

– власник банку виводить кошти із банку, що тільки загострює проблеми і наближає фінансову санацію або ліквідацію банку.

На нашу думку, до найгостріших проблем банківської кризи належать:

- зростання затримок і повне припинення проведення банками платежів;
- зменшення обсягів кредитів у реальну економіку;
- зниження внутрішнього інвестиційного та інноваційного потенціалу;
- заморожування або втрата у збанкрутілих банках значних обсягів коштів клієнтів;
- зростання обсягів спекулятивних операцій;
- переведення капіталів закордон.

На наш погляд, основними напрямками роботи з нормалізації діяльності банків в умовах кризи є:

- “розшивка” неплатежів;
- видача стабілізаційних кредитів банкам на реструктуризацію балансів;
- відновлення або створення нових ринків ліквідних фінансових активів;
- вироблення нових критеріїв сучасного банку;
- удосконалення механізмів санації і ліквідації банків;
- запровадження жорсткого валютного контролю;
- стимулювання банків до зниження обсягів спекулятивних операцій;
- надання допомоги банкам при продажу ними частини їх активів.

З боку державного регулятора (НБУ) необхідно проводити ревізії і перевірки, які охоплюють:

- оцінку рівня концентрації кредитів у руках великих позичальників і обсягів кредитування акціонерів і менеджерів банку;
- аналіз рівня достатності резервів для покриття кредитів;
- аналіз рівня надійності доходів, які відображені у бухгалтерській звітності;
- аналіз звітності банку і внутрішнього контролю;
- аналіз дотримання банками чинного законодавства (професійна підготовленість керівництва банку, наявність стратегії розвитку банку тощо).

### **Література**

1. Савченко О. Нова велика депресія: український вимір // [www.epravda.com.ua / publications/49cb988619f5e/](http://www.epravda.com.ua/publications/49cb988619f5e/).
2. Лямець С., Шпитко Є., Яременко С. А що, наш друкарський верстат гірший, ніж в Обами? // [www.epravda.com.ua / publications/ 49e5af06e75f7/](http://www.epravda.com.ua/publications/49e5af06e75f7/)
3. Сорос Дж. Глобальна антикризова політика: створити нові гроші // [www.epravda.com.ua /markets/49940dddb69ed/](http://www.epravda.com.ua/markets/49940dddb69ed/).
4. Антикризисное управление предприятиями и банками: Учеб.–практ. Пособие.–М.: Дело, 2001.–840с.

**УДК 519.21**

**В.В. Волошин**

Інститут підприємництва та перспективних технологій

## **ПРО ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА ПРОВЕДЕННЯ ВІДПОВІДНИХ АКТУАРНИХ РОЗРАХУНКІВ**

©В.В. Волошин, 2009

В умовах сьогодення актуальною постала проблема реформування вітчизняної моделі медичного обслуговування. Однією із складових, які можуть забезпечити її якісне функціонування, є успішна реалізація системи медичного страхування, яка повинна поєднувати державну і недержавну компоненти.

Аналіз наявного стану медичного обслуговування говорить про необхідність проведення докорінних змін щодо можливості громадян отримати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу. Світовий досвід показує, що напрямки вирішення цієї проблеми можуть бути різні. Загалом вони відрізняються структурою джерел фінансування охорони здоров'я і організацією надання медичних послуг.

Оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна країна має визначити способи їх дослідження на свій розсуд, враховуючи політичну систему, традиції, економічний статус тощо [1].

**Медичне страхування** тільки набирає обертів в Україні, тоді як в розвинених країнах без нього не обходиться практично жодна людина, оскільки це вигідно з економічного погляду. При цьому страхова медицина забезпечує фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Послуги медичного страхування можуть надаватися у двох формах: обов'язковій і добровільній. Обов'язкова форма використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я (Франція, Канада, Німеччина, Швеція, Бельгія), а добровільна - у тих країнах, де поширені приватні страхові програми (Ізраїль, Швейцарія).

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані фізичними та юридичними особами, мають форму податку. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю. Сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих. Обов'язкове медичне страхування передбачає, що сплата страхових внесків може бути покладена як на підприємців, так і на працівників. Частка кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування.

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. В цьому випадку незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування (ДМС). Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування.

ДМС є доповненням до обов'язкового. У рамках ДМС передбачається оплата медичних послуг понад програму обов'язкового медичного страхування. ДМС має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою ДМС.

Програми ДМС розрізняються між собою залежно від переліку медичних послуг (наприклад, у разі стаціонарного лікування або виклику лікаря додому); контингенту застрахованих (послуги дітям або дорослим); переліку медичних установ, що їх пропонує страхова організація для виконання програми ДМС; від вартості послуг, які надаються.

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування видів страхування, в яких відповідальність страховика виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату за цими видами страхова організація здійснює у вигляді фіксованої страхової суми або добових. Добровільною формою охоплені й ті види страхування, згідно з якими відповідальність страхової організації настає в разі звернення страхувальника (застрахованого) до медичної установи за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування.

Поява добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмами обов'язкового медичного страхування обмежені.

Програми ДМС повинні передбачити заходи, які розширюють можливості та покращують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему ДМС вдасться залучати найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи якість медичних послуг.

Послуги з ДМС можна поділити на види, які передбачають виплати, не пов'язані з вартістю лікування (страхування на випадок установлення діагнозу захворювання, страхування на випадок захворювання у зв'язку із травмою, страхування добових виплат і т. ін.), і види, які забезпечують компенсацію витрат на лікування (страхування витрат на перебування в лікарні; страхування хірургічних витрат, страхування витрат на післяопераційний догляд і т. ін.). Для застрахованих найбільший інтерес становлять види страхування, які гарантують не лише оплату, а й можливість отримати медичну допомогу.

До програми ДМС, як в комплексі, так і окремо, доцільно включити такі опції:

- поліклінічна допомога (консультації фахівців, виклик лікаря додому, оформлення лікарняних листів; діагностичні процедури)
- стаціонарна допомога (консультації фахівців; лабораторні та інструментальні дослідження; хірургічне та терапевтичне лікування, оплата перебування в операційній та післяопераційній палатах; забезпечення медикаментами та витратними матеріалами)
- невідкладна медична допомога (виїзд бригади невідкладної допомоги, первинний огляд, постановка попереднього діагнозу; надання невідкладної допомоги, медикаментозне забезпечення; транспортування до медичного закладу)
- стоматологічна допомога (огляд та консультації; терапевтичне та хірургічне лікування, рентген, анестезія)
- оплата медикаментів та витратних матеріалів

Добровільне медичне страхування - дуже специфічний вид страхування, який характеризується значним рівнем невизначеності ринків, практично повною відсутністю статистичних даних про збитковість страхових продуктів за попередні роки. При цьому використання офіційних статистичних даних про захворюваність неприпустимо, оскільки структура даних і їхнє джерело завідомо не призначені для використання в ДМС.

найважливішим для страховика є прийняття на страхування керованого (зрозумілого, обчислювального, контрольованого) ринку, одержання адекватного за розміром страхового платежу, що дозволить сформувати страхові резерви і покрити витрати на ведення справи, а також оптимізація розмірів страхових виплат.

Широкомасштабний розвиток ДМС можливий лише в тому випадку, якщо страховик запропонує потенційному страхувальнику конкурентоспроможний ринковий продукт. Іншими словами, страхувальнику повинне бути вигідно придбати страхову послугу ДМС незалежно від наявності в нього поліса обов'язкового соціального медичного страхування.

На превеликий жаль, сучасна економічна ситуація в Україні практично виключає економічний інтерес роботодавця, крім підприємств з іноземними інвестиціями, укладати договори ДМС своїх працівників.

Основою фінансових взаємовідносин між страховиком і страхувальником є актуарні розрахунки, які на основі математичних та статистичних методів дозволяють визначити розміри страхових тарифів, частку участі кожного із страхувальників у створенні страхового фонду, фінансову стійкість і рентабельність страхових операцій тощо.

В якості методичної основи розрахунку тарифних ставок при ДМС пропонувалось використати різні підходи [2,3,4]. Як найбільш оптимальна вбачається:

- 1 чітке визначення страхового випадку;
- диференціація розрахунків за видами медичної допомоги (амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, комплексна);
- розмір брутто-ставки розраховується за співвідношенням:

$$T_{\sigma} = T_{н} + H, \quad (1)$$

де  $T_{\sigma}$  - брутто-ставка;  $T_{н}$  - нетто-ставка;  $H$  - навантаження, яке включає витрати на проведення страхування, витрати на превентивні заходи та очікуваний прибуток.

В свою чергу нетто-ставка обчислюється за формулою:

$$T_{н} = 100 \times \text{збитковість страхової суми} \times [1 - (1 - p_1)(1 - p_2) \dots (1 - p_k)] + \text{ризикова надбавка}, \quad (2)$$

де  $P_1, P_2, \dots, P_k$  - імовірності звертання за медичною допомогою по кожній групі хвороб, що передбачені умовами страхового договору. Ризикова надбавка визначається залежно від наявності інформації щодо кількості укладених договорів страхування;

- нетто-ставка корегується відповідно до сформованих груп здоров'я;
- тарифні ставки диференціюються залежно від віку, статі, місця проживання застрахованого.

Для отримання інформації (яка дозволить якісно реалізувати процедуру розрахунків) щодо імовірності настання страхового випадку (імовірності звертання за медичною допомогою для кожного класу захворювань), кількості укладених до цього часу аналогічних договорів або їх прогнозована кількість, аналіз проведених відшкодувань, необхідно вбачається тісна співпраця закладів охорони здоров'я і страхових компаній. Це дасть змогу використати ширшу базу медичної статистики, а також врахувати диференційовані умови отримання медичної допомоги. Принципових змін потребує формування бази статистичної інформації. Сьогодні офіційні джерела не можуть забезпечити якісного проведення актуарних розрахунків. Тільки такий підхід дозволить провести об'єктивну оцінку стану об'єкта страхування та ступінь його захищеності від можливих ризиків при оформленні договору ДМС.

1. Гурдус В.О., Айвазова М.В. Проблема дефіцита средств в системе здравоохранения и добровольное медицинское страхование как способ ее решения// *Мед. Помощь.*-2001.-№ 2.-с.3-9.
2. Грищенко Н.Б., Клевно В.А., Мищенко В.В. Добровольное медицинское страхование: Основы современной практики. Барнаул: Изд-во Алт. Ун-та, 2001. 78 с.
3. Ткаченко Н.В., Нагайчук Н.Г. Андеррайтинг у добровільному медичному страхуванні // *Вісник Університету банківської справи Національного банку України.* – 2008.-№ 3.-с.141-147
4. Липтєв С.М., Грушко В.І., Денисенко М.П., Кабанов В.Г., Ковтун І.О., Любунь О.С. *Основи актуарних розрахунків: Навч.-метод. Посібник.*-К.:Алерта,2004.-327 с.

УДК 336.531.2

І.В. Галух

Львівська комерційна академія

## АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ІНСТИТУТІВ СПІЛЬНОГО ІНВЕСТИВАННЯ В УМОВАХ ФІНАНСОВОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

© І.В. Галух, 2009

***В роботі розглянуто сучасне становище українського ринку спільного інвестування. Проаналізовано показники розвитку інститутів спільного інвестування в умовах фінансової кризи. Представлено пропозиції щодо вирішення окремих проблем, які негативно впливають на діяльність та прибутковість інвестиційних фондів.***

Інститути спільного інвестування — це різні за своїми характеристиками інвестиційні фонди, що створюються компаніями з управління активами (КУА), з метою залучення коштів дрібних інвесторів, за рахунок яких формується портфель із різних інструментів фондового та грошового ринків. Тобто інвестфонд – це організація, яка об'єднує гроші різних зацікавлених осіб і прагне примножити “початковий капітал”, вкладаючи довірені їй кошти в акції та облигації [1]. В Україні інститути спільного інвестування поки що відіграють надзвичайно малу роль в сфері залучення інвестицій в реальний сектор економіки. Ситуація ускладнюється катастрофічними наслідками фінансової кризи для вітчизняного фондового ринку.

Метою даної статті є узагальнення показників діяльності інститутів спільного інвестування в умовах фінансової нестабільності. Попри наявність окремих досліджень у цьому напрямку, поставлені завдання зберігають свою актуальність оскільки кризові явища в економіці поглиблюються, а залучення інвестицій в реальний сектор, в т.ч. через інститути спільного інвестування, є одним з шляхів подолання їх наслідків.

Ринок ІСІ в Україні не став важливим інструментом концентрації інвестиційних ресурсів населення. Менше 0,3% населення України стали вкладниками ІСІ. Після кризи фондового ринку ця