

НАЦІОНАЛЬНИЙ БАНК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
“УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ БАНКІВСЬКОЇ СПРАВИ
НАЦІОНАЛЬНОГО БАНКУ УКРАЇНИ”

ЛИСЕНКО ВАРВАРА СЕРГІЇВНА

УДК 368.041.911.5(477)(043.3)

**НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОБРОВІЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 08.00.08 – Гроші, фінанси і кредит

Автореферат дисертації
на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук

Суми – 2014

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Державному вищому навчальному закладі “Українська академія банківської справи Національного банку України”.

Науковий керівник – доктор економічних наук, професор *Козьменко Ольга Володимирівна*, Державний вищий навчальний заклад “Українська академія банківської справи Національного банку України”, професор кафедри економічної кібернетики.

Офіційні опоненти: доктор економічних наук, професор *Кравчук Ганна Вікторівна*, Чернігівський національний технологічний університет Міністерства освіти і науки України (м. Чернігів), професор кафедри фінансів;

кандидат економічних наук *Сокол Сергій Володимирович*, Харківський національний університет будівництва та архітектури (м. Харків), доцент кафедри фінансів та кредиту.

Захист дисертації відбудеться 30 січня 2015 р. о 12 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 55.081.01 у Державному вищому навчальному закладі “Українська академія банківської справи Національного банку України” за адресою: 40000, м. Суми, вул. Петропавлівська, 57, зала засідань вченої ради.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Державного вищого навчального закладу “Українська академія банківської справи Національного банку України” за адресою: 40000, м. Суми, вул. Покровська, 9/1.

Автореферат розісланий “26” грудня 2014 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор економічних наук, доцент

Т. Г. Савченко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми дослідження. В результаті реалізації страховими компаніями (СК) своїх продуктів вони здатні акумулювати та перерозподіляти значні фінансові ресурси фізичних та юридичних осіб. Сьогодні одним із найбільш недооцінених на українському ринку страхових продуктів залишається добровільне медичне страхування (ДМС) – менше 5 % населення України покрито даним видом страхування. При цьому ДМС направлене на оптимізацію медичних витрат застрахованої особи, а як страховий продукт його можна розглядати як джерело додаткових фінансових надходжень до страхової компанії. В рамках скорочення бюджетних витрат, коли відбувається пошук нових джерел фінансування економіки і соціальної сфери, розвиток ДМС дозволив би оновити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я і підійти до вирішення ряду проблем, пов'язаних зі зниженням рівнів захворюваності населення на ті чи інші хвороби. Таким чином, виникає необхідність у створенні сприятливого науково-методичного забезпечення, організаційно-правового поля для розвитку добровільного медичного страхування.

Виходячи з цього, особливої актуальності набуває питання розвитку ДМС та розробки напрямків з його впровадження як стратегічно важливого страхового продукту на вітчизняному ринку.

Теоретико-методологічні засади розвитку страхування, і в тому числі добровільного медичного страхування, та практичні аспекти його реалізації відображені у роботах таких вітчизняних дослідників, як В. Д. Базилевич, Г. Л. Вознюк, Ю. П. Гришан, О. М. Залетов, Н. І. Карпишин, О. В. Козьменко, Г. В. Кравчук, О. В. Манжосова, С. С. Осадець, В. Й. Плиса, Т. В. Яворська та інші. Значну увагу питанням участі страхових компаній у фінансуванні охорони здоров'я приділяють у своїх працях також російські та інші зарубіжні дослідники, такі як М. Борда (M. Borda), Н. Б. Грищенко, Т. С. Джост (T. S. Jost), В. А. Клевно, С. Лазарус (S. Lazarus), Е. Моссіалос (E. Mossialos), Р. Салтман (R. Saltman), С. Томпсон (S. Thomson), А. Хоффман (A. Hoffman) та інші.

У той же час узагальнення досліджень з даної проблематики та аналіз сучасного стану українського ринку ДМС дозволяють зробити висновок про наявність певних прогалин у науково-методичному забезпеченні розвитку ДМС. Саме тому, на думку автора, потребують більш детального розгляду питання, пов'язані з: організацією ДМС в Україні; формуванням методичних засад участі страхових компаній у генерації фінансових потоків у сфері охорони здоров'я; системою організаційно-правового забезпечення ДМС; залученням коштів в рамках програм ДМС в Україні. Необхідність вирішення вказаних проблем та недостатній рівень їх теоретико-методологічного обґрунтування обумовили вибір теми, мети та завдань дисертаційної роботи, підкреслюють значущість теоретичних і практичних рекомендацій.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота узгоджується з пріоритетними напрямками наукових досліджень ДВНЗ “Українська академія банківської справи Національного банку України”. Зокрема, у процесі виконання теми “Формування страхового ринку України в контексті сталого розвитку” (номер державної реєстрації 0107U0123113) використано пропозиції автора щодо організації системи державного регулювання, нагляду та контролю за діяльністю страхових компаній на ринку ДМС України; “Конкурентоспроможність національної економіки в умовах євроінтеграції” (номер державної реєстрації 0111U009459) – рекомендації щодо залучення України до світових потоків медичного туризму як одного із аспектів добровільного медичного страхування.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є розвиток теоретичного підґрунтя та методичного забезпечення діяльності страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування.

Поставлена мета дисертаційного дослідження зумовила доцільність вирішення таких завдань:

- узагальнити теоретичну базу впровадження добровільного медичного страхування;
- дослідити організаційно-економічний механізм реалізації ДМС;
- проаналізувати сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку продуктів ДМС в контексті існуючої системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та за кордоном;
- провести формалізацію відносин між страховими компаніями, застрахованими особами, провайдерами медичних послуг та державою;
- розробити науково-методичний підхід до визначення можливостей розвитку ДМС шляхом оцінки ефективності функціонування галузі охорони здоров'я в країні;
- запропонувати методичні рекомендації щодо оцінювання ємності ринку добровільного медичного страхування;
- обґрунтувати доцільність розробки страхових продуктів з ДМС;
- систематизувати нормативно-правове підґрунтя відносин, які виникають при реалізації програм ДМС.

Об'єктом дослідження є економічні відносини, які виникають у процесі надання послуг добровільного медичного страхування.

Предметом дослідження є теоретичні аспекти і науково-методичне забезпечення процесу діяльності страхових компаній на ринку ДМС.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертаційної роботи виступають фундаментальні положення теорії фінансів та страхування, теорії маркетингу, а також наукові праці вчених-економістів з дослідження реалізації продуктів добровільного медичного страхування страховими компаніями.

У процесі дослідження застосовувалися наступні методи наукового пізнання: загальнонаукові (аналіз, синтез, групування) – при уточненні категоріально-

понятійного апарату дослідження ДМС; логічне узагальнення – при визначенні характеристик ДМС як страхового продукту; порівняльний і статистичний аналізи – при дослідженні ролі ДМС у різних моделях фінансування охорони здоров'я; структурний, кореляційно-регресійний та авторегресійний види аналізу – при удосконаленні методології оцінки систем охорони здоров'я країн світу; економіко-математичне моделювання (теорія ігор, метод головних компонент та аналіз часових рядів) – при розробці підходу до оцінювання ринку ДМС та індивідуалізації полісів ДМС.

Інформаційну та фактологічну базу наукового дослідження склали закони України; офіційні дані Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг; аналітичні огляди та звітні дані Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, Європейської страхової та перестрахової асоціації (СЕА), Швейцарської перестрахової компанії "SwissRe", Державної служби статистики України, Ліги страхових організацій України, Світового банку, Всесвітньої організації охорони здоров'я та інших організацій; укази Президента України; нормативні акти Кабінету Міністрів України; статистичні звіти науково-дослідних установ та наукові публікації вітчизняних та закордонних дослідників з питань страхування та фінансування охорони здоров'я.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у поглибленні існуючих та обґрунтуванні і розробці нових науково-методичних підходів та практичних рекомендацій щодо діяльності страхових компаній на ринку ДМС України.

До найбільш істотних результатів, що визначають наукову новизну дисертаційного дослідження, належать наступні положення:

вперше:

- запропоновано науково-методичний підхід до інтервальної оцінки ємності ринку добровільного медичного страхування шляхом обчислення його ринкового та збутового потенціалів з використанням методів математичного аналізу та теорії ігор, що дозволяє виявити резерви збільшення обсягу реалізації продуктів ДМС страховими компаніями в Україні та залучити додаткові інвестиційні ресурси в систему охорони здоров'я;

удосконалено:

- методичні положення щодо вибору стратегії розвитку ДМС в країні як співвідношення суми та добутку параметрів системи взаємозалежних множинних лінійних регресійних рівнянь впливу показників, що характеризують фінансування медичної сфери та страхового сектора, на індикатори розвитку економіки країни;
- науково-методичний підхід до оптимізації розміру премій за продуктами ДМС з урахуванням завдання мінімізації гарантовано досяжного ринкового потенціалу та максимізації можливого збутового потенціалу відповідних продуктів ДМС, що сформований шляхом побудови платіжної матриці ефективності функціонування системи охорони здоров'я в країні шляхом застосування методу нелінійного програмування. Це дозволило виявити допустимий

рівень волатильності рівня премій за продуктами ДМС, дотримання якого є фактором забезпечення фінансової стійкості страхової компанії у стратегічній перспективі;

- методичні засади щодо індивідуалізації страхових полісів за рахунок визначення ризик-факторів для здоров'я застрахованої особи шляхом побудови дистрибутивно-лагових моделей залежності середньої тривалості життя населення України від визначених факторів з використанням методу головних компонент та авторегресійного аналізу. Це надає можливість ефективно ідентифікувати специфічні особливості страхових продуктів ДМС як фактора зростання платоспроможного попиту на ринку добровільного медичного страхування;

набули подальшого розвитку:

- формалізація фінансових потоків між суб'єктами ринку ДМС, що дозволило за допомогою застосування інструментарію моделювання структурними рівняннями кількісно та якісно оцінити вплив структури і обсягів фінансових потоків, утворених в країні внаслідок здійснення страхової діяльності та надання медичних послуг в рамках програм ДМС, на обсяг ВВП на душу населення та доданої вартості послуг, як частки ВВП країни;
- визначення медичного страхування, під яким запропоновано розуміти вид особистого страхування, метою якого є оптимізація джерел фінансування медичних витрат, пов'язаних із погіршенням стану здоров'я застрахованої особи завдяки участі страхових компаній у фінансуванні надання медичної допомоги у визначених в договорі лікувально-профілактичних закладах в рамках попередньо накопичених страхових фондів. На відміну від існуючих, наведене визначення дозволяє в повному обсязі відобразити сторони, задіяні в процесі реалізації даного виду страхування (страхові компанії, застраховані особи та провайдери медичних послуг);
- теоретичні положення системи державного регулювання, нагляду та контролю за реалізацією продуктів ДМС в Україні, а саме за наступними напрямками: захист інтересів учасників ринку ДМС; забезпечення транспарентності реімбурсації медичних витрат; удосконалення юридичного поля для існування взаємовідносин на ринку ДМС; адаптація вітчизняного страхового законодавства до міжнародних регуляторних актів; розробка заходів щодо стимулювання як внутрішнього, так і транскордонного переміщення пацієнтів в рамках програм ДМС.

Практичне значення одержаних результатів дисертаційної роботи полягає у використанні теоретичних, науково-методичних положень та практичних рекомендацій у діяльності СК, органів державного регулювання та нагляду у сфері ринку фінансових послуг та у навчальному процесі вищих навчальних закладів.

Науково-методичні положення дисертаційної роботи щодо вибору страховою компанією стратегії розвитку добровільного медичного страхування в країні були використані при підготовці аналітичних звітів щодо перспектив

розвитку ДМС на вітчизняному страховому ринку (довідка від 08.12.2014 № 758/III-6). Методичні рекомендації щодо визначення ємності ринку добровільного медичного страхування прийняті до впровадження ПАТ СК “Місто” при розробці планів щодо реалізації страхового продукту ДМС на роздрібному ринку м. Вінниця (довідка від 23.05.2014 № 01/230514). Пропозиції щодо індивідуалізації страхових полісів за рахунок визначення ризик-факторів для здоров’я застрахованої особи знайшли практичне застосування для реальної бізнес-моделі ПрАТ “СК “ЕйгонЛайф Україна” (довідка від 13.10.2014 №1627/02).

Одержані дисертантом наукові результати використовуються в навчальному процесі ДВНЗ “Українська академія банківської справи Національного банку України” при викладанні дисциплін: “Страхування”, “Страхові послуги” та “Економіко-математичні методи і моделі (економетрика)” (акт від 05.09.2014).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження є самостійно виконаною науковою роботою. Наукові положення, висновки і рекомендації, які виносяться на захист, одержані автором самостійно і відображені в опублікованих працях. Результати, опубліковані дисертантом у співавторстві, використані у дисертаційній роботі лише в межах особистого внеску.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційного дослідження оприлюднені, обговорювались і отримали схвальну оцінку на науково-практичних конференціях, серед яких: XIV Міжнародна науково-практична конференція аспірантів та студентів “Проблеми розвитку фінансової системи України в умовах глобалізації” (2012 р., м. Сімферополь); Міжнародна науково-практична конференція “Страховий ринок України в умовах фінансової глобалізації” (2012 р., м. Київ); XV Всеукраїнська науково-практична конференція “Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України” (2012 р., м. Суми); Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція “Актуальні проблеми економіки та управління в сучасних соціально-економічних умовах” (2013 р., м. Дніпропетровськ); Міжнародна науково-практична конференція “Інноваційний потенціал економіки: сучасні концепції формування та управління” (2013 р.), Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні проблеми економіки та управління сучасної України” (2014 р., м. Ужгород).

Публікації. Основні наукові положення, висновки і результати дисертаційного дослідження опубліковано в 16 наукових працях загальним обсягом 9,98 друк. арк., з яких особисто автору належать 5,8 друк. арк., у тому числі 2 підрозділи у колективних монографіях, 6 статей у фахових виданнях України, 1 стаття у зарубіжному науковому виданні, включеному до міжнародних наукометричних баз, 6 публікацій у збірниках матеріалів конференцій.

Структура і зміст роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг дисертації становить 270 сторінок, в тому числі: основного тексту 182 сторінки, 31 таблиця, 35 рисунків, 10 додатків, список використаних джерел з 248 найменувань.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У **вступі** обґрунтовано актуальність теми дисертаційної роботи, визначено, мету, завдання, об'єкт, предмет та методи дослідження, висвітлено наукову новизну та практичне значення одержаних результатів, визначено зв'язок дисертації з науковими програмами і темами, наведено інформацію про апробацію результатів дослідження.

У першому розділі **“Теоретичні основи реалізації добровільного медичного страхування на страховому ринку України”** систематизовано підходи до розуміння сутності медичного страхування, його видів, функцій; досліджено місце ДМС в існуючих моделях фінансування систем охорони здоров'я країн світу (модель Бісмарка, модель Беверіджа і приватно-страхова модель); визначено особливості ДМС як страхового продукту; здійснено огляд українського ринку ДМС та сформульовано перспективи реалізації даного страхового продукту в нашій державі.

В результаті систематизації та аналізу наукових поглядів на сутність медичного страхування автор пропонує розуміти його як один із видів особистого страхування, метою якого є оптимізація витрат, які виникають у разі погіршення стану здоров'я застрахованої особи з будь-якої причини завдяки участі страхових компаній у фінансуванні надання медичної допомоги у визначених в договорі лікувально-профілактичних закладах в рамках попередньо накопичених страхових фондів.

Досліджено форми функціонування медичного страхування (обов'язкове та добровільне), визначено особливості їх реалізації, виділено ключові відмінності між ними у розрізі задач, які вирішуються, характеристики платників страхових внесків, моделей використання доходів, отриманих при реалізації даних видів страхування тощо. Так, ДМС здійснюється виключно на основі договору між страховиками будь-якої форми власності та страхувальниками з метою фінансування отримання основної чи додаткової медичної допомоги в рамках означених лімітів. В країнах ЄС добровільне медичне страхування (яке найчастіше розглядається як доповнення до існуючих програм обов'язкового медичного страхування) залежно від характеру послуг, витрати на які покриваються, поділяють на три види: додаткове (additional), дублююче (duplicate) та субституційне (substitute).

Визначено місце ДМС у сучасних системах організації фінансування систем охорони здоров'я країн світу. Залежно від ступеня присутності держави на ринку добровільне медичне страхування може як відігравати доповнюючу (модель Беверіджа) та взаємозамінну (модель Бісмарка) роль, так і виступати основним механізмом акумуляції та перерозподілу коштів системи (приватно-страхова модель, характерна для США).

У роботі обґрунтована особлива роль ДМС у фінансуванні систем охорони здоров'я в країнах із значною часткою кишенькових витрат населення (out-of-pocket health expenditures) як одного із ключових джерел забезпечення вхідних фінансових потоків у галузь (рис. 1). Зазвичай такі витрати спрямовані на

користь безпосередньо лікарів, а не провайдерів медичних послуг, носять хаотичний і неконтрольований характер. Зважаючи на досвід країн із розвинутими системами охорони здоров'я, залучення страхових компаній до схеми фінансування медичної системи забезпечує прозорість фінансових потоків, які циркулюють на ринку.

Проведений аналіз систем охорони здоров'я країн світу демонструє пряму залежність між фінансуванням галузі (у розрізі державних витрат на охорону здоров'я та кишенькових витрат населення як частки приватних витрат, до яких також належать страхові платежі за програмами ДМС) та показником середньої тривалості життя населення в країні.

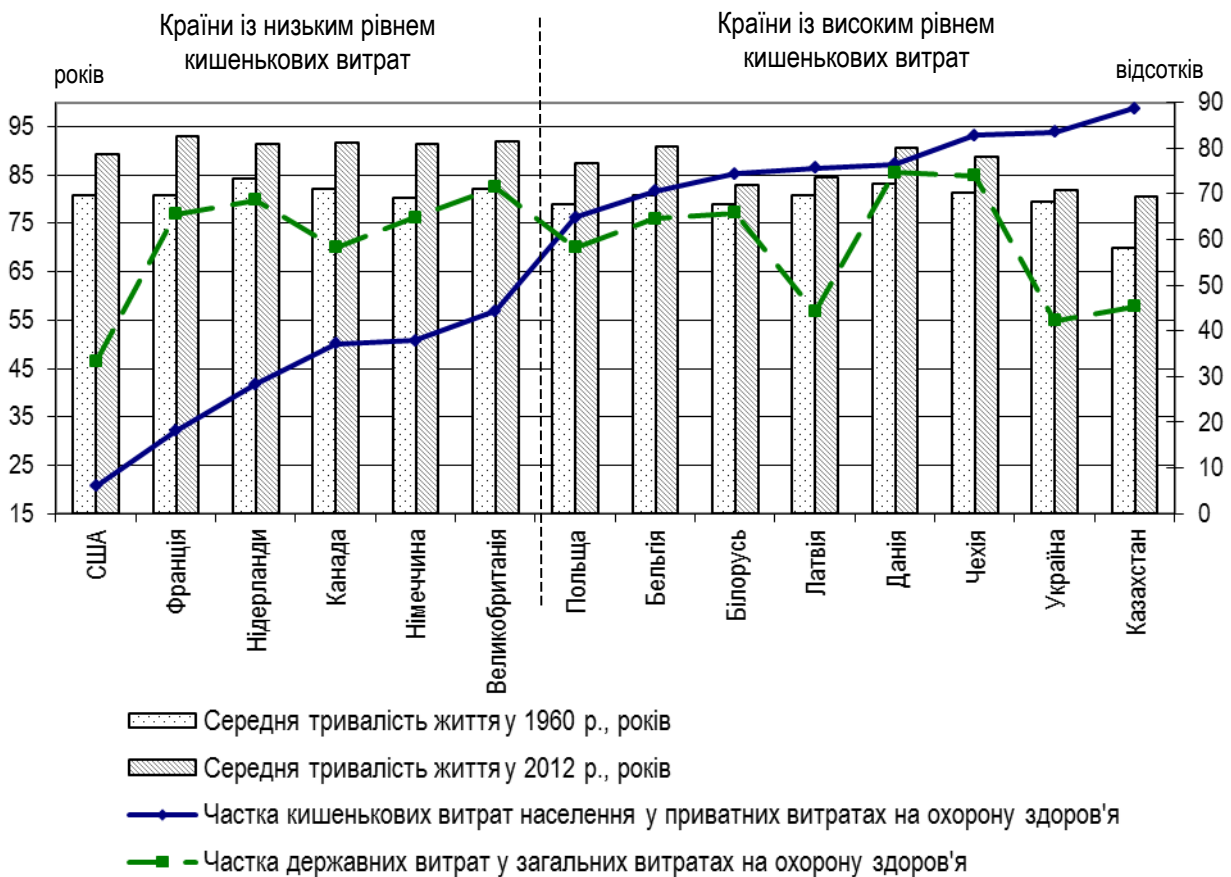


Рисунок 1 – Структура фінансування систем охорони здоров'я в країнах світу у 2012 р. у співвідношенні із показником середньої тривалості життя

Структурний та системний аналіз реалізації різних форм ДМС у розвинутих країнах дозволяє створити підґрунтя для формування наукових та правових засад реалізації даного страхового продукту на внутрішньому українському ринку. На основі детального дослідження механізму взаємодії учасників ринку ДМС проведено його формалізацію (рис. 2).

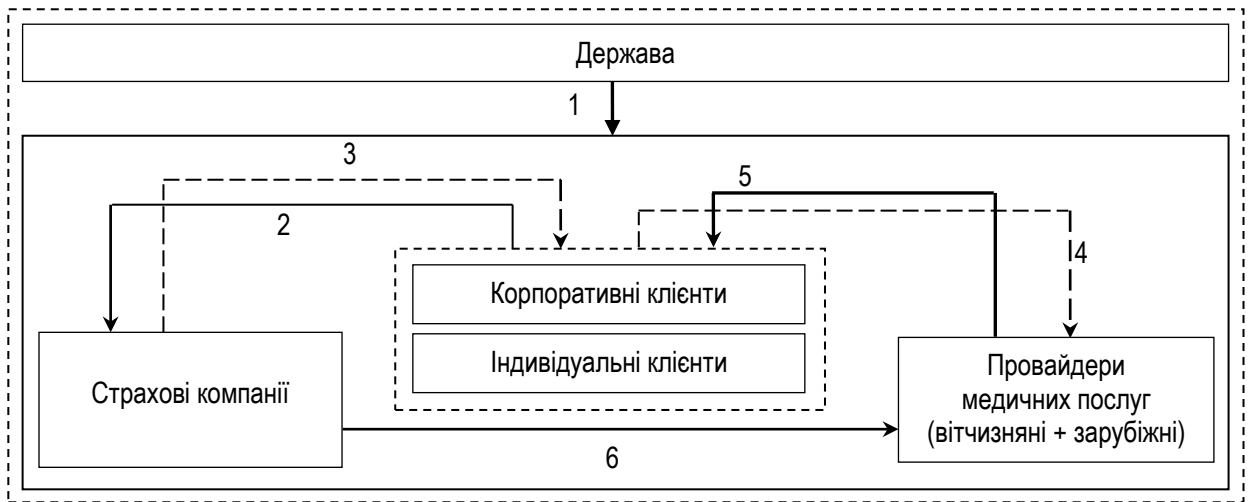


Рисунок 2 – Ілюстрація зв'язків між учасниками ринку ДМС:

1 – регулювання відносин між учасниками ринку; 2 – страхові внески; 3 – страхові поліси, які дають гарантії отримання послуг в рамках програм ДМС; 4 – страхові поліси; 5 – медичні послуги; 6 – оплата послуг за лікування згідно з договором

На сьогодні основними споживачами продуктів ДМС в Україні є корпоративні клієнти, які генерують близько 90–95 % премій, які отримують страхові компанії від реалізації ДМС; попит на даний продукт на роздрібному ринку (з боку індивідуальних клієнтів) є незначним. Компанії-лідери за обсягом отриманих премій (“Нафтогазстрах”, “Провідна”, “ІНГО Україна”, “Уніка”, “Іллічівська” тощо) акумулюють більшу частину премій саме на корпоративному ринку. Зроблено висновок про необхідність залучення додаткових фінансових ресурсів у вітчизняну медичну систему шляхом активної участі страхових компаній у фінансових потоках, які циркулюють у сфері охорони здоров'я. Це стане кроком для вирішення таких проблем, як: відносно низький показник середньої тривалості життя, наявність значного відриву між тривалістю життя жінок та чоловіків, високий рівень кишенькових медичних витрат українців, технологічна відсталість ряду закладів охорони здоров'я країни, фактична відсутність профілактичної медицини, низький рівень заробітних плат працівників галузі.

У другому розділі **“Розвиток науково-методичних засад щодо формування фінансових потоків при реалізації добровільного медичного страхування”** проведено систематизацію фінансових потоків між учасниками ринку ДМС, досліджено передумови розвитку ДМС в країні з використанням коефіцієнта функціонування системи охорони здоров'я, запропоновано науково-методичний підхід до оцінювання ємності ринку ДМС та підраховано існуючу ємність українського ринку ДМС із використанням розробленої моделі.

З метою визначення потенціалу розвитку ДМС в країнах світу автором проаналізовано підходи до оцінки ефективності функціонування систем охорони здоров'я, а саме: методику оцінки ВООЗ, методологію Bloomberg та оцінку систем охорони провідних країн світу, яку в останні роки проводить Commonwealth Fund. На думку автора, основним недоліком даних підходів

є їхня орієнтованість більшою мірою на медичний продукт, який отримує населення країни, аніж на співвідношення якості медичних послуг в країні з витратами на забезпечення їх надання.

У роботі запропоновано використання оціночного коефіцієнта функціонування системи охорони здоров'я, побудованого за допомогою методу причинного моделювання, для вибору стратегії розвитку ДМС в країні. Даний коефіцієнт було визначено як дріб: чисельником є сума коефіцієнтів економетричної моделі, побудованої у вигляді множинного лінійного рівняння регресії залежності показників рівня розвитку економіки країни (ендогенна латентна змінна) від показників стану страхового ринку та характеристики фінансування медичних витрат в країні (екзогенні латентні змінні); знаменником є добуток зазначених показників. Крім того, ендогенна та екзогенні латентні змінні були представлені у вигляді систем парних лінійних регресійних рівнянь залежності від наступних показників: добуток приватних медичних витрат як частки загальних медичних витрат та частки загальних медичних витрат до ВВП (MED1); частка ДМС у приватних витратах на душу населення (MED2); розмір ВВП на душу населення (ECON1); додана вартість послуг як частка ВВП країни (ECON2); розмір премій за договорами нон-лайфового страхування (INS1) та розмір премій за договорами лайфового страхування (INS2). Процес приведення коефіцієнтів ефективності в розрізі різних країн до зіставного порівнюваного виду (прийняття значення в діапазоні від 0 до 1) здійснено на основі використання методу Севіджа.

Практичне застосування розробленого підходу до оцінки функціонування системи охорони здоров'я продемонстровано на прикладі США, Німеччини, Франції, Великобританії, Нідерландів та України, фрагмент якого (шість країн за шість років) представлено в табл. 1.

Таблиця 1 – Результати оцінювання функціонування систем охорони здоров'я країн світу за запропонованим підходом (значення K) (фрагмент)

Рік	Модель ОЗ в країні	Значення оціночного коефіцієнта					Україна
		Модель Беверіджа	Модель Бісмарка			Приватно-страхова модель	
			Великобританія	Німеччина	Нідерланди		
1995		0,00	0,67	0,55	0,08	0,00	0,32
1996		0,06	0,64	0,16	0,07	0,04	0,04
1997		0,07	1,00	0,07	0,02	0,16	0,42
...	
2010		0,94	0,08	0,96	0,74	0,89	0,88
2011		1,00	0,07	0,81	0,89	0,93	0,52
2012		0,94	0,15	0,85	0,68	1,00	0,00
Середнє значення		0,61	0,36	0,58	0,35	0,59	0,44

На основі застосування можливостей моделювання за допомогою структурних рівнянь автором визначено кількісну та якісну оцінку напрямку впливу структури і обсягів фінансових потоків страхової компанії, утворених в результаті реалізації продуктів ДМС, а також виявлено взаємозв'язки між системоутворюючими складовими вхідного та вихідного фінансових потоків між суб'єктами на ринку ДМС. Оцінка вхідного фінансового потоку автором здійснена через комплекс таких показників: ECON1, ECON2, MED1, MED2, INS1, INS2; вихідного фінансового потоку – ендогенну та екзогенну змінні відповідно (ECON, MED, INS). Визначено, що з метою підвищення рівня розвитку ринку ДМС в країні необхідно здійснювати детальний аналіз і проводити ідентифікацію складових розміру премій, отриманих за договорами нон-лайфового страхування та частки ДМС у приватних витратах на душу населення. Здійснена автором формалізація даного процесу надала можливість одночасно врахувати всі складові вхідного та вихідного фінансового потоків в межах реалізації продуктів ДМС, а також проаналізувати місце ДМС в стратегічному розвитку страхової компанії.

Отримані в результаті застосування даного підходу висновки значною мірою корелюють із дослідженням систем охорони здоров'я провідних країн світу, проведеним у 2014 р. Commonwealth Fund. На думку дисертанта, K може адекватно відобразити стан системи охорони здоров'я в країні; значення коефіцієнта кореляції R між показником середньої тривалості життя та K в ряді досліджуваних країн коливається в межах від 0,83 до 0,92.

Проведена оцінка світового досвіду організації та фінансування систем охорони здоров'я країн світу дозволяє говорити про те, що існуюча на сьогоднішній день в Україні система охорони здоров'я не може бути охарактеризована як жодна з існуючих класичних моделей через відсутність імплементації обов'язкового медичного страхування, непопулярністю страхової медицини та, водночас, недостатнім державним фінансуванням галузі, а тому автором запропоновано стратегію щодо подальшого розвитку системи з урахуванням збільшення частки ДМС в ній.

Встановлено, що збільшення обсягу реалізації продуктів ДМС в Україні не лише серед корпоративних клієнтів, але і на роздрібному ринку, стане передумовою до залучення значних коштів у галузь, що означатиме переоснащення лікувально-профілактичних закладів, реорганізацію системи оплати праці медиків, появу можливостей отримання медичних послуг в рамках медичного туризму (внутрішнього та зовнішнього) та поступове покращення стану здоров'я українців, виражене у збільшенні показника середньої тривалості життя населення завдяки збільшенню уваги страхових компаній до профілактичних заходів.

Враховуючи непопулярність роздрібних програм ДМС, виникає необхідність у математичній формалізації ємності ринку для планування подальших маркетингових дій страхових компаній.

Оцінювання ємності ринку ДМС автором запропоновано здійснювати з використанням методів математичного аналізу, регресійного аналізу та теорії ігор на основі урахування взаємозалежності наступних її комплексних характеристик

(в розрізі інтервального підходу): “ринкового потенціалу” ДМС (РП) – характеризує максимально можливий за існуючих умов обсяг страхових продуктів з ДМС, які можуть бути реалізовані на ринку в певний період часу; “збутовий потенціал” ДМС (ЗП) – визначає мінімальний розмір попиту, який гарантовано існує на ринку.

Ринковий потенціал ДМС в роботі оцінюється на основі сукупних витрат на охорону здоров'я (ОЗ) – добутку показника частки витрат на ОЗ у ВВП та обсягу ВВП України, зважених на індекс купівельної спроможності (ІКС). Оцінку ІКС проведено методом підсумування рівня виплат за договорами безперервного страхування здоров'я, частки витрат на охорону здоров'я у сукупній структурі витрат домогосподарств та частки середньої заробітної плати у сумі середніх заробітних плат в країні, з урахуванням пріоритетності впливу зазначених факторів на результативний показник (0,5, 0,3 та 0,2 відповідно).

Оцінку збутового потенціалу ДМС автором здійснено з використанням інструментарію математичного аналізу шляхом розрахунку визначеного інтегралу експоненціальної функції залежності рівня премій за продуктами ДМС від часового фактора в проміжку $[t; t+1]$; параметри зазначеної функції визначаються на основі побудови нелінійного регресійного рівняння залежності обсягу премій, отриманих на ринку ДМС, від часу з подальшим проведенням його лінеаризації та застосуванням методу найменших квадратів в межах регресійного аналізу.

Базуючись на прийнятій в теорії маркетингу концепції тлумачення ємності ринку як інтервалу між ринковим (відображає поведінку страховика) та збутовим (характеризує можливості застрахованих осіб до придбання продуктів ДМС) потенціалами, дисертантом запропонована формалізація даної категорії на основі застосування можливостей інструментарію теорії ігор. Взаємозв'язок між ринковим та збутовим потенціалами ДМС за період з 1995 по 2012 р. автором розглядається у розрізі середньорічного ретроспективного оціночного коефіцієнта функціонування системи охорони здоров'я (K). Автором доведена доцільність формалізації даного взаємозв'язку у вигляді нелінійної множинної економетричної моделі – поліноміальної функції. На основі даної функції було побудовано платіжну матрицю рівнів ефективності функціонування системи охорони здоров'я України у розрізі формування стратегій комбінації значень ринкового та збутового потенціалів ДМС. Платіжна матриця дозволила визначити оптимальні стратегії поведінки страхових компаній та застрахованих осіб з метою досягнення середньорічного ретроспективного показника ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Алгоритм оцінки ємності ринку ДМС представлений на рис. 3, де використано наступні показники: x_{1t} – сума виплат страхових компаній за продуктами медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), x_{2t} – сума премій, акумульованих страховими компаніями на українському ринку ДМС, x_{3t} – частка витрат вітчизняних домогосподарств на охорону здоров'я у структурі їх сукупних витрат, x_{it} , $t \in [4; 28]$ – розмір середньої заробітної плати у регіонах України, x_{29t} – частка сукупних медичних витрат у ВВП країни, x_{30t} – розмір ВВП.

Розрахунок ємності українського ринку ДМС

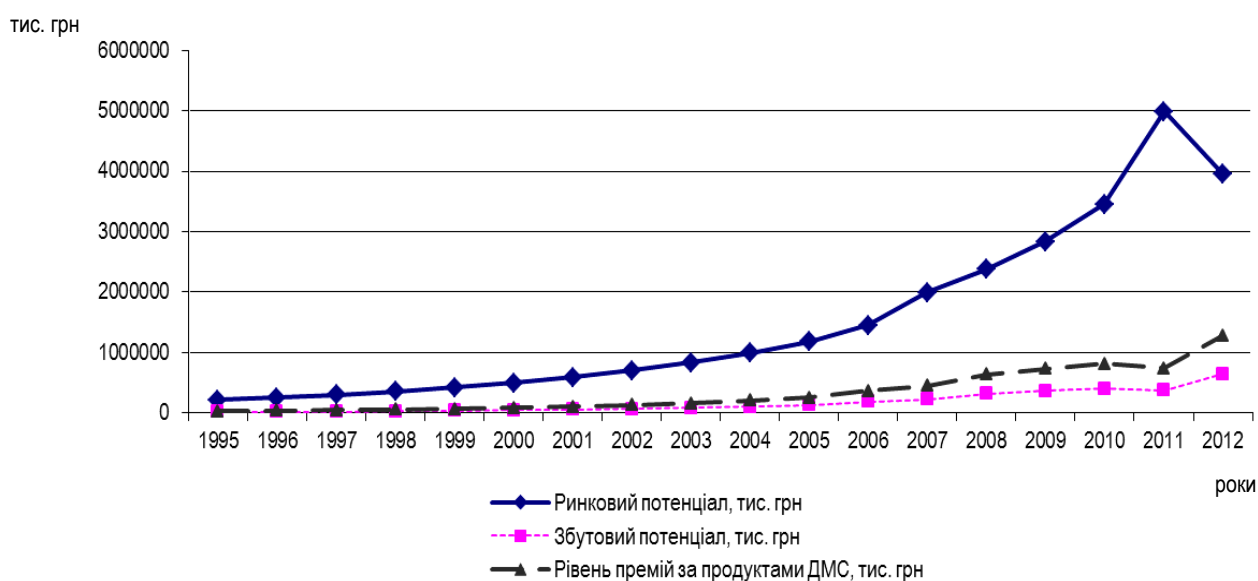
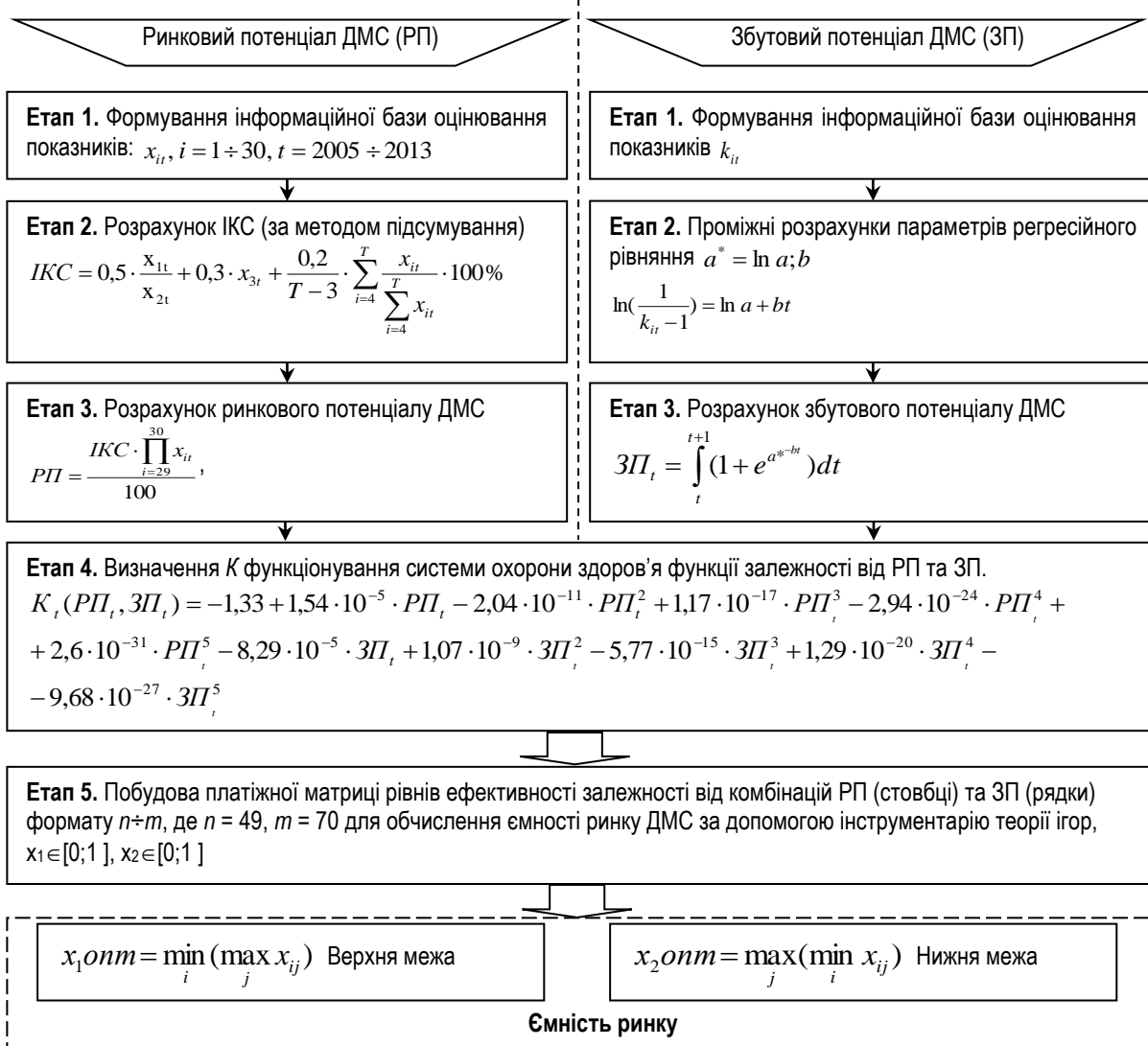


Рисунок 3 – Науково-методичний підхід до оцінювання ємності ринку ДМС України

Беручи до уваги платіжну матрицю ефективності функціонування охорони здоров'я, шляхом застосування методу нелінійного програмування автором визначено оптимальний рівень премій за продуктами ДМС як компроміс між двома різноспрямованими завданнями: мінімізації гарантовано досяжного ринкового потенціалу та максимізації можливого збутового потенціалу. Для цього застосовано ймовірнісні мінімаксні та максимінні стратегії поведінки учасників ринку. Це дозволило визначити у ретроспективі значні диспропорції між преміями, отриманими на ринку ДМС, та ринковим потенціалом ДМС. Припущення про те, що розмір премій за ДМС знаходиться в інтервалі між збутовим та ринковим потенціалами ДМС, було підтверджено.

У третьому розділі **“Методичне забезпечення практичної реалізації страховими компаніями продуктів добровільного медичного страхування”** надано рекомендації щодо організації системи державного регулювання функціонування ринку ДМС в Україні (на основі попереднього аналізу системи регулювання та контролю за медичним страхуванням в європейських країнах); запропоновано науково-методичний підхід до розробки програм ДМС з урахуванням конкретних факторів ризику для здоров'я застрахованої особи; досліджено перспективи розширення медичного туризму (внутрішнього та зовнішнього) як одного із аспектів ДМС.

У роботі розглянуто засади організації системи державного регулювання ринку ДМС в Україні. Вона передбачає комплекс заходів щодо захисту прав всіх учасників ринку, об'єднаних наступними напрямками: стимулювання зацікавленості домогосподарств та суб'єктів господарювання у страхових продуктах ДМС; контроль за якістю надання послуг; забезпечення транспарентності реімбурсації медичних витрат; удосконалення юридичного поля для існування взаємовідносин між учасниками медичного страхування; адаптація вітчизняного страхового законодавства до міжнародних регуляторних актів; розробка заходів щодо стимулювання як внутрішнього, так і транскордонного переміщення пацієнтів в рамках програм ДМС.

Автор акцентує увагу на необхідності розширення обсягів реалізації полісів ДМС в Україні шляхом розробки страхових продуктів, направлених на мінімізацію характерних для застрахованої особи ризиків погіршення стану здоров'я. Для цього розроблена дистрибутивно-лагова модель залежності середньої тривалості життя населення України від факторів $x_{i,t}$, які мають найбільший вплив на результативний показник (а саме: x_1 – новоутворення; x_2 – хвороби нервової системи; x_3 – хвороби системи кровообігу; x_4 – хвороби органів дихання; x_5 – хвороби шкіри та підшкірної клітковини; x_6 – хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини; x_7 – хвороби сечостатевої системи; x_8 – уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення; x_9 – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин; x_{10} – споживання алкоголю дорослими віком від 15 років; x_{11} – кількість хворих на туберкульоз на 100 000 осіб; x_{12} – пасажирські авто, на 1 000 осіб; x_{13} – кількість ДТП в Україні; x_{14} – кількість середнього медичного персоналу на 10 000 населення; x_{15} – поширеність ВІЛ; x_{16} – кількість лікарняних закладів), фільтрація яких бу-

ла проведена з використанням методу головних компонент (рис. 4). Крім того, отримані лаги впливу кожного із десяти факторів, визначені з використанням авторегресійного аналізу, дозволяють коригувати плани компанії щодо здійснення виплат у майбутньому. Запропонований підхід, на відміну від існуючих, дозволяє сформуванню аналітичної бази для прийняття управлінських рішень щодо “наповнення” продуктів ДМС, що є особливо актуальним для компаній, які здійснюють транснаціональну страхову діяльність.

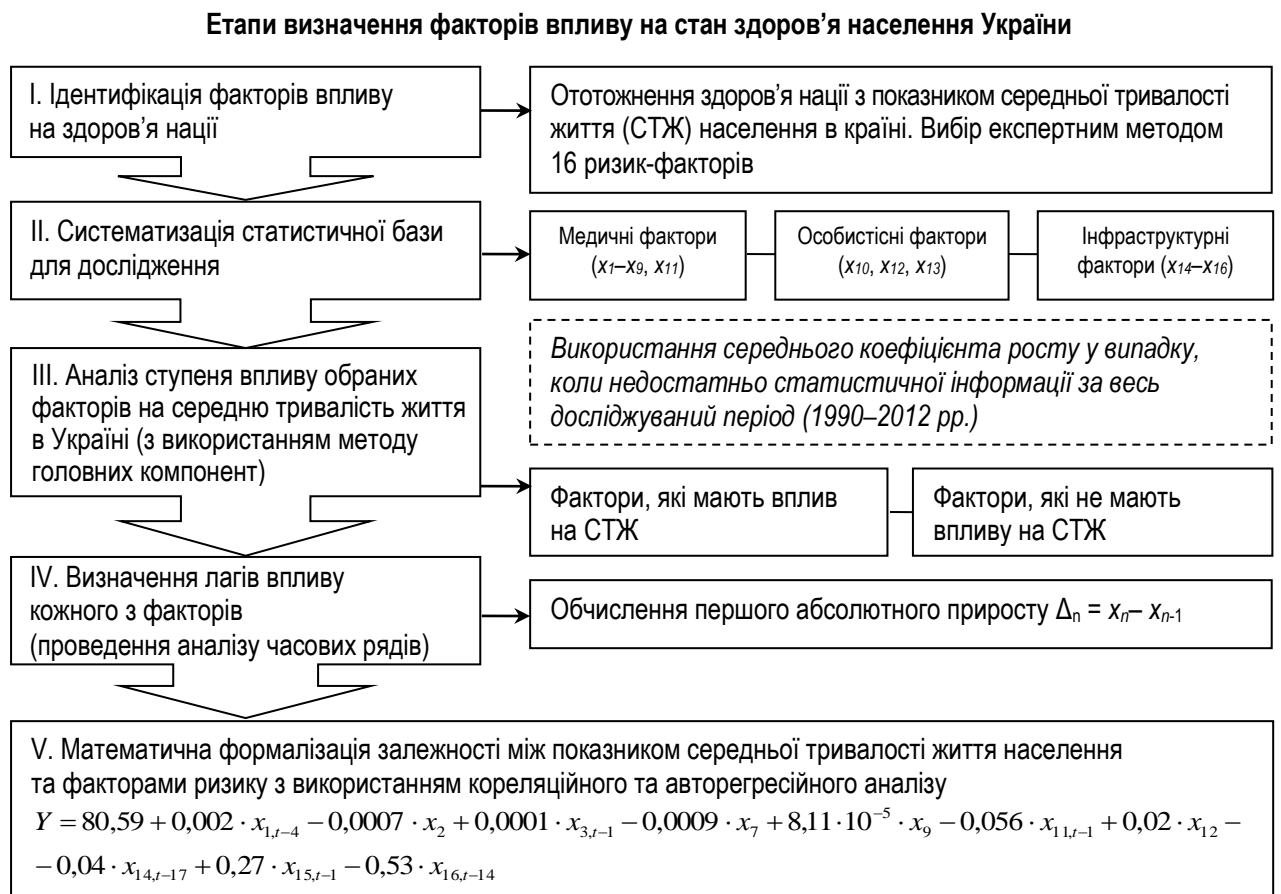


Рисунок 4 – Алгоритм дослідження ризик-факторів для здоров'я населення України

Проведений аналіз виявив значний вплив ($r \geq 0,9$) як окремих хвороб на показник СТЖ населення України, так і факторів стану інфраструктури сфери охорони здоров'я, що дозволяє зробити висновки про необхідність здійснення профілактичних заходів, фінансування яких у розвинутих країнах переважно беруть на себе страхові компанії в рамках програм ДМС, так і у потребі у значних фінансових інвестицій у галузь, що дозволить модернізувати заклади охорони здоров'я та реструктурувати персонал, який в ній працює (виявлено, що у розвинутих країнах частка середнього медичного персоналу є вищою, ніж в Україні, що спричинено віковою структурою населення та функціями кваліфікованих середніх медичних працівників).

Отримані результати свідчать про наявність різних ризик-факторів для здоров'я населення в різних країнах світу, що може бути використано компаніями, які ведуть транснаціональну страхову діяльність для більш точної оцінки ризиків при розробці продуктів ДМС в конкретній країні.

У роботі досліджено перспективи розвитку внутрішнього та зовнішнього медичного туризму в рамках розширення обсягів реалізації програм ДМС. Так, сучасні тенденції на страховому ринку демонструють зростання інтересу до медичного туризму з боку страхових компаній, які займаються реалізацією продуктів ДМС. Основною метою медичного туризму є зменшення витрат на медичні послуги шляхом диверсифікації місця їх надання. Завдяки тому, що медичні послуги, по суті, є універсалізованими, страхові компанії можуть управляти виплатами за програмами ДМС завдяки організації лікування в афільюваних клініках як в межах країни, так і за кордоном. Окрім цього, зважаючи на транснаціоналізацію діяльності страхових компаній (на сьогоднішній день на ринку ДМС працюють такі міжнародні страхові групи, як "АХА", "ALLIANZ", "PZU", "Альфа Страхування", "UNIQA" тощо), організація лікування за кордоном може бути полегшена шляхом наявності офісів в різних країнах. Для розвитку медичного туризму в Україні необхідною є розробка відповідного законодавства як стосовно організації надання послуг із охорони здоров'я поза межами держави (наприклад, в рамках ЄС діє Директива 2011/24/EU про транскордонне надання медичних послуг), так і щодо механізмів реімбурсації медичних витрат, здійснених поза країною перебування.

ВИСНОВКИ

У дисертації надано теоретичне узагальнення і запропоновано новий підхід до вирішення наукової задачі, що полягає у розвитку теоретичної бази та розробці практичних рекомендацій щодо реалізації продуктів ДМС в Україні.

За результатами дисертаційної роботи зроблено наступні висновки:

1. Для розвинутих країн світу характерною є диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я з метою забезпечення належного рівня медичних послуг, які надаються в державі. Одним із основних джерел фінансування (поряд із державними асигнуваннями) виступає медичне страхування у обов'язковій та добровільній його формах. Проведений аналіз дозволив трактувати медичне страхування як один із видів особистого страхування, метою якого є оптимізація витрат, які виникають у разі погіршення стану здоров'я застрахованої особи з будь-якої причини завдяки участі страхових компаній у фінансуванні надання медичної допомоги у визначених в договорі лікувально-профілактичних закладах в рамках попередньо накопичених страхових фондів.

2. У роботі обґрунтовано, що у випадку, коли для держави характерним є високий рівень кишенькових медичних витрат населення (out-of-pocket health expenditures), з метою забезпечення як прозорості фінансових потоків у галузі, так і контрольованості медичних послуг, які надаються, достатньо ефективним

заходом є розвиток ринку ДМС країни за рахунок трансформації кишенькових витрат у страхові платежі за програмами ДМС.

3. Дослідження стану ринку ДМС в Україні дозволяє стверджувати про його зародковий стан та невідповідність процесів, які на ньому відбуваються, загальносвітовим тенденціям. Так, основними покупцями страхових продуктів ДМС в Україні виступають корпоративні клієнти, тоді як попит на роздрібному ринку є незначним. Це пов'язано із рядом проблем, серед яких: низький рівень розвитку страхової культури, брак зв'язків між страховими компаніями та провайдерами медичних послуг, недосконалість нормативно-правових актів щодо регулювання ринку ДМС тощо. Відповідно до цього подальший розвиток ДМС в Україні повинен ґрунтуватися на вирішенні питань за участю всіх учасників страхового ринку.

4. Обґрунтовано місце ДМС в основних моделях фінансування систем охорони здоров'я країн світу, а саме: універсалістської моделі Беверіджа, соціально-страхової моделі Бісмарка та приватно-страхової моделі.

5. У процесі формування стратегії розвитку ДМС в Україні запропоновано оцінювати ефективність систем охорони здоров'я країн світу шляхом розрахунку коефіцієнта їх ефективності за допомогою моделювання структурними рівняннями, в основу чого покладено зв'язок між факторами розвитку страхового ринку, медичного ринку та економіки країни. Знаючи рівень розвитку системи охорони здоров'я, страхові компанії можуть формулювати конкретні задачі стосовно своїх дій на ринку ДМС країни.

6. Для прийняття ефективних управлінських рішень страхових компаній на ринку ДМС у роботі формалізовано зв'язок між станом здоров'я населення та розміром і джерелами фінансування системи охорони здоров'я країни.

7. З метою забезпечення індивідуалізації страхових продуктів ДМС (що, в свою чергу, може бути фактором збільшення обсягу реалізації продуктів на ринку), запропоновано методологію організації конструктора послуг ДМС в Україні з використанням інструментарію економіко-математичного моделювання. Завдяки визначенню лагів впливу ризик-факторів для здоров'я нації (вираженому у показнику середньої тривалості життя) розроблено рекомендації щодо розвитку галузі в найближче десятиріччя.

8. Запропоновано науково-методичний підхід до визначення ємності ринку ДМС на основі розрахунку ринкового та збутового його потенціалів з використанням інструментарію економіко-математичного моделювання. Результати апробації підходу свідчать про недостатній обсяг реалізації продуктів ДМС на українському страховому ринку, у зв'язку з чим виникають питання щодо необхідності популяризації даного страхового продукту з метою залучення додаткових коштів у галузь.

9. Формування ефективно діючої системи регулювання, нагляду та контролю за ринком ДМС в Україні є одним із пріоритетних завдань. Автором обґрунтовані наступні напрямки удосконалення даної системи: стимулювання процесів мобілізації ресурсів домогосподарств та суб'єктів господарювання

страховими компаніями; формування системи контролю за наданням медичних послуг в рамках програм ДМС; встановлення міжнародних зв'язків для забезпечення транскордонного переміщення пацієнтів та фінансових потоків (за програмами медичного туризму, як одного із аспектів ДМС); забезпечення транспарентної реімбурсації вартості медичних послуг; адаптація вітчизняного законодавства до вимог міжнародних нормативно-правових актів.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ

Монографії

1. Лисенко В. С. Дослідження ринку медичного страхування / В. С. Лисенко, І. О. Охріменко // 4Р маркетингу страхових компаній / Козьменко О. В., Козьменко С. М., Васильєва Т. А. та ін. – Суми : Університетська книга, 2014. – С. 52–60; С. 130–141; С. 212–220; С. 265–271; С. 307–309 (0,22 друк. арк.). *Особистий внесок – дослідження основних характеристик такого страхового продукту, як добровільне медичне страхування, а також збутової політики страхових компаній, направленої на реалізацію полісів ДМС (0,11 друк. арк.).*
2. Лисенко В. С. Теоретичні основи та особливості реалізації медичного страхування / В. С. Лисенко, І. О. Охріменко // Нові вектори розвитку страхового ринку України : монографія / Козьменко О. В., Козьменко С. М., Васильєва Т. А. та ін. – Суми : Університетська книга, 2012. – С. 189–209 (0,12 друк. арк.). *Особистий внесок – дослідження організації систем обов'язкового та добровільного медичного страхування (0,06 друк. арк.).*

Публікації у наукових фахових виданнях

3. Козьменко С. М. Реалізація в процесі банківсько-страхової інтеграції продуктів добровільного медичного страхування / С. М. Козьменко, В. С. Лисенко // Вісник НБУ. – 2014. – № 9. – С. 31–44 (0,67 друк. арк.). *Особистий внесок – розробка науково-методичного підходу до обчислення ємності добровільного медичного страхування з використанням математичного та регресійного аналізів та теорії ігор (0,33 друк. арк.).*
4. Лисенко В. С. Мікрострахування як підґрунття для розвитку добровільного медичного страхування в Україні / В. С. Лисенко, О. М. Пахненко // Бізнес Інформ. – 2014. – № 1. – С. 268–274 (0,8 друк. арк.). *Особистий внесок – аналіз передумов розвитку та сучасного стану медичного страхування в Україні (0,4 друк. арк.).*
5. Лисенко В. С. Нові вектори реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні / В. С. Лисенко, В. М. Олійник // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України. – 2014. – № 38. – С. 213–219 (0,36 друк. арк.). *Особистий внесок – дослідження моделей організації та фінансування систем охорони здоров'я у світі (0,18 друк. арк.).*
6. Лисенко В. С. Структурний аналіз моделей Беверіджа та Бісмарка / В. С. Лисенко, В. М. Олійник // Економіка. Фінанси. Право. – 2014. – № 3 (1). – С. 18–24 (0,56 друк. арк.). *Особистий внесок полягає у проведенні*

порівняльного аналізу систем охорони здоров'я країн світу залежно від рівня фінансування медичної сфери (0,28 друк. арк.).

7. Лисенко В. С. Методичні засади розробки страхових продуктів з добровільного медичного страхування [Електронний ресурс] / В. С. Лисенко // Ефективна економіка. – 2014. – № 10. Режим доступу : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3411> (0,71 друк. арк.).
8. Лисенко В. С. Роль добровільного медичного страхування у фінансуванні охорони здоров'я / В. С. Лисенко // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 21. – С. 79–82 (0,52 друк. арк.).

Публікації в інших виданнях

9. Kozmenko O. Contribution of insurance companies to the development of the world health supermarket / O. Kozmenko, V. Lysenko // Innovative Marketing. – 2014. – № 10 (3). – P. 6–13 (0,7 друк. арк.). *Особистий внесок – розробка рекомендацій щодо інтеграції медичного та туристичного страхування в рамках програм внутрішнього та зовнішнього медичного туризму (0,35 друк. арк.).*
10. Козьменко О. В. Практикум по страховому маркетингу / О. В. Козьменко, В. С. Лисенко. – Суми : Университетская книга, 2014. – 224 с. (4,22 друк. арк.). *Особистий внесок – аналіз маркетингової діяльності страхової компанії (2,11 друк. арк.).*

Публікації у збірниках матеріалів конференцій

11. Лисенко В. С. Кишенькові витрати населення як джерело фінансування програм медичного страхування в Україні / В. С. Лисенко, І. О. Охріменко // Актуальні проблеми економіки та управління сучасної України : матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 16–17 травня 2014 р.). – Ужгород : Видавничий дім “Гельветика”, 2014. – С. 233–235 (0,2 друк. арк.). *Особистий внесок – аналіз структури фінансування системи охорони здоров'я (0,1 друк. арк.).*
12. Лисенко В. С. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / В. С. Лисенко // Інноваційний потенціал економіки: сучасні концепції формування та управління : збірник тез доповідей Міжнар. наук.-практ. конф. (11–12 жовтня 2013 р.), 2013. – С. 160–165 (0,28 друк. арк.).
13. Лисенко В. С. Медичний туризм та перспективи його використання страховими компаніями / В. С. Лисенко, Д. Р. Абрамітова // Актуальні проблеми економіки та управління в сучасних соціально-економічних умовах : збірник матеріалів Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (14–15 жовтня 2013 р., м. Дніпропетровськ), 2013. – С. 180–183 (0,24 друк. арк.). *Особистий внесок – визначення передумов розвитку медичного туризму у світі (0,12 друк. арк.).*
14. Козьменко О. В. Роль маркетингу у розширенні клієнтської бази страхових компаній / О. В. Козьменко, В. С. Лисенко // Страховий ринок України в умовах фінансової глобалізації : збірник матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. (10–12 жовтня 2012 р., м. Київ). – К. : КНЕУ, 2012. – С. 95–97 (0,13 друк. арк.). *Основний внесок – характеристика концепції страхового маркетингу (0,06 друк. арк.).*

15. Лисенко В. С. Медичне страхування в Україні в контексті пошуку ефективних джерел фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я / В. С. Лисенко, І.О. Охріменко // Проблемы развития финансовой системы Украины в условиях глобализации : сб. трудов XIV Международной науч.-практ. конф. аспирантов и студентов (21–23 марта 2012 г.), г. Симферополь–“Центр Стабилизация”, Таврический национальный университет В. И. Вернадского. – Симферополь, 2012. – С. 106–107 (0,12 друк. арк.). *Особистий внесок полягає у визначенні медичного страхування як особливої форми соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я (0,06 друк. арк.).*
16. Лисенко В. С. Особливості організації обов'язкового медичного страхування / В. С. Лисенко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України : збірник тез доповідей XV Всеукраїнської науково-практичної конференції (8–9 листопада 2012 р.) / Державний вищий навчальний заклад “Українська академія банківської справи Національного банку України”. – Суми : ДВНЗ “УАБС НБУ”, 2012. – С. 123–125 (0,13 друк. арк.)

АНОТАЦІЯ

Лисенко В. С. Науково-методичні засади добровільного медичного страхування в Україні. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.08 – Гроші, фінанси і кредит. – Державний вищий навчальний заклад “Українська академія банківської справи Національного банку України”, Суми, 2014.

У дисертації досліджено теоретичні основи діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування, охарактеризовано добровільне медичне страхування як страховий продукт та визначено його місце в моделях систем охорони здоров'я країн світу. Проведено аналіз ринку добровільного медичного страхування України у розрізі його гравців, страхових продуктів, які користуються найбільшим попитом, та розміру акумульованих премій.

Автором запропоновано підхід до вибору страховою компанією стратегії розвитку добровільного медичного страхування в країні на основі розрахунку коефіцієнта функціонування системи охорони здоров'я, побудованого за допомогою методу причинного моделювання.

Розроблено науково-методичний підхід до оцінювання ємності ринку добровільного медичного страхування на основі розрахунку його ринкового та збутового потенціалів, що дозволяє страховим компаніям планувати обсяги реалізації даного продукту. З метою збільшення обсягу премій на ринку добровільного медичного страхування запропонована дистрибутивно-лагова модель залежності середньої тривалості життя населення України від ряду факторів, яка дає можливість індивідуалізації страхових продуктів, в т.ч. при транснаціональній страховій діяльності компаній.

Досліджено проблемні питання щодо функціонування системи державного регулювання на ринку добровільного медичного страхування. Виділено пріори-

тетні напрямки розвитку страхових продуктів добровільного медичного страхування в Україні.

Ключові слова: страхування, страхова компанія, медичне страхування, добровільне медичне страхування, ринок добровільного медичного страхування.

АННОТАЦІЯ

Лысенко В. С. Научно-методические основы добровольного медицинского страхования в Украине. – Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.08 – Деньги, финансы и кредит. – Государственное высшее учебное заведение “Украинская академия банковского дела Национального банка Украины”, Сумы, 2014.

В диссертации исследованы теоретические основы деятельности страховых компаний на рынке медицинского страхования, охарактеризовано добровольное медицинское страхование как страховой продукт, выявлено место добровольного медицинского страхования в системах охраны здоровья, организованных по моделям Бевериджа, Бисмарка и частно-страховой. Проведен анализ рынка добровольного медицинского страхования Украины в разрезе его игроков – страховых компаний, частных и корпоративных клиентов и провайдеров медицинских услуг, страховых продуктов, пользующихся наибольшим спросом, и размером аккумулированных премий.

Автором предложен подход к выбору страховой компанией стратегии развития добровольного медицинского страхования в стране на основе расчета коэффициента функционирования системы охраны здоровья, построенного с помощью метода причинного моделирования.

Разработан научно-методический подход к оцениванию емкости рынка добровольного медицинского страхования на основе расчета его рыночного и сбытового потенциалов, который позволяет страховым компаниям планировать объемы реализации данного продукта. Было выявлено, что по состоянию на 2012 г. рыночный потенциал добровольного медицинского страхования больше чем в три раза превышал фактический уровень аккумулированных на рынке премий. С целью увеличения объема премий на рынке добровольного медицинского страхования предложена дистрибутивно-лаговая модель зависимости средней продолжительности жизни населения Украины от ряда факторов, что дает возможность разрабатывать страховые продукты в зависимости от рынка, на котором страховая компания работает. Это особенно актуально для компаний, которые ведут трансграничную страховую деятельность, так как факторы риска для здоровья населения в разных странах отличаются, что может повлиять на эффективность страхового бизнеса на отдельных рынках.

Исследованы проблемные вопросы, которые касаются функционирования системы государственного регулирования на рынке добровольного медицинского страхования, которая призвана защищать интересы всех участников рынка и гарантировать транспарентность системы реимбурсации стоимости медицинских

услуг владельцам страховых полисов. Выделены приоритетные направления развития страховых продуктов добровольного медицинского страхования в Украине. Рассмотрены действия по интеграции Украины в мировой рынок медицинского туризма как одного из аспектов добровольного медицинского страхования, что позволяет экономить средства страховых компаний благодаря разнице цен на идентичные медицинские услуги в разных странах.

Ключевые слова: страхование, страховая компания, медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, рынок добровольного медицинского страхования.

SUMMARY

Lysenko V. S. Scientific and methodological principles of voluntary health insurance in Ukraine. – Manuscript.

Dissertation for a candidate's degree reception of economic science on specialty 08.00.08 – Money, finance and credit. – State Highest Educational Institution "Ukrainian Academy of Banking of the National Bank of Ukraine", Sumy, 2014.

Theoretical principles of health insurance market functioning investigated, VHI as an insurance product described, role of VHI in different healthcare systems discovered. The analysis of Ukrainian VHI market in terms of its players, developed products and premiums size is given.

An approach of choosing strategic development priorities of the companies at VHI market with the help of healthcare system efficiency coefficient is developed. The algorithm for evaluating VHI market size by calculating its market and sales potential is proposed. A model of VHI products individualization is described. Problem issues of VHI market regulation are examined. Perspectives of VHI development in Ukraine are highlighted.

Key words: insurance, insurance company, health insurance, voluntary health insurance, VHI market.

Відповідальний за випуск
доктор економічних наук, професор
О. В. Козьменко

Підписано до друку 17.12.2014.
Формат 60x90/16. Обл.-вид. арк. 0,9.
Гарнітура Times. Тираж 100 пр.

Державний вищий навчальний заклад
“Українська академія банківської справи
Національного банку України”.
Адреса: вул. Петропавлівська, 57, м. Суми, 40000, Україна.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції: серія ДК № 4694 від 19.03.2014