

ЕКОНОМІЧНА ТЕОРІЯ

УДК 330.1:364.3

Т. М. КАМІНСЬКА

доктор економічних наук,
професор кафедри економічної теорії
Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого,
Харків



Л. В. НЕЧИПОРУК

доктор економічних наук,
професор кафедри економічної теорії
Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого,
Харків



МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті подано аналіз моделей соціального захисту населення. Доведено, що ризиками впровадження соціального медичного страхування в Україні є зайвий бюрократизм, посилення монополізму, асиметрія інформації між верхніми та нижніми ланками ієрархічного національного фонду страхування, витрати непередбачуваної поведінки менеджерів та робітників регіональних фондів; загрози тиску місцевої влади на діяльність регіональних фондів, їх підпорядкування своїм егоїстичним інтересам. Запропоновано умови, за яких можливі реформи в охороні здоров'я —

подолання тіньової економіки, структурна перебудова, поєднання економічних інтересів суспільства, лікарів, медичних закладів та держави.

Ключові слова: страхування, соціальне страхування, обов'язкове медичне страхування, тіньова економіка, охорона здоров'я.

Постановка проблеми. Відмінною рисою розвитку охорони здоров'я в Україні є відсутність системи соціального обов'язкового медичного страхування (ОМС). Вона досить ефективна у Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, Канаді (рівень фінансування охорони здоров'я досягає тут 10–13% ВВП), розвивається також у нових країнах ЄС, деяких країнах Латинської Америки та Росії. В Україні дані державного фінансування охорони здоров'я останніми роками коливаються на рівні 3,3–3,6% ВВП. І висновок, на перший погляд, напрашується сам по собі: необхідне страхування, яке масштабно використовує адресні податки та додаткові платежі на галузь. За роки незалежності законопроекти щодо впровадження ОМС вносилися на розгляд до Верховної Ради України вісім разів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Зауважимо, що країни, у яких відбуваються соціально-політичні перетворення, поступово відмовляються від непосильних соціальних гарантій та неефективної й економічно обтяжливої системи соціального забезпечення, яка дісталася їм у спадок від радянських часів, і тільки починають усвідомлювати переваги страхування життя, що гальмується такими проблемами: доходи здебільшого низькі, тому і безпосередні умови життя неминуче є більш пріоритетними; політичне, суспільне та економічне середовище характеризується невизначеністю, зберігаються перспективи знищення приватних заощаджень через інфляційні процеси, а також безпосередньо власного економічного існування, наприклад, через можливість безробіття.

У світі поступово були сформовані три моделі соціального захисту:

1. *Модель О. Бісмарка*, яка започаткувала створення системи соціального страхування в Німеччині і широко застосовується також в Австрії, Франції, Швеції, давала можливість вперше здійснити суспільний перерозподіл доходів з метою соціального захисту нижчих верств населення, до яких на той час належали наймані працівники промислових підприємств і стосовно яких законодавчо закріплювалися певні соціальні гарантії в разі втрати працездатності або роботи. Відповідно до цієї моделі забезпечення ґрунтується виключно на праці й тому поширюється лише на тих осіб, які зуміли завоювати для себе це право своєю працею; обов'язкове забезпечення лише для тих найманих працівників, заробітна плата яких нижча визначеної мінімальної суми, тобто для тих, хто не може користуватись індивідуальним страхуванням; забезпечення, яке ґрунтується на методології страхування, що встановлює паритетне співвідношення між внесками найманих працівників та роботодавців, а також

між виплатами та внесками; забезпечення, яким управляють самі роботодавці та наймані працівники [1, с. 42].

2. *Модель У. Беверіджа*, яка була розроблена для Великої Британії і запропонувала нові підходи до політики соціального забезпечення: держава не тільки взяла на себе захист від соціальних ризиків втрати працездатності через старіння, інвалідність, безробіття, а й відповідала за медичну допомогу і лікування, ритуальні послуги, професійну перепідготовку, надавала допомогу на дітей, у разі смерті годувальника, розлучення. При цьому розміри більшості видів допомоги не залежали від попереднього заробітку і були однаковими. Розмір пенсії визначався родинним станом: наприклад, пенсії були вищими для подружньої пари, де дружина не працювала. Для одержання таких виплат застрахованим потрібно було робити обов'язкові внески. Однак внесок був єдиним і охоплював відразу всі страхові випадки без будь-якого спеціального поділу. Всі пенсії і соціальні допомоги виплачувалися з Фонду соціального страхування, а державні допомоги здійснювалися за рахунок податкових відрахувань.

Принципи соціального страхування у Великій Британії змінилися з часів реалізації неоконсервативної соціальної політики М. Тетчер (1988 р.), що передбачала: стимулювання індивідуальних заощаджень для пенсійного періоду життя; зниження рівня державних витрат на соціальне забезпечення як у відносному, так і в абсолютному вираженні; розширення допомоги родині як фундаменту розвитку суспільства, передусім малозабезпеченим родинам, які мають малолітніх дітей; зростання стимулів до праці [2, с. 334–335, 336].

3. *Модель приватного (колективного) страхування* набула розвитку у США, однак у тій чи іншій формі застосовується також у Швейцарії, Португалії, Південній Кореї, деяких країнах Латинської Америки.

Формулювання цілей. Метою статті є аналіз ринку державних медичних послуг в Україні, визначення ризиків впровадження соціального медичного страхування в охороні здоров'я, що дозволяє побачити не тільки вигоди, позитивні ефекти, але й певні альтернативні витрати можливого нововведення.

Виклад основного матеріалу. В одних країнах метод страхування має накопичувальний характер, а в інших — солідарний (соціальний). Важливу роль у виборі методу відіграє збалансований політичний перерозподіл суспільних благ через колективне страхування, зразками організації якого є:

- запровадження соціального страхування «знизу» як урегулювання відносин працівників і роботодавців;
- введення інституту соціального страхування «зверху» через державне законодавство;
- організація третього (змішаного) варіанта формування системи соціального страхування внаслідок залучення державної влади і профспілок.

Характерною рисою соціального страхування є фінансування соціальних виплат за рахунок внесків. Система соціального страхування може бути двох видів: державне і недержавне. Їх матеріальним забезпеченням виступають спеціалізовані фонди грошових коштів.

Фінансовий механізм соціального страхування являє собою порядок та умови формування й використання коштів соціального страхування на визначені державою цілі соціального захисту населення. Складові фінансового механізму: страхові внески, фонди соціального страхування; соціальні виплати.

Методи формування фондів соціального страхування:

на основі поточного розподілу шкоди

сума страхових внесків = сума страхових виплат

на основі принципу накопичення

страхова виплата = сума страхових внесків + інвестиційний дохід.

Методи участі держави у формуванні фондів соціального страхування:

– надання дотацій фондам (використовується при тимчасовій нестачі коштів);

– видача субсидій фондам (передбачає постійне фінансування);

– введення спеціальних податків, кошти від надходження яких спрямовують до фондів соціального страхування (непрямі податки).

У сфері соціального страхування в Україні виникають такі основні групи фінансових відносин:

між страховими фондами та юридичними особами, які виступають платниками обов'язкових внесків;

між фондами та найманими працівниками, за рахунок яких формуються доходи бюджету фонду;

між фондами та державним, місцевими бюджетами в процесі перерозподілу державних фінансових ресурсів;

між фондами й іншими органами, кошти яких використовуються для фінансового забезпечення соціальних програм;

між територіальними і центральними органами фондів з метою забезпечення соціальних виплат у регіональному та місцевому розрізах;

між фондом та певними категоріями громадян, які отримують за рахунок його коштів матеріальне забезпечення і соціальні послуги;

між фондом і відповідним відомством, міністерством (наприклад, Міністерством праці та соціальної політики, службою зайнятості тощо);

між фондом і установами, організаціями, які виконують певні види робіт (професійне навчання та перепідготовку незайнятого населення);

між фондами та фінансовими органами в процесі здійснення контролю за рухом державних фінансових ресурсів.

Фонди грошових коштів можуть бути як державними, так і недержавними. За загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням надаються такі види соціальних послуг та матеріального забезпечення:

пенсійне страхування: пенсії за віком, по інвалідності внаслідок загального захворювання (у тому числі каліцтва, не пов'язаного з роботою, інвалідності з дитинства); пенсії у зв'язку із втратою годувальника;

страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням:

– допомога по тимчасовій непрацездатності (включаючи догляд за хворою дитиною);

– допомога по вагітності та пологах; допомога при народженні дитини та по догляду за нею; допомога на поховання (крім поховання пенсіонерів, безробітних та осіб, які померли від нещасного випадку на виробництві);

– забезпечення оздоровчих заходів;

страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання:

– профілактичні заходи з метою запобігання нещасним випадкам на виробництві та професійним захворюванням;

– відновлення здоров'я та працездатності потерпілого; допомога по тимчасовій непрацездатності внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання; відшкодування збитків, заподіяних працівникові каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я, пов'язаним із виконанням ним своїх трудових обов'язків; пенсія по інвалідності внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання; пенсія у зв'язку із втратою годувальника, який помер унаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;

– допомога на поховання осіб, які померли внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;

страхування від безробіття: допомога по безробіттю; відшкодування витрат, пов'язаних із професійною підготовкою або перепідготовкою та профорієнтацією; матеріальна допомога безробітному та членам його родини; дотація роботодавцю для створення робочих місць; допомога на поховання безробітного;

медичне страхування: діагностика та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення; профілактичні та освітні заходи; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання.

Медичне (лікарняне) страхування є в першу чергу механізмом управління таким ризиком, як хвороба. Зазначимо, що існують різні моделі систем охорони здоров'я, які передбачають різні джерела фінансування медичних витрат (табл. 1).

Таблиця 1

Моделі національних систем охорони здоров'я [3; 8]

Країна	Німеччина	Японія	Канада	Франція	Велика Британія	США
Тип моделі	Соціально-страхова			Державна		Ринкова
Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП (2012 р.)	11,3%	10,3%	10,9%	11,6%	9,3%	16,9%
Джерело фінансування	ОМС – 60%. ДМС – 10%. Державний бюджет – 15%. Власні кошти громадян – 15%	ОМС – 60%. Державний бюджет – 10%. Суспільні фонди – 10%. Власні кошти громадян – 20%	Федеральні фонди і фонди бюджетів провінцій – 90%. Фонди приватних СК і добровільні пожертвування – 10%	ОМС – 50%. ДМС – 20%. Державний бюджет – 10%. Власні кошти громадян – 20%	Державний бюджет	Приватне страхування – 40%. Власні кошти громадян – 20%. Програми для малозабезпечених та людей похилого віку – 40%

Реалістичний аналіз ринку державних медичних послуг в Україні, шляхи його вдосконалення дозволяють побачити не тільки вигоди, позитивні ефекти, але й певні альтернативні витрати можливого ведення ОМС.

Спочатку про вигоди. Соціальне ОМС взагалі виконує функцію перерозподілу суспільних ресурсів. Відрахування на медичне страхування на законодавчій основі включаються до сукупного Національного фонду страхування з територіальними підрозділами, а потім розподіляються відповідно до медичних потреб. Німецька система відрізняється наявністю не одного, а різних медичних фондів державного обов'язкового страхування. Повна сума суспільних ресурсів, потрібних для надання державних медичних послуг, складається з бюджетних коштів та ресурсів страхового фонду.

Тобто переваги ОМС полягають у зниженні соціальних ризиків, посиленні соціальної захищеності громадян, виключаються випадки відмови їм у медичній допомозі. Реалізується принцип суспільної солідарності і відбувається перерозподіл коштів різних страхувальників на користь хворих, часто неплатоспроможних людей. Існує, наприклад, суперечність між тим періодом життя, коли люди здатні оплатити медичні послуги (середина життя), і віком, коли їм особливо потрібне лікування (на початку та в кінці життя). Тобто виконується принцип солідарності — багатий платить за бідного, здоровий за хворого, молодий за похилого.

Крім того, страхові фонди контролюють стандарти якості діагностики та лікування, що послаблює інформаційну асиметрію, властиву ринку медичних послуг, і стимулюють ефективну роботу медичних працівників. Зарубіжний досвід показує, що самі споживачі також можуть підключатися до оцінки якості лікування за допомогою вибору лікарів. Водночас скорочуються фінансові ризики непередбачених витрат на лікування для індивідуумів, і втрати частини валового доходу за період хвороби робітників роботодавцями.

Це дуже важливо для України, де чверть населення знаходиться за межею бідності, а децильний коефіцієнт, за непрямыми розрахунками, становить 30:1. Без страхування і в умовах поширення тіньових платежів медичним працівникам нерівність громадян щодо розподілу доходів трансформується в дедалі більшу нерівність щодо оплати лікування. Фінансування медичних послуг у цьому випадку навіть не пропорційне, а регресивне, на шкоду незаможним громадянам, тому що зі зростанням доходів громадян частка в них витрат на охорону здоров'я зменшується. Більше того, нерівність в оплаті медичних послуг різними верствами населення доповнюється нерівністю в їх отриманні, кінцевому споживанні, бо незаможні верстви населення (насамперед діти, літні люди, психічно хворі) потребують більше лікувально-діагностичних послуг порівняно зі звичайними товарами. Вони не спроможні об'єктивно оцінити свої потреби в лікуванні й вимагати їх задоволення від фахівців.

У соціальній захищеності майбутніх пацієнтів ОМС значно переважають не тільки над приватним ринком, але й над добровільним медичним страхуванням (ДМС), з яким пов'язані процеси несприятливого для застрахованих відбору ризиків, через які від страхування звільняються бідні й літні люди. Комерційні компанії намагаються різними шляхами уникнути страховки такого контингенту. Залучаючи людей з невисокою ймовірністю захворювання, страховики «знімають вершки». Несприятливу селекцію клієнтів краще за все згладжує ОМС: страхування відбувається на законодавчій основі.

Держава, яка відображає національні інтереси, теж зацікавлена у розвитку соціального ОМС. Здоров'я не тільки забезпечує добробут і безпеку людини, надає їй свободу й тривале активне життя, що важливо само по собі. Воно створює також передумови для якісного відтворення людського капіталу, насиченості інтелектуальної праці та активної соціально-економічної самореалізації індивіда, тобто є не лише кінцевим, але й інвестиційним благом. Демократизація медичного обслуговування, його загальна гарантована доступність розглядається сучасними економістами як економічний і соціальний імператив постіндустріальної економіки. Нова економіка вимагає переосмислення підходів до рівності, в тому числі охорони здоров'я. Дж. Стігліц навіть закликає не копіювати американську модель розподілу доходів, а звернути увагу на досвід скандинавських країн [4]. Цю ідею на практиці втілює Б. Оба-

ма, який розпочав економічні реформи з охорони здоров'я, подолавши опір опозиційних сил і в політиці, і на ринку медичних послуг. Всупереч ліберальним традиціям, основи яких були закладені ще в колоніальний період, у США зараз створюється модель охорони здоров'я, яка покликана охопити медичним страхуванням (приватним і державним) 95% громадян [5, с. 91].

Проте соціальне ОМС має свої слабкі сторони. У міру укрупнення єдиного Національного фонду посилюється бюрократизм, асиметрія інформації між верхніми та нижніми ланками ієрархії, витрати непередбачуваної поведінки менеджерів та робітників нижчої ланки, оскільки їх складніше контролювати. В умовах України зростають загрози тиску місцевої влади на діяльність регіональних фондів, їх підпорядкування своїм інтересам. Крім того, система соціального ОМС є не чим іншим, як монополією, яка схильна до заниження тарифів на медичні послуги порівняно з рівноважними цінами на ринку, часто — за рахунок якості та своєчасності надання. Фіксовані ціни мають також схильність до тіньових продажів та черг, які небезпечні для онкологічних хворих. В Україні, де Антимонопольний комітет України очолює, як правило, представник влади, а не опозиції, вони загрожують недофінансуванням охорони здоров'я при одночасному збільшенні тиску на фонд оплати праці підприємств.

Тіньова кланово-олігархічна економіка підсилює альтернативні витрати впровадження соціального ОМС в Україні. Страхові платежі, як адресні (цільові) податки, призначені спеціально для медицини, в ідеалі мали б суттєву перевагу в додатковому фінансуванні цієї галузі та його прозорості. Насправді приклад Пенсійного фонду, його хронічного недофінансування свідчить про інший стан справ. Навіть підвищення пенсійного віку жінок не сприяло його наповненню. Грошові потоки не є прозорими для суспільства; безперервна монополізація власності й олігархізація влади, приховування доходів в офшорах, несплата страхових платежів — усе це разом з економічною безгосподарністю не дає приводу сумніватися у банальному витоку грошей з будь-якого фонду. Швидше за все, подібний тренд очікує і Національний фонд медичного страхування у разі його створення. Крім того, додаткові страхові платежі з фонду заробітної плати підприємств спричиняють зростання «сірого» ринку, відлякують інвесторів.

В економіці «тіньових схем» складно припустити інший спосіб розрахунку медичних закладів із страховими структурами, ніж відшкодування цим структурам частини вартості медичних послуг за надання необґрунтованої переваги певному закладу. Це априорі призведе до неоптимального використання ресурсів соціального ОМС. І навряд чи скоротить кількість неформальних платежів від пацієнтів лікарям, від лікарів — лабораторним діагностам, провізорам аптек, вищому керівництву. Інститут «відкатів», що сформувався за попередні роки аносії та залежності судів спочатку за межами охорони здоров'я, а потім саме тут, пошириться на нові економічні відносини і неминуче охопить відносини

між регіональними фондами страхування та Національним фондом. Фармацевтичні фірми будуть лобіювати просування своїх медикаментів. Це призведе до використання не найефективніших препаратів, а тих, за які регіональний фонд зможе краще стимулювати лікарів і чиновників. Урешті-решт ми можемо отримати інституційну та фінансову пастку, коли обраний варіант страхового фінансування більш затратний, ніж попередній і діє попри світову тенденцію стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я. Аналізуючи ОМС у Росії, яке функціонує з 1994 р., російський науковець Т. В. Чубарова резюмує: «Обов'язкове медичне страхування обходиться дорожче, ніж бюджетна охорона здоров'я, при цьому результати аж ніяк не кращі» [6, с. 703].

Ось чому однозначно ствердна постановка питання про необхідність соціального ОМС в Україні дуже сумнівна. Вона правильна по суті, але мало ймовірна з огляду на недостатнє виконання ним фінансових і соціальних функцій в українських реаліях. Неefективна структура охорони здоров'я України, у якій переважає стаціонарний сектор, посилює ризики ОМС. Сьогоднішній лікар у ньому не зацікавлений, бо отримує посередника і контролера неформальних платежів від пацієнтів. Його офіційна заробітна плата дуже мала. Відповідно до даних Державної служби статистики України, якщо середня зарплата штатних працівників за березень 2014 р. дорівнювала в промисловості 3902 грн, у діяльності транспорту та складського господарства — 3883 грн, державному управлінні, обороні, соціальному страхуванні — 3656 грн; у сфері фінансової діяльності — 7187 грн, то в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги — лише 2201 грн [7]. Реформи, що покликані провести технологічну перебудову цієї системи, не викликають довіри у населення. Вони переслідують лише фінансові, а не соціальні цілі, і погіршують регіональну доступність медичної допомоги. До того ж ми живемо у суспільстві тотальної недовіри. Не розроблені стандарти медичних послуг, єдиний перелік цін і тарифів, не прописані відповідальність лікарів, права медичних працівників та пацієнтів тощо.

Висновки. Нагальним завданням є скорочення тіньової економіки взагалі та охорони здоров'я зокрема, поєднання економічних інтересів суспільства, лікарів, медичних закладів та держави у впровадженні ОМС. Становленню ОМС протидіють також інші суб'єкти тіньової медицини. Крім того, тіньова економіка означає кризу політики справедливого розподілу ВВП і злиденність видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я. Це джерело замінює страхові платежі для бідних і незаможних, для пенсіонерів у системі ОМС. За таких умов труднощі доступу до отримання якісної та своєчасної медичної допомоги людьми з низьким, а подекуди й середнім достатком не зникають. Без подолання тіньової економіки консервується ситуація, за якої альтернативні витрати від страхування перевищують вигоди і результати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ганслі Теренс М. Соціальна політика та соціальне забезпечення за ринкової економіки / М. Ганслі Теренс. – К. : Основи, 1996. – 238 с.
2. Политика доходов и качество жизни населения / под ред. Н. А. Горелова. – СПб. : Питер, 2003. – 653 с.
3. Головнина Н. В. Экономические модели национальных систем здравоохранения [Электронный ресурс] / Н. В. Головнина // Муниципальная экономика. – 2001. – № 1. – Режим доступа: konunb.nlr.ru/query_info.php.
4. Дневник Давоса: Джозеф Стиглиц – о неравенстве, разрушающем мировую экономику [Электронный ресурс] // Forbs. – 2013. – 25 января. – Режим доступа: <http://forbes.ua/selfeducation/reports/1346391-dnevnik-davosa-dzhozef-stiglic-o-neravenstve-razrushayushchem-mirovuyu-ekonomiku>.
5. Гулемпинченко О. В. Реформа здравоохранения в США: дискуссии продолжают / О. В. Гулемпинченко // США-Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – № 5. – С. 85–96.
6. Неэкономические грани экономики: непознанное взаимовлияние : Научные и публицистические заметки обществоведов / ред. О. Т. Богомолов, Б. Н. Кузык. – М. : Ин-т эконом. стратегий, 2010. – 800 с.
7. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
8. OECD Health Data [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.oecd.org/statistics/compare-your-country.htm>.

Стаття надійшла до редакції 29.08.2014.

Т. М. КАМИНСКАЯ

доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры экономической теории Национального юридического университета имени Ярослава Мудрого, Харьков

Л. В. НЕЧИПОРУК

доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры экономической теории Национального юридического университета имени Ярослава Мудрого, Харьков

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В УКРАИНЕ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье дан анализ моделей социальной защиты населения. Доказано, что рисками внедрения социального медицинского страхования в Украине является излишний бюрократизм, усиление монополизма, асимметрия информации между верхними и нижними звеньями иерархического национального фонда страхования, издержки непредсказуемого поведения менеджеров и работников региональных фондов; угрозы давления местных властей на деятельность региональных фондов, их подчинение своим эгоистичным интересам. Предложены условия, при которых возможны реформы в здравоохранении — это преодоление теневой экономики,

структурная перестройка отрасли, соединение экономических интересов общества, врачей, медицинских учреждений и государства.

Ключевые слова: страхование, социальное страхование, обязательное медицинское страхование, теневая экономика, здравоохранение.

T. M. KAMINSKA

Doctor of Economic Sciences, professor of Economic Theory Department of Yaroslav the Wise National Law University, Kharkiv

L. V. NECHYPORUK

Doctor of Economic Sciences, professor of Economic Theory Department of Yaroslav the Wise National Law University, Kharkiv

MEDICAL INSURANCE IN UKRAINE WITHIN THE CONTEXT OF THE SOCIAL INSURANCE SYSTEM DEVELOPMENT

Problem setting. The absence of a social compulsory medical insurance system (CMI) is a peculiar feature of the health protection development in Ukraine. The existence of insurance considerably using direct taxes and additional charges for a field is essential.

Recent research and publications analysis. The authors analyzed the main models of social insurance of O. Bismarck and W. Beveridge and the model of private (group) insurance.

Paper objective. An aim of the article is to analyze the market of state medical services in Ukraine, to determine risks of the social medical insurance implementation in the health care system enabling to reveal both benefits and some alternative costs of potential innovations.

Paper main body. The authors determined that a social insurance system may be divided into two types — a state one and a non-state one. The social insurance system contemplates a certain branch structure being compliant to a structure of social risks, which are joined in groups being a subject to certain fields of social insurance.

The article proposes the comparison of benefits and alternative costs of the social medical insurance implementation in Ukraine. Benefits include functions of the allocation of public resources in favor of sick, old, and poor people, the decrease of social risks; the control over standards of quality of diagnostics and treatment, the abatement of information asymmetry being inherent to the market of medical services; the stimulation of effective labor of medical staff, the opportunity for customers to participate in the process of assessment of treatment quality due to the choice of medicaments.

Risks of the implementation of the social medical insurance in Ukraine consist of a lack of bureaucracy, the strengthening of monopolism, the asymmetry of information between upper and lower branches of the hierarchic national fund of insurance, costs of the unpredictable behavior of managers and workers of regional funds; a threat of a pressure of a local government on an activity of regional funds, their subordination to local government's egoistic interests.

Conclusions of the research. The article proposes conditions conducive to reforms in the field of health protection, which encompass: overcoming of “shadow” economy, the structural reconstruction, the connection of economic interests of a society, doctors, medical institutions, and a state.

Short Abstract to an article

Abstract. The article contains the analysis of models of population social insurance. The authors proved that risks of the social medical insurance implementation in Ukraine consist of a lack of bureaucracy, the strengthening of monopolism, the asymmetry of information between upper and lower branches of the hierarchic national fund of insurance, costs of the unpredictable behavior of managers and workers of regional funds; a threat of a pressure of a local government on an activity of regional funds, their subordination to local government’s egoistic interests. The article proposes conditions conducive to reforms in the field of health protection, which encompass: overcoming of “shadow” economy, the structural reconstruction, the connection of economic interests of a society, doctors, medical institutions, and a state.

Key words: insurance, social insurance, compulsory medical insurance, “shadow” economy, health protection.