

ЕКОНОМІЧНА ТЕОРІЯ

УДК 330.1:364.3:61(477)

Т. М. КАМІНСЬКА

доктор економічних наук, професор
професор кафедри економічної теорії
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого, Харків
e-mail: kamtm@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-1359-834X



ЩОДО АЛЬТЕРНАТИВНИХ МОДЕЛЕЙ ОBOB'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ¹

Стаття присвячена аналізу альтернативних моделей обов'язкового медичного страхування. Обґрунтовано передчасність підключення до нього приватних страхових компаній України, а також впровадження додаткового податку для працівників і роботодавців. Пропонується оптимальна національна модель, заснована на бюджетному фінансуванні страховика.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, страхові компанії, переваги, альтернативні витрати, ризики.

JEL Classification: I 18.

Постановка проблеми. Обов'язкове медичне страхування має цілу низку переваг порівняно з виключно бюджетним фінансуванням охорони здоров'я. Страхування дозволяє мінімізувати ризик непередбачених витрат за рахунок

¹ Роботу виконано в межах цільової комплексної програми «Соціально-економічна модернізація України та формування інноваційної моделі розвитку» (№ державної реєстрації 0111u000961) та фундаментального дослідження «Науково-теоретичні проблеми формування, розвитку та інституційної побудови правової економіки в Україні» за рахунок видатків державного бюджету (№ державної реєстрації 0115U000326).

поєднання багатьох полісів в один диверсифікований портфель, завдяки чому створюються умови для кращого доступу споживачів до медичних послуг. Обов'язкове медичне страхування здійснює цю функцію краще, ніж добровільне, тому що обов'язок страхуватися узаконено. Посилюється соціалізація медичного обслуговування, адресне використання страхових платежів, громадський контроль за ним. Страхові структури контролюють витрати лікарень і свої виплати, що відповідає світовій тенденції стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я. Відсутність обов'язкового медичного страхування вигідна для гравців тіньової економіки – від лікарів до фармацевтичних компаній і недобросовісних управлінців.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тривалий час в Україні не припиняються дискусії щодо моделі фінансування охорони здоров'я. Одні автори пропонують виключно бюджетне фінансування, другі – формалізацію платних платежів лікарям. І. Б. Філонова робить акцент на впровадженні вітчизняних технологій у медичних закладах [5]. Проте медичним страхуванням опікуються швидше науковці-медики, ніж економісти і юристи. Так, науковець з економіки О. І. Тулай правильно зауважує: «Дієвою є така система охорона здоров'я, яка забезпечує вчасне та адресне надання якісних послуг» [4, с. 84]. Втім робить акцент на інших, ніж страхування, засобах – розподілу державних медичних субвенцій, розвитку партнерства між державною владою, приватним капіталом та громадським сектором, ефективності державних закладів охорони здоров'я. Політики теж періодично проявляють активність щодо обов'язкового медичного страхування і вносять нові і нові проекти закону до парламенту. Його ідеальна модель передбачає прозорий рух коштів від платника страхового внеску до хворої людини, без марних втрат. Дискусійним питанням на шляху реформи охорони здоров'я залишається визначення продавця страхових послуг і одночасно розпорядника коштів, що виділяються на медичне обслуговування громадян.

Формулювання цілей. Метою статті є аналіз альтернативних моделей обов'язкового медичного страхування та пропонування найбільш оптимальної для сучасної України, з урахуванням обмежених ресурсів охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Економічний підхід до вибору моделі страхування полягає у зіставленні переваг і альтернативних витрат від впровадження кожної з них. Перша модель – це виключно соціальне обов'язкове медичне страхування, яке не передбачає участі приватних компаній. Розпорядження обсягом коштів на медицину делегується єдиному національному фонду страхування з територіальними відділеннями. Роботодавці і робітники сплачують страхові платежі. Головним регулятором процесу страхування

є закон. Переваги цієї моделі полягають у тому, що спрацьовує позитивний ефект масштабу, який характерний для діяльності фонду, що сприяє зменшенню середніх витрат виробництва. Концентрація ресурсів у державному фонді сприяє зростанню персональної відповідальності топ-менеджера за страхування і, як правило, зменшенню ринкових зловживань. Фонд працює на основі довгострокових контрактів, які ведуть до зменшення трансакційних витрат від ринкових недосконалостей (наприклад, від недобросовісної конкуренції, рейдерства, шахрайства, опортуністичної поведінки контрагентів, асиметрії інформації про кон'юнктуру ринку).

Ризики та альтернативні витрати пов'язані із державним монополізмом і відсутністю ринкових стимулів рентабельного господарювання в галузі. Єдиний покупець (платник) медичних послуг діє подібно до монопсонії, яка завжди прагне до встановлення цін нижче за конкурентний, рівноважний рівень. З'являється небезпека зниження якості лікування, що не є соціально доцільним. До того ж змагання багатьох надавачів послуг за єдиного покупця частіше спричиняє недобросовісну конкуренцію і корупцію. Історія становлення ринкової економіки в Україні вже неодноразово демонструвала, що концентрація грошових коштів в одних руках та застаріле ієрархічне управління великими структурами призводить до бюрократизації і формування стійких корупційних схем.

Друга модель передбачає залучення приватних компаній до обов'язкового медичного страхування, коли індивідуальні клієнти за бажанням укладають з ними контракти, де фіксуються умови страхування. Її головною перевагою є синергетичний ефект від процесу, а крім того – збільшення загального фонду грошових коштів, використання досвіду сучасного менеджменту, що накопичено приватними страховими структурами в ринкових умовах, демонополізація страхового ринку. Ця модель тяжіє до монополістичної конкуренції, оскільки передбачає багато покупців і продавців медичних та страхових послуг і суперництво не тільки за порівняльні, але й диференційні конкурентні переваги. Страховики управляють ризиками компанії, борються за клієнтів та за контракти з кращими лікарнями, удосконалюють маркетингові стратегії, вивчають зарубіжний досвід менеджменту, що за інших рівних умов сприяє зниженню цін на поліси, диференціації та унікальності запропонованих страхових продуктів.

Розвиток договірної обов'язкової медичного страхування сприяє дебюрократизації, економічній свободі страховиків-підприємців, створенню інфраструктури ринку страхових послуг, підтриманню його рівноваги. Комерційні страхові компанії більш схильні до ефективної організації інформацій-

них потоків, технологічних інновацій у сфері ІТ – наприклад, у впровадженні системи електронного документообігу в компанії та в лікувальних закладах, моніторингу діяльності медичного персоналу, якості лікування. Усі ці позитивні ознаки спонукають деяких науковців до однозначних висновків: «Обов'язкове медичне страхування повинно здійснюватися виключно на комерційних засадах в страхових компаніях, які мають на це відповідні ліцензії» [1, с. 193].

Проте ризиками та альтернативними витратами цієї моделі є порушення балансу між економічною та соціальною ефективністю. В умовах олігархічної економіки чаша терезів насправді схиляється до гонитви гравців страхового ринку за прибутком будь-якою ціною. Більш успішними є страхові компанії, що ближче до уряду, зайшли у систему без прозорого конкурсу і до того ж монополізують певні види страхування та відповідно підвищують вартість страхових полісів. Тому в Україні, наприклад, добровільне медичне страхування зорієнтоване перш за все на багатих корпоративних клієнтів. Воно пропонує VIP-програми вартістю 25–50 тис. грн. Є також небезпека того, що комерційні компанії використають суспільні гроші задля нелегального експорту капіталу та реалізацію офшорних схем, недобросовісного перестрахування, отримання масштабних тіньових доходів.

Російський двадцятирічний досвід обов'язкового медичного страхування свідчить саме про таку небезпеку. Великі приватні страховики, за словами науковця Ю. Михайлової, «перетворили соціальну ідею у комерційний бізнес на кістках» [3]. Вони були допущені навіть до швидкої допомоги, попит на яку є низькоеластичним. Депутат Держдуми РФ М. Герасименко вказує на мільярдні приписки в поліклініках і стаціонарах, формальність видачі страхових полісів, незахищеність пацієнтів з боку страховиків, які навіть не аналізують історії хвороби, не враховують якість лікування [3]. Ризики зростають у випадку банкрутства страхових компаній (або банку, в якому розміщені кошти страхових резервів), що породжує їхню неплатоспроможність. У цьому випадку особи, що застраховані, тривалий час не отримують ні необхідного лікування, ні відшкодування грошей. Тобто перед впровадженням договірної обов'язкової медичної страхування треба сформувати відповідні інститути в національній економіці, що запобігають зловживанням.

У свою чергу, сучасні страхові компанії України, що продають поліси добровільного медичного страхування, теж поки ще не дуже готові до участі в обов'язковому медичному страхуванні. Їх небагато, і вони не дуже активні.

Т а б л и ц я

**Діяльність страхових компаній України
(станом на 30.09.2016 р.)**

Показники	Кількість		Премії		Виплати	
	Одиниць	%	Млн грн	%	Млн грн	%
Страхові компанії загалом	323	100	24800	100	6300	100
Страхові компанії, що здійснюють медичне страхування	45	13,93	1613,1	40	0,853	13,5

Відповідно до даних таблиці, на 30.09.2016 р. кількість страхових компаній в Україні, що опікуються медичним страхуванням, дорівнювала лише 45, що становить близько 14% від кількості страхових компаній загалом. І якщо вони отримали 40% премій від загальної суми премій, які надійшли усім компаніям від страхувальників, то виплати при настанні страхових випадків становили тільки 13,5% загального обсягу. Тобто відрахування на медичне страхування суттєво перевищують страхові виплати. Більше того, рівень виплат за всіма видами страхування усіма страховими компаніями України також вищий за рівень виплат за медичним страхуванням, яке дорівнює 19,27% від загалу. Багато компаній лише формально оформлюють справжнє добровільне медичне страхування, а насправді це виплати у разі критичного стану й госпіталізації хворого.

Нагальне завдання для страхових компаній, що здійснюють добровільне медичне страхування, це – інвестування в інфраструктуру ринку, а саме у розширення діяльності асистанс-служб, відкриття колл-центрів, де працюватимуть фахівці, забезпечення підвищення їх кваліфікації. Але без привабливого інвестиційного клімату в Україні, досконалої законодавчої бази і усталених формальних правил розвитку страхового ринку його великі гравці не зацікавлені у переорієнтації на обов'язкове медичне страхування.

Що поєднує обидві моделі обов'язкового медичного страхування (без залучення приватних компаній та з ними) – це ризики збільшення податкового тиску на роботодавців і робітників та наступне їхнє ухиляння від податків. В Україні взагалі існує низький рівень страхової культури, а також тотальна недовіра до усіх інститутів, і швидше за все вона пошириться і на структури медичного страхування, породжуючи прагнення робітників і роботодавців піти у тінь. У цьому полягає небезпека. Тіньова економіка спричиняє, крім того, безпосередній вплив на охорону здоров'я, бо скорочує видатки на цю галузь через недоотримання податкових надходжень державним і місцевими

бюджетами. Праця на неформальній основі позбавляє нелегально зайнятих робітників від соціального страхування і призводить до нерівності доступу громадян до медичного обслуговування, що порушує ст. 49 Конституції України. Велике податкове навантаження погіршує позиції країни у рейтингу Doing Business і відштовхує потенційних інвесторів від страхового та приватного медичного бізнесу.

Зіставлення витрат і переваг від функціонування різних моделей страхування доводить про необхідність проміжного, оптимального на деякий час варіанта. Йдеться про впровадження виключно державного обов'язкового медичного страхування, за якого джерелом фінансування виступають видатки на охорону здоров'я, які призначені в Держбюджеті України. Наприклад, у 2017 р. ця цифра складає майже 62 млрд грн. З метою запобігання монополізму краще було б, щоб цими коштами опікувалось декілька (2–3) головних фондів. Залучення приватних страхових структур, а також додаткові податки для роботодавців і робітників у цій моделі не передбачені, що зменшує вірогідність стимулювання тіньової економіки. Її частка в Україні хоча і зменшилася, але досі залишається значною: за даними Міністерства економічного розвитку та торгівлі у першій половині 2016 р. вона дорівнювала 38 % ВВП [2].

Цей крок є першим до формування елементів ринкового середовища, бо функції виробників і покупців медичних послуг розділяються. Альтернативні витрати від ієрархічної організації фондів страхування компенсуються двома чинниками – демонополізацією страхування та отриманням права пацієнта на вибір фонду. До цієї конкуренції додається також право обрання пацієнтом свого сімейного лікаря. Ціна його послуг, яку відшкодовують з державного фонду страхування, залежить від кількості укладених із пацієнтами контрактів. Крім того, створюються умови для конкуренції між лікарнями, які отримують статус автономних комунальних підприємств, за державне замовлення. Фонди медичного страхування укладають з ними договори, де прописані відшкодування вартості медичних послуг залежно від кількості та якості.

Картину конкуренції доповнює прозорий конкурс топ-менеджерів за право управління державними фондами. Насправді сучасних менеджерів не вистачає не тільки в Україні, і не тільки в охороні здоров'я. Так, за даними Світового економічного форуму в Давосі, з проблемою висококваліфікованих робітників стикаються: в Японії – 81 %, Індії – 64 %, Бразилії та Туреччині – 63 %, Мексиці та Італії – 44 %, Греції – 42 % компаній [6]. Запрошення іноземних менеджерів на постійну роботу в державні структури не завжди приносить бажаний ефект. Наприклад, в українських реаліях вони стика-

ються із несприйняттям з боку внутрішнього середовища, зокрема світогляду професіоналів. Часто їм не вистачає повноважень для виконання управлінських функцій. Крім того, вітчизняні менеджери середньої ланки погано знають англійську мову, що знижує ефективність втілення управлінських рішень.

Сучасний тренд – це розвиток аутсорсингу функцій управління страховими компаніями (їх передачу зовнішній організації) на основі довготривалих угод. Метою аутсорсингу є збільшення ефективності використання ресурсів страхової компанії і лікувальних закладів, використання передових технологій страхування, підвищення його якості. Для аутсорсера передані функції управління є основним видом діяльності, спеціалізацією. Хоча є і ризики таких економічних відносин – зростання трансакційних витрат через укладання договорів з іншими структурами, доступ до конфіденційної інформації страхових фондів (зокрема про технології та пацієнтів), порушення зв'язку між фондами і сторонніми менеджерами. Тому аутсорсинг персоналу корисний, коли на практиці переваги переважають над ризиками.

Фонди обов'язкового медичного страхування загалом повинні оперувати єдиним реєстром пацієнтів, який ще треба створити. Оскільки бюджетні ресурси є дуже обмеженими, то необхідні: чітке визначення гарантованого обсягу медичних послуг, перехід до системи фінансування, орієнтованої на результати лікування пацієнта, а не ліжко-дні, впровадження системи DRG, яку апробовано в багатьох країнах. Слід спрямувати мотивацію медичного персоналу різних відділень та робітників кожної ланки управління на скорочення непродуктивних витрат медобслуговування. Нереформована охорона здоров'я спричиняє марнотратство грошей страхувальника і відсутність повноцінного страхового захисту пацієнта.

У міру проведення в Україні судової реформи та дійсного скорочення тіньової економіки, дієвих економічних та адміністративних кроків, що мотивують прозорість, економічні відносини обов'язкового медичного страхування розвиватимуться далі, послідовно охоплюючи приватні компанії. Їхня участь – це крок до використання ринкових резервів страхування. З часом, за умови формування відповідної законодавчої бази, великі страховики навіть отримують можливість відкривати власні приватні клініки.

Цікавим є питання про те, хто має безпосередньо платити за медичні послуги. Виходячи зі світового досвіду, це може бути або страхова компанія, або окремий громадянин, який потім пред'являє у страхову компанію рахунок на відшкодування вартості лікування. З урахуванням того, що в Україні вже сформовано, на жаль, інститут неформальних платежів від пацієнта безпо-

середньо до лікаря (особливо вузькопрофільного) і відмінити його швидко адміністративним шляхом неможливо, більш дієвим є продовження оплати лікарям стаціонарів самим пацієнтом, але з наступним відрахуванням грошей страховою компанією. Тобто йдеться про формалізацію лікарських гонорарів одночасно із соціалізацією можливостей доступу до лікування.

При цьому треба враховувати таку інституційну особливість ринку, як моральний ризик для надавача медичних і страхових послуг. Це ризик «переспоживання», коли лікування є безоплатним для пацієнта повністю. Мінімізація цього ризику та вкрай обмежені ресурси охорони здоров'я потребують лише часткового відшкодування страховиком вартості лікування та визначення величини франшизи і відшкодування грошей споживачем медичних послуг. Ефективною є також практика додаткової до страхової допомоги плати пацієнтом за особливий комфорт, першочерговість медичної допомоги та інші привілеї. Ризики для страхових компаній пов'язані також із поширенням серед населення України паління, надмірного вживання алкоголю, неправильного харчування, гіподинамії, звички до самолікування.

У свою чергу, важливим є постійний моніторинг роботи страховиків, правильність і своєчасність фінансового забезпечення ними обов'язкового медичного страхування. Законодавство України має охоплювати норми, що містять відповідальність страхових структур за невиконання ними своїх функцій.

Висновки. Аналіз альтернативних моделей обов'язкового медичного страхування демонструє, що для України поки що найбільш оптимальною є модель виключно соціального обов'язкового медичного страхування, джерелом якого є загальнодержавні бюджетні видатки на систему охорони здоров'я. В умовах, коли частка тіньової економіки у ВВП є досить високою, впровадження моделі, за якої роботодавці і робітники сплачують страхові платежі (на кшталт моделі багатьох європейських країн), означає стимулювання цієї тіньової економіки. Залучення приватних страхових компаній теж має значні загрози. В олігархічній економіці вони часто використовують гроші медичного страхування задля офшорного експорту капіталу. Щоб знизити альтернативні витрати від моделі страхування, що нами пропонується, й посилити її переваги, треба формувати елементи ринкового середовища, розвивати конкуренцію за різними напрямками, зокрема створити прозорий конкурс потенційних топ-менеджерів. Доречним є також аутсорсинг функцій управління страховими фондами, якщо його переваги переважають над ризиками, тому що він сприяє кардинальному підвищенню ефективності страхових та медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Гончарук С. М. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні / С. М. Гончарук, С. В. Приймак, Л. Я. Даниляк // Бізнес Інформ. – 2016. – № 1. – С. 190–194.
2. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України [Електронний ресурс] : Офіційний веб-сайт. – Режим доступу: <http://me.gov.ua/News/Detail?lang=uk-UA&id=17c32de2-23e5-4dab-817e-dd0a8002a163&title=RivenTinovoiEkonomikiZnizivsiaDo38-VidVvp>.
3. На парламентских слушаниях в Госдуме обсудили проблемы и перспективы обязательного медицинского страхования [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.duma.gov.ru/news/273/1446712/#photo1>.
4. Тулай О. І. Проблеми та перспективи державного фінансування системи охорони здоров'я / О. І. Тулай // Фінанси України. – 2016. – № 4 – С. 84–89.
5. Філонова І. Б. Нові підходи до фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я / І. Б. Філонова // Економіка України. – 2015. – № 3. – С. 67–75.
6. These countries are facing the greatest skills shortages [Електронний ресурс] / World Economic Forum. – Режим доступу: https://www.weforum.org/agenda/2016/07/countries-facing-greatest-skills-shortages?utm_content=buffer450a3&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer.

REFERENCES

1. Honcharuk S. M., Pryimak S. V., Danyliak L. Ya. (2016). Suchasnyi stan i problemy finansuvannia ustanov okhorony zdorovia v Ukraini. Biznes Inform. 1.
2. Ministerstvo ekonomichnoho rozvytku i torhivli Ukrainy. Ofitsiyniy veb-sait. Retrieved from: <http://me.gov.ua/News/Detail?lang=uk-UA&id=17c32de2-23e5-4dab-817e-dd0a8002a163&title=RivenTinovoiEkonomikiZnizivsiaDo38-VidVvp>.
3. Na parlamentskih slushaniyah v Gosdume obsudili problemy i perspektivy obyazatel'nogo meditsinskogo strahovaniya. Retrieved from: <http://www.duma.gov.ru/news/273/1446712/#photo1>.
4. Tulai O. I. (2016). Problemy ta perspektyvy derzhavnoho finansuvannia systemy okhorony zdorovia. Finansy Ukrainy. 4.
5. Filonova I. B. (2015). Novi pidkhody do finansuvannia vitchyznianoï sfery okhorony zdorovia. Ekonomika Ukrainy. 3.
6. These countries are facing the greatest skills shortages. World Economic Forum. Retrieved from: https://www.weforum.org/agenda/2016/07/countries-facing-greatest-skills-shortages?utm_content=buffer450a3&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer.

Стаття надійшла до редакції 02.02.2017.

Т. М. КАМИНСКАЯ

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

К ВОПРОСУ ОБ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МОДЕЛЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Статья посвящена анализу альтернативных моделей обязательного медицинского страхования. Обоснованы преждевременность подключения к нему частных страховых компаний Украины, а также внедрение дополнительного налога для работников и работодателей. Предлагается оптимальная национальная модель, основанная на бюджетном финансировании страховщика.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, страховые компании, преимущества, альтернативные издержки, риски.

T. M. KAMINSKA

Doctor of science (economy), professor, Professor of economic theory department Yaroslav Mudryi National Law University

ON THE ISSUE OF ALTERNATIVE MODELS OF MANDATORY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Problem setting. Compulsory health insurance carries out a number of functions and has the significant advantages over purely budget health care. The lack of compulsory health insurance in Ukraine is beneficial for the players of the shadow economy, from doctors to pharmaceutical companies and dishonest managers.

Recent research and publication analysis. The main point of scientific debate on improving the financing of public health in Ukraine are as follows: increase budgetary funding of industry, formalization of informal payments to doctors, the introduction of technologies in health care, the establishment of social insurance. Disputable issue is the determining of the seller of insurance services, which is manager of financial flow for health care.

Paper objective is to analyse the alternative models of compulsory health insurance and offering the most optimal one for modern Ukraine, given the limited resources of health care.

Paper main body. Economic approach to choice of insurance model is comparison of the benefits and opportunity costs. The first model is only social mandatory health insurance that does not involve the private companies. The main regulator of insurance is the law. The advantages of this model are concentration of resources in a single national insurance fund, personal responsibility of top managers, the positive effect of scale

and decreasing the average costs of production; reducing transaction costs from market imperfections. Risks and opportunity costs associated with the state monopoly, bureaucracy and lack of market incentives of cost-effective activity in the industry. Competition among many providers of medical services for the single buyer often entail unfair competition and corruption.

The second model is involves a private company to compulsory health insurance and contracting with insured. Its advantages are the synergetic effect of process, increasing the total insurance money, use management practices that have accumulated insurance companies in the market, demonopolization of the insurance market and reducing of bureaucracy, the use of effective marketing strategies for the creation of new insurance products. The risks of this model are related with oligarchic economy of Ukraine. These include the pursuit of profit by players of the insurance market at any cost, benefits for those of them who are closer to the government and monopolize certain types of insurance, as well lack of transparent competition. There is a danger of offshore schemes and unfair reinsurance. In turn, modern insurance companies in Ukraine that sell policies of voluntary medical insurance, is still not ready to participate in the mandatory health insurance too.

The comparison of the opportunity costs in various models of the health insurance proves the need for intermediate one which optimal for a while.

Conclusions of the research. It is necessary to introduce only the compulsory medical insurance, in which a source of health care financing are expenditures of the State Budget of Ukraine. Additional premiums of employers and workers on the payroll are dangerous because stimulate the shadow economy. The involvement of private insurance companies also have significant threats. In order to reduce the opportunity cost of the insurance model proposed, and enhance its benefits, it is necessary to form the elements of the market environment, promote competition in different directions, particularly among potential top managers. It is appropriate the use of management functions outsourcing if its benefits outweigh the risks, as it helps to improve drastically the efficiency of insurance and medical services.

Short Abstract for an article

Abstract. The article analyzes the alternative models of mandatory health insurance. It is proved the premature of accession the private insurance companies of Ukraine to it and introducing an additional tax on workers and employers. It is proposed the optimal national model based on budget financing of the insurer.

Key words: compulsory health insurance, insurance companies, benefits, opportunity cost, risk.