

УДК 368.9.06

Леся ШУПА

## **ІНСТИТУЦІОНАЛЬНО-ЕВОЛЮЦІЙНА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

---

---

*Розглянуто основні положення інституціонально-еволюційної теорії. З позиції інституціоналізму визначено періодизацію трансформаційних перетворень страхових відносин у сфері медичного страхування, встановлено основні інституціональні зміни. Окреслено організаційну структуру та інфраструктуру інституту медичного страхування, напрями взаємодії між його суб'єктами. Виокремлено три інституційні моделі розвитку медичного страхування в Україні і доведено переваги його інституціонального розвитку.*

**Ключові слова:** інституціоналізм, еволюція, інституціонально-еволюційна теорія, медичне страхування, інституційні суб'єкти, інституційні моделі, інституціональні зміни.

---

**Леся ШУПА**

**Институционально-эволюционная трансформация медицинского страхования в Украине**

*Рассмотрены основные аспекты институционально-эволюционной теории. С позиции институционализма определена периодизация трансформационных преобразований страховых отношений в сфере медицинского страхования, установлены основные институциональные изменения. Определены организационная структура и инфраструктура института медицинского страхования, направления взаимодействия между его субъектами. Выделены три институциональные модели развития медицинского страхования в Украине и показаны преимущества его институционального развития.*

**Ключевые слова:** институционализм, эволюция, институционально-эволюционная теория, медицинское страхование, институциональные субъекты, институциональные модели, институциональные изменения.

---

**Lesia SHUPA**

**Institutional and evolutionary transformation of health insurance in Ukraine**

**Introduction.** Modern economic changes require the formation of relevant theoretical and methodological framework that will enable to fully reveal the characteristics and solve the problems of health insurance in the context of improving the quality of medical services and guarantee the receipt of medical care. One of these areas of economic science, will serve as a methodological basis for the study of health insurance is the institutional theory, the use of which

*when considering the evolution of health insurance consider it necessary and appropriate, for significant institutional prerogative of the analysis is to cover all its fields of social development.*

**Purpose.** *To study the evolution of medical insurance in Ukraine and identify priority institutional model of development.*

**Results.** *Institutional and evolutionary processes in the area of health insurance took place in several stages. First stage of institutional changes to of health insurance (1988–1995 gg.) Characterized the formation of new formal and informal institutions, of the rapid establishment of insurance companies, of the development of the insurance market. For the second stage of transformations in the system of insurance relations (1996–2000) characterized by the development of organizational support health insurance, insurance intermediation, create assistance companies to coordinate work on service insured by health insurance. In the third stage of market transformations (from 2001 - present day) is further reform of health insurance in the context of institutional change. It was found that the defining characteristic of the institute of health insurance system the insurance relationship is the relationship between the entities that form the institutional and organizational environment of social and economic institution. Characterized institutional entities health insurance.*

**Conclusion.** *In our view, it is useful to distinguish three institutional model of health insurance: I model that was based on the operation of mandatory health insurance, dominated by state medical insurance company, the Medical Benefits Fund; II model – voluntary medical insurance, which is the main entities are commercial insurance companies; III mixed model, which provides health insurance to the functioning of compulsory and voluntary form and the combination of both state and commercial structures. In our opinion, the most appropriate is a third institutional model, which will be optimal combination of economic interests of all participants in health insurance and ensured reliable insurance protection for people who may lose their health or life.*

**Key words:** *institutionalism, evolution, institutional and evolutionary theory, medical insurance, institutional entities, institutional model, institutional change.*

**JEL Classification:** G 220; I 100.

---

---

**Постановка проблеми.** В умовах трансформаційних процесів соціально-економічного розвитку України особливої актуальності набувають проблеми створення цілісної інституціональної системи, здатної забезпечити перетворення страхування як інфраструктурного елементу у вагомий сегмент вітчизняної економіки. Сучасні економічні зміни вимагають формування відповідної теоретико-методологічної основи, яка дасть можливість всебічно розкрити особливості та вирішити проблеми медичного страхування у контексті підвищення

якості надання медичних послуг населенню та забезпечення гарантій отримання ним медичної допомоги. Одним із таких напрямків економічної науки, що слугуватиме методологічним підґрунтям для вивчення медичного страхування, є інституціональна теорія, перевагою якої є можливість поєднання економічної, соціологічної, політичної, юридичної та історичної сторін дослідження цієї сфери страхових відносин. Отже, застосування методології інституціоналізму під час розгляду еволюції медичного страхування вважаємо необхідним і

доцільним, адже вагомою прерогативою інституціонального аналізу є охоплення усіх сфер його суспільного розвитку.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідженню еволюційних трансформацій у сфері медичного страхування присвятили свої праці такі науковці, як: В. Базилевич, К. Воблий, Н. Внукова, Т. Говорушко, О. Залетов, О. Заруба, С. Осадець, Я. Шумелда та інші. Однак в науковій літературі недостатньо приділено уваги вивченню проблем розвитку медичного страхування в контексті інституціонально-еволюційної теорії.

**Мета статті.** На основі застосування методології інституціональної теорії дослідити еволюцію медичного страхування в Україні та окреслити пріоритетну інституційну модель його розвитку.

**Виклад основного матеріалу.** У другій половині ХХ століття зароджується *інституціонально-еволюційна* теорія як *економічна течія*, основні положення якої здатні розкрити причини і наслідки інституціональних змін, суперечливу взаємодією між інститутами старого і нового суспільного устрою, несумісність їх інституціонально-організаційних форм. “Це було зумовлено сучасними економічними реаліями, для яких характерні глобалізація економічних процесів, активне впровадження інформаційних технологій у господарську систему, а також виникнення нового феномену в світовій економічній системі – транзитивної економіки, основою якої є трансформація відносин власності” [1, 53]. Відтак вирішення проблем інституційно-еволюційних трансформацій у контексті їх впливу на функціонування соціально-економічних систем стає першочерговим завданням розбудови новітньої науково-методологічної парадигми.

Методологія інституціонально-еволюційного напрямку економічної теорії характеризує інститут медичного страхування як динамічну інституціональну складову

страхування, яка набуває нових ознак, організаційно-правових форм, зростає, вдосконалюється і розвивається в процесі історичного розвитку. Саме трансформаційні перетворення у сфері медичного страхування в контексті переходу від командно-адміністративної економіки до ринкових засад господарювання зумовили суттєві зміни інституціонального середовища медичного страхування в Україні.

Інституціонально-еволюційні процеси у сфері медичного страхування відбувалися у кілька етапів. Перший етап інституціональних змін для медичного страхування охоплює 1988–1995 рр. Йому притаманні формування нових формальних і неформальних інститутів, бурхливе створення страхових компаній, розвиток страхового ринку.

Особливі зміни характерні для інституту комерційного медичного страхування, пов'язані з ухваленням нових законодавчих і нормативно-правових актів: Закону СРСР “Про кооперацію в СРСР” (1988 р.), Положення Ради Міністрів СРСР “Про акціонерні товариства і товариства з обмеженою відповідальністю” (1990 р.), Постанови Ради Міністрів СРСР “Про заходи з демонополізації народного господарства” (1990 р.), Постанови Кабінету Міністрів України “Про створення Української державної страхової комерційної організації” (1991 р.), Закону України “Про господарські товариства” (1991 р.). Водночас розвиток страхових відносин відбувався без належного державного регулювання медичного страхування за відсутності законодавства про страхування.

З метою впорядкування страхової діяльності та створення інституціональних передумов для її провадження у травні 1993 року було прийнято перший законодавчий акт – Декрет Кабінету Міністрів України “Про страхування”, у якому виокремлено медичне страхування як вид особистого страхування. Однак Декрет як

перший акт державного регулювання страхового ринку, окреслюючи правові контури формування інституціонального середовища страхового ринку, містив цілу низку неузгодженостей організаційно-правового характеру, а відтак не формував надійне інституціональне підґрунтя для інституту медичного страхування.

Разом з тим, продовжують функціонувати старі радянські інститути в сфері охорони здоров'я, для яких характерне суцільне монопольне становище держави. Хоча у листопаді 1992 р. були прийняті "Основи законодавства України про охорону здоров'я", які визначали правові, професійні, економічні та організаційні засади охорони здоров'я, однак вони не передбачали можливість інших, окрім державних, джерел фінансування, доцільність впровадження обов'язкового медичного страхування.

На другому етапі трансформаційних перетворень у системі страхових відносин (1996 р. – 2000 р.) інституціональне середовище набуває особливих змін, як у сфері соціального, так і комерційного медичного страхування. У червні 1996 р. прийнято Конституцію України, у якій визначено право громадян на медичну допомогу та медичне страхування. Тобто Конституція, яка визначала основні засади соціальної політики, передбачала необхідність медичного страхування у системі охорони здоров'я.

Згодом у січні 1998 р. прийнято "Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування", які визначали організаційно-правові та фінансові засади державного соціального страхування громадян в Україні. Це було суттєвим кроком у розвитку соціального страхування, відповідно до якого розроблено проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування". Цей проект видозмінювався кілька разів і донині, на жаль, неприйнятний.

Кардинальні зміни відбулися у сфері комерційного страхування, пов'язані з прийняттям у березні 1996 р. Закону України "Про страхування", який доповнив окремі організаційно-правові положення провадження страхової діяльності. Що стосується медичного страхування, то в страховому законодавстві передбачено здійснення медичного страхування в обов'язковій та добровільних формах. Зокрема, в інструкції "Про порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності ліцензій на здійснення на території України. Умови і правила її здійснення" від липня 1996 р. зазначено, що страховики мають право отримати ліцензію на два види добровільного медичного страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров'я. В листопаді 2003 р. ця інструкція втратила силу в результаті виходу Наказу Державного Комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва Міністерства фінансів України "Про затвердження ліцензійних умов провадження страхової діяльності", у якому передбачено видачу ліцензій страховикам на проведення цих двох видів страхування. Цей нормативний документ суперечить ст. 6 страхового законодавства, що серед видів добровільного страхування виокремлює такий вид медичного страхування, як страхування медичних витрат.

Упродовж II періоду (1996–2000 рр.) вагомим внеском у державне регулювання медичного страхування була Постанова Кабінету Міністрів України від грудня 1998 р. "Про створення мережі закладів з організації надання медичної допомоги "Асистанс-Україна". Це посприяло розвитку організаційного забезпечення медичного страхування, страхового посередництва, створенню асистанських компаній з метою координування роботи з обслуговування страхувальників за медичним страхуванням.

На третьому етапі ринкових трансформацій (з 2001 р. – донині) відбувається подальше реформування галузі медичного страхування у контексті інституціональних змін. Так, у 2001 р. набула чинності друга редакція Закону України “Про страхування”, основні зміни у якому спрямовані на підвищення платоспроможності та фінансової стійкості страховиків, розвиток інституту посередництва на страховому ринку. Відтак, з прийняттям Закону України “Про страхування” на страховому ринку сформувалися якісно нові формальні інститути, удосконалюється інституціональне середовище його функціонування.

За період 2003–2014 рр. було запропоновано більше 10 законопроектів, положення яких стосуються запровадження в Україні обов’язкового медичного страхування. Суперечливі моменти цих законопроектів стосувалися наступного: 1) визначення структури, яка буде виступати страховиком; 2) з’ясування функцій Фонду обов’язкового медичного страхування; 3) напрямків використання коштів Фонду; 4) організаційно-правових засад формування Фонду; 5) переліку страхувальників (застрахованих); 6) розмірів страхових внесків для різних категорій населення. До єдиної думки автори цих документів не дійшли, відтак, на жаль, жоден з них не був реалізований на практиці.

З січня 2015 р. набув чинності Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов’язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці”, який вніс організаційно-правові зміни до законодавчої бази. Відповідно, в рамках реформи ЄСВ (єдиний соціальний внесок) створюється Фонд соціального страхування України, що об’єднує в собі Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та про-

фесійних захворювань, і Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності. Окрім цього, у системі соціального страхування збережено функціонування Фонду загальнообов’язкового державного соціального страхування на випадок безробіття та передбачено створення Фонду соціального медичного страхування, як окремих Фондів соціального страхування.

Визначальними характеристиками інституту медичного страхування у системі страхових відносин є співвідношення між його суб’єктами, що формують інституційно-організаційне середовище цього соціально-економічного інституту. Зупинимося детальніше на характеристиці інституційних суб’єктів медичного страхування.

В економічній та правовій літературі тривають дискусії щодо визначення структури страховиків у соціальному медичному страхуванні. Зокрема, у різних законопроектах з обов’язкового (державного) соціального медичного страхування автори вважають за доцільне залучення страховиків у вигляді однієї з таких структур [2–11]:

1) державна медична страхова організація, як спеціалізований страховик, єдиним власником якого є держава. Відповідно, така страхова організація повинна здійснювати виключно медичне страхування [2; 3]. Водночас у законопроекті України “Про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування” № 3370 від 08.10.2003, внесеним М. Поліщуком, О. Римарук, Т. Бахтеєвою та ін., передбачалося створення державної медичної страхової організації як страховика лише на першому етапі функціонування обов’язкового медичного страхування, тоді як після організації Медичного страхового бюро, на другому етапі, саме воно мало нести спеціалізовані функції страховика [2];

2) страхові компанії, що функціонують на страховому ринку в галузі ризиково-

го страхування, мають ліцензію на проведення медичного страхування. Тобто, такі суб'єкти обов'язкового медичного страхування здійснюватимуть виключно операції медичного страхування на підставі наявної ліцензії. Обов'язковою передумовою їх діяльності є членство у Медичному страховому бюро України [4];

3) Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування України (надалі Фонд). Щодо встановлення повноважень, функцій, організаційно-правових засад діяльності цієї структури немає однозначних поглядів серед авторів проектів законів. Зокрема, структуру Фонду визначають у вигляді: некомерційної самоврядної організації, що здійснює обов'язкове медичне страхування [5–6; 7–8]; цільового позабюджетного фонду [9; 10]; державну установу, яка підпорядковується Кабінету Міністрів України [11].

З приводу визначення структури, яка виконуватиме функції страховика в соціальному медичному страхуванні, ведуться дискусії і в наукових працях. Скажімо, В. Ю. Стеценко наголошує на таких принципах, що повинні лежати в основі проекту Закону про обов'язкове медичне страхування: 1) страховиками мають виступати страхові медичні організації (комерційні структури); 2) кошти обов'язкового медичного страхування повинні використовуватися на оплату вартості наданої медичної послуги, преміювання медичного персоналу, утримання Фонду обов'язкового медичного страхування; 3) створити Фонд обов'язкового медичного страхування, котрий буде займатися виключно організацією обов'язкового медичного страхування в Україні і у подальшому контролюватиме реалізацію програми державних гарантів надання громадянам безоплатної допомоги [12, 71].

Дозволимо собі не погодитись з окремими твердженнями автора. Так, на нашу

думку, недоцільним є формування окремої структури – Фонду. По-перше, створення нової структури супроводжуватиметься додатковими затратами, пов'язаними з його утриманням, які включатимуться у страховий тариф, збільшуватимуть страхові внески, призведуть до подорожчання медичної послуги, відтак, будуть перекладені на пересічного громадянина. По-друге, нині є достатньо контролюючих органів у сфері державного регулювання і нагляду за діяльністю страхових компаній. Один з них – Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. Тому посилення дієвого контролю за діяльністю страхових компаній не повинно означати надмірне застосування адміністративно-правових методів державного регулятивного впливу на сферу медичного страхування, що досить часто трапляється в сучасних умовах, зокрема в інших галузях страхування. По-третє, створення Фонду – це фактично дублювання адміністративно-командної системи управління охороною здоров'я, позбавлену ринкових механізмів та економічних стимулів.

При цьому зазначимо, що слушною є думка науковця стосовно доцільності залучення до обов'язкового медичного страхування комерційних страхових компаній. При цьому, вважаємо, що обов'язковою умовою має бути наявність у них ліцензії на провадження такого страхування та входження їх до Медичного страхового бюро України. Саме з метою підвищення якості й надійності добровільного медичного страхування соціальних страхових ризиків, в умовах низької капіталізації страхового ринку, яка не створює відповідного фінансового підґрунтя для відшкодування збитків за такими ризиками, у березні 1999 р. було створено Асоціацію “Українське медичне страхове бюро”.

У комерційному медичному страхуванні, яке здійснюється в Україні лише у до-

бровільній формі, страховиками є компанії, що здійснюють цей вид страхування на підставі наявної ліцензії. Серед страхувальників інституту комерційного медичного страхування доцільно виокремити фізичних (дієздатних громадян) та юридичних осіб (підприємства, що представляють інтереси громадян, благодійні організації і фонди), які укладають договори страхування, сплачують страхові внески та мають право на забезпечення захисту своїх майнових інтересів при одержанні медичної допомоги у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством і пов'язаних з настанням ризику втрати життя, здоров'я, працездатності внаслідок хвороби чи захворювання. Фізичні особи, на користь яких здійснюється медичне страхування і які за умови настання страхової події мають право на отримання безоплатної медичної допомоги в певних обсягах, передбачених договором страхування або чинним законодавством, називаються застрахованими.

Значно більший перелік страхувальників та застрахованих передбачено в обов'язковому медичному страхуванні. Найбільш широко, на нашу думку, характеризує учасників фінансових відносин у системі обов'язкового медичного страхування І. О. Охріменко. Залежно від страхувальника автор виокремлює 4 категорії застрахованих осіб [13, 29].

Вважаємо, що основні інституційні одиниці, що є безпосередніми учасниками страхових відносин у медичному страхуванні (страховики, страхувальники та застраховані) в сукупності формують організаційну структуру сфери медичного страхування. При цьому інші інституційні суб'єкти, котрі займаються обслуговуванням і регулюванням страхової діяльності (страхові агенти й брокери, медичні заклади, органи державного страхового нагляду та контролю, обслу-

говуючі організації), добровільні об'єднання страховиків (Медичне страхове бюро України), організації з підготовки кадрів, інформаційно-освітні структури, спеціалізовані видавництва, характеризують інфраструктуру сфери медичного страхування.

Серед інституційних одиниць, які, на нашу думку, належать до інфраструктури сфери медичного страхування, займаючи вагоме місце в обслуговуванні страхової діяльності, доцільно виокремити медичні заклади. Останні, як самостійні суб'єкти господарювання різних форм власності, на підставі укладених договорів із страховиком, проходження ліцензування та акредитації мають право участі у системі обов'язкового чи добровільного медичного страхування. При цьому фінансовий механізм надання медичної допомоги застрахованим та реалізації страхових послуг у цих сферах страхових відносин є різним.

В економічній літературі науковці обговорюють можливість виплати страхового відшкодування у медичному страхуванні в натуральній та грошовій формах. Водночас, заперечують наявність фінансових відносин у ланцюжку взаємовідносин пацієнт-медичний заклад. Скажімо, І. О. Охріменко зазначає, що "у разі захворювання застрахована особа звертається до медичної установи, де отримує безкоштовну допомогу в обсягах, передбачених програмами обов'язкового медичного страхування" [13, 31]. Відтак, автор визнає наявність натуральної форми відшкодування збитків в обов'язковому медичному страхуванні у вигляді надання медичної послуги чи допомоги.

А. В. Мозалев наголошує на традиційному і найбільш поширеному способі оплати послуг в добровільному медичному страхуванні [14, 68], традиційним називає такий, за якого медичний заклад подає рахунок клієнту для його оплати з подальшим поданням в страхову компанію, як основу

для компенсації йому витрат на лікування. Найбільш поширеним вважає спосіб оплати медичних послуг без участі застрахованої особи, коли медичний заклад спрямовує рахунок на оплату наданих послуг безпосередньо страховій компанії. Крім того, автор стверджує про наявність грошової форми страхового відшкодування при традиційному способі та натуральної форми – при найбільш поширеному.

Зважаючи на позиції науковців, доходимо висновку, що натуральна форма страхового відшкодування у вигляді медичної послуги без участі застрахованої особи характерна для обов'язкового медичного страхування та окремих видів добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я – це вид медичного страхування, за якого застрахованій особі надають медичні послуги з подальшою їх оплатою страховиком за рахунками лікувальних закладів; страхування медичних витрат – це вид страхування, за яким предметом договору страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям застрахованої особи та медичними витратами застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки). Разом з цим, за таким видом добровільного медичного страхування, як страхування здоров'я на випадок хвороби, у разі виникнення страхового випадку застрахована особа отримує страхове відшкодування через касу страховика, відтак, у грошовій формі.

На нашу думку, такі наукові позиції є дискусійними, адже виплата страхового відшкодування у страхуванні здійснюється виключно у грошовій формі. Зокрема, в Законі України "Про страхування" зазначено, що "страхова виплата – грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов

договору страхування при настанні страхового випадку" [15]. Аналогічно і в медичному страхуванні, коли оплата медичних послуг, наданих застрахованим, здійснюється у грошовій формі. Інше питання, кому: застрахованій особі чи медичному закладу. При цьому фінансовий механізм не змінюється. Страхувальники (застраховані особи) сплачують страхові внески, що формують страховий фонд, з якого у разі настання страхового випадку здійснюються виплати страхового відшкодування, зокрема, у медичному страхуванні – у вигляді компенсації витрат на отримання медичної допомоги.

Зазначимо, що натуральна і грошові форми виплати страхового відшкодування характерні для лікарняних кас як безпробутових організацій, створених для забезпечення захисту майнових інтересів їх учасників внаслідок настання ризику втрати здоров'я чи життя. Зокрема, лікарняні каси пропонують такі послуги, як: діагностику і профілактику захворювання; лікування в стаціонарних та амбулаторних умовах; постачання медикаментів для лікування; виплату допомоги у зв'язку зі смертю і т. ін. Отож, лікарняні каси формують страховий фонд за рахунок внесків страхувальників, що мають схожі майнові інтереси та ризики в господарському житті, які є одночасно і страховиками, котрі мають рівні права і зобов'язання за участю в управлінні цим фондом, на володіння, розпорядження і використання коштів. Як слушно зазначає Є. В. Фурман, "в основі діяльності лікарняних кас лежить метод взаємного страхування" [14, 29]. Ми не погоджуємося з твердженням автора стосовно ототожнення лікарняних кас зі страховими організаціями, адже згідно з чинним страховим законодавством серед організаційно-правових форм функціонування страхових організацій товариств взаємного страхування не передбачено, водночас чітко розподілені права й обов'язки



страховиків і страхувальників, передбачено застосування методу комерційного страхування – формування прибутку. Однак не заперечуємо доцільність і необхідність поширення діяльності лікарняних кас в Україні з метою задоволення потреб громадян у високопрофесійній медичній допомозі за умов обмеженого фінансування охорони здоров'я за рахунок державних фінансових ресурсів, відсутності функціонування обов'язкового медичного страхування, недостатнього розвитку добровільної його форми. “У нинішніх умовах держава не може задовольнити всі потреби медичної галузі, зокрема сприяти широкому впровадженню в Україні добровільного медичного страхування. До того ж його розвиток гальмується через низький рівень доходів населення, нестабільність економіки, відсутність мотивації роботодавців у розширенні цього виду страхування тощо. Лікарняні каси працюють у правовому полі, мають потенціал розвитку майже в кожному регіоні країни, а також механізм мобілізації фінансових ресурсів для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги своїм членам” [16, 89].

Специфічним інституційним суб'єктом інфраструктури медичного страхування є асистанські компанії, які забезпечують різноманітний сервіс для громадян України, що перебувають за кордоном. За полісом медичного страхування ці посередники гарантують медичну допомогу, дають змогу отримати цілу низку послуг: відшкодування витрат, пов'язаних з лікуванням і госпіталізацією, поверненням на батьківщину хворого чи загиблого; надання екстреної стоматологічної допомоги та інших видів страхових послуг, передбачених у страховому договорі зі страхування медичних витрат.

**Висновки.** Підводячи підсумки, зауважимо, що з настанням незалежності Україна самостійно визначає власний вектор розвитку економіки та гарантує соціальні

гарантії своїм громадянам. Україна підійшла до цього питання зважено, маючи досвід роботи лікарняних закладів в умовах становлення ринку, створення і розвитку медичного страхування у добровільній формі завдяки страховим компаніям, лікарняним касам, благодійним організаціям і фондам, які проводять велику роботу.

У цьому контексті, на нашу думку, доцільно виокремити три інституційні моделі розвитку медичного страхування:

- I модель, що ґрунтується на функціонуванні обов'язкового медичного страхування при домінуванні державної медичної страхової організації, Фонду медичного страхування;
- II модель – добровільного медичного страхування, за якої основними суб'єктами є комерційні страхові компанії;
- III змішана модель, що передбачає функціонування медичного страхування в обов'язковій та добровільній формі та водночас поєднання діяльності державних і комерційних структур. На нашу думку, найбільш прийнятною є третя інституційна модель, за якою відбуватиметься оптимальне поєднання економічних інтересів усіх учасників медичного страхування та забезпечуватиметься надійний страховий захист населення в разі настання ризиків втрати їхнього здоров'я чи життя.

### Література

1. Кнейслер О.В. *Формування ринку перестрахування у контексті інституціонально-еволюційної теорії* / О.В. Кнейслер // *Світ фінансів*. – 2011. – Вип. 4. – С. 53–61.
2. *Проект Закону України “Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування” № 3370 від 08.10.2003 [Електронний ресурс]*. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=14757](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=14757).

3. Проект Закону України “Про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування” № 4279 від 30.03.2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=34871](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=34871).

4. Проект Закону України “Про обов’язкове медичне страхування” № 5655 від 16.06.2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=18400](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=18400).

5. Проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування” № 1040 від 27.11.2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=30749](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=30749).

6. Проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування” № 1040-1 від 18.12.2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=31001](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=31001).

7. Проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичного страхування” № 2597 від 21.03.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=46242](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46242).

8. Проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне медичного страхування” № 739-VII від 06.02.2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=46465](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46465).

9. Проект Закону України “Про внесення змін до деяких законів України (щодо запровадження загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування)” № 1040-2 від 25.01.2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=31130](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=31130).

10. Проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне медичне страхування” № 11077 від 13.08.2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=44150](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=44150).

11. Проект Закону України “Про фінансування охорони здоров’я та обов’язкове соці-

альне медичне страхування в Україні” № 4744 від 30.06.2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=35697](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=35697).

12. Стеценко В. Ю. *Обов’язкове медичне страхування в Україні : адміністративно-правовий аналіз основних законопроектів* / В. Ю. Стеценко // *Юридична наука і практика*. – 2011. – № 1. – С. 71–77.

13. Охріменко І. О. *Фінансові потоки в системі обов’язкового медичного страхування* / І. О. Охріменко // *Економіка, фінанси, право*. – 2013. – № 11. – С. 28–31.

14. Мозалев А. В. *Страховое возмещение при добровольном медицинском страховании в Российской Федерации* / А. В. Мозалев // *Финансы*. – 2012. – № 10. – С. 67–70.

15. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про страхування” № 2745-III за станом на 1. 12. 2008 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>.

16. Полозенко Д. В. *Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров’я України* / Д. В. Полозенко, В. Д. Парій // *Фінанси України*. – 2012. – № 3. – С. 83–89.

## References

1. Kneysler, O.V. (2011). *Formuvannia rynku perestrakhuvannia u konteksti instytutsionalno-evolyutsiyanoi teorii* [Formation reinsurance market in the context of institutional and evolutionary theory]. *Svit finansiv – The world of finance*, 4, 53–61 [in Ukrainian].

2. Proekt Zakonu Ukrayiny “Pro finansuvannia okhorony zdorov’ya ta medychne strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On health financing and health insurance”]. (2003, October, 8). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=14757](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=14757).

3. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro finansuvannia okhorony zdorov’ya ta medychne strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On health financ-

- ing and health insurance”]. (2009, March, 30). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=34871](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=34871).
4. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro obov’yazkove medychno strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “About obligatory medical insurance”]. (2004, June, 16). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=18400](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=18400).
5. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro zahalnoobov’yazkove derzhavne sotsialne medychno strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On compulsory state medical insurance”]. (2007, November, 27). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=30749](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=30749).
6. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro zahalnoobov’yazkove derzhavne sotsialne medychno strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On compulsory state medical insurance”]. (2007, December, 18). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=31001](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=31001).
7. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro zahalnoobov’yazkove derzhavne sotsialne medychno strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On compulsory state medical insurance”]. (2013, March, 3). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=46242](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46242).
8. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro zahalnoobov’yazkove derzhavne sotsialne medychno strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On compulsory state medical insurance”]. (2014, June, 2). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=46465](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46465).
9. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro vnesennia zmin do deyakykh zakoniv Ukrainy (shchodo zaprovadzhennia zahalnoobov’yazkovoho derzhavnogo sotsialnogo medychno strakhuvannia)” [The draft Law of Ukraine “On Amendments to Some Laws of Ukraine (concerning the introduction of compulsory state social health insurance)”]. (2008, January, 25). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=31130](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=31130).
10. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro zahalnoobov’yazkove derzhavne sotsialne medychno strakhuvannia” [The draft Law of Ukraine “On compulsory state medical insurance”]. (2012, August, 13). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=44150](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=44150).
11. Proekt Zakonu Ukrainy “Pro finansuvannia okhorony zdorov’ya ta obov’yazkove sotsialne medychno strakhuvannia v Ukraini” [The draft Law of Ukraine “On the financing of health care and mandatory social health insurance in Ukraine”]. (2009, June, 30). Available at: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=35697](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=35697).
12. Stetsenko, V. YU. (2011). *Obov’yazkove medychno strakhuvannia v Ukraini : administrativno-pravovyy analiz osnovnykh zakonoproektiv* [Obligatory medical insurance in Ukraine: administrative and legal analysis of basic legislation]. *Yurydychna nauka i praktyka – Legal science and practice*, 1, 71–77 [in Ukrainian].
13. Okhrimenko, I. O. (2013). *Finansovi potoky v systemi obov’yazkovoho medychno strakhuvannia* [Financial flows in the system of mandatory health insurance]. *Ekonomika, finansy, pravo – Business, finance, law*, 11, 28–31 [in Ukrainian].
14. Mozalev, A. V. (2012). *Strakhovoye vozmeshcheniye pri dobrovol’nom meditsinskom strakhovanii v Rossiyskoy Federatsii* [Insurance compensation for voluntary health insurance in the Russian Federation]. *Finansy – The finance*, 10, 67–70 [in Russian].
15. Zakon Ukrayiny “Pro vnesennia zmin do Zakonu Ukrainy “Pro strakhuvannia” [The Law of Ukraine “On amendments to the Law of Ukraine”]. (2008, December, 1). Available at: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>.
16. Polozenko D. V (2012). *Dobrovilne medychno strakhuvannia ta likarnyani kasy – skladovi reformy okhorony zdorov’ya Ukrainy* [Voluntary medical insurance and health insurance – the components of health reform in Ukraine]. *Finansy Ukrayiny – The finance of Ukraine*, 3, 83–89 [in Ukrainian].