняющегося числа посещений, рассчитать наиболее эффективные варианты объема и структуры реабилитированных больных при данных затратах на мероприятия по реабилитации (качестве критерия оптимальности принят максимум реабилитированных больных). С



использованием данной модели были проведены оптимизационные расчеты для 8 лечебных учреждений г. Сумы. Предложенная модель предусматривает также и решение обратной задачи: минимизацию затрат лечебных учреждений при условии, что медицинская помощь будет оказана всем в ней нуждающимся (при этом ставятся ограничения по имеющимся ресурсам). Данная модель может быть использована для контроля медицинского учреждения управляющими органами и страховыми компаниями для определения будущего уровня необходимого финансирования.

State Higher Educational Institution
"UKRAINIAN ACADEMY OF BANKING"
OF THE NATIONAL BANK OF UKRAINE

Державний вищий навчальний заклад
"УКРАЇНЬСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ"
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ



РАЗДЕЛ 3

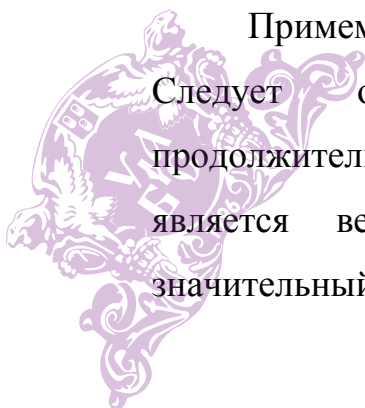
ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СТРАХОВАНИЯ ТРАВМАТИЗМА В РАМКАХ СМЕШАННОЙ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Финансово-экономическая оценка убытков (затрат), обусловленных дорожно-транспортным и производственным травматизмом

При определении потерь, обусловленных временной утратой трудоспособности, могут применяться различные методические подходы. При этом важно иметь в виду, что такие потери могут иметь определенные различия, обусловленные территориальными, отраслевыми, половозрастными и прочими факторами. Наиболее точным можно считать метод прямой оценки потерь на основе статистических данных о числе случаев травматизма и о количестве дней потери трудоспособности. Однако для укрупненных расчетов при определении общего порядка потерь такой метод является весьма громоздким. В этом случае целесообразно использовать косвенные методы счета.

По данным на 2006 г. среднесписочное число работающих в Украине составляет примерно 20,7 млн. человек, из которых в промышленности и строительстве занято 36,7 % или 7,6 млн. человек. По статистическим данным количество потерпевших с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом составляет около 19,7 тыс.

Примем средний показатель потери трудоспособности равным 14 дням. Следует отметить, что оценка (прогнозирование) средней продолжительности нетрудоспособности на один случай травмирования является весьма сложной задачей, поскольку здесь наблюдается значительный разброс – от 1 до 90 и более дней. Вместе с тем, анализ



статистических данных позволил нам принять в качестве базы для укрупненных расчетов среднюю продолжительность болезни (реабилитации) именно в 14 дней.

Исходя из данной продолжительности в 14 дней, можно рассчитать общие потери по промышленности и строительству, которые составляют $411,7 \times 14 = 5,763$ млн. человеко-дней. Прямые потери в заработной плате, вызванные временной утратой трудоспособности, относятся к категории работающей части взрослого населения и работающих пенсионеров.

Далее следует определиться, что же принять в качестве средней заработной платы по Украине.

Согласно статистическим исследованиям, распределение наемных работников по уровню зарплаты колеблется в зависимости от отрасли. Так, в агрокомплексе около половины работников получают до 500 грн. в месяц, 30% – до 300 грн. и лишь каждый пятый – от 500 до 1000 грн., а 4% – более 1000 грн. Таким образом, 3/4 занятых в сельском хозяйстве получают зарплату до 500 грн. при прожиточном минимуме 453 грн. В промышленности получают зарплату до 290 грн. менее 5% занятых, а более 40% – 500-1000 грн. Каждый четвертый получает 1-2 тыс. грн. и более 2 тыс. – 7,2% . Зарплату на пределе прожиточного минимума (до 500 грн.) получают 1/4 занятых. В строительстве низкооплачиваемых почти 7% (зарплата до 300 грн.) и 27% получают до 500 грн. На транспорте и связи 71% зарабатывают 500-2000 грн., из них половина получает более 1 тыс. грн. (лишь 21% относятся к малооплачиваемым) и у 8% зарплата превышает 2 тыс. грн. В сфере образования более 10% зарабатывают до 290 грн., почти 40% – до 500 грн. и каждый третий – от 500 до 1000 грн., а 16% зарабатывают более 1 тыс. грн., из них до 3% получают более 2 тыс. В финансовом секторе 18% получают более 2 тыс. грн. и 27,8% – более 1 тыс., т. е. более 45% относятся к высокооплачиваемым работникам. Треть работников финансового сектора получают 500-1000 грн. и до 500 грн. – 23% (стажеры, вновь принятые служащие), т. е. в самом богатом секторе более 50%

относятся к низкооплачиваемым. В среднем из работающих по найму 10,3% работников получают до 290 грн. и 32,4% – 290-500 грн., среднеоплачиваемых (500-1000 грн.) – 34,3% и высокооплачиваемых – 18,1%, а 4,9% получают более 2 тыс. В результате группировки категорий по зарплате выясняется, что 42% работающих по найму получают минимальную зарплату и лишь зарплата 23% позволяет жить нормально.

Обработав представленную выше информацию, в качестве базы для расчета мы приняли среднюю заработную плату по Украине за 2005 г. – 958,17 грн. в месяц (или 31,42 грн. в день). Тогда общие потери можно оценить: 5,763 млн. человеко-дней x 31,42 грн. в день = 181,05 млн. грн.

Следует пояснить экономический смысл цифры 181,05 млн. грн. В общем виде работающие за период временной утраты трудоспособности не теряют ста процентов заработной платы. В зависимости от стажа трудовой деятельности по линии социального страхования профсоюзы, как правило, возмещают значительную часть потерь в заработной плате. В этой же части предприятия имеют экономию фонда заработной платы. Вместе с тем данный показатель можно рассматривать как финансирование спроса, не обеспеченного товарным покрытием, или, в первом приближении, – стоимостное выражение недопроизведенной продукции. Таким образом, полученный показатель представляет собой укрупненное значение потерь на государственном уровне.

Более точно рассчитать значение потерь, притом потерь на субъектно-индивидуальном уровне, можно при помощи метода, в соответствии с которым в качестве базы рассматривается совокупный семейный бюджет пострадавшего. При этом учитываются как потери в доходной части семейного бюджета, так и нерациональное использование расходной.

В таблице 3.1 представлены результаты укрупненных расчетов, которые позволяют определить не только совокупные потери на один случай потери трудоспособности, но и дают общее представление о структуре потерь.

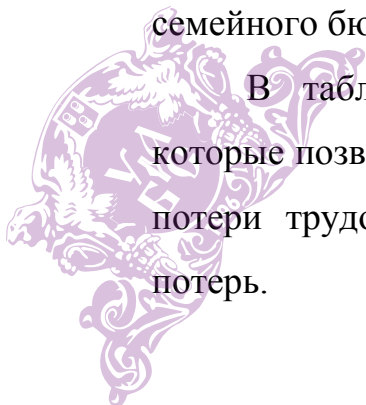


Таблица 3.1

Расчетные показатели потерь в доходной и расходной частях
семейного бюджета

Показатель	Значения	
	грн./ день	грн./случай при средней продолжительности 14 дней
Потери тарифной части заработной платы	2,75	38,50
Потери сверхтарифной части заработной платы	1,73	24,22
Потери в заработной плате по уходу за больным	1,89	26,46
Потери дохода от личного подсобного хозяйства	0,85	11,9
Расходы на медикаменты	8,55	119,7
Расходы на санитарно-курортное лечение	0,78	10,92
Затраты на дополнительное питание	1,3	18,2
Итого:	17,85	249,95

Далее рассчитаем общее число несчастных случаев, имевших место в Украине в 2005 г. Как уже отмечалось в подразделе 1.2 данной диссертационной работы, по данным Госкомстата Украины, в 2005 г. от внешних причин в Украине погибли 68448 человек, от умышленного членовредительства и самоубийств скончались 10605 украинцев, от отравления алкоголем – 9614, еще 4613 человек утонули, от несчастных случаев на дорогах Украины погибли 9694 человека, из них 4466 пешеходов, пожары унесли жизни 2742 граждан Украины, в результате разбойных нападений и убийств погибли 4523 человека. Таким образом, общее число несчастных случаев, имевших место в Украине в 2005 г., составляет около 110239 чел.

Если принять показатель 249,95 грн. на случай в качестве базового, то с учетом общего за год числа случаев, равного 110,24 тысяч, общие потери составят 275 млн. грн. Следует отметить, что полученное расчетным путем

укрупненное значение потерь практически совпадает с фактической суммой платежей по страхованию от несчастных случаев – 279 млн. грн.

О чем свидетельствует совпадение расчетных и фактических показателей?

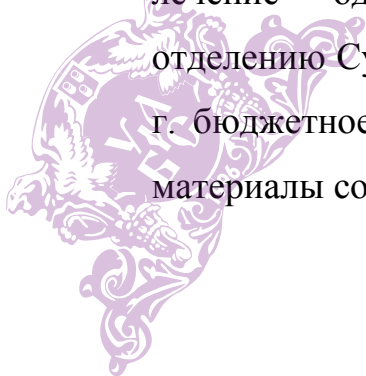
1. Предлагаемый метод, в соответствии с которым учитываются потери в доходной и расходной частях семейного бюджета, может быть принят в качестве основы определения ставок и размеров страховых платежей.

2. Фактическая сумма страховых платежей в 279 млн. грн. является завышенной, исходя из сложившегося уровня и структуры потерь. Это подтверждается и низкой нормой убыточности страховых компаний. Вполне очевидно, что допустимой на 2005 финансовый год можно было бы считать ставку в 14,5–15,0 грн. на один день потери трудоспособности, а не 17,85 грн./день, как это следует из фактического значения суммы страховых платежей.

При определении базовых нормативов компенсации затрат лечебных учреждений можно использовать три подхода:

- по фактическому бюджетному финансированию;
- по стандартам на медицинское обслуживание, которые отвечают международным;
- по текущим рыночным ценам на медицинские препараты и платные услуги.

Определение нормативов компенсации затрат органов здравоохранения по фактическим данным бюджетного финансирования 1999-2003 гг. представляется неоправданным. Это связано с тем, что уровень бюджетного финансирования абсолютно не соответствует стандартам ВОЗ [63] на лечение одного пострадавшего. Так, по ортопедотравматологическому отделению Сумской центральной городской больницы по состоянию на 2003 г. бюджетное финансирование в части покрытия затрат на медикаменты и материалы составляет примерно 80 коп. на одно первичное обращение.

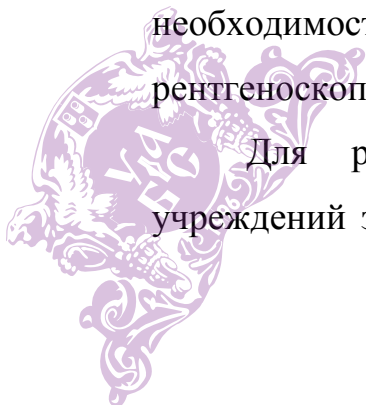


Более правильным, на наш взгляд, является подход, в соответствии с которым в качестве базы при определении структуры затрат на медицинское обслуживание принимают 1985 г. Такая точка зрения неоднократно высказывалась рядом авторитетных экспертов, причем не только применительно к сфере здравоохранения. В основе данного предложения лежит изучение циклических колебаний экономических систем, системно-структурный анализ статистической информации по отраслям экономики, а также целый ряд научных исследований, проводимых Институтом экономического прогнозирования. Таким образом, дальнейшая задача нашего исследования заключается в определении фактического стоимостного значения одной из статей затрат в текущих ценах с установлением соответствующих пропорций между ценовым значением соответствующих статей затрат по состоянию на текущий год и их структуре по состоянию на 1985 г. Наиболее показательной является статья затрат на медикаменты и материалы. Кроме того, в структуре затрат травматологических отделений значительный удельный вес занимают расходы на рентгеноскопию, анестезию и гипсо-перевязочный материал.

В качестве базы для определения расходов на медикаменты приняты: нормативы затрат на одного пролеченного по группам травм и категориям их сложности; средняя длительность периода нетрудоспособности; структура расходов на содержание одного больного в стационаре в день.

Следует отметить, что структура затрат и их фактическое значение изменяется в зависимости от фазы лечения. За время первичного обращения и оказания первичной врачебной помощи затраты значительно превышают затраты, имеющие место в последующие дни лечения. Это обусловлено необходимостью проведения оперативного вмешательства, проведения рентгеноскопии и пр.

Для расчетов нормативов компенсационных затрат лечебных учреждений затраты на медикаменты и расходные материалы принимались



по данным ортопедо-травматологического отделения Сумской центральной городской больницы за 2005 г., представленные в приложении В.

В результате обработки статистической информации за 1985 г. установлена следующая усредненная структура расходов по медицинским учреждениям Сумской области, представленная в табл.3.2.

Таблица 3.2

Усредненная структура затрат на одного пролеченного в день

Статьи расходов	В процентах к итогу
Основная заработная плата	38,5
Дополнительная заработная плата	4,9
Премии	0,9
Соцстрах	3,1
Питание	11,6
Медикаменты	12,1
Мягкий инвентарь	3,3
Накладные расходы без капитального ремонта	25,6
Итого:	100,0

Приняв за базу определения нормативов статью затрат "Медикаменты" и определив ее фактическое стоимостное выражение, исходя из объективной потребности, обеспечивающей полноценное лечение, можно рассчитать усредненную структуру затрат на одного пролеченного по группам травм. При этом необходимо учитывать индивидуальную структуру затрат (фактически сложившуюся) по соответствующим отделениям медицинских учреждений. В данном случае речь идет не о структуре затрат травмопунктов, а структуре затрат стационарных, например, ортопедических или хирургических отделений, где находятся на излечении травмированные.

В соответствии со сложившейся лечебной практикой затраты стационарных отделений составляют примерно 40% от затрат травматологических отделений, оказывающих первичную помощь. Разумеется, могут иметь место определенные отклонения. Однако для

решения задачи, поставленной в диссертационном исследовании, такие допущения являются вполне обоснованными.

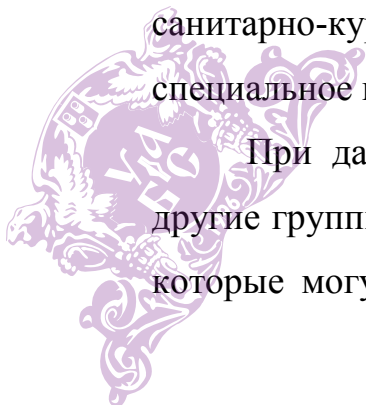
Средняя продолжительность потери трудоспособности определялась на основании обобщения статистических данных и с учетом стандартных схем лечения соответствующих повреждений, относящихся к одной из трех категорий тяжести. Рассматривая категорию потерь, вызванных травматизмом, и локализуемых на уровне конкретного физического лица, следует четко разделять издержки, относимые к социальной и производственной сферам. Очевидно, что в данном случае правомерно исследовать первые и, притом, только те, которые непосредственно несет конкретное физическое лицо. Для этого необходимо выделить группы издержек, обусловленные факторами травматизма. Поскольку данные издержки локализуются на уровне конкретного больного, то источником их возмещения может быть совокупный бюджет членов его семьи. Потери имеют место как в доходной, так и в расходной частях бюджета.

На наш взгляд, к группам потерь семейного бюджета могут быть отнесены:

1. Потери в доходной части семейного бюджета (упущенная выгода), включая: потери в заработной плате вследствие временной утраты трудоспособности; потери в заработной плате по уходу за больным; потери дохода от личного подсобного хозяйства и дохода из других источников.

2. Потери или перераспределение расходной части семейного бюджета (прямые материальные потери), включая: затраты на приобретение медикаментов, перевязочных материалов, и медицинского инвентаря; затраты на оказание платных медицинских услуг и консультаций; затраты на санитарно-курортное лечение и реабилитацию; затраты на дополнительное и специальное питание.

При дальнейших исследованиях могут быть, очевидно, выделены и другие группы издержек. Мы выделили только наиболее существенные и те, которые могут быть определены на основе существующих статистических

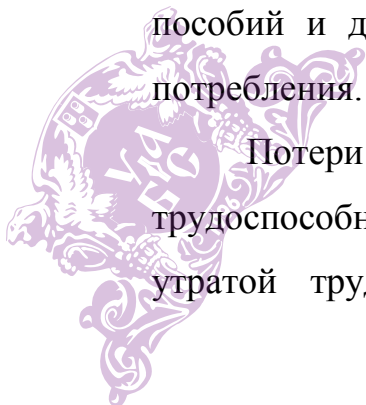


данных или косвенным путем с достаточной для решения подобного класса задач достоверностью.

Для определения значений издержек по выделенным группам могут быть предложены различные методологические подходы. При детализированных расчетах один из наиболее перспективных, на наш взгляд, подходов состоит в оценке совокупных потерь времени в общем временном бюджете семьи. Тогда, определив экономическую оценку единицы времени, можно определить общие потери бюджета семьи как произведение стоимости одной единицы времени на общую сумму потерь всех членов семьи вызванных временной нетрудоспособностью одного из ее членов [182]. Однако такой подход пока не может быть применен на практике в силу недостаточности разработок в области определения эквивалентности издержек и их выражение в единице времени, относимой, в частности, к социальной сфере деятельности человека. Нами предлагается метод прямой оценки издержек по выделяемым группам на основе статистических данных, существующих нормативов, законодательных актов, а в случае отсутствия таковых – на основе косвенных методов расчета.

Потери в доходной части семейного бюджета. Совокупный доход семьи представляет собой сумму денежных и натуральных (в денежной оценке) поступлений в виде заработной платы, пенсий, стипендий, доходов от личного фермерского или подсобного хозяйства и других доходов, учитываемых в бюджете семьи. При оценке потерь семейного бюджета, вызванных временной нетрудоспособностью члена семьи, можно считать, что в той или иной степени имеют место потери по всем структурным составляющим доходной части бюджета за исключением пенсий, стипендий, пособий и других возможных выплат и льгот из общественных фондов потребления.

Потери в заработной плате вследствие временной утраты трудоспособности. Прямые потери в заработной плате, вызванные временной утратой трудоспособности, относятся к категории работающей части



взрослого населения и работающих пенсионеров. Базой для расчета нами принята средняя заработная плата по Украине в 2005 г. – 958,17 грн. в месяц (средний дневной заработок – 31,42 грн.).

В качестве факторов при определении потерь в заработной плате принимались:

- средняя длительность периода нетрудоспособности в днях, в зависимости от группы и тяжести травм;
- положение, в соответствии с которым выплата компенсаций по листам нетрудоспособности производится в процентах от тарифной части оплаты труда, в зависимости от стажа работы;
- правовая квалификация травмы, с определением порядка и источников возмещения потерь.

При определении значения средних потерь в заработной плате следует исходить из следующих посылок: работающие и служащие в возрасте до 25 лет имеют трудовой стаж до 3 лет и получают компенсацию по листам нетрудоспособности в размере 50 % от тарифной части оплаты труда; рабочие и служащие в возрасте до 29 лет имеют трудовой стаж до 8 лет и получают 80 % компенсацию; старше 30 лет – 100 % компенсацию.

Распределение рабочих и служащих по возрасту представлено в таблице 3.3.

Таблица 3.3

Возрастная структура работающих (средняя по Сумской области)

Все работающие	Из них в возрасте, лет (%)				
	До 25	25-29	30-39	40-49	50 и старше
100 %	13,5	15,5	29,5	21,0	20,5

Кроме потерь тарифной части заработной платы, имеют место потери (причем, как правило, полные) сверхтарифной ее части. В сверхтарифную часть включают: вознаграждения за общие результаты по итогам года,

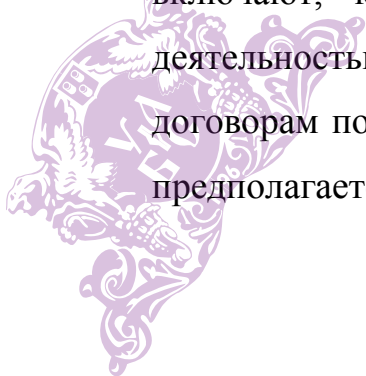
премии, вознаграждения за выслугу лет и прочие. По состоянию на 1 января 2005 г. средний размер доплат по перечисленным категориям составлял 25 % от фонда заработной платы [148], т.е. при среднем дневном заработке 31,42 грн. размер доплат составлял 7,86 грн./день.

Потери в заработной плате по уходу за больным. Число календарных дней временной нетрудоспособности по причине ухода за больным по состоянию на 2005 год составляло 64 дня в расчете на 100 работающих. При количестве случаев временной нетрудоспособности 7,8 в расчете на 100 работающих, средняя длительность ухода за больными составляла $64/7,8 = 8,2$ дней.

Как правило, основным контингентом, использующим право оплачиваемого ухода за больным, являются матери (до 30 лет), ухаживающие за больным ребенком, а также предполагается, что доля выплат по листам нетрудоспособности составляет 0,8 тарифной части средней заработной платы. При среднедневной заработной плате 31,42 грн. и длительности ухода за больным 8,2 дня, размер потерь в заработной плате составляет $31,42 \times 8,2 \times (1-0,8) = 51,53$ грн. или 6,28 грн./день.

В табл. 3.4 представлены расчеты значения потерь в заработной плате вследствие временной нетрудоспособности при различных вариантах компенсационных выплат и среднее значение потерь с учетом возрастной структуры населения.

Потери дохода от личного подсобного хозяйства и дохода из других источников. В состав дохода от личного подсобного хозяйства входят: натуральные поступления продуктов питания и сырья; денежные средства от реализации излишков продукции. В категорию "других источников дохода" включают, как правило, доход от занятия индивидуальной трудовой деятельностью во внерабочее время, гонорары от выполнения работ по договорам подряда, гонорары за выполнение творческой работы и пр. Нами предполагается, что в формировании данных статей доходной части



семейного бюджета принимают участие граждане в возрасте от 16 лет и старше.

По состоянию на 1 января 2005 года совокупный доход от личного подсобного хозяйства и других источников в расчете на члена семьи составлял: рабочего и служащего - 308 грн./месяц; работника сельского хозяйства - 176 грн. в месяц. Доход в день составлял соответственно 14 грн. и 8 грн. Доля дохода от личного подсобного хозяйства в бюджете семьи составляла 30 процентов. Доля дохода из других источников 18 процентов [101]. Для дальнейших расчетов принято средневзвешенное значение дневного дохода с учетом соотношения численности городского и сельского населения (4:1) : $(14 \times 4 + 8)/5 = 12,8$ грн./день. Аналогично рассчитано и значение суммарной доли доходов от личного подсобного хозяйства и других источников - 43 %.

Таблица 3.4

Потери в заработной плате

№ п/п	Повреждения по категориям	Средняя продолжительность нетрудоспособности, дни	Потери в заработной плате при проценте оплаты по нетрудоспособности грн.\сл		Потери тарифной части заработной платы, грн.\сл	Потери в сверхтарифной части заработной платы, грн.\сл	Общие потери в заработной плате, грн.\сл
			50%	80%			
Первая категория - легкая степень							
1.	Ушибы	15,7	159,6	123,8	111,8	13,7	142,5
2.	Растяжения	18,4	170,0	127,9	113,8	135,9	149,7
3.	Переломы без репозиции:						
	кисти	24,8	194,2	137,6	118,6	148,4	167,0
	плеча	50,5	291,9	176,7	137,8	198,3	236,1
	предплечья	36,1	237,1	154,8	127,1	170,5	197,6
	лодыжки	48,3	283,5	173,4	136,2	194,2	230,4
Вторая категория - средняя степень							
4.	Свежие вывихи:						
	плеча	34,5	231,1	152,4	125,5	166,3	191,8
	предплечья	38,0	244,4	157,7	128,5	172,8	201,3
5.	Переломы, требующие репозиции:						
	потери таза	90,5	443,9	237,6	167,8	278,3	344,1

	голені	103,7	491,4	257,6	177,8	302,3	380,1
	кiсти	24,8	191,2	137,6	118,6	148,4	167,0
Третья категория – тяжелая степень							
6.	Переломы позвоночника	85,5	423,0	329,2	164,1	266,4	330,5
7.	Раны	38,5	246,7	158,5	128,8	174,9	203,7
8.	Закрытые повреждения сухожилия	79,3	401,3	220,5	159,5	254,7	314,2

Предполагается, что во время болезни человек не может продуктивно работать в личном подсобном хозяйстве, выполнять работу по договорам подряда и т.п. Таким образом, доход семейного бюджета, обусловленный данными статьями теряется. Такие потери составляют $12,8 \times 0,43 = 5,5$ грн. в день на одного заболевшего.

Потери в расходной части семейного бюджета. Как отмечалось выше, расходование семейного бюджета, если оно сопряжено с доведением состояния здоровья членов семьи до оптимального состояния, можно отнести к категории потерь. Основной статьей затрат являются медикаменты.

В усредненной структуре затрат на одного пролеченного больного удельный вес расходов на медикаменты составляет 12,1 %. Анализ статистических данных показал, что расходы на медикаменты для детей выше соответствующих затрат по аналогичным видам травм для взрослых примерно в 1,5-2,5 раза. Цены на медикаменты принимались на уровне рыночных. Результаты расчетов представлены в табл.3.5.

Затраты на санаторно-курортное лечение. По состоянию на 1 января 2005 года реализация санаторно-курортных и оздоровительных услуг составила 37,2 млн. грн. [101]. В 2005 году длительным лечением и отдыхом пользовались 4782 тыс. чел., т.е. примерно 9,3 % от общего числа населения. Реализация санаторно-курортных и оздоровительных услуг составляет тогда 177,9 грн. на одного лечившегося в год. Однако, в соответствии с существовавшим положением, стоимость санаторно-курортных услуг

оплачивалась гражданином, как правило, только частично. Нами предполагается, что оплата за счет гражданина производилась из расчета 30 % от стоимости путевки, т.е. $177,9 \times 0,3 = 123,4$ грн. на одного лечившегося в год. К данным расходам необходимо прибавить до 116 грн. на транспорт. Таким образом, среднюю величину суммарных затрат на санаторно-курортное лечение можно принять равной 240 грн. на одного лечившегося в год. Следует отметить, что статистические данные по санаторно-курортному лечению отражают все случаи, даже если они напрямую не были обусловлены необходимостью послетравматической реабилитации.

Таблица 3.5

Расходы на медикаменты

№ п/п	Повреждения по категориям	Средняя продолжительность трудоспособности, дни	Расходы на медикаменты на день болезни, грн.	
			Дети	Подростки и взрослые
Первая категория – легкая степень				
1.	Ушибы	15,7	24,75	21,82
2.	Растяжения	18,4	24,75	21,82
3.	Переломы без репозиции:			
	-кисти	24,8	26,52	21,95
	-плеча	50,5	26,52	21,95
	-предплечья	36,1	26,52	21,95
	-лодыжки	48,3	26,52	21,95
Вторая категория - средняя степень				
4.	Свежие вывихи:			
	-плеча	34,5	25,57	22,08
	-предплечья	38,0	25,57	22,08
5.	Переломы, требующие репозиции:			
	-потери таза	90,5	25,5	21,56
	-голени	103,7	25,5	21,56
	-кисти	24,8	25,5	21,56
Третья категория – тяжелая степень				
6.	Переломы позвоночника	85,5	23,9	22,1
7.	Раны	38,5	23,9	22,1

8.	Закрытыя повреждения сухожилия	79,3	23,9	22,1
----	--------------------------------------	------	------	------

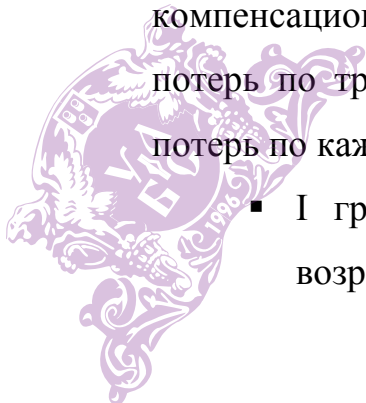
Затраты на дополнительное и специальное питание. В структуре расходов семейного бюджета затраты на питание по состоянию на 1 января 2005 года составляли 65 % от совокупного дохода. Поскольку систематизирование статистические данные о затратах на дополнительное и специальное питание отсутствуют, можно предположить, что такие непредвиденные расходы включаются в статью "Прочие расходы" структуры семейного бюджета. Доля таких расходов составляет 6,2 % совокупного дохода [101]. Потенциально источником финансирования расходов на дополнительное питание могут быть накопления и другие статьи за счет их перераспределения.

Наиболее вероятными можно считать расходы на дополнительное питание в пределах 10 % от совокупного дохода. При среднем совокупном доходе равном $31,42 + 12,8 = 42,22$ грн. в день затраты на питание составляют: $42,22 \times 0,65 = 28,74$ грн., а затраты на дополнительное питание: $28,74 \times 0,1 = 2,9$ грн. в день.

Представленные в табл. 3.6 сводные значения потерь охватывают все группы населения по возрасту и социальному статусу. Вместе с тем, вполне очевидно, что отдельные статьи потерь могут иметь, или не иметь место для различных групп населения. Так, потери в заработной плате могут быть отнесены только к работающей части населения, а затраты на медикаменты относятся по всем группам населения.

Для упрощения вычислений при определении размеров компенсационных платежей, предлагается дифференцировать нормативы потерь по трем группам населения с фиксацией индивидуального состава потерь по каждой из них:

- I группа - подростки и взрослое население в трудоспособном возрасте;



- II группа - дети до 14 лет включительно;
- III группа - неработающие пенсионеры.

Для каждой группы населения устанавливается индивидуальный состав потерь:

- I группа - весь перечень потерь в доходной и расходной частях семейного бюджета;
- II группа - потери ежемесячного систематического дохода родителей в связи с уходом за больным, дополнительные затраты на лечение, продукты питания и реабилитацию больного, сопряженные расходы;
- III группа - потери дополнительного несистематического дохода, дополнительные затраты на лечение, продукты питания и реабилитацию, сопряженные расходы.

Окончательно с учетом дифференциации населения по половозрастным группам базовые нормативы компенсационных платежей по отдельным видам травм представлены в табл.3.7



Таблица 3.6

Потери в доходной и расходной части семейного бюджета, грн./чел.день

Повреждения по категориям	Потери в доходной части семейного бюджета				Потери в расходной части семейного бюджета			
	Потери в заработной плате			Потери от личного подсобного хозяйства и других источников	Расходы на медикаменты		Затраты на санитарно-курортное лечение	Затраты на дополнительное и специальное питание
	Потери тарифной части	Потери сверхтарифной части	По уходу за больным		Дети	Подростки и взрослые		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ушибы	11,8	3,7	23,9	31,4	74,6	28,6	40,0	12,6
Растяжения	13,8	25,9	28,0	36,8	87,4	33,5	40,0	14,7
Переломы без репозиции:								
- кисти	18,6	48,4	37,7	49,6	161,7	48,4	40,0	19,8
- плеча	37,8	98,4	76,8	101,0	329,2	98,5	40,0	40,4
- предплечья	27,1	70,5	54,9	72,2	235,4	70,4	40,0	28,9
- лодыжки	36,2	94,2	73,4	96,6	314,9	94,2	40,0	38,6
Свежие вывихи:								
- плеча	25,5	66,3	52,4	69,0	192,2	71,8	40,0	27,6
- предплечья	28,5	72,8	57,8	76,0	211,7	79,0	40,0	30,4
Переломы, требующие репозиции:								
- костей таза	67,8	178,3	137,6	181,0	497,8	141,2	40,0	72,4
- голени	77,8	202,3	157,6	207,4	570,4	161,8	40,0	83,0
- кисти	18,6	48,4	37,7	49,6	136,4	36,7	40,0	19,8
Раны	28,8	74,9	58,5	77,0	150,2	80,9	40,0	30,8
Закрытые повреждения сухожилия	59,5	154,7	120,5	158,6	309,3	166,5	40,0	63,4

Таблица 3.7

Базовые нормативы компенсационных платежей

Повреждения по категориям	Средняя продолжительность нетрудоспособности, дней	Нормативы компенсационных платежей, грн/чел.день				
		Лечебным учреждениям		Гражданам по возрастным группам		
		Первичная помощь	Стационарное лечение	I	II	III
Первая категория – легкая степень						
Ушибы	15,7	99,2	39,7	8,3	5,3	3,4
Растяжения	18,4	74,4	29,8	8,3	5,3	3,4
Переломы без репозиции:						
Кисти	24,8	33,1	13,3	8,6	8,3	3,6
Плеча	50,5	49,6	19,8	8,6	8,3	3,6
Предплечья	36,1	41,3	16,5	8,6	8,3	3,6
Лодыжки	48,3	33,1	13,3	8,6	8,3	3,6
Вторая категория – средняя степень						
Свежие вывихи:						
Плеча	34,5	115,7	46,3	8,5	7,0	3,6
Предплечья	38,0	115,7	46,3	8,5	7,0	3,6
Переломы, требующие репозиции						
Костей таза	90,5	110,2	44,0	8,5	6,7	3,4
Голени	103,7	123,9	49,5	8,5	6,7	3,4
Кисти	24,8	104,2	41,3	8,5	6,7	3,4
Третья категория – тяжелая степень						
Переломы позвоночника	85,5	165,3	66,0	9,4	9,0	4,4
Раны	38,5	165,3	66,0	9,4	9,0	4,4
Закрытое повреждение сухожилия	79,3	74,3	29,7	9,4	9,0	4,4

При расчетах нетто-ставок страховых платежей целесообразно использовать усредненные по категориям повреждений нормативы компенсационных платежей (табл.3.8). Такие нормативы рассчитаны как среднее значение по соответствующей категории повреждения, учитывают среднюю продолжительность потери трудоспособности.

Таблица 3.8

Усредненные по категориям повреждений нормативы
компенсационных платежей

№ п/п	Категория повреждения	Нормативы компенсационных платежей, грн.			
		при амбулаторном лечении		при стационарном лечении	
		на 1 день	на 1 случай	на 1 день	на 1 случай
1.1	Первая категория – легкая степень	7,7	248	22	706
2.2	Вторая категория – средняя степень	8,2	478	45	2635
3.3	Третья категория – тяжелая степень	9,5	642	55	3735

Усредненные нормативы рассчитаны исходя из сложившейся структуры затрат и основных экономических показателей по состоянию на первый квартал 2006 года и в случае значительных изменений базы расчетов, должны быть проиндексированы.



3.2. Практические расчеты основных финансовых параметров функционирования компенсационных фондов

Предложенные в подразделе 2.2 данной диссертационной работы методические подходы к расчету фондов компенсации затрат и нетто-ставок страховых платежей имеют ряд специфических особенностей при их практическом применении.

Первое. Все расчеты носят прогнозный характер. В силу объективных причин могут изменяться как количество травмслучаев, так и их структура по степени тяжести. Такие изменения могут быть обусловлены, например, аномальными погодными условиями. Могут иметь место (особенно в условиях экономики Украины) резкие изменения статей затрат, что окажет влияние на размеры компенсационных платежей. Определенную субъективность имеет и официально устанавливаемый порядок индексации стоимости основных фондов.

Второе. Формулы для расчетов фонда компенсационных платежей (2.1) и (2.2), а также для расчета нетто-ставок (2.3) содержат ряд критических переменных, при определении которых необходимо применять соответствующий механизм прогнозирования. К числу таких критических переменных относятся, прежде всего, значение номинальной процентной ставки по депозитам (r), удельный вес повреждений соответствующей категории в общем количестве повреждений по населенному пункту (V_i), вероятность наступления страхового события по k -ой возрастной категории граждан.

Следует отметить, что рассчитываемые по формулам (2.1) и (2.2) размеры фондов компенсационных платежей необходимо рассматривать в качестве своеобразных альтернатив. На практике, как правило, наблюдается смешанное лечение: первичная помощь – лечение в стационаре – амбулаторное лечение. Соотношение между амбулаторным и стационарным

лечением должно устанавливаться специалистами, исходя из сложившейся практики и схем лечения.

Следовательно, само соотношение является прогнозной величиной и может оказывать существенное влияние на размер фонда компенсации затрат. Показатели F_1 и F_2 рассчитанные по формулам (2.1) и (2.2) носят, таким образом, расчетный характер.

Фактический размер фонда компенсации затрат по населенному пункту рекомендуется определять из соотношения:

$$F = F_1 \cdot K_1 + F_2 \cdot K_2, \quad \text{при } K_1 + K_2 = 1 \quad (3.1)$$

где K_1 , K_2 – удельный вес амбулаторного и стационарного лечения соответственно, доли ед.

Например, для условий ортопедотравматологического отделения Сумской центральной городской больницы размер фонда компенсации затрат по повреждениям I категории при среднегодовом первичном обращении 5380 человек составит:

$F_1 = 5380 \cdot [99,2 + (15,7 - 1) \cdot (8,3 \cdot 0,4 + 5,3 \cdot 0,27 + 3,4 \cdot 0,32)] \cdot 1 = 998$ тыс. грн., что составляет 185 грн/случай или 11,8 грн./чел. день.

$$F_2 = 5080 \cdot [99,2 + (15,7 - 1) \cdot 39,7] \cdot 1 = 3670 \text{ тыс. грн.}$$

По установившейся практике пострадавшие с подобными повреждениями находятся на стационарном лечении 7 % времени и на амбулаторном 93 %. Тогда $F = 3670 \cdot 0,07 + 998 \cdot 0,93 = 1180$ грн.

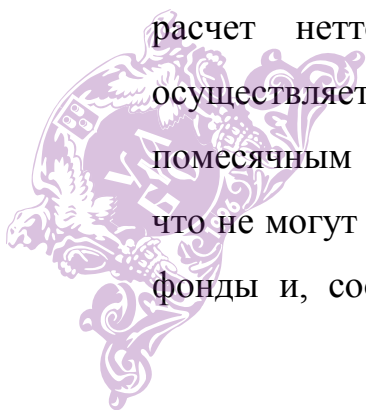
Как следует из представленного выше примера, показатели соотношения стационарного и амбулаторного лечения играют важное значение при определении размеров общего фонда компенсации затрат. Для повышения достоверности данного показателя предлагается внедрение статистического учета времени пребывания больных на амбулаторном и стационарном лечении. Есть основания полагать, что руководители лечебных учреждений, в отличие от существующей практики, могут быть заинтересованы в искусственном завышении показателя "длительности пребывания на стационарном лечении".

В формулах (2.1) и (2.2) коэффициент индексации имеет различную экономическую сущность при использовании базовых нормативов компенсационных платежей по графе "Лечебные учреждения" и графе "Граждане". В первом случае он учитывает, как правило, динамику изменения стоимости основных фондов лечебных учреждений, изменения заработной платы персонала, начисления на фонд заработной платы и пр. Во втором случае – учитывает динамику изменения объемов платных медицинских услуг, розничного товарооборота по группе продовольственных товаров, изменения цен на медицинские препараты и пр.

Поскольку компенсационные фонды предполагается формировать за счет страховых платежей предприятий-работодателей, правомерно его распределение пропорционально количеству травмслучаев, происшедших с работниками конкретного предприятия. В качестве базового значения N_{ij} можно принимать количество случаев первичного обращения в отчетном году.

Однако в этом случае не будут учтены травмслучаи по категории детей, неработающих подростков и пенсионеров. Здесь правомерно говорить о государственной компенсации затрат. По аналогии с тем, как договор обязательного медицинского страхования заключается между страхователем-работодателем или органом государственной исполнительной власти о страховании соответственно работающего или неработающего населения, при страховании травматизма часть фонда, направляемого на компенсацию затрат по категории детей, подростков и пенсионеров должна формироваться из государственных источников.

Как отмечалось в подразделе 2.2 данной диссертационной работы, расчет нетто-ставок строится на предположении, что страхователь осуществляет платежи постнумерандо ежемесячно в течении года с помесечным начислением процентов банком-депозитарием. Это не значит, что не могут быть приняты другие финансовые схемы платежей в страховые фонды и, соответственно, порядок расчета нетто-ставок. Предлагаемый в



диссертационной работе порядок представляется оптимальным, поскольку обуславливает наиболее благоприятные условия для “роста” компенсационного фонда за счет ставки депозита.

Для иллюстрации расчетов нетто-ставок компенсационных платежей по формуле (2.3) принимаем следующие допущения.

Первое. Распределение травмслучаев по категориям повреждений в среднем по населенному пункту принимаем следующим: I-я категория – 70 %; II-я категория – 20 %; III-я категория – 10 %.

Второе. Структуру работающего населения по возрастным группам принимаем следующей:

Возраст	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-51	51-55	56-60	Св.61
Удельный вес	0,04	0,14	0,19	0,15	0,11	0,09	0,13	0,06	0,08	0,01

Третье. Вероятность наступления несчастных случаев по k -ой возрастной категории граждан принимаем исходя из данных, представленных в таблице 2.4 в графе «производственный травматизм».

Четвертое. Значение номинальной процентной ставки по депозитам принимаем на уровне 40 % годовых.

Пятое. При числе периодов начисления процентов $m=12$ и при условии, что страхователь осуществляет платежи постнумерандо, в год осуществляется 11 процедур начисления процентов. В случае, если платежи предыдущего года (за декабрь) переходят на следующий финансовый год, процедур начисления процентов становится 12.

Тогда по формуле (2.3) и с использованием данных таблицы 3.8 нетто-ставка рассчитывается следующим образом:

- на первом этапе вычисляется средневзвешенное значение норматива компенсационных платежей с учетом структуры повреждений соответственно первой, второй и третьей степени тяжести:
 $248 \cdot 0,7 + 476 \cdot 0,2 + 642 \cdot 0,1 = 333$ грн.;



- на втором этапе вычисляется средневзвешенная вероятность наступления страхового события (несчастных случаев) по k -й возрастной категории граждан:

$$20 \cdot 0,04 + 16,5 \cdot 0,14 + 13,7 \cdot 0,19 + 11,3 \cdot 0,15 + 9,4 \cdot 0,11 + 7,7 \cdot 0,09 + 6,4 \cdot 0,13 + 5,3 \cdot 0,06 + 4,4 \cdot 0,08 + 3,6 \cdot 0,01 = 10,67 \text{ случ./1000 работающих.}$$

Тогда окончательно по формуле (2.3) для условий амбулаторного лечения нетто-ставка примет значение:

$$R_{ам} = \frac{333 \cdot 10,67 \cdot 0,4}{\left(1 + \frac{0,4}{12}\right)^{12} - 1} = 2966 \text{ грн./1 тыс. работающих.}$$

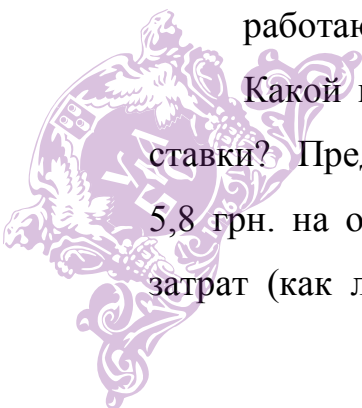
Проведя аналогичные предварительные расчеты, можно прийти к выводу, что для условий стационарного лечения нетто-ставка примет значение:

$$R_{ст} = \frac{1394,7 \cdot 10,67 \cdot 0,4}{\left(1 + \frac{0,4}{12}\right)^{12} - 1} = 12422 \text{ грн./1 тыс. работающих.}$$

Однако, поскольку лечение происходит, как правило, и стационарно, и амбулаторно, полученные значения нетто-ставок носят расчетный характер. Соотношение времени амбулаторного и стационарного лечения зависит от категории повреждения (степени тяжести) и принятых схем лечения. По данным ортопедотравматологического отделения Сумской центральной городской больницы соотношение времени амбулаторного и стационарного лечения в среднем по категориям повреждений можно принять как 70:30. Тогда расчетное значение нетто-ставки страховых (компенсационных) платежей определяется следующим образом:

$$R_{расч} = R_{ам} \cdot 0,7 + R_{ст} \cdot 0,3 = 2966 \cdot 0,7 + 12422 \cdot 0,3 = 5802 \text{ грн./1000 работающих.}$$

Какой вывод можно сделать, исходя из полученного значения нетто-ставки? Предприятие, внося страховой (компенсационный) взнос в размере 5,8 грн. на одного работающего в год, обеспечивает финансирование всех затрат (как лечебных учреждений, так и граждан). Причем, как видно из



таблицы 3.8, такие платежи будут существенно ниже нормативов компенсационных платежей, взятых в “чистом” виде. Это обеспечивается за счет авансово-депозитной формы осуществления страховых платежей и вероятного характера наступления страхового случая (т.е., в нашем случае – осуществления выплат на погашение затрат, обусловленных временной утратой трудоспособности).

В таблице 3.9 представлены ориентировочные значения нетто-ставок и страховых (компенсационных) платежей для отдельных предприятий г. Сумы.

Таблица 3.9

Расчетные значения нетто-ставок и страховых (компенсационных) платежей

Предприятие	Среднесписочная численность работающих за 2007 год, тыс. чел.	Нетто-ставка, грн./100 работающих		Компенсационные платежи, тыс. грн./год *
		При амбулаторном лечении	При стационарном лечении	
ОАО “СМНПО им. М.В. Фрунзе”	15,8	5635	23602	174,2
ОАО "Сумыхимпром"	4,9	4883	20457	46,8
ОАО "Насосэнергомаш"	1,9	4674	19283	17,2

* Рассчитано при условии, что удельный вес амбулаторного лечения составляет 70 %, стационарного – 30 %.

Используя полученные в таблице 3.9 расчетные значения нетто-ставок страховых (компенсационных) платежей, нами с использованием методических подходов, предложенных в подразделе 2.2, проведен расчет и анализ целесообразности применения предлагаемого механизма страхования для АО СМНПО им.Фрунзе, ОАО "Сумыхимпром" и ОАО "Насосэнергомаш". По остальным предприятиям было принято осредненное значение на уровне 5120 грн./1000 работающих. Источником информации о фактических затратах предприятий на возмещение ущерба потерпевшим в результате травматизма на производстве послужили данные статистической отчетности (форма № 7 - тнв).



Результаты расчетов компенсационных платежей и фактические затраты отдельных предприятий по г. Сумы на возмещение ущерба потерпевшим в результате производственного травматизма полученные на базе информации за 2005 г. представлены в таблице 3.10.

Как видно из результатов расчетов, компенсационные платежи по отдельным предприятия существенно ниже произведенных фактических затрат, а по другим наоборот превышают. Это обусловлено тем, что применение предлагаемого механизма страхования производственного травматизма возможно только в том случае, если им будут охвачены все предприятия региона. Целесообразность же включения в данную систему для каждого отдельного предприятия объясняется следующим. Выплачивая регулярно одинаковые суммы компенсационных платежей, рассчитанные в зависимости от среднесписочной численности работников, предприятие страхует себя от возможного увеличения затрат на возмещение ущерба связанного с возможным ростом уровня производственного травматизма в конкретном году. С целью обоснования данного утверждения нами был проведен сравнительный анализ расчетных сумм компенсационных платежей и фактических затрат для 2000 г. и 2005 г., различающихся различным уровнем производственного травматизма и его тяжестью на отдельных предприятиях. Результаты данного анализа представлены в таблице 3.11.



Таблица 3.10

Расчетные компенсационные платежи и фактические затраты отдельных предприятий г. Сумы
на возмещение ущерба от производственного травматизма

Предприятия	Среднесписочная численность работающих в 2005 г., чел.	Нетто-ставка, грн./1000 работающих		Расчетное значение нетто-ставки страховых платежей, грн./1000 работающих	Расчетная сумма компенсационных платежей, тыс. грн.	Фактические затраты предприятия на возмещение ущерба, тыс. грн.
		При амбулаторном лечении	При стационарном лечении			
АО СНПО им. Фрунзе	20975	2966	12422	5802	121,8	201,4
ОАО "Сумыхимпром"	5141	2570	10767	5029	25,6	52,0
ОАО "Насосэнергомаш"	3025	2460	10149	4767	14,3	89,6
ОАО "Селми"	2896	2665	11113	5120	14,8	13,2
ОАО "Сумской мясокомбинат"	880	2665	11113	5120	4,5	3,0
ГКП Троллейбусное управление	734	2665	11113	5120	3,8	3,4
ОАО "Резинотехника"	1650	2665	11113	5120	8,4	-
ОАО "Центролит"	2025	2665	11113	5120	10,4	21,2
ЗАО Сумское АТП № 15906	364	2665	11113	5120	1,8	1,7



Таблица 3.11

Сравнительный анализ расчетных сумм компенсационных платежей и затрат на возмещение ущерба потерпевшим вследствие производственного травматизма по отдельным предприятиям г.Сумы

Предприятия	2000 год			2005 год		
	Расчетная сумма компенсационных платежей, тыс. грн	Количество потерпевших, чел	Затраты предприятия на возмещение ущерба, тыс. грн.	Расчетная сумма компенсационных платежей, тыс. грн	Количество потерпевших, чел	Затраты предприятия на возмещение ущерба, тыс. грн.
АО СНПО им. Фрунзе	122,9	250	101,2	121,8	243	201,4
ОАО "Сумыхимпром"	37,1	13	46,3	25,6	12	52,0
ОАО "Насосэнергомаш"	20,1	42	126,8	14,3	13	89,6
ОАО "Селми"	17,3	4	18,2	14,8	3	13,2
ОАО "Сумской мясокомбинат"	4,9	5	6,8	4,5	2	3,0
ГКП Троллейбусное управление	4,2	3	3,6	4,5	2	3,4
ОАО "Резинотехника"	9,1	3	4,2	3,8	4	-
ОАО "Центролит"	11,3	8	5,6	8,4	1	21,2
ОАО "Центролит"	2,0	4	1,9	10,4	12	1,7
ЗАО Сумское АТП № 1590				1,8	4	

3.3. Разработка проекта Положения о внебюджетных средствах, привлекаемых для формирования и функционирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения

Как отмечалось в подразделе 2.1, необходимым условием практической реализации концепции формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения является корректировка нормативно-правового обеспечения. В данном подразделе диссертационной работы представлено разработанное автором Положение, определяющее порядок внебюджетного дополнительного финансирования лечебных учреждений.

На наш взгляд, Положение о внебюджетных средствах, привлекаемых для формирования и функционирования смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения, должно состоять из следующих основных разделов:

- I. Общая часть;
- II. Источники внебюджетных средств;
- III. Организация привлечения внебюджетных средств;
- IV. Определение стоимости и использование средств, полученных в результате предоставления платных услуг;
- V. Ответственность сторон;
- VI. Организация бухгалтерского учета;
- VII. Налогообложение.

В *«Общей части»* оговариваются нормативно-правовая и законодательная база развития бюджетного и внебюджетного финансирования лечебных учреждений, перечень, структура и условия предоставления услуг. В частности, услуги, которые предоставляются в бюджетных учреждениях здравоохранения, делятся на:

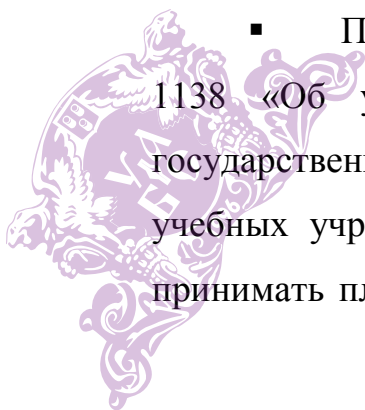
- услуги, предоставляемые за счет бюджетного финансирования;

- услуги, оплачиваемые полностью или частично за счет средств физических или юридических лиц.

Учреждения здравоохранения обязаны обеспечивать население медицинской помощью за счет бюджета в объеме, согласованном местной администрацией для каждой территории и медицинского учреждения по видам и объемами помощи на сумму, которая профинансирована из бюджета. При этом внебюджетные средства должны выполнять функцию дополнительных средств, которые покрывают дефицит бюджетных ассигнований для предоставления медицинской помощи населению.

Законодательной базой развития бюджетного финансирования здравоохранения являются:

- «Основы законодательства Украины о здравоохранении» (ст.18), в которых предусмотрено право учреждений здравоохранения использовать для повышения качественного уровня деятельности средства, добровольно переданные предприятиями, учреждениями и организациями, отдельными гражданами, а также с разрешения собственника или уполномоченного им органа устанавливать плату за услуги в области здравоохранения;
- Закон Украины «Об охране труда» (ст. 19), который предусматривает, что собственник за свои средства обязан организовать проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на трудных, вредных или опасных работах и т.п. В соответствии с этим Законом (ст.30), собственник возмещает затраты на лечение и профессиональную реабилитацию пострадавших от несчастных случаев и профессиональных заболеваний;
- Закон Украины «О налогообложении прибыли предприятий»;
- Постановление Кабинета Министров Украины от 17.09.96 г. № 1138 «Об утверждении перечня платных услуг, предоставляемых в государственных учреждениях здравоохранения и высших медицинских учебных учреждениях», которым разрешается медицинским учреждениям принимать плату за определенные медицинские услуги, а также принимать



добровольные взносы от населения, которые компенсируют затраты;

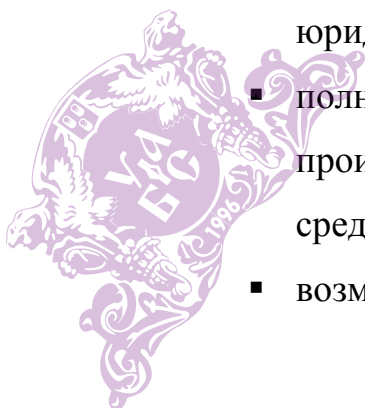
- Постановление Кабинета Министров Украины от 17.09.96г. № 1146 «О предоставлении медицинской помощи иностранным гражданам», в котором предусмотрено взимание платы с иностранцев за предоставленную медицинскую помощь, если другое не предусмотрено законодательством;
- Постановление Совета Министров УССР от 28.08.80 г. № 500 «О специальных средствах учреждений, находящихся на государственном бюджете»;
- Постановление Кабинета Министров Украины от 25.12.96 г. № 1548 «Об установлении полномочий органов исполнительной власти и исполнительных органов городских Советов в части регулирования цен (тарифов)».

В общем случае внебюджетные средства должны делиться на:

- привлеченные в порядке обязательного частичного возмещения затрат по осуществлению основной деятельности лечебных учреждений, средств физических и юридических лиц для обеспечения содержания больных, оплаты коммунальных услуг, восстановление оснащения и инвентаря, поддержания санитарно-технического состояния;
- привлеченные в результате предоставления платных услуг в порядке полного возмещения затрат по себестоимости.

К **«Источниками внебюджетных средств»** (раздел II) и материальных ресурсов относятся:

- обязательное возмещение затрат лечебно-профилактических учреждений на лечение и реабилитацию за счет физических и юридических лиц;
- полное возмещение затрат на лечение пострадавших вследствие производственной травмы и профессиональных заболеваний за счет средств собственника производства;
- возмещение затрат при лечении и реабилитации пострадавших



вследствие автодорожных травм и причиненного вреда за счет виновника;

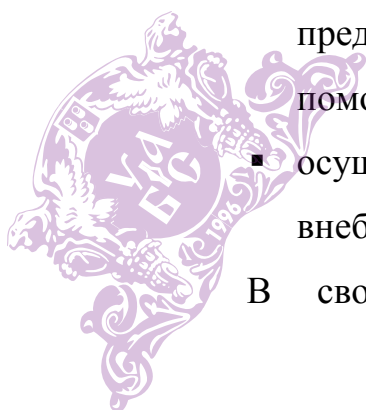
- добровольные пожертвования и взносы в лечебные учреждения и в фонды здравоохранения;
- гуманитарная помощь;
- платные услуги (медицинские: диагностические и лечебные, реабилитационные и оздоровительные, по уходу и социальные; немедицинские);
- договоры с предприятиями, учреждениями и организациями;
- добровольное страхование отдельных граждан и коллективов;
- предоставление в аренду помещений, прокат оснащения, аппаратуры и автотранспорта, территорий, которые в данное время не используются;
- другие источники, которые не запрещены законодательством.

В разделе *«Организация привлечения внебюджетных средств»* оговаривается процедурный механизм определения размеров и порядка формирования внебюджетного фонда.

С этой целью исполкомы местных советов, районные государственные администрации:

- утверждают объемы затрат лечебных учреждений, которые подлежат возмещению, и предельные размеры привлекаемых средств граждан в расчете на один койко-день и одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения;
- обеспечивают привлечение внебюджетных средств для обеспечения деятельности лечебно-профилактических учреждений с целью предупреждения снижения объемов и качества медицинской помощи ниже допустимого уровня;
- осуществляют контроль правильности привлечения и использования внебюджетных средств.

В свою очередь, руководители учреждений здравоохранения



разрабатывают и утверждают соответствующее Положение об организации внебюджетных поступлений, подписывают договора с предприятиями и организациями, назначают ответственных лиц, организуют учет, отчетность и контроль объемов и качества медицинской помощи.

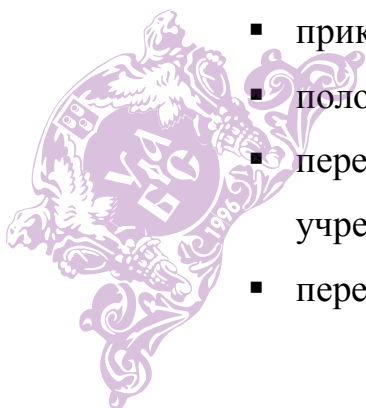
При организации обязательного привлечения средств физических и юридических лиц для восстановления бюджетных затрат в лечебном учреждении должны быть выполнены оформлены:

- приказ руководителя учреждения о введении обязательного возмещения затрат;
- положение о порядке привлечения средств для возмещения затрат;
- утвержденные местными органами власти объемы затрат лечебных учреждений, подлежащих возмещению, и предельные размеры средств граждан, привлекаемых в расчете на один койко-день и одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения;
- перечень категорий населения, которые пользуются льготами при обязательном частичном возмещении затрат.

Поступление средств от обязательного частичного возмещения затрат может осуществляться как по наличному, так и по безналичному расчету и зачисляться на бюджетный счет с целью возмещения затрат по соответствующим статьям. Вся документация по организации обязательного возмещения затрат лечебными учреждениями должна быть доступная для граждан и общественных организаций.

При организации деятельности лечебных учреждений по предоставлению платных услуг должны быть оформлены следующие документы:

- приказ руководителя учреждения о введении платных услуг;
- положение о предоставлении платных услуг;
- перечень платных услуг, которые предоставляются в данном учреждении;
- перечень категорий населения, которые пользуются льготами при



получении платных услуг;

- стоимость платных услуг.

Выполнение платных медицинских услуг должно быть обеспечено соответствующим оборудованием, условиями и квалифицированными медицинскими кадрами. В учреждениях должно быть обеспечено строгое выполнение требований законодательства по вопросам налоговой и ценовой политики Украины (наличие кассового аппарата утвержденного образца, зарегистрированного в налоговой администрации; определен круг лиц, которые отвечают за прием денежной наличности и правильность оформления финансовых документов; обеспечена необходимая документация, бланки и формы отчетности и др.).

Поступление средств от предоставления платных услуг может осуществляться как по наличному, так и по безналичному расчету и поступать на специальный счет, открытый в отделении банка. Вся документация по предоставлению платных медицинских услуг должна быть расположена на видном месте для ознакомления посетителей.

В раздел **«*Определение стоимости и использование средств, полученных в результате предоставления платных услуг*»** целесообразно включить следующие положения.

Расчет стоимости медицинских услуг осуществляется в медицинском учреждении самостоятельно и согласовывается с отделом цен облгосадминистрации.

Стоимость платных услуг определяется учреждениями на основе планового расчета по статьям калькуляции затрат, поскольку в соответствии с инструкциями по бухгалтерскому учету в бюджетных медицинских учреждениях планом счетов и балансом учреждения не предусмотрен учет фактической себестоимости в размере медицинской услуги.

Медицинское учреждение несет ответственность за правильность расчета стоимости услуги и обязано не допускать ее необоснованного повышения. При предоставлении платных услуг в учреждении составляется

смета по спецсредствам. Средства, полученные от предоставления платных услуг, расходуются соответственно утвержденной смете.

Доходная часть сметы формируется на основе запланированного объема работы (число госпитализаций, посещаемости, анализов и т.д.) и определенной стоимости услуги. В расчет стоимости услуги включается заработная плата, начисленная в соответствии с действующим законодательством Украины. Доход, полученный в результате предоставления платных услуг, может направляться как на укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, так и на текущее содержание, а также на материальную помощь и стимулирование медицинских работников

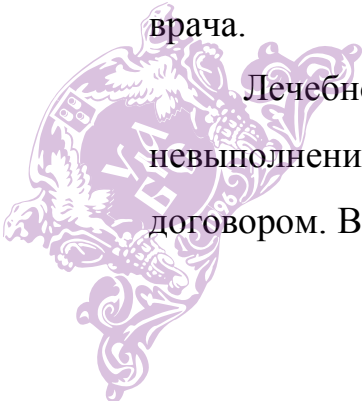
Порядок распределения доходов утверждается в «Положении о предоставлении платных услуг».

В пятом разделе «*Ответственность сторон*» оговариваются права и обязанности пациентов и лечебного учреждения. В частности, к правам пациента следует отнести право на предварительное ознакомление с условиями лечения, право на свободный выбор врача и право на обусловленный договором или зафиксированный обязательством лечебного учреждения уровень медицинской помощи.

Пациент вступает в свои права, а медицинское учреждение несет ответственность за предоставленные платные услуги после достижения договоренности между сторонами и осуществления предварительной оплаты в размере 50 % стоимости для юридических и 100 % для физических лиц.

Пациент обязан выполнять правила внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, соблюдать режим и рекомендации лечащего врача.

Лечебное учреждение обязано нести ответственность в случае невыполнения обязательств по предоставлению платных услуг, оговоренных договором. Виновная сторона возмещает другой стороне нанесенные убытки.



В случае возникновения споров, они решаются вышестоящим органом, при несогласии – через суд.

В разделах **«Организация бухгалтерского учета»** и **«Налогообложение»** оговариваются конкретные стандарты бухучета и прочие нормативно-законодательные акты, регулирующие систему бухгалтерской отчетности и налогообложения.

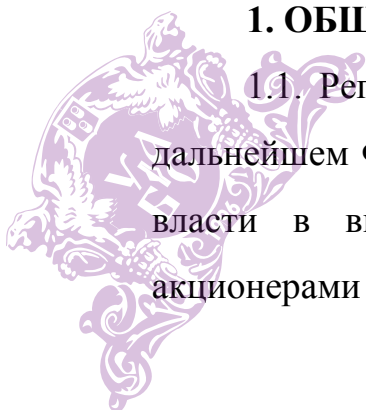
Более детально предложения по разработке документов, регламентирующих процедуру формирования внебюджетных фондов в части дополнительного финансирования лечебных учреждений, рассмотрены в следующем подразделе данной диссертационной работы.

3.4. Разработка проекта Положения о Региональном фонде страховой медицины, предусмотренного в рамках смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения

Как уже отмечалось в подразделе 2.1 данной диссертационной работы, эффективное функционирование предложенной смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, предполагает формирование определенной организационной структуры, одним из элементов которой было предложено считать Региональный фонд страховой медицины. Ниже будет представлен проект разработанного нами Положения о Региональном фонде страховой медицины.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Региональный фонд страховой медицины (РФСМ), именуемый в дальнейшем Фонд, создан по распоряжению главы местной исполнительной власти в виде акционерного общества закрытого (открытого) типа, акционерами которого являются органы местной исполнительной власти,



городской отдел здравоохранения, предприятия, учреждения и организации региона с любой формой собственности и другие юридические лица.

1.2. Фонд имеет статус юридического лица, имеет отдельное имущество, действует на основании полного хозрасчета, является самостоятельным субъектом хозяйствования, имеет собственный баланс, имеет право открывать расчетные и валютный счета для сохранения денежных средств и осуществления всех видов расчетных, кредитных и кассовых операций в любом банке Украины, вторых стран с их согласия, осуществляет учет и ведет отчетность по установленной форме.

1.3. Фонд осуществляет права и несет обязанность в соответствии с действующим законодательством Украины, руководствуясь Уставом и настоящим Положением.

2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ФОНДА

2.1. Основными целями Фонда является:

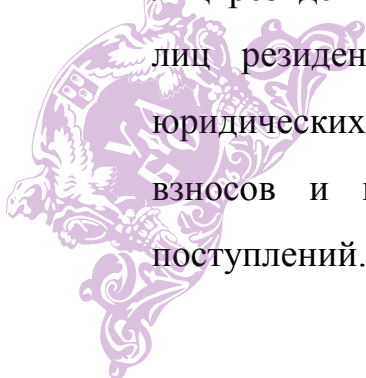
- финансирование медицинских учреждений города путем кредитования местного бюджетного и внебюджетного финансирования, а также за счет привлеченных средств;
- Фонд выступает страхователем населения региона по обязательному медицинскому страхованию;
- влияние на повышение качества медицинской помощи за счет применения новых экономических рычагов воздействия на всех этапах оказания медицинской помощи населению региона;
- повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения путем выявления и недопущения необоснованных расходов, связанных с неадекватной лечебно-профилактической деятельностью, нерациональной организационной структурой функциональных подразделений лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и применения штрафных санкций за некачественное медицинское обслуживание.

2.2. Основными функциями городского Фонда является:

- аккумуляция финансовых средств, поступающих на оказание медицинской помощи населению города;
- заключение договоров с страховыми компаниями, имеющими лицензию на проведение обязательного медицинского страхования;
- проведение финансовых взаиморасчетов с страховыми компаниями за оказанные ЛПУ медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию;
- дополнительное финансирование медицинских учреждений города, перечень которых устанавливается после проведения аккредитации и сертификации на право работать в условиях медицинского страхования;
- экспертиза качества медицинских услуг оказанных медицинскими учреждениями города с выдачей экспертных заключений;
- постоянный учет расходов на медицинские услуги;
- кредитование звена первичной медико-санитарной помощи города из расчета по нормативам на одного жителя;
- оказание информационных услуг органам здравоохранения и медицинским учреждениям.

3. ФИНАНСИРОВАНИЕ ФОНДА

3.1. Фонд финансируется из местного бюджета, отчислений предприятий, учреждений, организаций любой формы собственности, страховых компаний региона, которые проводят страхование населения по программам обязательного медицинского страхования, отчислений от прибыли учреждений здравоохранения, добровольных взносов юридических лиц резидентов Украины, благотворительных фондов, средств физических лиц резидентов и нерезидентов Украины, благотворительных взносов юридических лиц нерезидентов Украины, пожертвований, спонсорских взносов и прочих, не запрещенных действующим законодательством поступлений.



3.2. Для обеспечения устойчивого финансирования исполнительные органы власти города могут предоставлять Фонду средства для формирования резервного фонда в размере до 30 % оборотных средств.

3.3. Средства резервного фонда не подлежат возврату по окончании календарного года и переходят на следующий год.

4. УПРАВЛЕНИЕ ФОНДОМ

4.1. Высшим органом управления Фондом является общее собрание учредителей и акционеров Фонда.

4.2. Руководящим органом Фонда является Правление Фонда во главе с Председателем Правления.

4.3. К исключительной компетенции Правления Фонда относится:

- контроль за финансово-хозяйственной деятельностью Фонда;
- внесение изменений и дополнений в Положение в Фонде;
- назначение генерального директора и главного бухгалтера Фонда на контрактной основе или по трудовому Договору;
- утверждение годовых планов и результатов деятельности Фонда;

4.4. Генеральный директор Фонда в соответствии с заключенным контрактом или трудовым Договором, на основании действующего законодательства Украины без доверенности действует от имени Фонда.

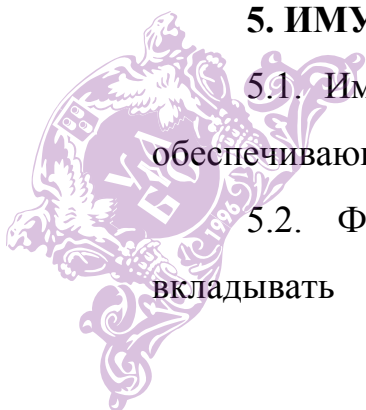
4.5. Генеральный директор несет ответственность перед Правлением Фонда за результаты деятельности Фонда и подотчетен ему.

4.6. Руководители отделов, служб и другие специалисты и обслуживающий и технический персонал Фонда нанимаются Генеральным директором по контракту или трудовому Договору.

5. ИМУЩЕСТВО И ПРИБЫЛЬ ФОНДА

5.1. Имущество Фонда состоит из основных и оборотных средств, обеспечивающих его финансово-хозяйственную деятельность.

5.2. Финансовый суверенитет Фонда предполагает возможность вкладывать резервные и другие временно свободные средства в



высоколиквидные ценные бумаги и финансовые обязательства, депозиты в банках и иные вложения. Часть дохода, полученного от этих вложений, направляется на финансирование развития медицинского страхования, финансирование профилактических медицинских мероприятий, развитие лечебно-профилактической сети. Остальная часть идет на пополнение финансового резерва до нормативного уровня, стабилизацию страховых тарифов в условиях затрат на медицинское обслуживание.

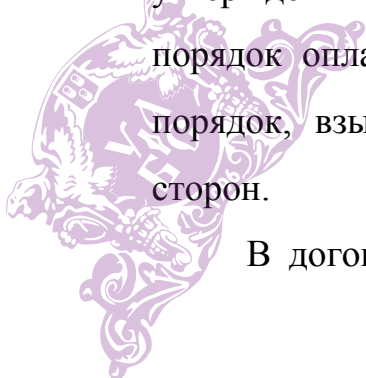
6. ХОЗЯЙСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФОНДА

6.1. Свою деятельность Фонд осуществляет по договору с органами местного самоуправления, в котором указываются медицинские учреждения, финансирование и проверка качества услуг которых поручается Фонду, тарифы на медицинские услуги, медико-экономические стандарты, порядок контроля качества медицинской помощи со стороны Фонда, размер оборотных средств, процент (от размера оборотных средств) на текущее содержание Фонда, размер резервного фонда, другие условия по усмотрению сторон.

6.2. Экспертиза медицинских услуг и оценка деятельности медицинских учреждений проводится в соответствии с «Положением в системе контроля качества оказания медицинской помощи» утвержденным УМСБ и горздравотделом.

6.3. Фонд заключает договора с каждым медицинским учреждением, прикрепленным к нему для финансирования и контроля качества деятельности, в которых определяется перечень медицинских услуг, оказываемых учреждением в свете медико-экономических стандартов, утвержденных УМСБ и горздравотделом, цены на медицинские услуги, порядок оплаты страховыми компаниями медицинских услуг, перечень и порядок, взыскания штрафных санкций, другие условия по усмотрению сторон.

В договоре также указывается численность и половозрастной состав



прикрепленного к поликлиническим учреждениям населения, норматив финансирования на прикрепленного (в части оплачиваемого из бюджета Фонда медицинских услуг), условия возврата поликлиниками неиспользованных средств предназначенных для обслуживания пациентов, условия премирования за проведение экспертизы качества медицинских услуг, условия наложения штрафных санкций за необоснованные госпитализации и т.д., условия прекращения оплаты медицинских услуг при необоснованном превышении выделенных лимитов, перечень предоставляемых Фондом поликлиникам и стационарам информационных и аналитических материалов и др.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ФОНДА

7.1. Генеральному директору Фонда предоставляется право вот имени Фонда заключать договора и иные юридические действия, выдавать доверенности и другие денежные обязательства, приобретать имущественные и личные неимущественные права, быть ответчиком и истцом в суде, арбитражном суде.

7.2. Фонд имеет право:

- корректировать стоимость любой медицинской услуги в зависимости от реально выполненного объема работ и их качества;
- взимать штрафы с медицинских учреждений, с которыми имеет договорные отношения;
- оставлять в своем распоряжении установленный процент от суммы взысканных штрафов, передавая остальные средства в резервный фонд;
- формировать резервный и другие фонды;
- требовать сведения из горздравотдела о половозрастном составе населения, заболеваемости населения и др. имеющих значение для анализа финансово-экономической деятельности и прогнозирования данных;
- концентрировать информацию в клиентах страховых компаний, получивших медицинскую помощь в ЛПУ города;

- предоставлять поликлиникам информационные материалы о медицинских услугах, оказанных их прикрепленным жителям;
- заключать всевозможные договоры, соглашения и прочее.

7.3. Фонд обязан:

- заключать договоры с местной исполнительной властью и горздравотделом на расчетно-экспертное обслуживание ЛПУ;
- заключать договоры с прикрепленными для финансирования и контроля деятельности медицинскими учреждениями;
- проводить экспертизу качества медицинских услуг;
- своевременно (по предъявлению счетов) оплачивать медицинские услуги по утвержденным тарифам с учетом их качества;
- отслеживать уровень инфляции и корректировать с горздравотделом цены на медицинские услуги и индекс роста стоимости медицинской помощи;

8. УЧЕТ И ОТЧЕТНОСТЬ ФОНДА

8.1. Фонд осуществляет оперативный и бухгалтерский учет результатов своей деятельности, ведет статистическую отчетность в порядке, установленном действующим законодательством для акционерных обществ.

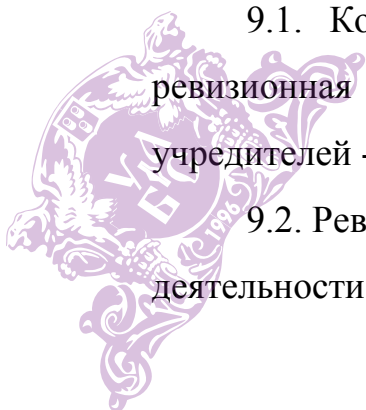
8.2. Фонд ведет архив своей финансово-хозяйственной деятельности. Организация архивирования и ведения документооборота определяется дирекцией Фонда.

8.3. Операционным годом Фонда считается период с 1 января по 31 декабря. По окончании операционного года составляется баланс и отчет деятельности за год.

9. РЕВИЗИЯ И КОНТРОЛЬ

9.1. Контроль за финансовой деятельностью Фонда осуществляет ревизионная комиссия, созданная и утвержденная на общем собрании учредителей - акционеров.

9.2. Ревизионная комиссия проводит ревизии финансово-хозяйственной деятельности Фонда не реже одного раза в год.



10. РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ ФОНДА

10.1. Реорганизация и ликвидация Фонда возможна по решению акционеров или в иных, предусмотренных действующим законодательством, случаях.

10.2. Для ликвидации акционерами создается на общем собрании ликвидационная комиссия. Решение в реорганизации принимается на общем собрании акционеров. При реорганизации Фонда принадлежащие ему права и обязанности переходят к правопреемникам Фонда.

Выводы к третьему разделу

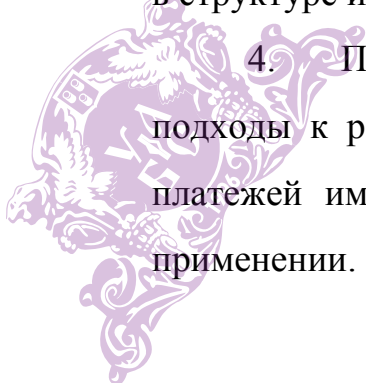
1. Для формирования информационной базы расчетов ставок страховых платежей в диссертационной работе определены базовые и средние по категориям повреждений нормативы компенсационных платежей. Автором предложено проводить расчеты двух групп нормативов: на субъектно-индивидуальном уровне и на уровне лечебных учреждений. Первые характеризуют затраты и упущенную выгоду при амбулаторном лечении травм, вторые – потери и упущенную выгоду пострадавшего и затраты лечебных учреждений. В работе базовые нормативы компенсационных платежей лечебным учреждениям рассчитаны в отдельности для случаев первичной помощи и стационарного лечения в последующие дни, что связано со спецификой предоставления медпомощи при травмах, а именно: при первичной помощи затраты значительно больше, чем в последующие дни лечения.

2. При обосновании методов расчетов базовых нормативов компенсационных платежей лечебным учреждением рассматривалось три подхода: по фактическому бюджетному финансированию; по текущим

рыночным ценам на медицинские препараты и платные медицинские услуги; по стандартам ВОЗ. В работе обосновано, что наиболее приемлемым является третий подход. Структура затрат лечебных учреждений была принята по состоянию на 1985 год как такая, что отвечала оптимальным показателям финансирования. За базовую статью принимались "медикаменты", затраты на которые рассчитывались, исходя из рыночных цен, затраты на стационарное лечение принимались на уровне 40 % от уровня затрат при первичной помощи.

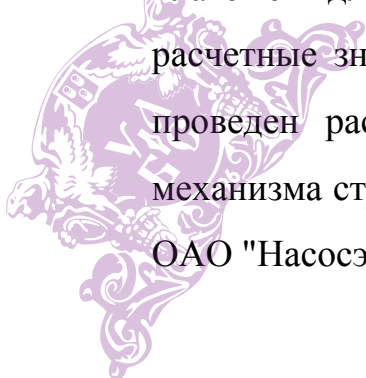
3. При определении базовых нормативов компенсационных платежей на субъектно-индивидуальном уровне учитывались затраты в доходной и затратной частях семейного бюджета, которые обусловлены временной потерей трудоспособности. В состав потерь в доходной части семейного бюджета была включена упущенная выгода, включая: потери в заработной плате вследствие временной потери трудоспособности; потери в заработной плате по уходу за больным; потери дохода от личного подсобного хозяйства и дохода из других источников. В состав потерь расходной части семейного бюджета были включены прямые материальные потери, включая: затраты на приобретение медикаментов, перевязочных материалов, и медицинского инвентаря; затраты на предоставление платных медицинских услуг и консультаций; затраты на санитарно-курортное лечение и реабилитацию; затраты на дополнительное и специальное питания. При расчетах население было разбито на три возрастных группы: I группа – подростки и взрослые в работающем возрасте; II группа – дети до 14 лет; III группа – неработающие пенсионеры. Такая градация обусловлена отличиями в структуре и размерах затрат.

4. Предложенные в данной диссертационной работе методические подходы к расчету фондов компенсации затрат и нетто-ставок страховых платежей имеют ряд специфических особенностей при их практическом применении. Во-первых, все расчеты носят прогнозный характер: в силу



объективных причин могут изменяться как количество травмслучаев, так и их структура по степени тяжести, определенную субъективность имеет и официально устанавливаемый порядок индексации стоимости основных фондов. Во-вторых, формулы для расчетов фонда компенсационных платежей, а также для расчета нетто-ставок содержат ряд критических переменных, при определении которых необходимо применять соответствующий механизм прогнозирования. К числу таких критических переменных относятся, прежде всего, значение номинальной процентной ставки по депозитам, удельный вес повреждений соответствующей категории в общем количестве повреждений по населенному пункту, вероятность наступления страхового события по определенной возрастной категории граждан.

5. На практике, как правило, наблюдается смешанное лечение: первичная помощь – лечение в стационаре – амбулаторное лечение. Соотношение между амбулаторным и стационарным лечением должно устанавливаться специалистами, исходя из сложившейся практики и схем лечения. Следовательно, само соотношение является прогнозной величиной и может оказывать существенное влияние на размер фонда компенсации затрат. Показатели соотношения стационарного и амбулаторного лечения играют важное значение при определении размеров общего фонда компенсации затрат. Для повышения достоверности данного показателя предлагается внедрение статистического учета времени пребывания больных на амбулаторном и стационарном лечении. Автором рассчитаны ориентировочные значения нетто-ставок и страховых (компенсационных) платежей для отдельных предприятий г. Сумы. Используя полученные расчетные значения нетто-ставок страховых (компенсационных) платежей проведен расчет и анализ целесообразности применения предлагаемого механизма страхования для АО СМНПО им.Фрунзе, ОАО "Сумыхимпром" и ОАО "Насосэнергомаш".



6. Результаты расчетов показали, что компенсационные платежи по отдельным предприятиям существенно ниже произведенных фактических затрат, а по другим наоборот превышают. Это обусловлено тем, что применение предлагаемого механизма страхования производственного травматизма возможно только в том случае, если им будут охвачены все предприятия региона. Целесообразность же включения в данную систему для каждого отдельного предприятия объясняется следующим. Выплачивая регулярно одинаковые суммы компенсационных платежей, рассчитанные в зависимости от среднесписочной численности работников, предприятие страхует себя от возможного увеличения затрат на возмещение ущерба, связанного с возможным ростом уровня производственного травматизма в конкретном году. С целью обоснования данного утверждения автором был проведен сравнительный анализ расчетных сумм компенсационных платежей и фактических затрат для 2000 г. и 2005 г., различающихся различным уровнем производственного травматизма и его тяжестью на отдельных предприятиях.

7. Для практической реализации концепции формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения в подразделе 3.3 представлено разработанное автором Положение, определяющее порядок внебюджетного дополнительного финансирования лечебных учреждений. В нем нашли отражение такие проблемы, как: нормативно-правовая и законодательная база развития бюджетного и внебюджетного финансирования лечебных учреждений, перечень, структура и условия предоставления услуг; источники внебюджетных средств; организация привлечения внебюджетных средств; определение стоимости и использование средств, полученных в результате предоставления платных услуг; ответственность сторон; организация бухгалтерского учета; налогообложение и пр.



8. В подразделе 3.4 представлен разработанный автором проект Положения о Региональном фонде страховой медицины, который предложено считать одним из элементов организационной структуры, обеспечивающей эффективное функционирование предложенной смешанной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения. В данном Положении нашли отражение следующие проблемы: общая структура фонда, его статус, цели, функции и задачи, источники и механизм функционирования его деятельности, органы и принципы управления фондом, механизм формирования имущества фонда и распределения его прибыли, некоторые аспекты хозяйственной деятельности фонда, его права и обязанности, учет и отчетность, ревизия и контроль, механизм реорганизации и ликвидации фонда.



ВЫВОДЫ

В ходе диссертационного исследования выполнен комплекс научно-методических работ по совершенствованию системы финансирования лечебных учреждений и компенсации затрат граждан, обусловленных потерей трудоспособности вследствие производственного и дорожно-транспортного травматизма. Итогом диссертационной работы являются научно-методические подходы к осуществлению операций страхования травматизма в рамках смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения. В частности, в диссертации были обоснованы следующие основные положения:

1. Автором определено содержание и экономический смысл понятия «компенсационная политика в здравоохранении», доказано, что одним из альтернативных источников финансирования здравоохранения должны стать компенсационные платежи за причинение ущерба здоровью населения в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма. Наиболее эффективным источником компенсационных выплат предложено считать средства внебюджетных фондов, а альтернативой формирования фондов компенсационных ресурсов и непосредственных выплат как гражданам, так и лечебным учреждениям – бюджетно-страховой механизм. Представляется, что система страхования с учетом существующей инфраструктуры, опыта работы и достаточно сильного кадрового обеспечения, могла бы обеспечить переход на специальную бюджетно-страховую систему финансирования органов здравоохранения, выполнить функции финансирования инвестиционных программ, направленных на раннюю профилактику травматизма.

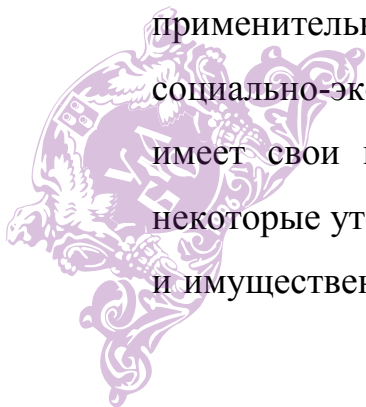
2. На основании анализа проблем и перспектив внедрения в Украине страховой медицины автором сделан вывод о необходимости проведения технико-экономических расчетов оптимизации загрузки лечебных учреждений в зависимости от фактического уровня здоровья

прикрепленного населения и материальной базы лечебно-профилактических учреждений, а также подготовки методической базы для внутреннего и внешнего хозрасчета лечебных учреждений.

3. На основании проведенной систематизации теоретико-методических и финансово-правовых основ и страхования травматизма автор пришел к выводу о необходимости формирования схемы двухуровневой дифференциации страховых тарифов в зависимости от состояния охраны труда, показателей производственного травматизма и профзаболеваний на предприятии: первый уровень – дифференциация на уровне отрасли, второй – на уровне предприятия (за счет введения системы скидок и надбавок). Введение системы скидок и надбавок требует изменения нормативно-правовой базы, балансирования бюджета Фонда социального страхования и значительно увеличивает нагрузку на его исполнительные органы управления.

4. На основании систематизации статистической информации о развитии страхового рынка Украины, анализа динамики изменения нормативно-правового обеспечения страховой деятельности в Украине, автор пришел к выводу, что наиболее существенным препятствием, сдерживающим реализацию функции предупреждения страхового события, является практическое отсутствие научно-методических подходов и нормативной базы обоснования нетто-ставок страховых платежей, что объективно предполагает анализ теоретических и организационно-правовых основ страхования от несчастных случаев.

5. На основании исследования природы страхового интереса при имущественном и личном страховании, автор пришел к выводу, что применительно к страхованию от травматизма и несчастных случаев социально-экономическая определенность категории «страховой интерес» имеет свои конкретные отличительные особенности. Предложено внести некоторые уточнения в понимание различий страхового интереса при личном и имущественном страховании. Автором доказано, что в рамках страхования

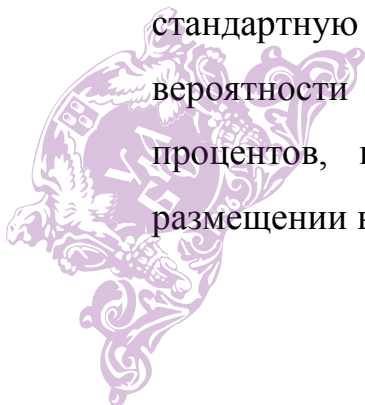


от травматизма и несчастных случаев не только возможно, но и необходимо выделять категорию страхового интереса и обеспечивать согласованность страховых интересов всех субъектов экономических отношений, возникающих в этом случае: государства, хозяйствующего субъекта, граждан, страховой компании, лечебного учреждения.

6. В качестве меры по выводу системы здравоохранения из кризиса предлагается внедрение смешанной бюджетно-страховой системы финансирования лечебных учреждений, суть которой состоит в формировании субвенциальных страховых фондов для компенсации затрат лечебных учреждений, причем компенсации подлежит разница между необходимым объемом финансирования, определенным исходя из стандартных схем лечения, необходимого количества медикаментов, анализов, аппаратного обследования, прокалькулированных по рыночным ценам, и существующим объемом бюджетного финансирования; в качестве фондодержателей предложено использовать страховые компании.

7. Автором разработаны методические подходы к определению размера фонда компенсации затрат, обусловленных временной потерей трудоспособности в результате дорожно-транспортного и производственного травматизма, по населенному пункту в целом для каждого из двух альтернативных случаев: первичная помощь в травматологическом отделении с последующим амбулаторным лечением и первичная помощь в травматологическом отделении с последующим стационарным лечением.

8. В работе разработан научно-методический подход к расчету двух групп (для условий амбулаторного и стационарного лечения) нетто-ставок страховых платежей как разового платежа в расчете на определенную стандартную численность населения (работающего или нет), с учетом вероятности наступления несчастного случая, уменьшенного на величину процентов, которые могут быть получены страховой компанией при размещении временно свободных средств в банке-депозитарии.

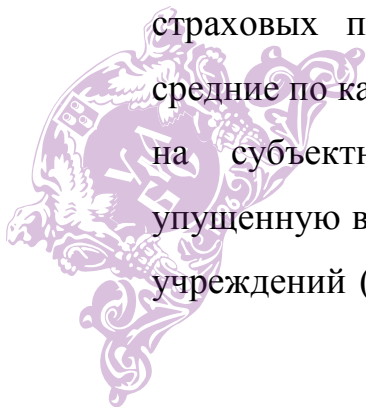


9. В работе представлены значения коэффициентов вероятности обращения в лечебно-профилактические учреждения, разработаны модели зависимости случаев травматизма от возраста граждан, а также на базе статистических данных о дорожно-транспортном и производственном травматизме получены зависимости вероятности наступления несчастного случая (страхового случая) по половозрастным группам работников предприятий Сумской области.

10. Автором предложена модель, отражающая условие целесообразности финансирования превентивных мероприятий, направленных на предупреждение производственного и дорожно-транспортного травматизма как со стороны страхователя, так и со стороны страховщика. В работе предложен механизм расчета цены медицинской помощи амбулаторному и стационарному пациенту или случая амбулаторной (стационарной) помощи.

11. Автором предложена модель линейного программирования, которая позволяет, независимо от меняющегося числа посещений, рассчитать наиболее эффективные варианты объема и структуры реабилитированных больных при данных затратах на мероприятия по реабилитации (качестве критерия оптимальности принят максимум реабилитированных больных). С использованием данной модели были проведены оптимизационные расчеты для 8 лечебных учреждений г. Сумы. Предложенная модель предусматривает также и решение обратной задачи: минимизацию затрат лечебных учреждений при условии, что медицинская помощь будет оказана всем в ней нуждающимся (при этом ставятся ограничения по имеющимся ресурсам).

12. Для формирования информационной базы расчетов ставок страховых платежей в диссертационной работе определены базовые и средние по категориям повреждений нормативы компенсационных платежей: на субъектно-индивидуальном уровне (характеризующие затраты и упущенную выгоду при амбулаторном лечении травм) и на уровне лечебных учреждений (характеризующие потери и упущенную выгоду пострадавшего



и затраты лечебных учреждений) в отдельности для случаев первичной помощи и стационарного лечения.

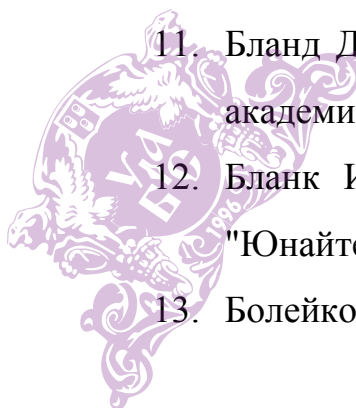
13. Автором рассчитаны ориентировочные значения нетто-ставок и страховых (компенсационных) платежей для отдельных предприятий г. Сумы, на основании которых проведен расчет и анализ целесообразности применения предлагаемого механизма страхования для АО СМНПО им.Фрунзе, ОАО "Сумыхимпром" и ОАО "Насосэнергомаш", сравнительный анализ расчетных сумм компенсационных платежей и фактических затрат для 2000 г. и 2005 г., различающихся различным уровнем производственного травматизма и его тяжестью на отдельных предприятиях.

14. Для практической реализации концепции формирования и реализации смешанной бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения в подразделе 3.3 представлено разработанное автором Положение, определяющее порядок внебюджетного дополнительного финансирования лечебных учреждений, а также проект Положения о Региональном фонде страховой медицины.

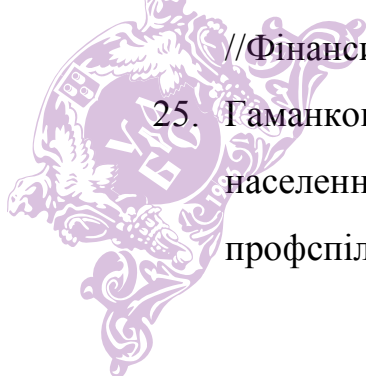


СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

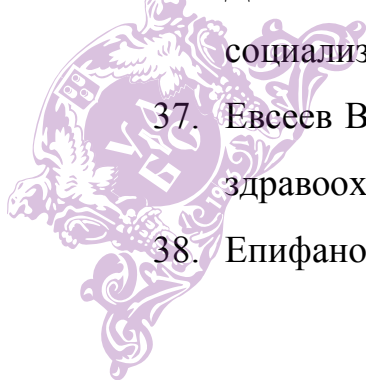
1. Александров А.А. Страхование. – М.: Изд-во “ПРИОР”, 1998. – 192 с.
2. Александрова Т.Г., Мещеряков О.В. Коммерческое страхование: [Справочник]. – М.: Ин-т новой экономики, 1996. – 254 с.
3. Акименко А.В. Развитие отечественного страхового рынка - шаг к укреплению национальной безопасности Украины // Финансовые услуги. - 2002. - № 5-6. - С. 58-60.
4. Базилевич В.Д. Страховий ринок України. – К.: Знання, 1988. – 374с.
5. Базилевич В.Д., Базилевич К.С. Страхова справа. – К.: Знання, 1988. – 216 с.
6. Балабанов И.Т. Риск-менеджмента. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 192 с.
7. Барановський О.І. Розвиток страхового бізнесу в Україні // Фінанси України. – 1996. – № 8. – С. 20-24.
8. Белова И.В., Пликус И.И., Шевелев И.И. Методические подходы к повышению эффективности использования материальных и трудовых ресурсов в здравоохранении // Актуальные проблемы экономики природопользования: Зб. наук. праць. – Сумы: СумГУ, 1996. – С. 149–150.
9. Беренс Вернер, Хавранек Питер. Руководство по оценке эффективности инвестиций / Пер. с англ. – М.: ИНФРА, 1995. – 528 с.
10. Бирман Г., Шмидт С. Экономический анализ инвестиционных проектов / Пер. с англ. под ред. Л.П. Белых. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1997. – 631 с.
11. Бланд Д. Страховой бизнес и профессионализм // Вестник финансовой академии. – 1998. – № 1. – С. 44–50.
12. Бланк И.А. Инвестиционный менеджмент. – К.: МП ИТЕМ ЛТД, "Юнайтед Лондон Трейд Лимитед", 1995. – 448 с.
13. Болейко Ю.О. Оцінка інвестиційної привабливості регіонів // Фінанси



- України. – 1997. – № 6. – С. 65–72.
14. Бондар В. Сучасний стан і розвиток інвестиційного процесу в Україні // Вісник НБУ. – 1997. – № 12. – С. 8–11.
 15. Борисова В.А., Огаренко О.В. Організаційно-економічний механізм страхування. — Суми: Довкілля, 2001. — 194 с.
 16. Буштуева К.А., Случанко И.С. Методы и критерии оценки состояния здоровья населения в связи с загрязнением окружающей среды. – М.: Медицина, 1979. – 160 с.
 17. Василюшин Р.Д., Кашенко О.Л., Борисова В.А. Економічні основи страхування. — Суми: Довкілля, 2001. — 412 с.
 18. Вопросы сущности и функции финансов в системе производственных отношений при социализме: Сборник. – М., 1988. – С. 85.
 19. Временко Л. Финансово–экономические аспекты риск – менеджмента на предприятии // Финансовые услуги. – 1997. – № 2. – С. 26–28.
 20. Временные рекомендации по установлению влияния загрязнений атмосферного воздуха на заболеваемость населения для определения экономического ущерба / Утв. Проблемной комиссией “Научные основы гигиены окр. среды”. – М.: НИИОКГ им.А.Н.Сысина, 1990. – 30 с.
 21. Гаврилюк О. Умови здійснення іноземного інвестування // Економіка України. – 1997. – № 8. – С. 9–17.
 22. Газеев М.Н., Смирнов А.П., Хрычев А.Н. Показатели эффективности инвестиций в условиях рынка. – М.: ПМБ ВНИИОЭНГа, 1993. – 207 с.
 23. Гаманкова О.О. Фінанси страхових організацій: Навч. Посіб. – К.: КНЕУ, 2007. – 328 с.
 24. Гаманкова О.О. Роль страхування життя у сучасній ринковій економіці // Фінанси України. – 2000. – № 9 – С. 24-26.
 25. Гаманкова О.О. Роль страхування у забезпеченні соціального захисту населення // Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України : Зб наук. праць. Вип. 3(22) – К.: Курс, 2003. – С. 46-

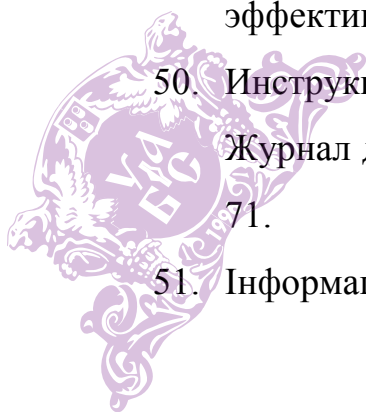


- 49.
26. Гвозденко А.А. Основы страхования. – М.: Финансы и статистика, 1998. – 304 с.
27. Гвозденко А.А. Финансово-экономические методы страхования. – М.: Финансы и статистика, 1998. – 177с.
28. Гедылин М.Ю., Соколов Д.К. Исследования в области оценки влияния факторов окружающей среды на здоровье населения // Гигиена и санитария. – 1988. – № 11. – С.29–31.
29. Глазунов В.Н. Анализ экономической эффективности реальных инвестиций. – М.: ИНФРА-М, 1996. – 236 с.
30. Головтеев В.В., Корчагин В.П. Изучение темпов и пропорций развития лечебно–профилактической помощи в СССР // Советское здравоохранение. – 1980. – №12.
31. Голяченко О.М. А. М. Сердюк, О. О. Приходский. Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения - К.: Джура, 1997. - 328 с.
32. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української охорони здоров'я. – Вінниця: Видавництво ВАТ “Віноблдрукарня”, 1996. – 100 с.
33. Голяченко О.М. Економічний аспект реформування охорони здоров'я в Україні // Інфекційні хвороби. - 2007. - № 1. - С. 78-82
34. Господарський кодекс України від 16 січня 2003 року за № 436-IV // Відомості Верховної Ради (ВВР) – 2003. - №18, №19-20, №21-22, ст. 144.
35. Дутченко О.Н., Резник Н.Н. Финансово–экономический механизм страхования травматизма. – Сумы: ИИП “Мрія” ЛТД, 1999. – 54 с.
36. Дьяченко В.П. Товарно–денежные отношения и финансы при социализме. – М., 1974. – С. 442–443.
37. Евсеев В.И., Самоходский В.Н. Механизмы ценообразования в системе здравоохранения // Лікар. справа. – 1993. – № 2–3. – С.159–164.
38. Епифанов А.А., Коваленко В.В. Страхование: Учебное пособие. – Сумы:



Слобожанщина, 1997. – 96 с.

39. Ефименко К.О. Развитие законодательной и нормативной базы страхования та облік його операцій // Фінанси України. – 1998. – № 4. – С. 62–69.
40. Ефимов С.Л. Организация работы страховой компании: теория, практика, зарубежный опыт. – М.: АНАТРЕКС ВЭК, 1993. – 94 с.
41. Ефимов С.Л. Энциклопедический словарь. Экономика и страхование. - М.: Церих-ПЭЛ, 1996, - 528 с.
42. Єпіфанов А.О., Сало І.В., Д'яконова І.І. Бюджет і фінансова політика України. – К.: Наукова думка, 1997. – 302 с.
43. Журавлёв Ю.М., Секерж И.Г. Страхование и перестрахование: теория и практика. - М.: АНКЛ, 1993. - 184 с.
44. Закон України „Про страхування” від 7 березня 1996 року за № 85/96-ВР (із змінами).
45. Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності" від 23 вересня 1999 року № 1105-XIV (із змінами).
46. Законодавство України про страхування: [Збірник] / О.А. Кривенко (ред.), О.М. Роїна (упорядкув.). — К.: КНТ, 2003. — 259 с.
47. Залетов А.Н. Страхование в Украине. Под ред. О.А.Слюсаренко. – К.: Международная агенция “Vee Zone”, 2002. – 452 с.
48. Заруба О.Д. Страхова справа: Підручник. – К.: Товариство “Знання”, КОО, 1998. – 321 с.
49. Зернов А.А., Зубец А. Н., Третьякова Е. И. Экономическая эффективность страхования // Финансы. - 1997. - № 10. - С. 42-44.
50. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная) // Журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2000. – № 4. – С. 58-71.
51. Інформація про стан і розвиток страхового ринку України за 2002 рік. –

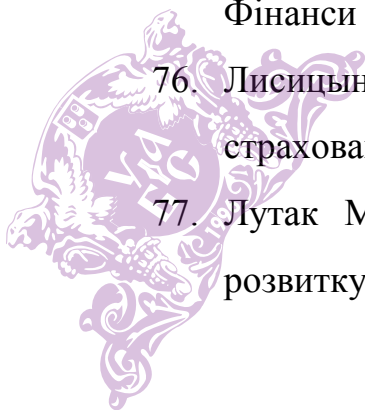


- Режим доступу: http://www.dfp.gov.ua/files/Fin_markets_2002.pdf.
52. Інформація про стан і розвиток страхового ринку України за 2003 рік. – Режим доступу: http://www.dfp.gov.ua/files/Fin_markets_2003.pdf.
53. Інформація про стан і розвиток страхового ринку України за 2004 рік.. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua/files/2004.pdf>.
54. Касимов Ю. Ф. Начала актуарной математики. - Зелиноград: НТФ НИТ, 1994. - 184с.
55. Кінащук Л.Л. Страхування: теорія та практика проведення. — К.: Атіка, 2004. — 111с.
56. Клапків М.С. Альтернатива розвитку страхового ринку // Фінанси України. – 1996. – № 9. – С. 89–93.
57. Клапків М.С. З історії зародження національного страхового ринку // Фінанси України. – 1998. – № 1. – С. 81–94.
58. Клапків М.С. Кредитно-страховий альянс. - Тернопіль: Збруч, 1995. - 135с.
59. Клапків М.С. Математичні основи страхового підприємництва // Фінанси України. – 1997. – № 6. – С.103–109.
60. Ковалёв В.В. Финансовый анализ. – М.: Финансы и статистика, 1995 – 245 с..
61. Козьменко С.Н. Экономика катастроф (инвестиционные аспекты) – К.: Наукова думка. 1997. – 204с.
62. Коломин Е.В. Теоретические вопросы развития страхования// Вестник финансовой академии. –1998.– № 1.– С.25–32.
63. Коломин Е.В. Теоретический аспект развития государственного страхования в СССР // Финансы СССР. – 1982. – № 3. – С. 46.
64. Корчевская Л.И., Турбина Н.Е. Страхование от А до Я. – М.: Инфра-М, 1996.
65. Крвавич Ю., Ковтун И. Расчет страховых тарифов для малочисленных объектов с особыми характеристиками риска // Финансовые услуги. –

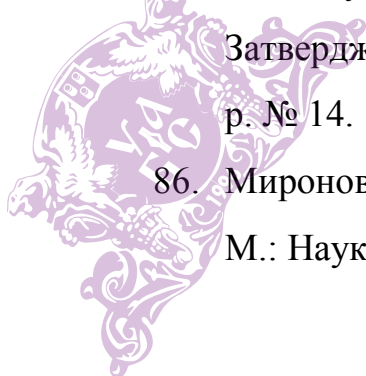


1997. – № 6. – С. 28–30.

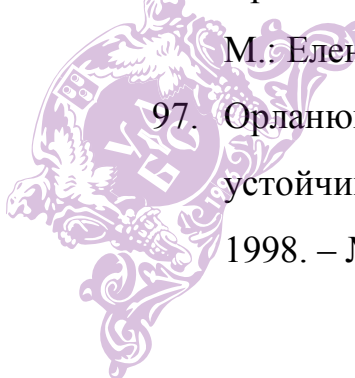
66. Кривошлик Т.Д. Інвестиційний аспект діяльності страхових компаній // Економіка: проблеми теорії. Проблеми і перспективи розвитку фінансової системи України: Зб. наук. праць – Дніпропетровськ, 2000. – С. 85-89
67. Крюков В. Т. Страхование право. - М.: Анкил, 1992. - 156 с.
68. Кутузов И. Социология неопределенности статуса медицинского страхования в Украине // Финансовые услуги. – 1997. – № 3.- С. 34-36.
69. Кутуков В.Б. Основы финансовой и страховой математики. Методы расчета кредитных, инвестиционных, пенсионных и страховых схем. - М.: Дело, 1998. - 304с.
70. Лебединська Л.Д., Ремньова Л.М. Страхування як чинник фінансової стабілізації економіки // Актуальні проблеми економіки. - 2006. - № 9.- С.65-75.
71. Левант Н.А. Варианты добровольного медицинского страхования и экономические основы их проведения // Финансы. – 1993.– №1 – С.56–63.
72. Левант Н.А. Долгосрочное страхование жизни в условиях нестабильной экономики // Финансы. - 1996 г. - № 6. - С. 42-44.
73. Лимитовский М.А. Основы оценки инвестиционных и финансовых решений. – М.: ТОО Консалтинговая Компания “ДеКа”, 1997. – 184 с.
74. Липсиц М.А., Косов В.В. Инвестиционный проект: методы подготовки и анализа. – М.: БЕК, 1996.
75. Лопатинський Ю.М. Інвестиції: економічна і соціальна ефективність // Фінанси України. – 1997. – № 8. – С. 71–76.
76. Лисицын Ю. П., Стародубов В. И., Савельева Е. Н. Медицинское страхование. - М.: Медицина, 1995. - 142 с.
77. Лутак М. Ринок страхових послуг в Україні: стан і перспективи розвитку // Бухгалтерський облік і аудит. – 1998. – № 7. – С. 7–13.



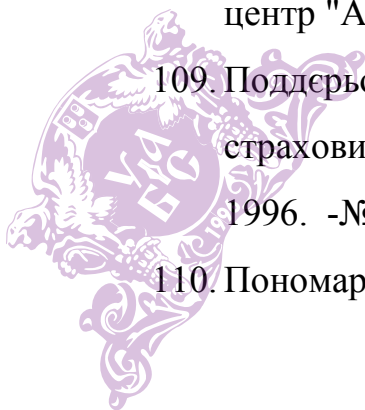
78. Лутак Н. Пути интегрирования украинского страхового рынка в мировой // Финансовые услуги. – 1997. – № 1. – С. 20–23.
79. Плиса В.Й. Страхування: [Довідник] — Л.: Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2001. — 197 с.
80. Махно В., Нечипоренко В. Реализация страховых продуктов // Финансовые услуги. – 1997. – № 4-5. – С. 10–15.
81. Мелкумов Я.С. Теоретическое и практическое пособие по финансовым вычислениям. – М.: Инфра–М, 1996. – 336 с.
82. Мелкумов Я.С., Румянцев В.Н. Финансовые вычисления в коммерческих сделках. – М.: Интел–Синтез, 1994. – 176 с.
83. Методика использования социального норматива потерь рабочего времени от заболеваемости с временной утратой трудоспособности для определения размера средств, взимаемых с предприятий, организаций, учреждений, кооперативов, колхозов, совхозов на расходы органов и учреждений здравоохранения, связанных с повышенной заболеваемостью в связи с неблагоприятными условиями производственной среды// Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. – М., 1991. – Т.4. – С. 101–108.
84. Методика формування резервів із страхування життя. Затверджено наказом Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 23 червня 1997 р. № 46 // Офіційний вісник України. – 1997. - № 29. – С. 183–201.
85. Міжгалузева комплексна програма „Здоров’я нації” на 2002-2011 роки. Затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14.
86. Миронов А. А., Таранов А.М., Чейда А.А. Медицинское страхование. - М.: Наука, 1994. - 312 с.



87. Мортиков В. В. Ризики на ринку праці та їх страхування// Фінанси України. - 1997. - № 9. - С. 102-107.
88. Моткин Г.А. Основы экологического страхования. – М.: Наука, 1996. – 199 с.
89. Моткин Г.А. Экологическое страхование // Российский экономический журнал. – 1993. – № 5. – С. 5–17.
90. Надточій Б. Соціальне страхування у контексті історії // Соціальний захист. -2003. - № 2-3. – С. 34-37.
91. Новиков В., Надточий Б. Организационно–экономический механизм медицинского страхования в ФРГ // Экономика Украины. – 1993. – № 10. – С. 80–84.
92. О возмещении вреда здоровью от загрязнения окружающей среды: Проект Закона РФ. – Зеленый мир. – 1993. – №3.
93. Об утверждении Положения о порядке возмещения дополнительных расходов лечебно–профилактических и санитарно–профилактических учреждений на оказание медицинской помощи больным, проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий: Постановление Правительства РФ от 7.02.92 г. № 69. – Собр. постановл. Правительства РФ, № 7, 1992. – С. 105–107.
94. Огаренко О.В. Методологічні засади оцінки фінансового стану страховика// Економіка: проблеми теорії і практики. - 2001. -№ 111. – С. 45 - 48.
95. Окружающая среда и здоровье / Гвидотт Т., Кьестрем Т., Кок Т.Д. и др. Пер. с англ. – К.: Наукова думка, 1998. – 325с.
96. Орланюк-Малицкая Л.А. Платежеспособность страховой организации. - М.: Елена-принт, 1996. - 152 с.
97. Орланюк–Малицкая Л.А. О понятии и факторах финансовой устойчивости страховых компаний // Вестник финансовой академии. – 1998. – № 1. – С. 33–38.

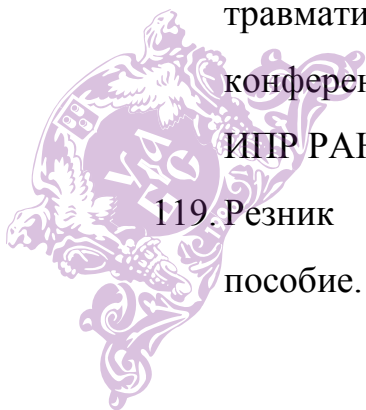


98. Осадець С. С. У третє тисячоліття - з чіткою програмою розвитку страхового ринку // Фінанси України. - 2000. - № 9 (спецвипуск). - С. 79-85.
99. Осадець С. Проблеми впровадження в Україні європейських стандартів страхової діяльності // Проблеми економічної інтеграції України в Європейський Союз: теорія і практика. - Львів: Діло, 2005. - С.188-190.
100. Осадець С. С., Харченко Н.В. Проблеми і перспективи розвитку страхової справи // Фінанси України. - 2005. - № 3. - С. 74-78.
101. Осипян А. Проблемы организации медицинского страхования в Украине // Бизнес-информ. – 1997. – № 7.– С. 45-46.
102. Охрана здоровья в СССР: Статистический сборник / Госкомстат СССР. – М.: Финансы и статистика, 1990. – 240 с.
103. Паламарчук В.А. Социально-экономическое содержание здоровья / В кн. Окружающая среда и здоровье. Под ред. Л.Хенса, Л.Мельника, Л.Буна. К.: Наукова думка, 1998. – С. 29–35.
104. Паламарчук В.А., Филатов В.М. Социально-экономические проблемы здравоохранения. — Х., 2001. — 190 с
105. Первозванский А.А., Первозванская Т.Н. Финансовый рынок: расчет и риск. – М.: ИНФА–М, 1994. – 192 с.
106. Підгорна Л. Напрями впровадження медичного страхування в Україні // Праця і зарплата. – 1998 . – № 11. – С. 28–29.
107. Плахова Т.А. Становление страхового рынка Европы // Вестник финансовой академии. – 1998. – № 1. – С.39–43.
108. Плешков А.П., Орлова И.В. Очерки зарубежного страхования. – М.: Изд. центр "АНКИЛ", 1997. – 200 с.
109. Поддєрьогін А., Мурашко О. Визначення фінансового результату страховика від страхової діяльності // Бухгалтерський облік і аудит. - 1996. -№ 11. - С. 10-12.
110. Пономаренко В.М., Грузєва Т.С., Євсєєв В.І., Шевченко М.В., Хунов

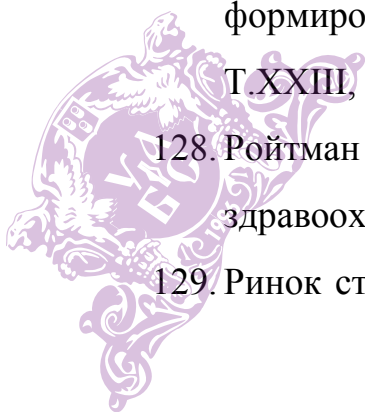


Ю.А., Пуга С.М. Науково-методичні підходи до формування гарантованого рівня надання безоплатної медичної допомоги. - К., 2003. – 25 с

111. Попов Г.А. Экономические проблемы в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. – М.: Медицина, 1976. – 247 с.
112. Порядок направления предприятиями, учреждениями, организациями, гражданами, иностранными юридическими лицами и гражданами средств в Государственные внебюджетные экологические фонды: Приложение к письму Министерства финансов Российской Федерации от 10 июня 1993 г. № 71 // Экономика и жизнь. – 1993. – №3.
113. Прандецкий И. Интеграция страхового рынка Украины в глобальный рынок страхования — путь к развитию // Финансовые услуги. -1997. - №3. -С. 8-12.
114. Програма розвитку страхового ринку України на 2001—2004 роки. Затверджена Постановою КМ України від 2 лютого 2001 р. № 98. — К.: Офіційний вісник, 2001. — № 5.
115. Пташек Я. Реформирование системы социального страхования в Польше // Проблемы теории и практики управления. - 1996. - №4. - С. 96-102.
116. Раяцкас Р.Л., Карпушкина В.В. Социальный аспект причинно-следственного анализа заболеваемости населения // Изв. АН СССР, сер. Экономика. – 1984. – № 5. – С. 86–94.
117. Редька Н. Бизнес особого риска: Страховой рынок Украины // Капитал. – 1998. – № 7-8. – С. 72–76.
118. Резник Н.Н. Оценка вероятностного характера производственного травматизма для целей страхования // Труды первой Всероссийской конференции "Теория и практика экологического страхования". – М.: ИИП РАН. – 1995. – С. 121–123.
119. Резник Н.Н. Страхование для начинающих. Учебно-методическое пособие. – Сумы: Наука, 1998. – 130 с.

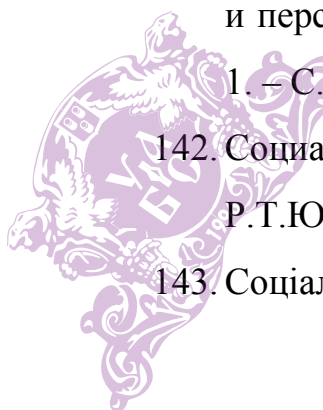


120. Резник Н.Н. Страхование как превентивная мера предупреждения производственного травматизма // Вісник Української академії банківської справи. – 1998. – № 4. – С. 53–54.
121. Резник Н.Н. Страховой рынок Украины: итоги 1997 года // Вісник Української академії банківської справи. – 1997. – № 3. – С. 77–78.
122. Резник Н.Н. Укрупненная оценка экономических потерь, обусловленных травматизмом на промышленных предприятиях // Вісник Сумського державного університету. – 1997. – № 2. – С. 145–148.
123. Резник Н.Н. Содержание страхового интереса в рамках бюджетно-страховой системы финансирования органов здравоохранения // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України: Зб. наук. праць. Т. 17. – Суми: УАБС НБУ, 2006. – С. 217-220.
124. Резник Н.Н. Смешанная бюджетно-страховая система финансирования органов здравоохранения // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України: Зб. наук. праць. Т. 16. – Суми: УАБС НБУ, 2006. – С. 264-268.
125. Резник Н.Н. Методическое обеспечение актуарных расчетов при формировании фондов денежных средств для компенсации затрат при травматизме // Вісник Української академії банківської справи. – 2008. – № 1(24). – С. 112-116.
126. Ретнев В.М. Медицинское страхование трудящихся и государственный санитарный надзор // Пробл. социал. гигиены и история медицины. – 1994. – № 6. – С.26–28.
127. Римашевская Н.М., Копнина В.Г. Социально–экономические проблемы формирования здоровья населения // Экономика и мат.методы. – 1987. – Т. XXIII, Вып.2. – С. 219–228.
128. Ройтман М.П. Проблемы экономики и повышения эффективности здравоохранения // Советское здравоохранение. – 1987. – № 5. – С. 3–7.
129. Ринок страхування в Україні. - К.: Інститут економічних досліджень та



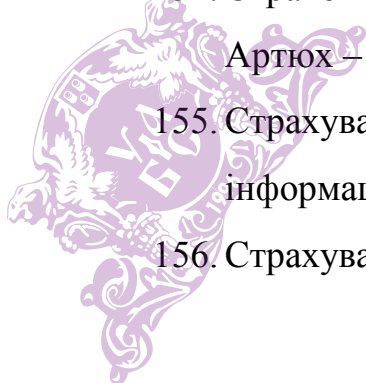
політичних консультацій, 2004. –38 с

130. Рябикин В.И. Актуарные расчеты. – М.: Финстатинформ, 1996. – 87 с.
131. Самотовський А. Страховий бізнес в Україні // Вісник Національного банку України. - 1997. - № 11. - С. 41-45.
132. Самойловський А. Страховий бізнес в Україні // Вісник НБУ. –1997. – № 11. – С. 41–44.
133. Саркисов С. Э. Методология прогнозирования инфляционного ожидания в личном страховании // Финансы. - 1996. - № 11. - С. 46-49.
134. Самойловський А.Л. Модернізація страхування в Україні // Формування ринкових відносин в Україні.- 2005.- № 8.- С.16-20.
135. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Ковалев О.В. К проблеме оценки качества медицинской помощи // Пробл. социал.гигиены и история медицины. – 1996. – № 3. – С.29–31.
136. Силласте Г. Рынок страховых услуг и его потребитель // Финансы. – 1997. – № 10. – С. 44–47.
137. Словарь страховых терминов / Под ред. Е.В.Коломина, В.В.Шахова. – М.: Финансы и статистика, 1992. – 336 с.
138. Словарь страховщика / С. Л. Ефимов, Л. Ш. Лозовский, Б. А. Райз-берг, А. А. Ратновский. - М.: Экономика, 2000. - 322 с.
139. Смирнов В.В. Экспертиза и страхование: Пособие. – К.: Ярославия, 1995. – 129 с.
140. Смирнов Н.И., Старикова Л.Д. Технология профессиональной деятельности в страховании. – М., 1992. – 56 с.
141. Солдатенков Д.Ю. Система депозитного страхования: зарубежный опыт и перспективы для России // Вестник финансовой академии. –1988. – № 1. – С. 62–74.
142. Социальное и личное страхование (опыт страхования рынка ФРГ) / Сост. Р.Т.Юлдашев. – М.: Анкил, 1996. – 128 с.
143. Соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та



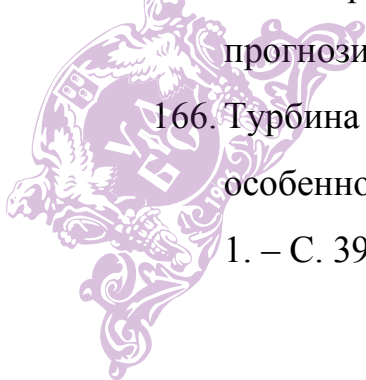
професійного захворювання. - К.: Основа, 2001. - 156 с.

144. Справочник по страхованию в промышленности. Пер. с нем. / Под ред. Н.А.Никологорского. – М.: Страховой полис, ЮНИТИ, 1994. – 336 с.
145. Стан страхового ринку України: проблеми та питання. Презентація з виступу Голови Держфінпослуг В.Сулова на слуханнях парламентського комітету з фінансів і банківської діяльності "Про стан та перспективи розвитку страхового ринку України". – Режим доступу: http://www.dfp.gov.ua/files/Presentation_Suslov_11.06.04.ppt.
146. Статистичний щорічник України за 2004 рік // Держкомстат України. За ред. О. Г. Осауленка. – К.: Техніка, 2005.– 648 с.
147. Статистичний щорічник України за 2006 рік // Держкомстат України. За ред. О. Г. Осауленка. – К.: Видавництво „Консультант”, 2007.– 552 с.
148. Статистичний щорічник Сумської області за 2006 рік. Головне управління статистики у Сумській області. – 2007. – 668 с.
149. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук, ред. С. С. Осадець. - Вид. 2-ге, перероб. і доп. - К.: КНЕУ, 2002. - 599 с.
150. Страховое дело: Учебник / Под ред. проф. Л.И.Рейтмана. – М., 1992.
151. Страховой портфель: Книга предпринимателя. Книга страховщика. Книга страховщика. Книга страхового менеджера / Отв. ред. Ю.Б.Рубин., В.И.Солдаткин. – М.: СОМИНТЭК. 1994.
152. Страхова справа / В.Т. Александров, О.М. Бандурка, О.І. Ворона та ін. – К.: АВТ, 2003. – 639 с.
153. Страховое право Украины: Підручник / Д.П. Біленчук, П.Д. Біленчук, О.М. Залетов та ін. - К.: Атіка, 1999. - 368 с
154. Страхові послуги: Підручник / За ред. проф. С. С. Осадця і доц. Т. М. Артюх – К.: КНЕУ, 2007. – 464 с.
155. Страхування в Україні/ Збірник нормативних актів, методичних та інформаційних матеріалів). – Київ: Правові джерела. – 1996. – 368 с.
156. Страхування: Підручник / Під ред. С.С.Осадець. – К.: КНЕУ, 1998. –

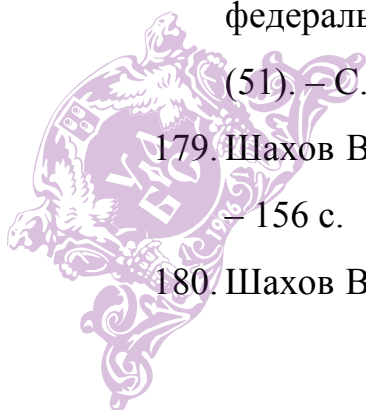


528с.

157. Суворов Д.В. Становление страхования // Финансы. – 1997. – № 12. – С. 52–56.
158. Сухов В.А. Государственное регулирование финансовой устойчивости страховщиков. - М.: АНКИЛ, 1995. - 80 с.
159. Тархов П.В., Соколова О.П. О социально-экономической обоснованности экологического страхования // Теория и практика экологического страхования: Зб. наук. Праць. – М., 1995. – С. 127–133.
160. Тархов П.В., Царенко А.М., Кузьменко С.В. Методология прогнозирования потерь трудового потенциала в связи с изменением качества жизни // Вісник Сумського державного університету. – 1995. – № 4. – С. 42–48.
161. Телиженко А.М., Семененко Б.А. Определение размеров компенсаций вреда здоровью населения в связи с загрязнением окружающей среды // Труды Первой Всерос. конф. “Теория и практика экологического страхования”. – М., 1995. – С. 110–115.
162. Тенденції української економіки. Місячний бюлетень та квартальний додаток. Травень 1998. – К.: Міністерство економіки України. – 1996. – 75 с.
163. Тенденції Української економіки. Місячний бюлетень та квартальний додаток. Грудень 1998. – К.: Міністерство економіки України. – 1996. – 87 с.
164. Теренс М. Ганслі Соціальна політика та соціальне забезпечення за ринкової економіки. – К.: Основи, 1996. - с. 42.
165. Тихомиров Н.П., Попов В.А. Методы социально-экономического прогнозирования. – М.: А/О “Росвузнаука”, 1993. – 230 с.
166. Турбина К.Е. Социальное и коммерческое страхование: общее и особенное в содержании и условиях проведения // Финансы. – 1998. – № 1. – С. 39–42.

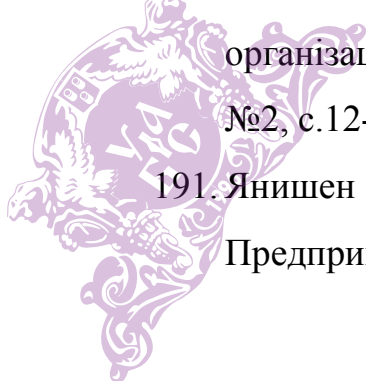


167. Турбина К. Е. Тенденции развития мирового рынка страхования. - М.: Анкил, 2000. - 320 с.
168. Фалин Г. И., Фалин А. И. Введение в актуарную математику. Математические модели в страховании. - М.: Изд-во МГУ, 1994. - 110с.
169. Фінанси України за 1996 рік / Міністерство статистики України. – Київ, Держкомстат України, 1997. – 206 с.
170. Фурман В.М. Страховий ринок України: стан, проблеми розвитку та шляхи їх розв'язання // Фінанси України. – 2004. – № 12. – С. 131–139.
171. Фурман В.М. Особливості та сутність страхового ринку // Фінанси України. – 2005. – № 11. – С. 126–131.
172. Фурман В.М. Страхування та його роль у соціально-економічних процесах // Фінанси України. – 2005. – № 8. – С. 145–152.
173. Фурман В. М. Страхування: теоретичні засади та стратегія розвитку. — К.: Наукова думка, 2006. — 334 с.
174. Хэмптон Д. Д. Финансовое управление в страховых компаниях. Пер. с англ. - М.: Анкил, 1995. - 263 с.
175. Хорин Л., Хорина Ю. Преимущества учета локальной вероятности наступления страхового случая при страховании групповых рисков // Финансовые услуги. –1997. – № 4–5. – С. 44–49.
176. Хорсткотте Х. Система страхования в Германии // Проблемы теории и практики управления. - 1996. -№ 5. - С. 82-88.
177. Хорн Дж. К. Ван. Основы управления финансами: Пер. с англ. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 246 с.
178. Царегородцев А.Д. Оптимизация работы учреждений здравоохранения федерального подчинения // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1 (51). – С. 28-29.
179. Шахов В.В. Введение в страхование. – М.: Финансы и статистика, 1992. – 156 с.
180. Шахов В.В. Страхование как самостоятельная экономическая категория



// Вестник финансовой академии. – 1998. – № 1 – С. 17–24.

181. Шахов В.В. Страхование: Учебник для вузов. – М.: Страховой полис, ЮНИТИ, 1997. – 311 с.
182. Шевелев И.И. Экономические методы компенсации воздействия загрязнения окружающей среды на здоровье населения. – Сумы: Издательство “Козацький вал”, 1997. – 46 с.
183. Шелехов К.В., Бігдаш В.Д. Страхування. Страхові послуги. - К.: ІЕУГП, 2000. - 268 с.
184. Шиминова М.Я. Основы страхового права России. – М.: АНКІЛ, 1993. – 243 с.
185. Шиминова М.Я. Страхование – неотъемлемый компонент рыночной экономики // Хозяйство и право. –1994. – № 9. – С.30-41.
186. Шленская Н.В. Ценообразование на медицинские услуги и тарифная политика в системе ОМС Москвы // Медицина труда и пром. экология. – 2000. – № 9. – С. 44-48.
187. Шоргин С. Я. Оценка вероятности разорения и страховых тарифов при прогнозировании страховой деятельности на длительный период // Финансы. - 1997. - № 9. - С. 46 – 49.
188. Экономическая теория – хозяйственной практике / С.Н.Марась, В.И.Панченко, А.К.Покрытан, Г.П.Солодков.– М.: Экономика, 1990.– 238с.
189. Энциклопедия по безопасности и гигиене труда. Пер. с англ. Редкол. Советского изд.: гл.ред. А.П.Бирюкова; А.П.Брежнев, Н.Ф.Измеров, М.М.Кравченко и др. – Т.1. А–Ж. – М.: Профиздат, 1985. – 696 с.
190. Янчишен В. Нормативне регулювання діяльності страхових організацій в Україні // Підприємництво, господарство і право. -1997. - №2, с.12-17.
191. Янчишен В. Система личного страхования в Украине // Предпринимательство, хозяйство и право. - 1997. - № 10. - С. 24-30.



192. Brumback C.L., Malecki J.M. Health care reform and the role of public health agencies // J.Publ. Hlth Policy. – 1996. – Vol.17, N 2. – P.153–169.
193. Declich G. Theory of the Term Structure of Interest Rates. *Econometrica* 53 (2), 1985, p.385–407.
194. Elders M.J. The role of public health in improving the health of America // J.Publ. Hlth Policy. – 1995. – Vol. 16, N 2. – P.133–140.
195. Immergut E.M. Health politics, interests and institutions Western Europe.– New York: Cambridge Univ. Press, 1992.– 336 p. /Publ. Hlth Policy.– 1995.– Vol.16, №1.– P.116–118
196. Thompson A., Formby J. Economics of the Firm. – Prentice – Hall International, N. –Y., 1993. – 549 p.



Державний вищий навчальний заклад
"УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ"

State Higher Educational Institution
"UKRAINIAN ACADEMY OF BANKING
OF THE NATIONAL BANK OF UKRAINE"

Глуховский р-н	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конотопский р-н	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Краснопольский р-н	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кролевецкий р-н	8	-	-	-	2	5	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Лебединский р-н	16	2	2	-	-	4	-	-	-	-	5	-	-	-	3
Л-Долинский р-н	4	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Недригайловский р-н	6	1	3	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ахтырский р-н	5	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Путивльсий р-н	5	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Роменский р-н	5	1	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
С-Будский р-н	4	-	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Сумской р-н	28	6	7	1	1	4	-	1	-	-	4	-	-	-	5
Тростянецкий р-н	21	-	5	3	7	3	-	-	-	-	2	-	1	-	3
Шосткинский р-н	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ямпольский р-н	7	-	3	1	1	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-

Державний вищий навчальний заклад
 «УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ»
 НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ



Таблица А.2 - Производственный травматизм по отраслям

	<i>Количество потерпевших, чел</i>						<i>Уровень травматизма (на 1000 работающих)</i>					
	<i>ВСЕГО со смерт. исходом</i>			<i>в т.ч. женщины со смерт. исходом</i>			<i>Всего</i>			<i>в т.ч. со смерт. исходом</i>		
	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
По области - всего	<u>1982</u> 50	<u>1525</u> 50	<u>1268</u> 41	<u>453</u> 4	<u>371</u> 2	<u>299</u> 2	3,7	3,0	2,7	0,094	0,099	0,085
в т.ч. по отраслям промышленность	<u>644</u> 12	<u>499</u> 10	<u>473</u> 13	<u>124</u> 3	<u>91</u> -	<u>102</u> -	3,8	3,3	3,2	0,071	0,066	0,089
сельское хозяйство	<u>1067</u> 25	<u>805</u> 28	<u>587</u> 18	<u>267</u> 1	<u>212</u> 2	<u>131</u> 1	7,3	6,1	4,7	0,171	0,210	0,143
в т.ч. КСП	<u>919</u> 23	<u>720</u> 22	<u>536</u> 18	<u>225</u> 1	<u>190</u> 1	<u>116</u> 1	7,8	6,3	4,8	0,196	0,192	0,162
транспорт	<u>39</u> 5	<u>34</u> 3	<u>21</u> 1	<u>3</u> -	<u>11</u> -	<u>4</u> -	1,5	1,4	1,0	0,198	0,120	0,050
строительство	<u>76</u> 3	<u>59</u> 2	<u>56</u> 1	<u>7</u> -	<u>11</u> -	<u>5</u> -	2,9	2,6	2,5	0,113	0,087	0,046
прочие	<u>156</u> 5	<u>128</u> 7	<u>131</u> 8	<u>52</u> -	<u>46</u> -	<u>57</u> 1	0,9	0,7	0,8	0,030	0,040	0,045



Таблица А.3 - Распределение количества потерпевших на производстве по основным причинам несчастных случаев по Сумской области в 2005 г.

Название	Всего потерпевших	В том числе															
		Конструктивные недостатки, несовершенство, недостаточная надежность машин	Несовершенство, несоответствие требованиям безопасности технологического процесса	Неудовлетворительное техническое состояние производственных объектов, зданий, сооружений, территории, средств производства и транс-портных средств	Прочие технические причины	Недостатки в обучении безопасным приемам труда	Нарушение режима труда и отдыха	Отсутствие или неудовлетворительное проведение медицинского обследования	Неиспользование или отсутствие средств индивидуальной защиты	Нарушение технологического процесса	Нарушение требований безопасности в процессе эксплуатации оборудования, машин, механизмов и т.д.	Нарушение правил дорожного движения	Нарушение трудовой и производственной дисциплины	Прочие организационные причины	Алкогольное, наркотическое опьянение, токсическое отравление	Прочие психофизические причины	Прочие причины
Всего	594	26	17	36	62	23	1	-	21	17	175	13	34	50	4	43	72
Областные орг-ции	4	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
г.Сумы	366	14	7	25	52	11	-	-	18	4	104	8	11	26	-	43	43
г.Глухов	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
г.Конотоп	30	4	-	1	-	-	-	-	-	1	11	-	7	2	1	-	3
г.Лебедин	17	1	1	1	2	-	-	-	-	1	5	1	3	1	-	-	1
г.Ахтырка	10	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3	-	-	2	-	-	3
г.Ромны	7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-	-	-	-
г.Шостка	17	-	-	-	-	1	1	-	1	2	6	-	1	1	-	-	4
Белопольский р-н	19	-	1	1	1	1	-	-	-	2	8	-	-	5	-	-	-
Бурыньский р-н	7	1	2	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-
В-Писаревский р-н	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Глуховский р-н	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Конотопский р-н	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Краснопольский р-н	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Кролевецкий р-н	8	-	-	-	-	1	-	-	-	2	4	-	-	-	1	-	-
Лебединский р-н	16	1	2	2	1	1	-	-	-	2	3	2	-	1	-	-	1
Л-Долинский р-н	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-
Недригайловский р-н	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	2
Ахтырский р-н	5	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1
Путивльский р-н	5	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-
Роменский р-н	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-
С-Будский р-н	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-
Сумской р-н	28	-	1	2	3	3	-	-	-	-	10	-	3	2	-	-	4
Тростянецкий р-н	21	3	1	-	-	1	-	-	1	-	3	-	1	4	-	-	7
Шосткинский р-н	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ямпольский р-н	7	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1

Таблица А.4 -Численность работников, занятых в отдельных отраслях народного хозяйства Сумской области в условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам

Отрасли	Годы					
	2003		2004		2005	
	Всего, чел.	В % от общей численно- сти ра- ботников отрасли	Всего, чел.	В % от общей числен- ности ра- ботников отрасли	Всего, чел.	В % от общей числен- ности ра- ботников отрасли
Сельское хозяйство	11046	17,9	7704	15,2	4058	10,2
Промышленность, в том числе:	31841	32,9	29161	30,3	30723	32,5
▪ химическая и нефтехимическая	12481	62,6	7109	60,6	6164	53,0
▪ производство неметаллических минеральных изделий (стройматериалов, стеклоизделий)	700	31,5	552	22,5	669	27,3
▪ металлургия и металлообработка	605	30,1	615	30,8	786	36,8
▪ машиностроение, ремонт и монтаж машин и оборудования	11824	27,7	11654	27,6	11434	28,0
▪ производство и распределение электроэнергии, воды, газа	3545	29,4	2445	21,7	3707	31,1
Строительство	2196	24,2	1053	13,2	1296	16,6
Транспорт	4146	17,2	4591	18,8	4965	20,9
Всего:	49229	25,7	42509	23,7	41042	24,7



Таблица А.5 - Распределение количества потерпевших при несчастных случаях на производстве по основным факторам и причинам несчастных случаев

Основные факторы и причины несчастных случаев	Количество потерпевших с потерей трудоспособности на 1 рабочий день и больше и со смертельным исходом, чел.							
	Всего		В т.ч. со смертельным исходом		Всего		В т.ч. со смертельным исходом	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
Всего потерпевших	2586	1268	45	41	100	100	100	100
<u>Травмирующие факторы:</u>								
▪ Дорожно-транспортные происшествия	78	40	10	7	3,0	3,2	22,3	17,1
▪ Падение потерпевшего с высоты	244	118	2	8	9,4	9,3	4,5	19,5
▪ Падение, обрушения, обвалы предметов, материалов, грунта и т.д.	543	266	9	3	21,0	21,0	20,0	7,3
▪ Действие движущихся, разлетающихся, вращающихся предметов	576	349	6	7	22,3	27,5	13,3	17,1
▪ Поражение электрическим током	21	4	2	2	0,8	0,3	4,4	4,9
▪ Влияние экстремальных температур	119	36	4	-	4,6	2,8	8,9	-
▪ Влияние вредных веществ	40	18	-	4	1,6	1,4	-	9,7
▪ Физические перегрузки	11	6	-	-	0,4	0,5	-	-
▪ Нервно-психические перегрузки	1	1	-	-	0,1	0,1	-	-
▪ Повреждения вследствие контакта с животными, насекомыми и другими представителями флоры и фауны	305	108	1	5	11,8	8,5	2,2	12,6
▪ Пожары	3	4	-	2	0,1	0,3	-	4,9
▪ Прочие факторы	644	318	11	3	24,9	25,1	24,5	7,3



Продолжение таблицы А.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Причины несчастных случаев								
▪ Конструктивные недостатки, недостаточная надежность машин, механизмов и оборудования	126	61	1	6	4,9	4,8	2,2	14,7
▪ Эксплуатация неисправных машин, оборудования	86	45	2	1	3,3	3,6	4,5	2,4
▪ Несовершенство технологического процесса	102	53	-	2	3,9	4,2	-	4,9
▪ Нарушение технологического процесса	236	120	3	1	9,1	9,5	6,7	2,4
▪ Нарушение требований безопасности при эксплуатации транспортных средств	174	84	8	2	6,7	6,6	17,8	4,9
▪ Нарушение правил дорожного движения	36	17	4	3	1,4	1,3	8,9	7,3
▪ Неудовлетворительная организация работ	234	115	6	6	9,1	9,1	13,3	14,7
▪ Неудовлетворительное содержание и организация рабочих мест	258	109	2	1	10,0	8,6	4,4	2,4
▪ Неудовлетворительное техническое состояние зданий, сооружений	107	84	-	1	4,1	6,6	-	2,4
▪ Недостатки в обучении безопасным приемам труда	203	81	-	3	7,9	6,4	-	7,3
▪ Неприменение средств индивидуальной защиты	142	70	1	2	5,5	5,5	2,2	4,9
▪ Нарушение правил пожарной безопасности	7	3	-	3	0,3	0,2	-	7,3
▪ Нарушение трудовой и производственной дисциплины	146	62	4	6	5,6	4,9	8,9	14,7
▪ Отсутствие целевого инструктажа перед работой	20	19	1	-	0,8	1,5	2,2	-
▪ Прочие	709	345	13	4	27,4	27,2	28,9	9,7



Таблица А.6 - Данные о количестве выплат по травмам застрахованных лиц от несчастного случая по Сумской области за 2005 г.

Месяцы	Производственная травма	Бытовая травма	Пол		Сумма выплат, грн.	
			Мужской	Женский	по производственной травме	по бытовой травме
Январь	7	12	13	6	475	540
Февраль	8	15	20	3	366	482
Март	6	17	15	8	985	1105
Апрель	2	7	8	1	55	983
Май	5	10	9	6	415	499
Июнь	1	13	12	2	30	904
Июль	2	8	9	1	100	305
Август	6	8	9	5	310	496
Сентябрь	3	10	11	2	295	147
Октябрь	5	18	19	4	295	431
Ноябрь	3	9	9	3	80	883
Декабрь	9	12	17	4	680	595



Таблица А.7 - Количество дней нетрудоспособности, обусловленных производственным травматизмом

	Количество человеко-дней нетрудоспособности								
	Всего			в том числе					
				на 1-го потерпевшего			на 1000 работающих		
	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
По области - всего	47515	40073	31963	24,0	26,3	25,2	89,2	79,4	69,7
в т.ч. промышленность	13382	11262	9595	20,8	22,6	20,3	78,7	74,9	65,9
сельское хозяйство	25883	21488	16650	24,3	26,7	28,4	177,1	161,5	131,9
в т.ч. КСП	22480	18899	14958	24,5	26,2	27,9	191,3	165,2	134,6
Транспорт	910	1046	397	23,3	30,8	18,9	36,0	42,0	19,8
Строительство	2945	1790	1852	38,3	30,3	33,1	111,2	77,7	84,3
Прочие	4395	4487	3469	28,2	35,1	26,5	26,7	26,9	22,1



Таблица А.8 - Травматизм на производстве в Сумской области

<i>Показатели</i>	<i>Годы</i>					
	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Количество потерпевших с потерей трудоспособности га 1 рабочий день и больше и со смертельным исходом, чел.						
Всего	4617	4128	2586	1982	1525	1268
На 1000 работающих	6,9	6,5	4,6	3,7	3,0	2,7
Количество потерпевших со смертельным исходом, чел.						
Всего	75	82	45	50	50	41
На 1000 работающих	0,112	0,127	0,073	0,094	0,099	0,087
Количество человеко-дней нетрудоспособности у потерпевших с потерей трудоспособности на 1 день и больше, тысяч чел.-дней						
Всего	96,3	86,0	60,7	47,5	40,1	32,0
На 1000 работающих	143,5	134,7	108,9	89,2	79,4	67,9



Таблица А.9 - Статистические данные об уровне пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий в Сумской области

Район	ДТП				Погибло				Ранено			
	2004 г.	2005 г.	В % к 2005 г.	В % по всем ДТП	2004 г.	2005 г.	В % к 2005 г.	В % по всем ДТП	2004 г.	2005 г.	В % к 2005 г.	В % по всем ДТП
Ахтырский	32	37	115,6	69,8	2	3	150,0	37,5	41	43	104,9	76,8
Белопольский	27	20	74,1	74,1	2	3	150,0	75,0	30	23	76,7	76,7
Буринский	11	8	72,7	100,0	3	2	66,7	100,0	12	9	75,0	100,0
В.-Писаревский	10	6	60,0	100,0	3	1	33,3	100,0	9	5	55,6	100,0
Глуховский	25	13	52,0	68,4	2	3	150,0	75,0	29	13	44,8	72,2
Кролевецкий	13	15	115,4	71,4	3	3	100,0	75,0	14	12	85,7	70,6
г.Конотоп	33	35	106,1	67,3	8	4	50,0	80,0	29	38	131,0	70,4
Конотопский РОВД	6	12	200,0	92,3	-	1	0,0	100,0	8	13	162,5	92,9
Краснопольский	8	10	125,0	76,9	1	3	300,0	75,0	8	7	87,5	77,8
Лебединский	25	18	72,0	81,8	1	1	100,0	100,0	31	22	71,0	84,6
Л.-Долинский	9	12	133,3	100,0	2	1	50,0	100,0	9	13	144,4	100,0
Недригайловский	10	8	80,0	100,0	1	1	100,0	100,0	10	7	70,0	100,0
Путивльский	9	9	100,0	100,0	1	1	100,0	100,0	11	9	81,8	100,0
Роменский	43	25	58,1	61,0	4	2	50,0	50,0	52	30	57,7	68,2
г.Сумы	182	137	75,3	65,9	14	9	64,3	64,3	216	172	79,6	72,0
Сумский РОВД	31	28	90,3	84,8	5	11	220,0	100,0	43	25	58,1	83,3
С.-Будский	11	9	81,8	100,0	4	1	25,0	100,0	13	10	76,9	100,0
Тростянецкий	19	19	100,0	70,4	3	-	0,0	0,0	18	22	122,2	78,6
г.Шостка	31	23	74,2	71,9	3	3	100,0	75,0	32	24	75,0	75,0
Шоскинский РОВД	14	15	107,1	88,2	5	5	100,0	100,0	19	23	121,1	92,0
Ямпольский	11	12	109,1	92,3	4	2	50,0	100,0	10	16	160,0	94,1
Всего по районам	560	471	84,1	73,1	71	60	84,5	75,0	144	536	83,2	77,5
Ахтырский ОДМ	30	32	106,7	88,9	7	8	114,3	100,0	49	44	89,8	89,8
Глуховский ОДМ	35	33	94,3	97,1	8	7	87,5	100,0	45	52	115,6	98,1
Конотопский ОДМ	13	10	76,9	71,4	4	-	0,0	0,0	20	17	85,0	81,0
Роменский ОДМ	21	20	95,2	87,0	4	8	200,0	80,0	28	24	85,7	96,0
Сумский ОДМ	39	42	107,7	85,7	6	2	33,3	40,0	62	54	87,1	83,1
Шосткинский ОДМ	8	9	112,5	90,0	-	-	0,0	0,0	10	14	140,0	93,3
Всего по ОДМ	146	146	100,0	88,0	29	25	86,2	83,3	214	205	95,8	89,0
Всего по области	706	617	87,4	76,2	100	85	85,0	77,3	858	741	86,4	80,5



Таблица А.10 - Статистические данные об уровне дорожно-транспортного травматизма в Сумской области

Район	Автомобили государственного значения				Автомобили государственного значения				Другие автомобили			
	2004 г.	2005 г.	В % к 2005 г.	В % по всем ДТП	2004 г.	2005 г.	В % к 2005 г.	В % по всем ДТП	2004 г.	2005 г.	В % к 2005 г.	В % по всем ДТП
Ахтырский	-	-	0,0	0,0	1	100,0	100,0	1,9	7	6	85,7	11,3
Белопольский	-	-	0,0	0,0	5	1	20,0	3,6	7	6	85,7	21,4
Буринский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	4	4	100,0	50,0
В.-Писаревский	-	-										
Глуховский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	9	4	44,4	21,1
Кролевецкий	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	7	6	85,7	28,6
г.Конотоп	-	-										
Конотопский РОВД	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	3	4	133,3	30,8
Краснопольский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	5	1	20,0	7,7
Лебединский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	13	5	38,5	22,7
Л.-Долинский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	2	2	100,0	16,7
Недригайловский	-	-			1				2			
Путивльский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	1	1	100,0	11,1
Роменский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	12	1	8,3	2,4
г.Сумы	-	-										
Сумский РОВД	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	22	15	68,2	45,5
С.-Будский	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	7	3	42,9	33,3
Тростянецкий	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	4	3	75,0	11,1
г.Шостка	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	11	10	90,9	58,8
Шоскинский РОВД	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	4	3	75,0	23,1
Ямпольский	-	-	0,0	0,0	11	2	18,2	0,3	125	74	59,2	11,5
Всего по районам	-	-	0,0	0,0	11	2	18,2	0,3	125	74	59,2	11,5
Ахтырский ОДМ	-	-	0,0	0,0	32	36	112,5	100,0	-	-	0,0	0,0
Глуховский ОДМ	23	16	69,6	47,1	19	17	89,5	50,0	-	1	0,0	2,9
Конотопский ОДМ	-	-	0,0	0,0	18	14	77,8	100,0	-	-	0,0	0,0
Роменский ОДМ	-	1	0,0	4,3	23	21	91,3	91,3	-	-	0,0	0,0
Сумский ОДМ	-	-	0,0	0,0	44	46	104,5	93,9	3	2	66,7	4,1
Шосткинский ОДМ	-	-	0,0	0,0	11	9	81,8	90,0	-	-	0,0	0,0
Всего по ОДМ	23	17	73,9	10,2	147	143	97,3	86,1	3	3	100,0	1,8
Всего по области	23	17	73,9	2,1	158	145	91,8	17,9	128	77	60,2	9,5



ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Исходные данные для моделирования зависимости производственного и дорожно-транспортного травматизма от возраста пострадавших

**Таблица Б.1 - Зависимость количества несчастных случаев от возраста
по отдельным цехам СМПО им.Фрунзе за пятилетний период**

<i>Возраст, лет</i>	<i>Цех № 6</i>	<i>Цех № 8</i>	<i>Возраст, лет</i>	<i>Цех № 6</i>	<i>Цех № 8</i>
16	-	-	41	-	5
17	2	2	42	3	-
18	4	6	43	1	3
19	-	3	44	1	1
20	3	1	45	1	1
21	7	5	46	-	2
22	18	9	47	3	2
23	5	3	48	1	2
24	4	8	49	1	-
25	5	6	50	4	1
26	4	6	51	2	-
27	1	5	52	-	4
28	3	-	53	1	-
29	4	5	54	2	2
30	1	4	55	2	-
31	4	1	56	2	-
32	1	3	57	-	-
33	1	1	58	1	-
34	1	2	59	1	-
35	-	2	60	1	-
36	1	4	61	-	-
37	-	3	62	-	-
38	1	2	63	-	-
39	2	7	64	-	-
40	3	9	65	1	-

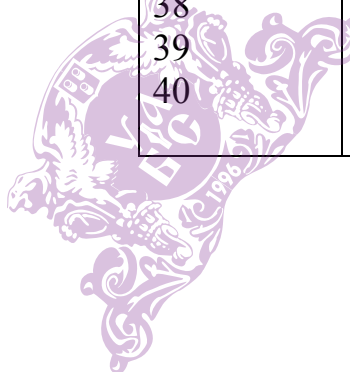


Таблица В.2 - Группировка количества пострадавших от несчастных случаев на производстве в зависимости от возраста по СМПО им.Фрунзе

<i>Возрастная группа, лет</i>	<i>Средний возраст, лет</i>	<i>Количество несчастных случаев</i>	<i>Количество работающих, чел.</i>	<i>Количество н.с. на 1000 работающих</i>
16-20	18	21	857	24,5
21-25	23	70	2847	24,6
26-30	28	33	3854	8,6
31-35	33	16	3189	5,0
36-40	38	32	2267	14,1
41-45	43	16	1930	8,3
46-50	48	16	2603	6,1
51-55	53	13	1289	10,1
56-60	58	5	1693	3,0
61-65	63	1	288	3,5



ПРИЛОЖЕНИЕ В

Расчет стоимости лечения в ортопедо-травмотологическом отделении Сумской ЦРБ

Таблица Б.1 - Затраты на мероприятия по охране труда в 2005 году по Сумской области

Название	Израсходовано, тыс.грн.		На 1 работающего, грн.	
	Всего	В т.ч. по коллект. договорам	Всего	В т.ч. по коллект. договорам
Всего	14980	7898	32	17
Областные орг-ции	476	158	80	26
г.Сумы	6089	3687	52	32
г.Глухов	124	59	11	5
г.Конотоп	1440	351	41	10
г.Лебедин	170	145	17	14
г.Ахтырка	1715	865	94	48
г.Ромены	666	403	37	22
г.Шостка	740	104	24	3
Белопольский р-н	230	77	12	4
Бурынський р-н	169	128	12	9
В-Писаревский р-н	55	54	6	6
Глуховский р-н	154	102	14	9
Конотопский р-н	189	136	15	11
Краснопольский р-н	120	89	11	8
Кролевецкий р-н	345	143	22	9
Лебединский р-н	129	92	13	9
Л-Долинский р-н	147	131	15	13
Недригайловский р-н	133	118	11	10
Ахтырский р-н	560	367	49	323
Путивльсий р-н	39	34	3	3
Роменский р-н	196	119	13	8
С-Будский р-н	58	34	8	5
Сумской р-н	243	160	12	8
Тростянецкий р-н	568	206	38	14
Шосткинський р-н	61	47	7	5
Ямпольский р-н	165	91	17	9

Таблица Б.2 - Расчет затрат на медикаменты и расходные материалы при оказании первичной помощи в ортопедотравматологическом отделении Сумской центральной городской больницы (2005 г.)

Вид повреждения	Расходные материалы и цены, грн.																		
	Рентгено-скопия		Бинты		Марля		Вата		Шприцы		Антибиотик		Перчатки		Кутасин		Шовный материал		Всего
	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	к-во	цена	
Ушибы	1	2-00	6	4-40			3	3-24	3	0-72			1	0-40	50,0	0-80			11-56
Повреждения связок	1	2-00	6	4-40			2	2-16											8-56
Раны			7	5-15	5	3-00			3	0-36	2	1-20	3	1-20	100,0	1-60	2	1-20	13-71
Переломы без смещения:																			
- кисть	1	2-00	2	1-50			0,5	0-54											4-04
- предплечье	1	2-00	3	2-20			1	1-08											5-28
- плечо	1	2-00	4	3-00			1	1-08											6-08
- бедро	1	2-00	6	4-40			2	2-16											8-56
- голень	1	2-00	6	4-40			3	3-24											7-64
- стопа	1	2-00	4	3-00			1	1-08											6-08
Повреждение сухожилия			4	3-00			1	1-08											4-08
Вывихи суставов	2	6-00	4	3-00			3	3-24						50,0	0-80				
Переломы, требующие репозиций																			
- предплечье	4	8-00	3	2-20			1	1-08						50,0	0-80				12-08
- плечо	3	6-00	4	3-00			3	3-24						50,0	0-80				13-04
- лодыжка	5	10-00	8	6-00			2	2-16						50,0	0-80				18-96
- голень	4	8-00	5	3-70			2	2-16						50,0	0-80				14-66

