

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
„ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК УКРАЇНИ”

НАГАЙЧУК НЕЛЯ ГРИГОРІВНА

УДК 368:943

**ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ**

08.04.01 – фінанси, грошовий обіг і кредит

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук

Київ – 2006

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в ДУ „Інститут економіки та прогнозування
Національної академії наук України”.

Науковий керівник

доктор економічних наук, професор
Барановський Олександр Іванович,
ДУ „Інститут економіки та
прогнозування
НАН України”, завідуючий відділом
досліджень розвитку та регулювання
фінансових ринків.

Офіційні опоненти:

доктор економічних наук, професор
Юрій Сергій Ілліч,
Тернопільський державний
економічний університет,
ректор, завідувач кафедри фінансів;

кандидат економічних наук, доцент
Шумелда Ярослав Павлович,
завідувач кафедри страхування Центру
підготовки і перепідготовки кадрів та
інформаційно-аналітичного
забезпечення страхової діяльності.

Провідна установа Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, кафедра фінансів, грошового обігу і кредиту (м. Київ).

Захист відбудеться „ 25 ” жовтня 2006 р. о 14 годині 30 хвилин на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.239.01 ДУ „Інститут економіки та прогнозування НАН України” за адресою: 01011, м. Київ-11, вул. Панаса Мирного, 26.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ „Інститут економіки та прогнозування НАН України”, 01011, м. Київ-11, вул. Панаса Мирного, 26.

Автореферат розісланий „ 22 ” вересня 2006 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Левчук Н.І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Становлення ринкової економіки в Україні зумовило докорінні зміни у всіх сферах економічного, господарського та соціального життя країни. Особливо радикальні зміни відбулися в галузі охорони здоров'я, а саме у механізмі її фінансового забезпечення. Залишковий принцип фінансування галузі зумовлює необхідність пошуку додаткових джерел фінансових надходжень, особливо в сучасних умовах загострення медико-демографічної ситуації в країні. Формування системи медичного страхування носить об'єктивний характер і має на меті сприяти побудові більш раціональної структури медичного обслуговування населення та задоволення його потреб у захисті майнових інтересів, пов'язаних із втратою здоров'я.

Актуальність теми. Медичне страхування належить до соціально-значущих видів, тому, враховуючи відсутність у держави фінансових можливостей забезпечення виконання конституційних прав громадян щодо охорони здоров'я, законодавчу неврегульованість і невнормованість обов'язкової форми медичного страхування, добровільні його види стають усе більш значущими. В Україні, починаючи з 90-х років, страховими компаніями накопичений певний практичний досвід роботи в системі добровільного медичного страхування (ДМС), кошти якого є для охорони здоров'я додатковим джерелом фінансування.

Практичне застосування ДМС слід розглядати з точки зору корисності для його учасників. Так, для застрахованих осіб існування ДМС зумовлене недостатнім державним фінансуванням галузі охорони здоров'я, фінансовою недоступністю для більшості населення платних медичних послуг; для страховиків ДМС виконує роль локомотива – через нього відбувається залучення клієнтів до інших видів страхування (майнового, страхування відповідальності); для медичних установ ДМС виступає додатковим джерелом надходження коштів, а для держави – зменшує навантаження на бюджет і забезпечує покращення стану здоров'я певної (застрахованої) частки населення.

Фінансові аспекти розвитку страхового ринку та організації грошових потоків у страхуванні досліджували вітчизняні науковці В. Базилевич, О. Барановський, О. Василик, О. Гаманкова, О. Заруба, М. Клапків, С. Осадець та інші.

Теоретичні та практичні аспекти організації та функціонування ДМС знайшли своє відображення у працях як зарубіжних вчених та практиків страхового бізнесу, західних – А. Аткинсона, Дж. Бріттейна, Е. Берковіца, Р. Болла, російських – В. Грішіна, Е. Кагаловської, А. Кудрявцева, Р. Плама, В. Семьонова, Т. Федорової, Г. Чернової, І. Шеймана та ін., так і вітчизняних науковців Т. Артюх, В. Бідного, Н. Внукової, О. Губар, Т. Камінської, І. Кутузова, В. Нонка, Н. Орлової, Т. Ротової, В. Рудня, С. Срібного, Я. Шумелди, С. Юрія.

У вітчизняній літературі досліджуються, в основному, загальні тенденції розвитку медичного страхування в Україні та зарубіжних країнах, описуються можливості, які отримає система охорони здоров'я країни після запровадження

обов'язкового медичного страхування (ОМС) та від використання ДМС, без уточнення конкретних методик практичної реалізації цих можливостей у рамках цілісної системи медичного страхування в Україні.

Водночас слід відмітити недостатню увагу дослідників до проблем пов'язаних з формуванням системи ДМС і наукових розробок, орієнтованих на практичне узагальнення та використання досвіду економічно розвинених країн у цій сфері. У дослідженнях майже не приділяється увага специфіці складу страхових резервних фондів та нормативно-правовому забезпеченню страхування ризиків, пов'язаних із втратою здоров'я.

Актуальність теми дослідження зумовлена відсутністю концепції національної системи медичного страхування, розробленої методики фінансового контролю його суб'єктів, недосконалістю та законодавчою обмеженістю інвестиційних можливостей страховиків у сфері охорони здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження є складовою частиною науково-дослідної роботи кафедри банківської справи Української академії банківської справи НБУ за темою „Сучасні технології фінансово-банківської діяльності в Україні” (№ДР 0102U006965), у межах якої автором розроблено шляхи оптимізації фінансового механізму ДМС за рахунок удосконалення процедури андеррайтингу та уточнення структури страхового тарифу.

Мета і задачі дисертаційного дослідження. *Метою дослідження є* розробка теоретико-методологічних засад ДМС в сучасних ринкових умовах та опрацювання практичних рекомендацій щодо формування ефективного фінансового механізму страхового захисту здоров'я громадян України.

Для досягнення вказаної мети були поставлені та вирішені такі завдання:

- дослідити та узагальнити теоретичні підходи до визначення соціально-економічної сутності медичного страхування;
- виявити класифікаційні ознаки та розробити класифікацію страхового захисту здоров'я;
- виявити специфічні ознаки ДМС;
- дослідити нормативно-правові та організаційно-методологічні засади ДМС в Україні;
- провести аналіз сучасного стану медичного страхування в Україні та визначити основні тенденції його розвитку в умовах ринкової економіки;
- розглянути процеси формування та використання коштів грошових фондів ДМС, надати пропозиції щодо їх оптимізації і ефективності використання;
- обґрунтувати рекомендації щодо вдосконалення фінансового забезпечення заходів з попередження страхових випадків;
- довести необхідність оптимізації структури страхового тарифу через введення елемента „витрати на превентивні заходи”;
- побудувати імітаційну модель фінансування страховиком превентивних заходів у ДМС;
- оцінити ефективність інвестування коштів страховиком у превентивні

заходи з використанням побудованої моделі;

- розробити алгоритми здійснення фінансових перевірок суб'єктів страхових відносин у системі ДМС;

- запропонувати систему економічного стимулювання суб'єктів ДМС через застосування набору показників, які характеризують якість медичного обслуговування, задоволеність пацієнтів наданою медичною послугою тощо;

- розробити концептуальні засади варіантів ДМС, спрямованих на стимулювання застрахованих зберігати і покращувати своє здоров'я.

Об'єктом дослідження є діяльність страхових компаній з ДМС в Україні.

Предметом дослідження є сукупність економічних відносин, що виникають між суб'єктами ДМС.

Методи дослідження. Теоретико-методологічною базою роботи є сучасна економічна теорія, аналіз поглядів вітчизняних та зарубіжних вчених на економічну природу медичного страхування, його сутність і роль. Для розкриття сутнісних характеристик об'єкту дослідження використано сукупність методів: теорію пізнання з основами діалектичного методу – для визначення економічної сутності медичного страхування; метод порівняння – для виявлення специфічних особливостей ДМС та для аналізу умов ДМС; методи спостереження, аналізу і синтезу, індукції і дедукції - для оцінки сучасного стану ДМС та визначення тенденцій подальшого розвитку; умовивід за аналогією – для розробки методичних засад фінансового андеррайтингу в ДМС; фінансовий аналіз та економіко-математичне моделювання – для визначення величини витрат страховика на здійснення превентивних заходів; метод статистичного прогнозування – для прогнозу розміру страхової премії з урахуванням елементу навантаження „витрати на превентивні заходи”. Наочне представлення результатів дослідження здійснено у вигляді таблиць, графіків, діаграм, схем, рисунків.

Інформаційною базою дослідження є праці вітчизняних і закордонних економістів з питань державного фінансування охорони здоров'я і страхової медицини; законодавчі і нормативні документи Верховної Ради України, Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг з питань страхування, фінансів; дані Держкомстату України; медична статистика; звітні дані діяльності вітчизняних страхових компаній, а також результати спеціальних соціологічних опитувань.

Наукова новизна одержаних результатів. Основні результати, які визначають наукову новизну дисертаційного дослідження, полягають у наступному:

вперше:

- визначено економічну природу і сутність страхового захисту здоров'я як комплексу видів особистого страхування, страхування відповідальності та системи соціального страхування в частині, що забезпечує захист майнових інтересів особи, пов'язаних з ризиком втрати здоров'я та наслідків його прояву;

- введено у науковий термінологічний обіг поняття „фінансовий механізм

ДМС” як процесу формування і використання фінансових ресурсів системи ДМС з огляду на специфіку руху в ній вхідних та вихідних грошових потоків; протилежність економічних інтересів суб’єктів; чутливість системи до змін економічних механізмів та прийнятих органами влади рішень;

- обґрунтовано необхідність формування резерву превентивних заходів при здійсненні ДМС за допомогою розробки імітаційної економіко-математичної моделі фінансування страховиком вакцинації застрахованих, що дає підстави стверджувати про доцільність введення в структуру тарифу ДМС обов’язкового елемента „витрати на превентивні заходи”;

набуло подальшого розвитку:

- теоретичне визначення економічної сутності ДМС завдяки уточненню функціонального призначення його стимулюючої і контрольної функцій та за рахунок розширення його суб’єктного складу;

- виявлення та обґрунтування специфічних ознак ДМС: комерційний характер; доповнення до системи ОМС, відповідність потребам і можливостям кожного індивіда; вибіркове охоплення страховим захистом; встановлення обмеження щодо якісних характеристик здоров’я та причин настання страхового випадку; колективний та індивідуальний характер; специфіка проведення медичного і фінансового андеррайтингу; існування ймовірності кумуляції ризиків; специфічний суб’єктний склад;

- визначення економічної природи та сутності андеррайтингу в ДМС з обґрунтуванням його поділу на медичний та фінансовий;

удосконалено:

- класифікацію страхового захисту здоров’я за рахунок уведення таких класифікаційних ознак як джерела фінансування; статус страховика; строковість договорів страхування; цільове призначення страхових виплат, що дозволяє розширити сферу дослідження економічної категорії ДМС;

- методичні підходи до етапізації оцінювання ризиків у ДМС за рахунок розширення переліку факторів ризику для здоров’я при здійсненні медичного андеррайтингу та з урахуванням рівня доходів і наявності фінансово залежних осіб на утриманні застрахованої особи при провадженні фінансового андеррайтингу.

Практичне значення одержаних результатів. Науково-методичні результати дослідження впроваджено в практику роботи органів державної влади і управління, лікувально-профілактичних установ (ЛПУ), страхових компаній і в навчальний процес ВНЗ.

При підготовці договірних документів з ЛПУ, встановлення порядку розрахунку за надані медичні послуги та їх вартості використані пропозиції дисертанта щодо необхідності унормування та методичного забезпечення фінансових відносин між страховиком та медичною установою. На основі результатів дослідження ринку ДМС, одержаних автором, розроблені і впроваджені у практику діяльності Черкаської філії ЗАТ „Страхова Група” ”ТАС” регіональні програми ДМС, що враховують рівень платоспроможності

потенційних споживачів та якісні характеристики їхнього здоров'я (довідка № 462 від 13.06.2006 р.). Пропозиції дисертанта щодо оцінки результатів діяльності медичного персоналу і формування системи заходів його мотивації враховані в діяльності Черкаської центральної районної лікарні при розробці положення про стимулювання медичного персоналу (довідка № 01/365 від 13.06.2006 р.).

Результати дослідження в частині доцільності фінансування страховою медичною організацією заходів з попередження та запобігання захворюваності населення прийняті як рекомендації Черкаським міським управлінням охорони здоров'я (довідка № 102 від 08.06.2006 р.).

Окремі положення та висновки дисертаційного дослідження використовуються у навчальному процесі при викладанні навчальних дисциплін „Страхування”, „Страхові послуги”, „Основи актуарних розрахунків”, „Соціальне страхування” на кафедрі фінансів Черкаського банківського інституту Української академії банківської справи НБУ (довідка № 465 від 14.06.2006 р.)

Апробація результатів дисертації. Основні висновки та результати дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на: *міжнародних науково-практичних конференціях*: „Реформування фінансово - кредитної системи і стимулювання економічного зростання” (м. Луцьк, 2004 р.); „Сучасні тенденції в розвитку банківської системи” (м. Дніпропетровськ, 2004 р.); „Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період” (м. Хмельницький, 2003 р.); *всеукраїнських конференціях*: „Теорія і практика сучасної економіки” (м. Черкаси, 2004 р.); „Проблеми формування і розвитку фінансово-кредитної системи України” (м. Харків, 2004 р.); „Економічні проблеми ринкової трансформації України” (Львів, 2002 р.); „Облік, контроль та аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю” (Черкаси, 2002 р.); *науково-практичному семінарі*: „Розвиток банківської системи України в контексті інституціонального процесу” (м. Черкаси, 2004 р.).

Публікації. За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 18 наукових праць загальним обсягом 6 д. а., у тому числі 10 статей у наукових виданнях (4,18 д. а.).

Обсяг та структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 193 сторінок комп'ютерного тексту і містить 16 таблиць на 14 сторінках та 30 рисунків на 19 сторінках. Робота має 18 додатків на 37 сторінках. Список використаних джерел налічує 259 найменувань і розміщений на 20 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

У першому розділі „Теоретичні основи медичного страхування в умовах ринкової економіки” на основі опрацювання, критичної оцінки та узагальнення наукового доробку вітчизняних і зарубіжних вчених досліджено теоретичні питання щодо сутності особистого страхування в цілому, і медичного зокрема;

внутрішньої структури підгалузі медичного страхування та класифікації страхового захисту здоров'я; специфічних ознак ДМС.

Доведено, що страхуванню, як фінансовій категорії, об'єктивно притаманна контрольна та стимулююча функції. Саме через розкриття їх сутності характеризується економічна природа медичного страхування.

Об'єктивна необхідність медичного страхування випливає з тези, що здоров'я є цінністю і його можна представити у вартісному виразі. Тому виникає необхідність формування системи захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних із втратою здоров'я. Введено поняття „страховий захист здоров'я” і доведено, що система, яка його має забезпечувати, вже існує в нашій країні, але досі не була оформлена в єдине ціле. Такий стан речей, з одного боку, зумовлює дублювання функцій інституцій, що реалізують цей захист, а з іншого, певна частина ризиків, пов'язаних із втратою здоров'я, взагалі не покриті страховим захистом. Це дало нам змогу побудувати власну класифікацію захисту здоров'я за набором ознак. Інституції, які здійснюють захист здоров'я, об'єднано в національну систему захисту здоров'я (рис.1).

Конкретизовано способи захисту здоров'я (послуги), що реалізуються кожною із підсистем, що уможливило чітке визначення місця кожної з них у забезпеченні комплексного захисту здоров'я. На цьому етапі дослідження введено поняття „страховий захист здоров'я”.

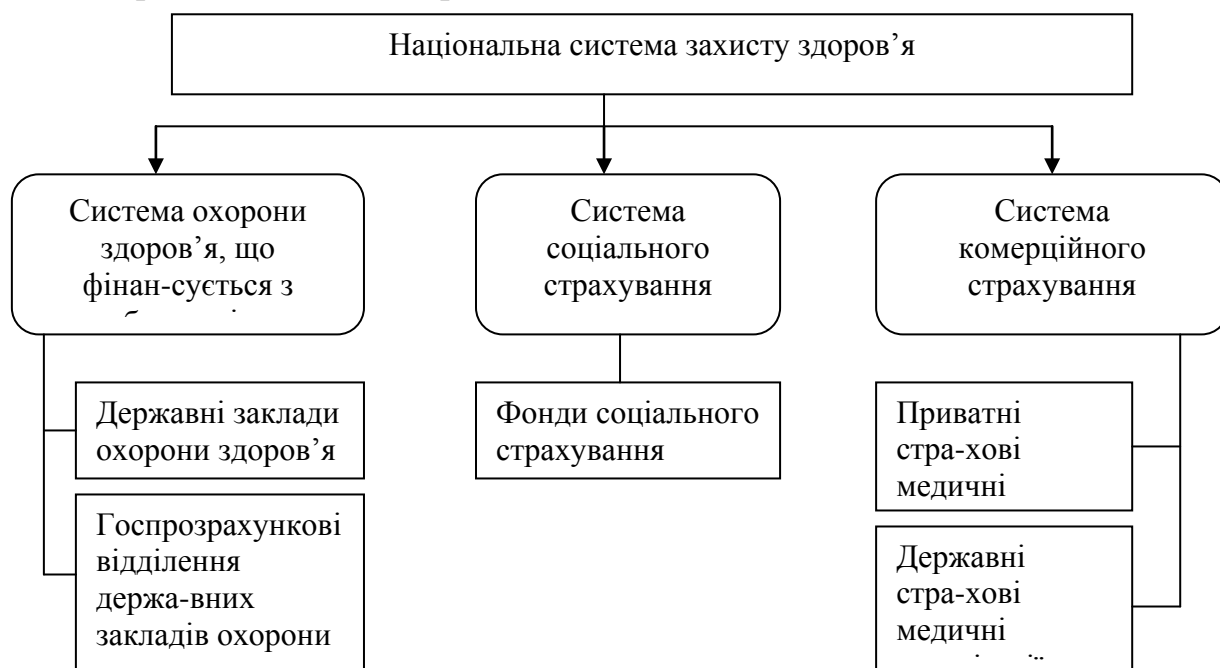


Рис. 1. Інституційна структура національної системи захисту здоров'я

Безпосередньо страховий захист здоров'я забезпечується інституціями двох підсистем – системи соціального страхування та системи комерційного страхування, які взаємодоповнюють одна одну (рис.2).

Соціальне страхування базується на принципі колективної солідарності та створенні суспільних страхових фондів за рахунок зборів обов'язкових страхових внесків і призначене для того, щоб забезпечити мінімум соціального захисту

особам, які досягли пенсійного віку, втратили здатність працювати чи/або не мали її від народження, потребують медичної допомоги тощо.

Комерційне страхування ґрунтується на принципах еквівалентності та замкнутого розподілу збитку в рамках створеного страхового фонду і надає захист у тих життєвих ситуаціях, які не забезпечені соціальним страхуванням.

Медичне страхування – це система економічних відносин між страховиком, страхувальником та іншими суб'єктами страхових відносин, за яких страхувальник сплатою страхової премії забезпечує собі чи іншій особі (застрахованому) право на отримання медичної допомоги (послуги) при прояві страхового ризику на об'єкті страхового захисту та/або її оплати, а страховик формує та ефективно розміщує страхові резерви і здійснює фінансування заходів, спрямованих на попередження страхового випадку або зменшення негативних його наслідків та представляє і захищає інтереси застрахованих у відносинах із надавачем медичної допомоги (послуги).

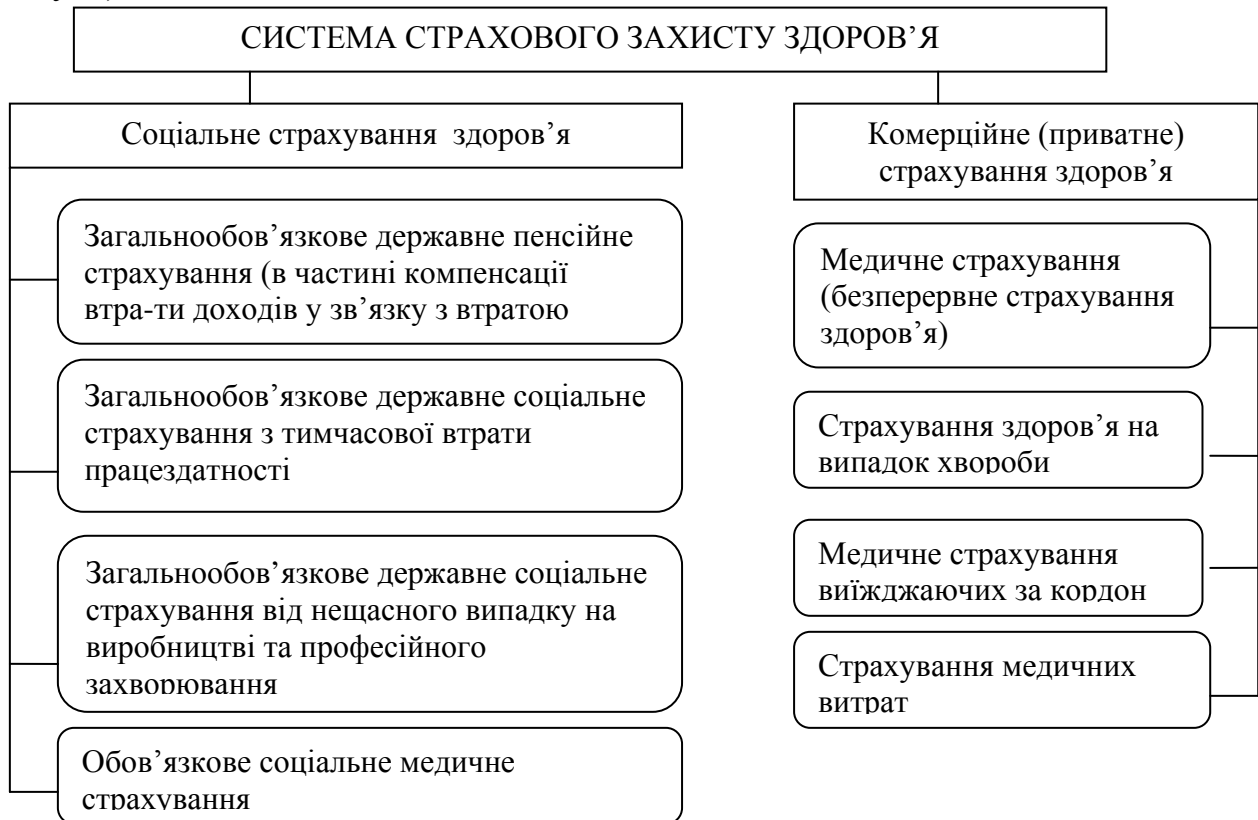


Рис. 2. Класифікація страхового захисту здоров'я

Особливістю підгалузі „медичне страхування” є наявність як довгострокових, так і короткострокових видів страхування. З урахуванням цього вбачається необхідність поділу ДМС на коротко- і довгострокове з виділенням нижчого щабля класифікації, тобто вузкого, ніж підгалузь, але ширшого, ніж вид.

На цьому етапі доцільним є введення такої класифікаційної ланки, як клас, яка має включати в себе конкретні види медичного страхування, згруповані за ознакою строковості.

Запровадження такої ланки дасть змогу побудувати чітку структуру медичного страхування, що сприятиме прозорості процедури ліцензування.

Поділ на класи запропоновано провести за ознакою виду фінансових наслідків втрати здоров'я, для покриття яких призначене медичне страхування.

Відповідно до цього міркування запропоновано виділити три основних класи медичного страхування (рис. 3):

- страхування медичних витрат (покриває ризики витрат на лікування і реабілітацію);
- страхування довгострокової потреби в лікуванні і/або догляді (пов'язане з ризиками довготривалої непрацездатності/інвалідності);
- страхування втрати доходу внаслідок непрацездатності.

У розрізі класів запропоновано виділяти види страхування, що будуть відрізнятися умовами та обсягами надання страхового захисту, матеріалізація яких буде представлена конкретними видами страхових продуктів (програм страхування).

Виходячи із мети дисертаційного дослідження, особлива увага приділена розкриттю сутності ДМС через виявлення та виділення його специфічних ознак. На основі порівняння якісних характеристик ДМС з ОМС та платними медичними послугами, доведено, що саме така форма організації захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних із втратою здоров'я, є найбільш прийнятною з позиції носіїв страхового інтересу.



Рис. 3. Класифікація медичного страхування за цільовим призначенням страхових виплат

Доведено необхідність формування системи ДМС, насамперед, за рахунок розвитку його довгострокових видів та якнайшвидшого впровадження ОМС.

У другому розділі „Фінансово-економічний механізм добровільного медичного страхування” здійснено діагностику нормативно-правових та організаційно-методичних засад ДМС в Україні; проведено аналіз динаміки його показників та умов.

Виявлено, що нормативно-правова база ДМС перебуває у стадії становлення. Існуючі законодавчі акти не охоплюють усієї множини відносин, що виникають у процесі здійснення ДМС. Не визначено місце і ОМС в системі страхового захисту громадян та перелік медичних послуг, що надаються в рамках гарантованого обсягу; не регламентовано склад суб'єктів ДМС із закріпленням їх прав та обов'язків. Недосконалість чинної нормативно-правової бази, що регулює відносини у сфері надання медичних послуг та страхування, ставить суб'єктів ДМС у нерівні умови.

Незважаючи на номінальне зростання показників ринку ДМС, його частка на вітчизняному страховому ринку за обсягами зібраних страхових премій та здійснених страхових виплат є вкрай незначною. Страховики не акумулюють значний обсяг фінансових ресурсів, який міг би суттєво покращити стан фінансування охорони здоров'я та зробити медичну допомогу доступною та якісною для страхувальників-пацієнтів.

У 2004 році найбільшу питому вагу в сумі зібраних страхових премій по ДМС займало безперервне страхування здоров'я та страхування на випадок хвороби (відповідно 69% та 25%), а страхування медичних витрат не набуло достатнього поширення (всього 6%).

Здійснений аналіз дав змогу констатувати, що ДМС стало повноцінним сегментом національного страхового ринку і є підстави стверджувати, що його становлення відбулося (табл. 1). Проте, протягом аналізованого періоду (2001-2004 рр.) спостерігається зменшення частки ДМС в загальній структурі страхових премій більш ніж у 2,5 рази.

Таблиця 1

Частка ДМС в загальному обсязі страхових премій, зібраних українськими страховиками в 2001-2004 роках*

Показники	2001	2002	2003	2004	Темпи приросту, %		
					2002/2001	2003/2001	2004/2001
Страхові премії всього, млн. грн.	3030,5	4442,1	9135,3	19431,4	46,6	201,4	541,2
Добровільне медичне страхування, млн. грн.	126,9	189,8	242,8	308,9	49,5	91,3	143,3
Частка добровільного медичного страхування, %	4,2	4,3	2,7	1,6	x	x	x

*Розраховано за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України

Виявлено, що зростання страхових виплат по ДМС відстає від зростання страхових виплат по ринку в цілому (табл. 2).

З 2003 року спостерігається зниження частки страхових виплат по ДМС в загальній структурі здійснених страховиками виплат. Темпи зростання сукупних страхових виплат перевищують зростання страхових виплат по ДМС за період 2001-2004 рр. майже втричі.

Таблиця 2

Частка виплат ДМС в загальному обсязі страхових виплат, здійснених страховими компаніями України в 2001-2004 роках*

Показники	2001	2002	2003	2004	Темпи приросту, %		
					2002/2001	2003/2001	2004/2001
Страхові виплати всього, млн. грн.	424,1	543,1	860,6	1540,3	28,1	102,9	263,2
Добровільне медичне страхування, млн. грн.	93,2	133,8	162,9	181,0	43,6	104,8	94,2
Частка добровільного медичного страхування, %	21,9	24,6	18,9	11,7	x	x	x

*Розраховано за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України

Розвиток видів ДМС в Україні (статистичні дані згруповано відповідно до класифікації, передбаченої Законом України „Про страхування”) характеризується даними (табл. 3).

Таблиця 3

Показники ДМС за видами медичного страхування в Україні в 2001-2004 роках, (млн. грн.)*

Показники	2001	2002	2003	2004	Темпи приросту, %		
					02/01	03/02	04/03
Страхові премії, всього в т.ч.	126,9	189,8	242,8	308,9	149,5	127,9	127,2
<i>медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)</i>	56,6	131,1	154,0	213,1	131,5	17,5	38,3
<i>страхування здоров'я на випадок хвороби</i>	70,3	56,9	74,8	76,7	- 98,6	31,3	2,5
<i>страхування медичних витрат</i>	-	1,7	14,0	19,2	-	705,0	36,8
Страхові виплати, всього в т.ч.	93,2	133,8	162,9	181,0	143,6	121,7	111,1
<i>медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)</i>	37,1	94,8	115,4	133,3	155,6	21,7	15,5
<i>страхування здоров'я на випадок хвороби</i>	56,1	38,3	40,9	36,6	- 9,3	6,9	-10,4
<i>страхування медичних витрат</i>	-	0,78	6,7	11,1	-	750	66,9
Рівень виплат, всього % в т.ч.	73,5	49,9	67,1	58,6	-	-	-
<i>медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)</i>	65,5	72,3	74,9	62,6	-	-	-
<i>страхування здоров'я на випадок хвороби</i>	79,8	67,2	54,7	47,8	-	-	-
<i>страхування медичних витрат</i>	-	44,9	47,5	57,9	-	-	-

*Розраховано за даними Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України

Найвищі темпи приросту зібраних страхових премій спостерігаються за договорами безперервного страхування здоров'я: у 2002 році – 131,5%, у 2003 році був помічений різкий спад – приріст склав лише 17,5%, а в 2004 році ситуація стала покращуватися і темпи приросту зросли майже вдвічі в порівнянні з аналогічним показником попереднього року.

Структура страхових премій у розрізі видів ДМС за період 2001-2004 рр. наведена на рис. 4.

У ході дослідження практичних аспектів реалізації ДМС виявлено, що найбільш гострою проблемою при організації медичного страхування в нашій країні є недостатність, а в більшості випадків і взагалі відсутність статистичних даних, необхідних для актуарних розрахунків з короткострокових видів ДМС.

Доведено, що організація процесу андеррайтингу в ДМС має передбачати його поділ не лише на медичний, а й на фінансовий, а етапи їх здійснення бути формалізовані.

Склад страхових резервів з ДМС, що формуються українськими страховиками, не повною мірою відповідає сутності та меті ДМС. З урахуванням цього запропоновано передбачити відповідним нормативним актом регулятора страхового ринку формування в обов'язковому порядку страховиками, що надають послуги з ДМС, резерву превентивних заходів, з чітким визначенням напрямів використання його коштів та впровадження звітного документу, який дає інформацію про рух коштів цього резерву.

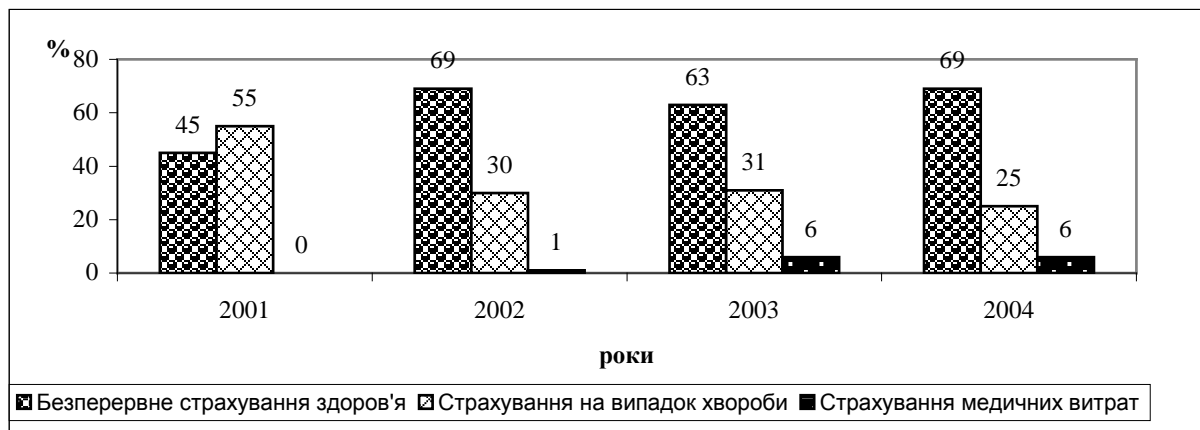


Рис. 4. Структура страхових премій за видами ДМС у 2001-2004 рр.

Для розвитку в Україні довгострокових видів медичного страхування (страхування критичних захворювань, страхування довгострокової потреби в медичному догляді тощо) необхідно розробити відповідне нормативно-правове та методологічне забезпечення.

Доведено, що в сучасному вигляді страхові послуги з ДМС не виконують своїх соціальних завдань.

Третій розділ „Напрями вдосконалення фінансового забезпечення добровільного медичного страхування” присвячено опрацюванню пропозицій щодо якісного покращення організації грошових потоків між суб'єктами ДМС через запровадження фінансового контролю основних його учасників – страховиків та лікувально-профілактичних установ, створення для його суб'єктів фінансових стимулів, а також визначення перспективного напрямку інвестування коштів страховиків у здоров'я населення шляхом фінансування здійснення профілактичних та інших заходів, що сприятимуть його збереженню та поліпшенню.

Особливістю ДМС при його реалізації є існування комерційного інтересу не тільки у страхової медичної організації (СМО), а й у ЛПУ-партнера, тому актуальним є формування системи фінансового контролю, яка передбачає перевірку дотримання в процесі фінансової діяльності встановлених законодавством норм, економічної обґрунтованості та ефективності діяльності з приводу створення, розподілу і використання фінансових ресурсів суб'єктами ДМС.

ДМС характеризується високою ймовірністю фальсифікації страхових випадків, тому важливою ділянкою роботи СМО є виявлення випадків страхових шахрайств, за якого виплати негативно впливають на фінансові результати СМО. Ось чому слід виявляти види та способи шахрайств у ДМС, ознаки для ідентифікації таких дій на кожному етапі реалізації послуг з ДМС, а також формувати систему заходів, що унеможлиблює їх здійснення.

Крім компенсаторної функції, ДМС покликано виконувати і превентивну – запобігати настанню страхових випадків, шляхом фінансування профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я. З огляду на це слід упроваджувати в практику ДМС методику розрахунку величини страхової премії з урахуванням елементу „витрати на превентивні заходи”. Здійснення превентивної діяльності страховиком сприяє збереженню об'єкта страхового захисту, що проявляється у зменшенні кількості захворювань та тяжкості випадків хвороби, а відповідно, і зменшенні сум страхових виплат та зростанні прибутковості операцій з ДМС.

Розроблена економіко-математична модель імітує діяльність СМО з інвестування коштів у превентивні заходи (фінансування заходів вакцинації від грипу). Отримані результати свідчать, що фінансування здійснення профілактичних заходів дасть змогу зменшити розмір страхової премії у два рази, і є резервом зменшення розміру страхових премій за договорами ДМС.

ДМС, крім компенсації витрат, пов'язаних із втратою здоров'я, та можливості здійснення фінансування попереджувальних заходів, має невикористаний потенціал економічного стимулювання суб'єктів договірних страхових відносин. Реалізація стимулюючої функції ДМС проявляється в розробці економічних механізмів мотивації суб'єктів ДМС зменшувати витрати, які здійснює СМО зі страхових резервів, урегульовуючи наслідки страхових випадків; стимулювати ЛПУ використовувати ті методи лікування та технології, які мають найвищий ефект за критерієм „затрати-результат”, а страхувальників – покращувати стан свого здоров'я і не створювати свідомого ризику для його погіршення.

Використання запропонованої методики оцінювання результатів діяльності ЛПУ та СМО сприятиме визначенню лідерів та аутсайдерів ДМС, інформація про рейтинги яких носитиме публічний характер, що дасть змогу, по-перше, споживачам приймати вірні рішення про придбання страхового продукту в того чи іншого страховика, страховикам укласти договори на обслуговування застрахованих осіб з тими ЛПУ, які досягли найкращих результатів медичного обслуговування пацієнтів, а конкретним ЛПУ та СМО демонструвати свої переваги в порівнянні з конкурентами; по-друге, у перспективі, за умови реалізації

ОМС через страхові компанії, такі рейтинги нададуть органам виконавчої влади інформацію про ті СМО, яким у першу чергу може бути надано таке право. Комплексна реалізація зазначених заходів має сприяти розвитку наукових досліджень з метою розробки найбільш ефективних медичних технологій, підвищенню рівня кваліфікації лікарів, зростанню доходів страхових компаній, що реалізують послуги з ДМС, і, в кінцевому підсумку, підвищення рівня здоров'я застрахованих та забезпечення соціальної безпеки держави.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання щодо розробки методологічних засад та обґрунтування прикладних аспектів формування та вдосконалення системи ДМС. Це дало змогу сформулювати ряд висновків і пропозицій, які розкривають результати виконання поставлених завдань дослідження:

1. Поява і розвиток медичного страхування як способу захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних зі втратою здоров'я та необхідністю здійснення лікування, зумовлені об'єктивно існуючими факторами ризику для здоров'я. На підставі проведеного дослідження виявлено, що система страхового захисту здоров'я сформувалася історично і є продуктом розвитку суспільства та трансформації економічних систем.
2. ДМС об'єднує різні його види, які в свою чергу можуть реалізовуватися через множину програм медичного страхування, умови здійснення яких передбачають повну чи часткову компенсацію витрат страхувальників, пов'язаних з отриманням медичної допомоги, а окремими його видами - і компенсацію втрати доходів у зв'язку з хворобою чи стійкою непрацездатністю та/або необхідністю постійного догляду і підтримки здоров'я на певному рівні.
3. Запропонована класифікація страхового захисту здоров'я дозволяє згрупувати види медичного страхування за формами проведення, страховиками, тривалістю дії договорів, обсягами страхової відповідальності, сприятиме подальшому вдосконаленню нормативно-правової бази та методологічного забезпечення діяльності у сфері ДМС. Упровадження в практику страхової діяльності виділених класифікаційних ознак забезпечить прозорість процесу ліцензування страхової медичної діяльності та полегшить здійснення контролю з боку органів державної влади.
4. Проведене дослідження дало змогу виявити специфічні ознаки ДМС, якому притаманні властивості ризикових видів страхування, а також ознаки, властиві страхуванню життя. Це дало змогу виробити методологічні підходи здійснення страхових операцій з ДМС: деталізувати процес актуарного оцінювання, удосконалити процедуру андеррайтингу та врегулювання вимог страхувальників щодо відшкодування збитків.
5. Відсутність уваги держави до підтримки такого важливого сектору страхового ринку як ДМС, гальмування прийняття законів, які мали б регулювати відносини страхової медицини, робить неможливим упровадження

цивілізованих відносин між страховиками та медичними установами. Це пояснюється відсутністю цілеспрямованої державної політики у сфері страхування в цілому, наслідком чого є безсистемність розвитку вітчизняного страхового ринку, відсутність розуміння страхування як інструмента забезпечення фінансової безпеки держави та механізму забезпечення соціальної захищеності населення і способу зменшення фінансового тягаря на державний бюджет, пов'язаного з фінансуванням витрат на охорону здоров'я.

6. Серед причин, що стримують формування системи ДМС в Україні, є:
 - відсутність сталості нормативно-правового забезпечення і порядку оподаткування, що регламентують відносини в сфері охорони здоров'я та страхуванні;
 - невирішеність питання достатнього фінансування охорони здоров'я та отримання мінімального гарантованого обсягу медичних послуг;
 - відсутність зацікавленості роботодавця в збереженні здоров'я найманих працівників;
 - обмеженість фінансових та економічних можливостей підприємств і організацій у забезпеченні найманих працівників „соціальним пакетом”, складовою якого є ДМС;
 - низький рівень доходів населення та недостатній рівень страхової культури;
 - відсутність науково обґрунтованої концепції реформування охорони здоров'я та впровадження страхових засад її функціонування.
7. Концепція формування системи ДМС в Україні вимагає істотного вдосконалення нормативно-методичної бази її забезпечення та регулювання. Робота в цьому напрямку має бути поетапною і поєднувати зусилля всіх зацікавлених структур: органів державної влади, страхових організацій та медичних установ.
8. Проведене дослідження діяльності українських страховиків у сфері ДМС вказує на необхідність удосконалення його фінансового механізму. Автором запропоновано: концептуальні підходи до побудови актуарної моделі ДМС з урахуванням елементу „витрати на превентивні заходи” в структурі страхового тарифу; удосконалення процедури андеррайтингу в ДМС з поділом його на фінансовий та медичний і використання у фінансовому андеррайтингу методологічних підходів, які застосовуються при укладанні договорів зі страхування життя; узаконення і унормування діяльності страховиків, пов'язаної з фінансуванням превентивних заходів, спрямованих на зменшення захворюваності та покращення якісних характеристик здоров'я застрахованих; визначення і конкретизація напрямів інвестування розміщення страхових резервів, сформованих за видами медичного страхування, в економіку України, і конкретно, у галузь охорони здоров'я, передбачивши можливість для страховиків придбавати медичне обладнання; урахування при введенні змін у порядок оподаткування діяльності страховиків, їх впливу на обсяги операцій з низькорентабельних і високозатратних видів, як ДМС, з одночасним урахуванням їх соціальної значимості.

9. Особливої уваги заслуговує процедура врегулювання страхових випадків. Оскільки основним вихідним грошовим потоком страховика є виплата страхових сум та сум страхового відшкодування, а ДМС характеризується високою ймовірністю фальсифікації страхового випадку, необхідно здійснювати експертизу страхового випадку за формалізованими етапами, які включають: попередній аналіз страхового випадку, медичну експертизу та експертизу виплат. Для проведення зазначених експертиз слід залучати відповідних фахівців, що сприятиме зменшенню нарікань з боку інших суб'єктів договірних страхових відносин та зменшуватиме кількість судових позовів до надавачів медичних послуг.
10. Існуюча практика здійснення ДМС не містить економічних стимулів для її суб'єктів: для страхувальників зберігати і покращувати своє здоров'я, для ЛПУ - надавати якісні медичні послуги (для асистанса - якісні сервісні). З урахуванням цього слід застосовувати механізми стимулювання суб'єктів ДМС через розробку і впровадження нових варіантів ДМС, які стимулюють страхувальників підвищувати якісні характеристики свого здоров'я, не допускати їх погіршення і не створювати свідомого ризику для об'єкта страхового захисту; створення фонду матеріального заохочення для СМО та ЛПУ, які досягли найкращих результатів діяльності з реалізації послуг ДМС, оцінка яких здійснюється за затвердженим набором показників.
11. Оскільки в забезпеченні реалізації послуг з ДМС беруть участь суб'єкти, які мають різну відомчу підпорядкованість, значної уваги заслуговує організація фінансового контролю їх діяльності. Для цього слід застосовувати алгоритм фінансових перевірок страховика. Особливу увагу необхідно приділяти виявленню і запобіганню випадків страхового шахрайства, ідентифікації страхового шахрайства в ДМС, визначенню можливих його видів на кожному етапі проходження страхової угоди та способів його виявлення і викриття.
12. Пріоритетним напрямом розвитку ДМС є фінансування профілактичних заходів страховиком, що є практичною реалізацією превентивної функції страхування. Розроблена імітаційна модель доводить, що інвестування коштів страховиків у суспільне здоров'я є досить прибутковим напрямом інвестиційної діяльності страховика.
13. Суб'єкти ДМС не несуть ніякої матеріальної відповідальності за невиконання або неякісне виконання своїх зобов'язань. Ось чому пакет документів, що регламентують відносини між СМО та ЛПУ, слід доповнити положенням про застосування фінансових санкцій до ЛПУ за неякісне та несвоєчасне надання медичних послуг застрахованим, а суми штрафів зараховувати до ФМЗ, який буде одним із джерел фінансових ресурсів для стимулювання тих ЛПУ, які досягли найкращих результатів діяльності в рамках договірних зобов'язань.
14. Реалізація концептуальних засад варіантів ДМС, покликаних стимулювати застрахованих зберігати і покращувати своє здоров'я, має передбачати постійний моніторинг якісних характеристик здоров'я застрахованих з присвоєнням певного класу здоров'я, фінансування запропонованих заходів за

рахунок коштів законодавчо передбаченого резерву превентивних заходів для страховиків, що надають послуги з ДМС.

Необхідною умовою формування системи ДМС має стати прискорення процесу прийняття закону, який регламентуватиме механізм дії ОМС та визначатиме мінімально гарантований обсяг медичних послуг, що надаватимуться в його рамках.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Нагайчук Н.Г. Аналіз передумов та можливостей впровадження добровільного медичного страхування в Черкаській області // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України: Збірник наукових праць. – Суми: ВВП „Мрія -1” ЛТД. УАБС, 2004. – Том 11. – С. 263-270.
2. Нагайчук Н.Г. Реформування національної системи охорони здоров'я // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. – 2003. – Випуск 8. – С. 227-231.
3. Нагайчук Н.Г. Особливості організації медичного страхування населення // Вісник Української академії банківської справи. – 2002. - № 2(13). – С. 93-96.
4. Нагайчук Н.Г. Досвід економічно розвинутих країн у формуванні системи страхування здоров'я громадян // Соціально-економічні дослідження в перехідний період. Економічні проблеми ринкової трансформації України: Збірник наукових праць Інституту регіональних досліджень. Львів, 2003. – Вип. 1 (XXXIX). – С. 169-176.
5. Нагайчук Н.Г. Шахрайство у сфері медичного страхування. // Соціально-економічні дослідження в перехідний період. Ринкова трансформація України: проблеми та перспективи: Збірник наукових праць Інституту регіональних досліджень. – Львів, 2004. – Вип.1 (XLV). – С. 472-481.
6. Нагайчук Н.Г. Правове регулювання медичного страхування // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія: Економіка. – 2005. – Вип. 13. – С. 184-187.
7. Нагайчук Н.Г. Роль страхових медичних організацій у фінансуванні профілактичних заходів // Економіка: проблеми теорії та практики: Збірник наукових праць Дніпропетровського національного університету: В 4 т. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2004.– Випуск 198. – Том IV. – С. 898-904.
8. Нагайчук Н.Г. Суб'єктна складова добровільного медичного страхування // Вісник КНТЕУ. – 2006. -№ 1. – С. 64-69.
9. Нагайчук Н.Г. Аналіз системи медичного страхування в Україні // Вісник Української академії банківської справи. – 2005. – № 2(19). – С. 41-45.
10. Нагайчук Н.Г. Фінансовий контроль в системі добровільного медичного страхування // Економіка: проблеми теорії та практики: Збірник наукових праць Дніпропетровського національного університету. Дніпропетровськ.: ДНУ. - 2006. Вип. 211. - Т. 11. –С. 450-459.

11. Нагайчук Н.Г. Класифікація медичного страхування // Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. – 2005. – Ч. 2. – Том 1. – № 4. – С. 43-46.
12. Нагайчук Н.Г. Деякі підходи до уточнення суті медичного страхування // Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. – 2005. – Том 1. – № 6. – С. 229-233.
13. Нагайчук Н.Г. Пропозиції щодо здешевлення послуг з добровільного медичного страхування // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції „Реформування фінансово - кредитної системи і стимулювання економічного зростання”. – 4 - 5 червня 2004 р. – Луцьк. – С. 210-212.
14. Нагайчук Н.Г. Перехід охорони здоров'я на страхові засади функціонування // Проблеми формування і розвитку фінансово-кредитної системи України: Збірник наукових статей ХБІ УАБС НБУ. – Харків: ХБІ, 2004. – С. 21-23.
15. Нагайчук Н.Г. Реанімація превентивної функції страхування в медичному страхуванні // Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції “Сучасні тенденції в розвитку банківської системи”. – 7 - 8 грудня 2004 р. – Дніпропетровськ. – С. 85-87.
16. Нагайчук Н.Г. Досвід розвинених країн у формуванні системи страхування здоров'я громадян // Економічні проблеми ринкової трансформації України: Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Львів: ЛБІ НБУ, 2002. – С. 175-177.
17. Нагайчук Н.Г. Фінансування системи охорони здоров'я на страховій основі // Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції “Облік контроль та аналіз в управлінні підприємницькою діяльністю”. – Черкаси: ЧДТУ, 2002. – С. 176-178.
18. Нагайчук Н.Г. Визначення ціни на медичні послуги для цілей страхування // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період”. – Хмельницький: ХІБ, 2003. – С. 81-82.

АНОТАЦІЯ

Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.04.01 – фінанси, грошовий обіг і кредит. – Державна установа „Інститут економіки та прогнозування НАН України”, Київ, 2006.

У дисертації досліджено теоретичні і практичні питання, пов'язані зі становленням і розвитком системи ДМС в Україні в сучасних економічних умовах.

У роботі уточнено економічну сутність медичного страхування, розроблено класифікацію страхового захисту здоров'я, виділені та охарактеризовані специфічні ознаки ДМС, опрацьовані напрями вдосконалення фінансових відносин між суб'єктами договірних страхових відносин у сфері медичного страхування.

До основних результатів дослідження також належать: визначення класифікаційних ознак щодо побудови науково обґрунтованої системи ДМС; рекомендації щодо оптимізації структури страхового тарифу з ДМС з обов'язковим включенням елементу „витрати на превентивні заходи” та вдосконалення процедури андеррайтингу, зокрема, виокремлення фінансового андеррайтингу; обґрунтування пропозицій щодо запровадження фінансового контролю у взаємовідносини між страховиками та ЛПУ. Уперше в Україні обґрунтовано економічну доцільність інвестування страховиком коштів у превентивні заходи, спрямовані на запобігання та зменшення захворюваності, запропоновано впровадження фінансових механізмів стимулювання страховиків, ЛПУ та страхувальників у системі ДМС.

Ключові слова: ДМС; страховий захист здоров'я, класифікація страхового захисту здоров'я, клас медичного страхування, фінансовий та медичний андеррайтинг, резерв превентивних заходів, фінансовий контроль у ДМС, економічне стимулювання суб'єктів ДМС.

АННОТАЦІЯ

Нагайчук Н.Г. Формирование системы добровольного медицинского страхования в условиях рыночной экономики. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности 08.04.01 – финансы, денежное обращение и кредит. – Государственное учреждение „Институт экономики и прогнозирования НАН Украины”, Киев, 2006.

В диссертации исследуются теоретические и методологические проблемы формирования системы ДМС в условиях рыночной экономики как основы для обеспечения имущественных интересов граждан, и общества в целом, связанных со здоровьем и трудоспособностью. Рассмотрена экономическая природа и дано определение страховой защиты здоровья в условиях рыночной экономики. Выявленная специфика должна быть учтена при формировании полноценной системы защиты граждан на случай болезни и потери трудоспособности в масштабах государства с целью недопущения дублирования функций органами, относящимися к различным её подсистемам. В процессе исследования разработана классификация страховой защиты здоровья по различным признакам, что будет способствовать облегчению управления системой ДМС, начиная с момента лицензирования и заканчивая формированием и использованием средств страховых резервов. В диссертации определены специфические особенности ДМС, проведен сравнительный анализ других форм предоставления медицинских услуг населению, определены их позитивные и негативные стороны.

В ходе анализа нормативно-методического обеспечения ДМС выявлены аспекты, требующие дополнительной работы, как на государственном уровне, так и на уровне страховая компания - медицинское учреждение. При исследовании страхового рынка и его сегмента ДМС выявлено, что объемы операций по ДМС

занимают незначительную его долю. Определены тенденции его развития. Изучение особенностей актуарного оценивания в ДМС позволило выявить резервы удешевления страховой услуги по ДМС путем введения элемента тарифа-брутто „финансирование превентивных мероприятий”.

Определено, что в обеспечении реализации услуг ДМС принимают участие субъекты, имеющие разную ведомственную подчинённость. С учётом этого предложены алгоритмы финансовых проверок их деятельности. Доказано, что ДМС характеризуется большой вероятностью страхового мошенничества, в связи с этим определены его виды, а также разработаны приёмы по его выявлению и разоблачению.

Построенная имитационная модель инвестирования страховщиком средств в превентивные мероприятия позволила определить перспективное направление деятельности СМО. Приоритетным направлением развития ДМС есть финансирование профилактических мероприятий страховщиком, что является практической реализацией превентивной функции страхования. Разработанная имитационная модель доказывает, что инвестирование страховщиками средств в общественное здоровье - достаточно прибыльное направление их инвестиционной деятельности.

Исследование практики реализации ДМС показало, что оно не содержит экономических стимулов для его субъектов: для страхователей сохранять и улучшать своё здоровье, для ЛПУ - предоставлять качественные медицинские услуги (для ассистанса - сервисные). С учётом этого предложено применять механизмы стимулирования субъектов ДМС путем разработки и внедрения новых вариантов ДМС, стимулирующих страхователей повышать качественные характеристики своего здоровья, не допускать их ухудшения и не создавать сознательного риска для объекта страховой защиты; создания фонда материального поощрения для СМО и ЛПУ, которые достигли наилучших результатов деятельности в процессе реализации услуг ДМС, оценка которых осуществляется за утвержденным набором показателей.

Ключевые слова: ДМС, страховая защита здоровья, классификация страховой защиты здоровья, класс медицинского страхования, финансовый и медицинский андеррайтинг, резерв превентивных мероприятий, финансовый контроль в ДМС, стимулирование субъектов ДМС.

ANNOTATION

Nagaychuk N.G. Forming of the system of voluntary medical insurance in the conditions of market economy. - Manuscript.

Thesis for the candidate degree in Economics: speciality 08.04.01 - Finance, money circulation and credit. –GE „Institute of economy and prognostication under the NAS of Ukraine”, Kyiv, 2006.

In dissertation the theoretical and practical questions connected with becoming and development of the system of voluntary medical insurance in Ukraine in modern

economic conditions are explored. In work economic essence of medical insurance is specified, classification of the insurance medical care is developed and the specific signs of voluntary medical insurance are marked out and described, it is worked the improvement of financial relations between the subjects of contractual insurance relations in the field of medical insurance.

The basic results of research also consist of determination of classified signs in relation to construction of the scientific-based and transparent system of voluntary medical insurance; establishment of recommendations in relation to optimization of structure of insurance tariff with the VMI with the obligatory inclusion of the element „charges on preventive measures" and improvement of procedure of underwriting, in particular, selection of financial underwriting; grounding the suggestions in relation to introduction of financial control in the mutual relations between insurers and medical establishments. First in Ukraine it is founded financial viability of investing by the insurer of financial resources to the preventive measures directed to prevention and reduction of morbidity. The introduction of mechanisms of stimulation of insurers, medical establishments and insured is offered in the system of the VMI.

Key words: voluntary medical insurance, insurance medical care, classification of insurance medical care, class of medical insurance, financial and medical underwriting, reserve of preventive measures, financial control in the VMI, economic stimulation of subjects of the VMI.