

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ И ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ИНВЕСТИЦИЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

исторического развития, активное участие женщин в политических процессах, настоятельная необходимость повсеместного утверждения принципа равных прав и равных возможностей мужчин и женщин на основе исторически апробированных ценностей человеческой цивилизации, единых мировых стандартов в области прав и свобод человека.

Выбор тех или иных путей социального и политического равенства женщин и мужчин сегодня наиболее осознано и непосредственно связан с глубоким переосмыслением исторической мысли, с новыми трактовками и оценками основных идей и концепций прошлого. Историческая ретроспектива все более утверждается как необходимый момент для выявления, выработки и обоснования передовых учений о путях достижения реального равенства женщин и мужчин.

Всеобъемлющий характер проблем равноправия женщин никогда не проявлялся столь отчетливо, как в современную эпоху. Это обстоятельство существенным образом сказывается на возросшем интересе к исторической мысли, к духовному опыту предшествующих эпох и поколений.

Представители различных теоретических и идейно-политических направлений черпают из исторических концепций и учений прошлого суждения и аргументы для обоснования своих воззрений на равенство мужчин и женщин. Достижения исторической мысли широко применяются в многочисленных интерпретациях принципов гендерного равенства.

Историческая мысль Казахстана с XV в. по наши дни вместила в себя огромное количество воззрений отдельных деятелей, намерений социальных групп, устремлений политических сил в их консолидации или же, напротив, противостоянии и столкновении. Проблемы равноправия женщин волновали мыслителей разных исторических эпох, различных мировоззренческих убеждений. Их ответы на вопрос о принципах и путях достижения равноправия женщин в значительной степени зависели от исторических традиций казахского общества, социально-политической ментальности народа, специфики его общественной психологии.

Исторические идеи, концепции, учения по проблемам равноправия женщин складывались под совокупным воздействием природных, экономических, социальных, политических условий в Казахстане. Они претерпевали эволюцию от эпохи к эпохе, но во многом сохраняли и укрепляли свою качественную определенность.

В комплексе историческая мысль иллюстрирует: во-первых, многообразие форм протеста женщин против их семейного и социального угнетения; во-вторых, диалектику женского вопроса; в-третьих, истоки зарождения женского движения; в-четвертых, переход от постановки проблемы равноправия женщин к анализу основных его критериев; в-пятых, появление официальных документов о путях достижения гендерного равенства.

РЕЗЮМЕ

У статті представлена ідея, що історична думка виступає як найважливіше джерело і невід'ємна частина сучасного наукового знання про рівноправність жінок, а також у якості обов'язкової передумови її поступального розвитку. Досліджується розвиток історичної думки Казахстану під впливом ідей закордонних авторів, але з урахуванням особливостей розвитку казахського суспільства. Підкреслюється значна роль історичної думки в розробці принципів гендерної рівності та вирішення глобальних проблем сучасності, а також затверджується її значення для виявлення і обґрунтування передових навчань про шляхи досягнення реальної рівності жінок і чоловіків.

Ключові слова: історична думка, рівноправність жінок, «жіноче питання», гендерна рівність, права і свободи людини, концепції, вчення.

РЕЗЮМЕ

В статье представлена идея, что историческая мысль выступает как важнейший источник и неотъемлемая часть современного научного знания о равноправии женщин, а также в качестве обязательной предпосылки его поступательного развития. Исследуется развитие исторической мысли Казахстана под влиянием идей иностранных авторов, но с учетом особенностей развития казахского общества. Подчеркивается значительная роль исторической мысли в разработке принципов гендерного равенства и решения глобальных проблем современности, а также утверждается ее значение для выявления, выработки и обоснования передовых учений о путях достижения реального равенства женщин и мужчин.

Ключевые слова: историческая мысль, равноправие женщин, «женский вопрос», гендерное равенство, права и свободы человека, концепции, учения.

SUMMARY The paper presents the idea that historical thought emerges as the most important source and an integral part of modern scientific knowledge on equality of women, as well as a mandatory precondition to its sustainable development. The article investigates the development of historical thought of Kazakhstan under the influence of foreign authors, but with the features of the development of Kazakhstan society. It emphasizes the significant role of historical thought in the development of gender equality and addressing the global challenges of our time. The historical thought is important for the identification, development and study of modern concepts on how to achieve real equality between women and men.

Keywords: historical thought, equality for women, "women's issue", gender equality, human rights and freedom, concepts, doctrine.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ВИКОРИСТАННЯ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

Балтачєва Н.А., д.е.н., доцент, професор кафедри управління персоналом і економіки праці Донецького національного університету¹

Постановка проблеми та її зв'язок із важливими науковими і практичними завданнями. Показники стану здоров'я населення в Україні залишаються вкрай низькими та незадовільними. Це пов'язано із складною економічною та політичною ситуацією у державі, недостатнім фінансуванням охорони здоров'я, яке не створює умов для здійснення якісної медичної допомоги в необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених верств населення. Недосконала з економічної та управлінської точки зору модель системи охорони здоров'я, успадкована від колишнього СРСР, у нових економічних умовах виявилась неефективною та обумовила зменшення доступності медичної допомоги для широких верств населення.

Одним з напрямів вирішення зазначених проблем є реформування економічних основ системи охорони здоров'я, яке має бути спрямованим на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, які є необхідними для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Відсутність в Україні визначеного законодавством і нормативно-правовими актами чіткого переліку медичної допомоги, яка має надаватися у державних і комунальних закладах охорони здоров'я безкоштовно на кожному рівні її надання та при відповідному стані фінансування цих закладів; низька ефективність функціонування української галузі охорони здоров'я; невідповідність бюджетного фінансування через недосконалість процесу фінансового забезпечення системи охорони здоров'я; неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів; існування «тіньового» (нерегламентованого) джерела оплати медичних послуг, значні особисті витрати громадян на медичні послуги (незважаючи на конституційні гарантії безоплатності медичної допомоги, значна частина медичних послуг стала по суті платною); наявність потреби у контролі за якістю медичних послуг; відсутність ефективної системи взаємозв'язку між кількістю та якістю медичної допомоги, оплатою праці медичного персоналу, фінансуванням медичних закладів та інституту незалежних експертів, які б забезпечували прозорість та ефективність функціонування медичної галузі свідчать про необхідність кардинальних змін, які мають забезпечити доступність медичних послуг, їх функціональність. Аргументом на користь здійснення даного заходу є також те, що «безкоштовна» або бюджетна медицина на 60% збільшує кількість звернень порівняно з необхідною, паралельно із збільшенням кількості лікарів збільшується кількість обстежень і

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ И ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ИНВЕСТИЦИЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

вартість медичних послуг. Крім того, недоліками існуючої медичної системи є: географічна та соціальна нерівність в отриманні медичної допомоги; обмежені можливості достатнього розвитку суспільної охорони здоров'я, профілактичної медицини і санітарної освіти; байдуже ставлення до хворих групи підвищеного ризику, які потребують тривалого перебування в стаціонарі; істотні витрати на утримання персоналу страхових організацій.

Одним з найбільш реальних позабюджетних джерел фінансування є медичне страхування. Проте потрібно говорити не стільки про введення медичного страхування, скільки про повноцінну реформу системи охорони здоров'я України із законодавчим закріпленням програм фінансування медичних послуг за кошти бюджету, обов'язкового і добровільного медичного страхування. Разом з тим необхідно враховувати той факт, що впровадження медичного страхування в Україні має деякі обмеження, наприклад, недовіру громадян і низький рівень доходу, що обмежує можливості додаткових відрахувань.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Комплексні дослідження соціальних проблем проводяться такими українськими ученими, як Борецька Н., Вінер М., Гнибіденко І., Кичко І., Кір'ян Т., Надточий Б., Новіков В., Новікова О., Палій О., Сирота І., Яценко В. та ін. В той же час накопичені наукові досягнення потребують подальшого поглиблення і пошуку шляхів удосконалення системи соціального захисту відповідно до сучасного етапу соціально-економічного розвитку України і потреб населення.

Метою статті є обґрунтування напрямів системної трансформації соціального страхування в Україні через упровадження обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Виклад основного матеріалу дослідження. Медичне страхування надає допомогу громадянам при настанні ризиків, пов'язаних із хворобою і неможливістю продовження роботи. Мета медичного страхування – гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансувати заходи щодо профілактики захворювань. У зв'язку з цим працівнику може бути компенсований трудовий дохід і оплата медичного лікування.

Об'єктом медичного страхування є страховий ризик, пов'язаний із витратами на надання медичної допомоги при виникненні в окремих громадян страхового випадку (захворювання, травми, отруєння).

Суб'єктами страхових відносин є громадяни, страховальники, страховики, медичні організації.

Медичне страхування може здійснюватися у двох формах: обов'язкове і добровільне.

Світова практика підтверджує, що основою страхової медицини є обов'язкове медичне страхування (ОМС) – державне соціальне страхування, яке забезпечує всім громадянам рівні можливості в отриманні медичної та лікарської допомоги, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі та на умовах, відповідних програмам ОМС.

Медичне страхування, яке здійснюється в обов'язковій формі, набуває риси соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством, обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, які сплачуються громадянами і юридичними особами, мають форму податку.

В обов'язковому державному медичному страхуванні має бути передбачено три види виплат:

компенсація заробітку, втраченого у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю;

компенсація витрат, пов'язаних із лікуванням і реабілітацією;

компенсація витрат, пов'язаних із профілактикою і ранньою діагностикою захворювань (регулярні медичні огляди для застрахованих), що сприятиме покращенню якості і тривалості життя населення, економії державних коштів.

На сьогоднішній день обов'язкове медичне страхування впроваджене в більшості країн. Величину внесків на медичне страхування в різних країнах наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Розміри внесків на обов'язкове медичне страхування, % до заробітної плати

Країни	Внески роботодавців	Внески працівників	Усього
Албанія	1,7	1,7	3,4
Грузія	3,0	1,0	4,0
Естонія	10,0	3,0	13,0
Казахстан	3,0	–	3,0
Китай	7,0	–	7,0
Литва	3,0	–	3,0
Македонія	8,6	–	8,6
Німеччина	6,4	6,4	12,8
Росія	3,6	–	3,6
Румунія	7,0	7,0	14,0
Словаччина	9,0	4,5	13,5
Словенія	6,4	6,4	12,8
Угорщина	19,5	4,0	23,5
Хорватія	8,0	8,0	16,0
Чехія	9,0	4,5	13,5

Добровільне медичне страхування (ДМС) забезпечує громадянам отримання додаткових медичних або інших послуг понад встановлені програмами ОМС. Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. Його мета – забезпечити тому, хто застрахований, гарантії повної або часткової компенсації додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно програми добровільного медичного страхування. Поява добровільної форми медичного страхування обумовлена тим, що обсяг послуг і умови надання медичної допомоги за програмами ОМС обмежені. В європейських країнах з коштів обов'язкового медичного страхування і загальних податкових надходжень фінансують не менше 75% всіх витрат на охорону здоров'я; добровільне медичне страхування та прямі платежі населення складають лише невелику частину [1]. Частка ДМС в загальному обсязі бюджетного фінансування системи охорони здоров'я України складає близько 2%, в той час як у європейських країнах вона коливається від 5 до 20% [2].

Накопичений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей і систем медичного страхування та страхування здоров'я. До теперішнього часу сформовано три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування, змішане. Ці види у відособленому виді практично не використовуються в жодній державі, проте у деяких державах вони є домінуючими. Наприклад, у Великій Британії, Ірландії, Шотландії, Італії, Данії домінує державна система фінансування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медичного страхування, в той час, як у США – змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% американців використовують послуги приватних страхових компаній.

Однією з перших країн, де було впроваджено медичне страхування, є Німеччина, де воно було створено ще у 1881 р.

Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за виключенням деяких її сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди було створено працівниками і роботодавцями, а також здійснює контроль за функціонуванням всієї системи медичного страхування. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Їм займається біля 1200 страхових кас (страхових фондів), які побудовано за професійним (шахтарі, фермери, моряки тощо) і територіальним принципами. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій, які не

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ И ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ИНВЕСТИЦИЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

охоплені страхуванням на підприємствах. Усі ці види кас входять до системи медичного страхування, що управляється державою.

Головна функція уряду по відношенню до медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам законодавства, зокрема, забезпечення виконання страхових програм. У зв'язку з цим держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер і визначає його основні умови – базові ставки страхових внесків, суму фінансування та організації медичної допомоги, надає недержавним органам (страховим компаніям та асоціаціям лікарів) значні функції в управлінні системою з наділенням їх правом представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників.

У Франції медичне страхування було впроваджено у 1910 р. спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1929 р. ці фонди було перетворено у страхові компанії. У теперішній час у Франції існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: Національна страхова організація (національна каса страхування найманих працівників), яка контролюється Міністерством соціального забезпечення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні та не конкурує одне з одним. Місцеві відділення мають певну автономію, але в цілому підлягають адміністративному контролю з центру.

У США існує система медичного страхування, яка базується на поєднанні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються у центральній фонді, який не несе адміністративних функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє у США в межах програм «Медікер» і «Медікейт». Ці системи охоплюють більше 20% населення, групове страхування за місцем роботи охоплює 58% населення і добровільне медичне страхування не за місцем роботи – 2%. Біля 15% населення не мають доступу до медичного страхування, це – малозабезпечені, безробітні, безпритульні та члени сімей працівників підприємств, які не мають системи медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, які працюють цілий робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки.

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане з трудовою діяльністю. У США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку (більше, ніж будь-яка країна у світі), в той же час більш, ніж 15% американців не мають фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю у них страхових медичних полісів.

Виплати з медичного страхування можуть бути періодичними і разовими.

Періодичні виплати покривають страхові події, що мають випадковий характер. До них належать допомоги з хвороби, догляду за хворим родичем, вагітності та пологів. Періодичні виплати – допомога у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю – залежать від заробітку застрахованого. Звичайно при призначенні допомоги розглядається середній заробіток за період, який безпосередньо передувє хворобі.

У країнах ЄС при призначенні допомоги з непрацездатності є «термін очікування». Це один або декілька перших днів хвороби, протягом яких працівнику зберігається заробітна плата за рахунок коштів роботодавця. Якщо після цього періоду хвороба продовжується, то компенсація заробітку відбувається за рахунок коштів медичного страхування.

Інформацію про умови медичного страхування в деяких країнах ЄС наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Умови медичного страхування в деяких країнах ЄС [3]

Країни	Розмір допомоги, % від зарплати	Кількість днів очікування	Максимальна тривалість виплати
Бельгія	100	1	1 рік
Греція	50	3	360 днів
Італія	50	3	180 днів за рік
Іспанія	60	3	12 місяців
Люксембург	100	–	52 тижня
Німеччина	80-100	–	78 тижнів за 3 роки
Португалія	65	3	3 роки
Швеція	90	–	необмежено

Разові виплати – це виплати у зв'язку з народженням дитини або пов'язані із смертю родича. Розмір разових допомог є фіксованим.

У зарубіжній практиці, крім державного, існує коротко- і довгострокове недержавне медичне страхування.

У короткостроковому страхуванні передбачається лише разовий внесок премії, без систематичного накопичення резерву. Тут страхувальник купує у страховика поліс на термін від декількох днів до року. При настанні страхової події (захворювання) страховик зобов'язаний сплатити витрати на лікування у фіксованій сумі або за фактичною вартістю лікування з обумовленими обмеженнями. Перелік медичних послуг, що підлягають страхуванню, обговорюється в полісі. Чиста вартість страхування (нетто-премія) визначається двома чинниками – вірогідністю настання страхової події протягом обумовленого терміну (не більше року) і вартістю лікування. Чинник часу звичайно до уваги не береться. Це означає, що нетто-премія дорівнює математичному очікуванню виплати страхової суми.

Очевидно, що в старшому віці вірогідність певних видів захворювання і відповідно витрати на лікування істотно вище, ніж в молоді роки. Таким чином, із збільшенням віку застрахованого вартість страхування збільшується. У європейських країнах страхові тарифи звичайно встановлюються для конкретних вікових груп.

При короткостроковому страхуванні солідарність застрахованих полягає у тому, що ризик оплати медичних витрат у межах певної (наприклад, статево-вікової або професійної) групи розподіляється між усіма учасниками цієї групи. Іншими словами, ті застраховані, хто не скористався страховими полісами, оплачують частину медичних витрат тих, хто одержав медичну допомогу. Таким чином, ціна страхування і нетто-премії помітно менше дійсної вартості лікування застрахованого. Нетто-премії визначаються порівняно просто, а обсяг інформації, необхідної для розрахунків, відносно невеликий.

У країнах ЄС основним є довгострокове медичне страхування. Його мета полягає в систематичному накопиченні коштів для подальшого їх використання на оплату лікування.

Методи розрахунку премій у довгостроковому медичному страхуванні розрізняються по країнах, але всі вони базуються на тих, які розроблені в страхуванні життя і в пенсійному страхуванні. Методи засновані на двох згаданих базових принципах, хоча і реалізуються більш складним шляхом, ніж при короткостроковому страхуванні. Так, принцип фінансової еквівалентності зобов'язань здійснюється з урахуванням чинника часу (для цього встановлюється норма прибутковості), тривалості надходження страхових внесків і вірогідності досягнення застрахованим певного віку.

Механізм довгострокового медичного страхування будується на використанні складного математичного апарату, що враховує вірогідність настання страхових подій у різному віці, і полягає в такому: страхові внески виплачуються страхувальником у постійному розмірі згідно з їх домовленістю, оформленою в угоді, довічно або до досягнення певного віку, а страховик оплачує медичні витрати застрахованого в міру виникнення страхових випадків. Таким чином, існують два паралельних потоки платежів – внески (премії) і страхові виплати (оплати медичних послуг). Причому перший із названих потоків є регулярним із фіксованою сумою платежів. Другий потік має випадковий характер відносно як сум, так і моментів страхових виплат. У перші роки після укладання страхового контракту внески значно перевищують виплати. Так утворюється накопичення або резерв, який інвестується і приносить страховику відсотки. Після досягнення певного віку застрахованого вартість лікування виявляється більше його внесків, і на оплату медичних послуг йдуть не тільки поточні внески, але і частково кошти резерву. Зростання резерву певний час все ж таки триває (завдяки нарахуванню відсотків), але потім, коли

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ И ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ИНВЕСТИЦИЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

витрати перевищують суми нарахованих відсотків і внесків, резерв зменшується. Передбачається, що в якомусь віці резерв повністю вичерпується. У зв'язку з тим, що в довгострокових (актуарних) розрахунках параметри застарівають, розміри тарифів час від часу коригуються.

Довгострокове страхування дозволяє вирівнювати витрати на медичне обслуговування, розподіляючи їх на значному часовому інтервалі. Солідарність застрахованих тут виявляється ширше, ніж при короткостроковому страхуванні: як солідарність здорових і хворих і як солідарність поколінь. При довгостроковому страхуванні (страхуванні деякої сукупності людей, обмеженої виробничими або іншими рамками) солідарність розповсюджується тільки на цю групу.

Ураховуючи накопичений зарубіжний досвід, в основу української моделі медичного страхування мають бути покладено такі принципи:

загальності, який полягає у тому, що всі громадяни незалежно від статті, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на отримання медичних послуг;

державності, який означає, що кошти обов'язкового медичного страхування – це державна власність. Держава забезпечує стійкість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючого населення (наприклад, пенсіонерів); некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток є несумісними.

Прибуток від обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення його фінансових резервів і не може бути засобом збагачення; солідарної відповідальності, який передбачає відповідальність і витрати всього суспільства на охорону здоров'я кожного індивіда; фінансування за рахунок страхових внесків роботодавців, працівників і державного бюджету;

участь у системі суспільного фінансування охорони здоров'я страховиків як покупців медичних послуг для застрахованого населення;

конкуренція між виробниками медичних послуг за укладання контрактів із страховиками.

Основні положення української моделі обов'язкового медичного страхування мають полягати в такому:

страхувальниками працюючого населення є їх роботодавці, непрацюючого населення – місцеві органи виконавчої влади або органи місцевого самоврядування;

обсяг і умови надання медичної допомоги в межах ОМС визначаються в базовій програмі ОМС, яка затверджується урядом, і в територіальних програмах, що приймаються на основі базової регіональними органами влади;

страховиками в системі ОМС є Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України, страхові медичні організації, які можуть бути недержавними і державними, комерційними і некомерційними, при цьому органи управління охороною здоров'я і медичні організації не мають права бути засновниками, і діяльність щодо ОМС має здійснюватися на некомерційній основі;

страховики укладають договори з роботодавцями на страхування працюючих, з органами виконавчої влади і місцевого самоврядування – на страхування непрацюючого населення;

страховики організують надання медичної допомоги застрахованому населенню, укладаючи договори з медичними організаціями, здійснюють її оплату і контролюють якість медичних послуг;

страховики мають право поєднувати діяльність у системі ОМС із здійсненням ДМС, але програми добровільного медичного страхування не можуть включати послуги програм ОМС;

застраховані мають право вибору лікаря і медичної організації.

Становлення ОМС в Україні припускає збереження державних органів управління охороною здоров'я, на які будуть покладені контролюючі функції і функції з розробки і реалізації цільових програм. При цьому предметом цільових програм є інвестиції і фінансування спеціалізованих і високотехнологічних дорогих видів медичної допомоги, які не включаються в базову програму ОМС.

З метою виключення паралелізму в управлінні й фінансуванні медичних організацій формування фондів ОМС має супроводжуватися реорганізацією державного управління охороною здоров'я.

Оскільки механічна заміна бюджетного фінансування на будь-яку модель ОМС не покращить стан медичного забезпечення населення, необхідно впровадити багатоканальне фінансування медицини, збільшити ефективність використання ресурсів за рахунок упровадження ринкової концепції ОМС та розширення ДМС.

Формування в Україні єдиної системи медико-соціального страхування (МСС) дозволить сформувати дієві механізми контролю за виплатою допомоги з тимчасової непрацездатності на підставі відомостей про характер захворювань і надання лікувальної допомоги; забезпечити тісний взаємозв'язок між наданням лікувальних і санаторно-курортних послуг через часткову передачу спеціалізованим санаторно-курортним організаціям лікувально-оздоровчих функцій за окремими видами захворювань, у ряді випадків це дозволить досягти зниження витрат порівняно з наданням подібних послуг у медичних стаціонарах, істотно зменшити адміністративні витрати в об'єднаній системі МСС.

Для підвищення раціональності використання бюджетних і страхових коштів, що направляються на охорону здоров'я, необхідно забезпечити узгоджену політику органів управління охороною здоров'я і медико-соціального страхування. Кошти системи МСС мають формуватися як страхові платежі, і при розподілі цих коштів фонди витратитимуться в першу чергу на забезпечення необхідних обсягів медичної допомоги і виплат допомог із соціального страхування, а не на забезпечення завантаження існуючої мережі. Органи управління МСС будуть більшою мірою зацікавлені в упровадженні прогресивних форм оплати медичної допомоги, які створюють стимули до ефективного господарювання. Тому необхідно забезпечити їх автономний статус від органів управління охороною здоров'я.

Доцільно також запропонувати впровадження системи особистих медичних рахунків – аналог системи MSAs (Medical savings accounts), яка використовується в США і Канаді, – система ощадних рахунків медичного страхування. Система ведення подібних рахунків аналогічна системі рахунків особистого пенсійного страхування. Витрачання коштів, що перебувають на особовому страховому рахунку, відбувається в умовах доступності й відкритості для застрахованого громадянина. Як показав досвід застосування подібних рахунків, економія складає до 20% витрат на медичне обслуговування [4, с. 73]. У подібній системі у застрахованих осіб є можливість розподіляти кошти на своє медичне обслуговування між державним і приватним секторами медичного обслуговування.

Висновки і перспективи подальших розробок. Українська державна політика, спрямована на збереження і зміцнення суспільного здоров'я, має базуватися на новій парадигмі системи охорони здоров'я, в центрі якої перебуває не лікувальний заклад, а людина з її потребами щодо охорони здоров'я та медичної допомоги.

Як зазначено у доповіді Міністра охорони здоров'я, «... обов'язкове медичне страхування може бути запроваджене за умови підйому економіки країни, політичної волі керівництва держави та обов'язкового реформування медичної галузі шляхом структурної перебудови та зміни системи фінансування. За інших умов, скільки б коштів ми не вливали в медичну галузь, вони будуть марними» [5].

Тому перебудова економіки охорони здоров'я в Україні має починатися, перш за все, з укріплення фінансової основи галузі, зі зміни загальної системи фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової, яка фінансується за активної участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення. У цих умовах медичне страхування має поділятися на три рівні:

1) виділення коштів з бюджету на надання мінімальних медичних послуг;

2) обов'язкове медичне страхування (Міністерство охорони здоров'я України визначає перелік хвороб, які лікуватимуться за рахунок бюджетних коштів);

3) добровільне медичне страхування, яке передбачає отримання медичних послуг через систему медичного страхування у страхових організаціях.

Упровадження в Україні медичного страхування має передбачати такі завдання:

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ И ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ИНВЕСТИЦИЙ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

1. На підготовчому етапі впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування: персоніфікація населення; розробка та запровадження стандартів лікування, переліку медичних послуг та їх вартості; реструктуризація державних і комунальних установ охорони здоров'я; ухвалення Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування».

2. На перехідному етапі впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування: укладання договорів обов'язкового медичного страхування; збереження без змін системи фінансування таких установ охорони здоров'я: станцій першої невідкладної допомоги, дитячих поліклінік, пологових будинків тощо; збереження часткового фінансування за рахунок державного і місцевих бюджетів постійних витрат установ охорони здоров'я II та III рівнів; зниження чинних ставок оподаткування (наприклад, встановлення нульової ставки податку на прибуток, яка оплачується страховиками по обов'язковому медичному страхуванню).

3. На етапі забезпечення повноцінного функціонування загальнообов'язкового державного медичного страхування: одночасне припинення фінансування системи охорони здоров'я за рахунок держави, окрім спеціалізованих установ; використання коштів державного бюджету для субсидування платежів за непрацююче населення; концентрація у Фонді загальнообов'язкового державного медичного страхування більш вагомій частини коштів за рахунок зміни пропорцій розподілу коштів соціального податку між державним і територіальними фондами і розширення можливостей державного Фонду з вирівнювання фінансових умов реалізації базової програми обов'язкового медичного страхування в різних регіонах; недопущення подвійності каналів фінансування медичних установ за одну і ту ж діяльність; значне посилення державних вимог до діяльності страховиків у системі обов'язкового медичного страхування з метою перетворення їх з пасивних посередників у русі фінансів в активних покупців оптимальних для населення обсягів медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах; надання застрахованим права вибору страховика; уніфікація механізмів ціноутворення і оплати медичної допомоги; введення нових розмірів страхових платежів з урахуванням розширеного страхового покриття; контроль за порядком здійснення безплатних і платних медичних послуг.

4. Розвиток інститутів недержавного медичного страхування; розробка механізму стимулювання страхових компаній, роботодавців і найманих працівників до добровільного медичного страхування, який передбачає введення особливих умов оподаткування страховиків по платежах із добровільного медичного страхування, податкові преференції для громадян, надання права податкового кредиту для громадян-страхувальників із добровільного медичного страхування; підвищення надійності недержавних страхових організацій шляхом встановлення вимог до їх ліцензування згідно з чітко встановленими критеріями; забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі ДМС, незалежно від їх відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми.

Для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування необхідним є встановлення принципу залежності оплати праці медичних працівників від кількості та якості наданих медичних послуг; створення системи правового, економічного та громадського контролю за якістю медичної допомоги, а також введення відповідних санкцій за її неякісне надання.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ:

1. Окунський А.Р. Медичне страхування в Україні: проблеми і перспективи [Електронний ресурс] / А.Р. Окунський. – Режим доступу: http://www.medicallaw.org.ua/uploads/01_203_01.pdf.
2. Страховий ринок [Електронний ресурс] / Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua/734.html>.
3. Social protection in the Member States of the European Union. – ISG – Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH. – Luxembourg: Office Publication of the European Communities, 1999. – 692 p.
4. Михеева Ю.В. Один из вариантов реформирования медицинского страхования в Канаде / Ю.В. Михеева // Вестник государственного социального страхования. – 2004. – №12. – С. 73-76.
5. Концепція реформування охорони здоров'я України (довідь Міністра охорони здоров'я на Національній раді при Президентові України 13 січня 2010 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ufoz.ukrmed.info/Article33.html>.

РЕЗЮМЕ

У статті на підставі вивчення і аналізу зарубіжного досвіду визначено перспективи впровадження в Україні обов'язкового і добровільного медичного страхування. Обґрунтовано принципи і основні положення української моделі медичного страхування.

Ключові слова: охорона здоров'я, страховий ризик, страховий випадок, медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування.

РЕЗЮМЕ

В статье на основании изучения и анализа зарубежного опыта определены перспективы внедрения в Украине обязательного и добровольного медицинского страхования. Обоснованы принципы и основные положения украинской модели медицинского страхования.

Ключевые слова: здравоохранение, страховой риск, страховой случай, медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование.

SUMMARY

In the article on the basis of study and analysis of foreign experience the prospects of introduction in Ukraine of obligatory and voluntarily medical insurance are determined. Principles and fundamental provisions of the Ukrainian medical insurance model are grounded.

Keywords: public health, insurance risk, accident insured, medical insurance, obligatory medical insurance, voluntarily medical insurance.

ЕНЕРГЕТИЧНА БЕЗПЕКА РЕГІОНУ: КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ТА ДИНАМІКА ЗМІНИ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ

Бараннік В.О., к. е. н. Регіонального філіалу Національного інституту стратегічних досліджень в м. Дніпропетровську¹

Проблеми забезпечення енергетичної безпеки (ЕнБ) регіону достатньо широко висвітлюються в наукових дослідженнях [1-4]. І це не дивно, як показано в роботі [5], енергетичні ресурси підтримують широкий спектр діяльності людини та є основною рушійною силою економічного розвитку. При цьому, не зважаючи на деякі позитивні зрушення в засобах використання енергетичних ресурсів, існуючі моделі енергоспоживання ведуть до нестійкого енергетичного майбутнього.

Все це в повній мірі відноситься і до України та її регіонів (областей, АР Крим, міст Київ та Севастополь). В той же час, не зважаючи на таку очевидну значущість проблем забезпечення ЕнБ, питання науково-методологічного обґрунтування оцінки рівня ЕнБ регіонів не вирішено.

Під ЕнБ держави ми розуміємо – спроможність держави забезпечити максимально надійне, технічно безпечне, екологічно прийнятне та обґрунтовано достатнє енергозабезпечення економіки й населення, а також гарантоване забезпечення можливості керівництва держави у формуванні і здійсненні політики захисту національних інтересів у сфері енергетики без надмірного зовнішнього та внутрішнього тиску в сучасних та прогнозованих умовах [1]. В даному визначенні ЕнБ враховані основні складові (блоки) ЕнБ держави, а саме: енергозабезпечення, енергетична незалежність, екологічна прийнятність енерговиробництва та енергоспоживання й соціальна стабільність. Для оцінки стану безпеки здебільшого приймається система показників й індикаторів та їх граничних і критичних рівнів, яка повинна