

Донецькій шоколадній фабриці, УТЕЛ, митній та податковій службах, Укресімбанку, система JD Edwards One World – на Миколаївському цементному заводі. Для малого ж бізнесу розроблені такі вітчизняні АСУ: із бухгалтерською функціональністю – Товстий Ганс, Нова Бухгалтерія, СВОД-Стандарт, Бембі+, Бест-Про, із універсальною функціональністю – Актив-Бізнес, СВОД-рішення, Бест-2 [5].

1. Гайфуллин Б.Н., Обухов И.А. Автоматизированные системы управления предприятиями стандарта MRP II / ERP. – М., 2000. 2. Колесников С.Н. Стратегия бизнеса. – М., 2000. 3. Информационные технологии для управления производством / Финансовая газета, № 14, 2001. 4. <http://www.management.com.ua/ims/ims008.html> 5. Інтеграцією по бездоріжжю та нехлюйству / Галицькі контракти, № 48, листопад 2001.

УДК 369.06

П.А. Гориславець, І.В. Алексєєв, Є.М. Кісельов
Національний університет “Львівська політехніка”

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

© Гориславець П.А., Алексєєв І.В., Кісельов Є.М., 2002

Розглядаються перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні. Проаналізовано сучасний стан медичного обслуговування населення України, досвід побудови систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах, визначено передумови впровадження обов'язкового медичного страхування для соціального захисту усіх верств населення.

The article is devoted to actual problem – perspectives of medical insurance system development in Ukraine. There are considered a present state of medical service of citizens in Ukraine, analysed the experience of construction guard health systems in foreign countries, determined a preconditions of obligatory medical insurance inculcation with aim of social defense all layers of population.

Протягом останніх років спостерігається значне поживлення у діяльності страхового ринку України, страхові компанії стабільно збільшують темпи росту страхових премій. Одним із нових та перспективних напрямів роботи для них є впровадження медичного страхування.

Актуальність цієї проблеми полягає у тому, що при формуванні у країні ринкових відносин та реструктуризації усіх галузей народного господарства виникає потреба у створенні принципово нового механізму соціального захисту населення. Як відомо, одним із найважливіших завдань держави у соціальній сфері є гарантування медичного обслуговування громадян. Фінансування витрат на утримання державних медичних установ та надання медичних послуг населенню стає тягарем для бюджетів усіх рівнів держави, до того ж, здебільшого, воно не відповідає навіть мінімально необхідному рівню. Проїдаються фінансові ресурси, які могли би бути залучені у фінансування проектів із структурної перебудови економіки України та інших напрямків економічного розвитку.

І сьогодні в Україні ще існує система безоплатної медицини, при якій медичне страхування є окремим видом державного соціального страхування. Однак зростаючі вимоги до якості медичних послуг, обмеженість державних коштів, що виділяються на потреби бюджетного фінансування медицини, спонукають до пошуку позабюджетних

джерел фінансування медичних послуг. Найбільш ефективним та дієвим джерелом ресурсів для фінансування лікування може стати медичне страхування.

Крім того, слід згадати про постійне збільшення за останнє десятиліття потреби населення у медичних послугах у зв'язку із загальним погіршенням здоров'я нації, ускладненням соціально-демографічної ситуації в державі. Прогрес у розробленні нових методів лікування, медичних препаратів та обладнання є очевидним; медичні заклади все гостріше відчувають потребу у збільшенні фінансування, оновлення основних фондів лікувальних закладів відбувається надзвичайно повільними темпами, медичні установи неспроможні надавати послуги за світовими стандартами.

Вже протягом досить тривалого часу ведуться дискусії щодо запровадження системи обов'язкового медичного страхування в Україні, але нормативні документи, які б регламентували її, ще не прийняті. Вагомим фактором на користь цієї форми медичного страхування можуть стати позитивні зрушення в економіці України, які виражаються, насамперед, у тенденціях до зростання ВВП у 2000–2001 рр. Протиріччя виникають, здебільшого, стосовно механізму страхування. За одним із проєктів пропонується внесення визначеної частки від фонду оплати праці підприємствами, організаціями, установами у фонди, створені за територіальною ознакою при управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Тобто страхові компанії участі у проєкті не братимуть. Іншим проєктом передбачено участь страховиків у фінансуванні медичних закладів; страхувальниками виступатимуть роботодавці та органи соціального забезпечення (для непрацюючих осіб).

Досвід Росії, де така форма медичного страхування вже закріплена законодавчо, вказує на те, що система обов'язкового страхування населення не позбавлена недоліків, які стають помітними навіть при поверхневому аналізі. Насамперед йдеться про обсяги фінансування та якість медичних послуг, рівень сервісу, складності отримання послуг спеціалістів необхідного рівня, проблеми захисту прав застрахованих. Це не задовольняє багатьох громадян, особливо тих, платоспроможність яких досить висока, а вимоги до якості медичних послуг та рівня сервісу вищі за середньовизнані. Крім того, система обов'язкового медичного страхування ґрунтується на витратно-нормативному принципі, вона не стимулює до підвищення якості медичних послуг, а споживачі майже не беруть участі у виконанні контрольної функції страхування. Із вищенаведеного випливає, що обов'язкове медичне страхування може стати тільки основою для надання соціально важливих послуг, додатком до якої повинно бути добровільне та взаємне страхування, які забезпечуватимуть зростання якості медичних послуг.

Тому на страховому ринку з'являється попит на нові страхові продукти, зокрема, на страхові послуги добровільного медичного страхування. За цих умов ширшими стають функції страховика на ринку медичних послуг – він уже не лише акумулює кошти страхувальників, а й повинен забезпечувати надання високоякісних медичних послуг досить широкого спектра. У нових умовах страховик бере на себе обов'язки гаранта реалізації прав страхувальників за сплачені ними послуги.

Подібні висновки можна зробити, розглянувши зарубіжний досвід організації охорони здоров'я.

У повоєнний період склалися три типи систем охорони здоров'я:

- ◆ традиційна модель, пов'язана із впровадженням програм та функціонуванням фондів оплати медичних витрат (такі системи були характерними для Франції, Німеччини, Нідерландів, Бельгії, Австрії);

- ◆ національна система страхування здоров'я, яка поєднувала державні та приватні лікувальні заклади та передбачала можливість використання послуг приватних лікарів (Канада, Швеція, Іспанія, Фінляндія, Норвегія);

- ◆ національне обслуговування галузі охорони здоров'я, коли послуги надавались державою безоплатно (Великобританія, Італія, Греція, більшість країн Східної Європи).

У подальші роки відбувався розвиток та вдосконалення систем охорони здоров'я, на який впливали особливості національного розвитку країн.

Прикладом однієї з найдорожчих систем охорони здоров'я може бути шведська. Витрати на медичне забезпечення оплачуються в основному за рахунок місцевих податків, проте уряд контролює медичне обслуговування, встановлюючи кількість персоналу та порівняно високі стандарти якості.

Під час запровадження канадської системи в 1950-х рр. спочатку у вигляді шпитального страхування й діагностичної служби та консолідованої в 1960-х рр. програми безкоштовної медичної опіки було проголошено декілька принципів. Ці принципи більшою чи меншою мірою перейняла більшість країн. Вони такі:

- ◆ універсальність (програма повинна охоплювати все населення);
- ◆ доступність обслуговування;
- ◆ всебічність (страхування має включати весь набір послуг, щоб не виникало потреби в додаткових важливих послугах);
- ◆ адекватна компенсація (лікарі повинні одержувати адекватний гонорар, щоб не змушувати пацієнтів платити іншим способом).

Досить оригінально побудована система охорони здоров'я у США. Вона відрізняється майже від усіх інших систем ринково розвинених країн. Загальновідомою є така характеристика американського суспільства, як індивідуалізм. Звичайно, це вплинуло і на розвиток системи медичного обслуговування громадян. Сучасну програму страхування здоров'я тут започатковано у 1960-х рр. У 1965 році програму медичної допомоги та програму безкоштовної медичної опіки було запроваджено на національному рівні. Ними забезпечувалось страхування незабезпечених верств населення та літніх людей відповідно. Решта населення повинна забезпечити себе страховим захистом самостійно (найчастіше через роботодавців).

Загалом слід відзначити, що західноєвропейська модель охорони здоров'я, на відміну від американської, базується на громадських фондах страхування. Обсяг медичних послуг не залежить від розмірів внесків у страхові фонди. У формуванні цих фондів беруть участь наймані працівники, підприємці, держава, причому ступінь участі може значно відрізнятись. Так, наприклад, в Англії, Данії, Ірландії основна частина фондів формується державою. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Бельгія громадські фонди формуються переважно за рахунок внесків найманих працівників та підприємців за мінімальним рівнем участі держави. Слід відзначити, що у більшості західноєвропейських країн основними джерелами фінансування є місцеві та регіональні бюджети.

Вищенаведене вказує на те, що при побудові національної системи охорони здоров'я виникає необхідність досягнення розумного компромісу між базовим державним медичним забезпеченням та послугами вищого рівня за рахунок страхових платежів добровільного медичного страхування.

Найявна вітчизняна система охорони здоров'я є реалізацією нормативно-адміністративної моделі, яку Україна отримала у спадок від СРСР. У цій моделі взаємодію лікарів і пацієнтів регламентовано практично у всіх аспектах та підпорядковано принципам планово-розподільної організації господарства.

У цій моделі лікарі вже не лише наймані працівники, а й держслужбовці. Пацієнти втрачають право вибирати лікаря, максимально уніфіковані як професійна діяльність, так і умови надання медичної допомоги. Цінність цієї моделі полягала у поширенні на усі верстви суспільства, можливостях досягнення показників ефективності системи охорони здоров'я розвинених країн за значно менших видатків. Проте ця модель не стимулювала розвитку нових технологій, оновлення обладнання, покращання якості медичних послуг.

Як же держава може перейти до принципово нової системи охорони здоров'я, не втрачаючи переваг та усуваючи недоліки нормативно-адміністративної моделі? Насамперед необхідно знайти конструктивне вирішення таких завдань:

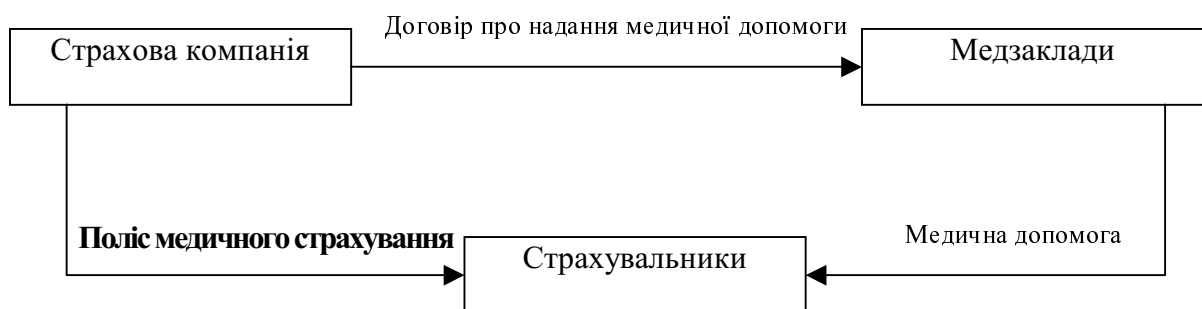
- ◆ формування механізмів солідарної участі населення у відшкодуванні видатків на охорону здоров'я;
- ◆ збереження доступності базової кваліфікованої медичної допомоги;
- ◆ забезпечення справедливого доступу до ресурсів системи охорони здоров'я відповідно до ступеня індивідуальної участі в оплаті видатків на охорону здоров'я.

Зважаючи на можливість запровадження в Україні найближчим часом системи обов'язкового медичного страхування, можна одночасно прогнозувати і розвиток добровільної форми, причому ступінь її розвитку прямо залежатиме від темпів зростання індивідуальних доходів населення (або, принаймні, його частини) та потреби в отриманні медичних послуг вищого рівня. Добровільне медичне страхування є одним із найбільш неоднозначних видів страхової діяльності. З одного боку, воно належить до особистого страхування, нагадуючи страхування життя, де обсяг відповідальності страховика є визначеним у договорі страхування. З іншого боку, медичне страхування є ризиковим видом страхування. Навіть у світовій практиці немає однозначності щодо цього питання, медичне страхування займає проміжне місце між страхуванням життя та ризиковими видами страхування.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні динамічно розвивається. За даними Ліги страхових організацій України, на вітчизняному ринку добровільного медичного страхування функціонують понад 50 страхових компаній. Кожна з них володіє різним досвідом, авторитетом, можливостями та програмами страхування.

Добровільне медичне страхування як важливий елемент страхової медицини повинне забезпечувати право кожного громадянина на отримання медичної допомоги. Основна його мета – гарантування застрахованим особам при виникненні страхового випадку оплати вартості медичної допомоги згідно з договором страхування за рахунок нагромаджених страховиком коштів страхових резервів.

Типову схему взаємодії суб'єктів добровільного медичного страхування можна подати так, як зображено на рисунку.



Типова схема добровільного медичного страхування

Отже, перспективи розвитку медичного страхування в Україні насамперед пов'язані із подальшим витісненням частини ринку добровільного медичного страхування обов'язковим. Проте завжди існуватимуть громадяни, які відчуватимуть потребу у вищому рівні медичного обслуговування і спроможні за це платити гроші, купуючи поліси добровільного медичного страхування. На загальнодержавному рівні Україна повинна визначитись із стратегією розвитку системи охорони здоров'я у найкоротші терміни. Зволікання недопустиме, зважаючи на катастрофічне становище більшості державних медичних закладів. Допуск страхових компаній у традиційно державну сферу охорони здоров'я може істотно змінити ситуацію з медичним обслуговуванням населення. Крім того, вітчизняні страховики зможуть збільшити розміри своїх страхових портфелів, тим самим сприяючи розвитку фондового ринку України.

1. Базилевич В.Д. Страхувальний ринок України. – К., 1998. 2. Теренс М.Ганслі. Соціальна політика та соціальне забезпечення за ринкової економіки. – К., 1996.

УДК 001.895

М.В. Грузд, Н.М. Карлюкова

Харківський державний економічний університет

СТРАТЕГІЯ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В УМОВАХ РЕФОРМАЦІЇ ЕКОНОМІКИ

© Грузд М.В., Карлюкова Н.М., 2002

Запропоновано узагальнену схему стратегії управління інноваційною діяльністю на рівні держави з метою її активізації і оптимізації та алгоритм її формування. Наведено перелік принципів формування стратегії управління інноваційною діяльністю в Україні. Визначено основні моделі інноваційного розвитку, які враховують особливості перехідного періоду економіки України.

The article is dedicated to the problem of innovation and application of the innovation to production. General strategy of macro level innovation management with the purpose of activation and optimization is proposed. The article is contained principles of innovation management strategy. Main models of innovation development which take to attention our economy transition period are determined.

Проблема розробки та впровадження науково-технічних нововведень в умовах реалізації ринкових реформ має велике значення. Багато підприємств України зіткнулися з новою для них проблемою конкуренції та тільки інноваційна діяльність та її результати можуть стати умовою ефективності їх роботи.

Характерною ознакою будь-якого нововведення є невизначеність навколишнього середовища підприємства. Ринкові умови поглиблюють цю невизначеність, тим самим підвищуючи ризик вкладень в інноваційну діяльність. Найризикованішою є діяльність, пов'язана з розробкою та впровадженням у виробництво нового продукту, оскільки проекти, до складу яких входить вагома науково-технічна складова, потребують великих фінансових коштів.