

Є. В. Дяченко,
аспірант, Київський національний університет імені Тараса Шевченка

РІВЕНЬ ТА ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

У статті розглянуто основні чинники розвитку системи медичного страхування, проаналізовано динаміку захворюваності населення, розглянуто основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я. Розкрито сутність, завдання та мету добровільного та обов'язкового медичного страхування. Визначено напрями подальшого розвитку медичного страхування у рамках співпраці систем охорони здоров'я і медичного страхування, зокрема ДМС і ОМС.

In the article it is exposed the main factors of the medical insurance system, the dynamics of morbidity, the basic problem of medical attendance financing are analyzed. The essence, objectives and purpose of voluntary and obligatory medical insurance. The directions of further development of medical insurance under the cooperation of the system of health protection and medical insurance, including VMI and OMI.

Ключові слова: медичне страхування, загальнообов'язкове державне соціальне страхування, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, система охорони здоров'я, медичне обслуговування, медична допомога.

Key words: medical insurance, obligatory social insurance, voluntary medical insurance, obligatory medical insurance, system of health protection, medical service, medical attendance.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ТА ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

В умовах формування ринкової інфраструктури важливе значення має медичне обслуговування населення, адже ця своєрідна сфера послуг вкрай необхідна для повноцінного функціонування людського організму. Ступінь соціально-культурного розвитку суспільства та якості життя громадян визначає здоров'я населення. Об'єктивне збільшення медичних потреб населення відбувається на тлі зменшення можливостей системи охорони здоров'я. Державні витрати на охорону здоров'я не задовольняють реальні потреби людей. Актуальність теми дослідження зумовлена тим, що з кожним роком показники захворюваності та поширеності хвороб демонструють тенденції до їх зростання. Частка амбулаторної і стаціонарної допомоги стає платною, що пояснюється гострою нестачею бюджетних коштів. Світовий досвід підтверджує, що найбільших успіхів у вирішенні проблеми зміцнення здоров'я населення на фінансування системи охорони здоров'я досягли ті країни, які запровадили механізм медичного страхування.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

В Україні дослідженню окремих питань функціонування та фінансування охорони здоров'я, медичного страхування присвячено праці В. Андрущенко, О. Василика, Н. Гойди, О. Кириленко, В. Крамаренко, В. Паламарчука та ін. Серед російських вчених цими питаннями займалися Д. Венедиктов, Н. Грищенко, М. Кузьменко, Ю. Лісичин, Г. Поляк та ін.

ФОРМУВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ (ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ)

Метою статті є обґрунтування доцільності розвитку системи медичного страхування у контексті зростання рівня захворюваності населення.

Відповідно до поставленої мети, завданнями нашої роботи є:

- розглянути рівень та динаміку захворюваності населення за 2006—2010 р.;
- розкрити сутність, завдання та мету добровільного та обов'язкового медичного страхування;
- визначити напрями подальшого розвитку медичного страхування у рамках співпраці систем охорони здоров'я і медичного страхування, зокрема ДМС і ОМС.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБґРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Здоров'я людини є не тільки важливим соціальним індикатором суспільного розвитку та своєрідним дзеркалом соціально-економічного і гігієнічного "благополуччя" країни, воно є потужним економічним, трудовим, демографічним, оборонним, культурним і духовним потенціалом суспільства.

Оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної науково обґрунтованої діяльності системи охорони здоров'я, служить основою для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи органів і установ охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності по збереженню і зміцненню здоров'я населення. Все це зумовлює нерозривний зв'язок показників здоров'я з обсягом і характером медико-санітарної допомоги населенню і в кінцевому підсумку прийняття адекватних управлінських рішень щодо необхідності медичного страхування.

За результатами аналізу стану здоров'я населення України дослідники минулих років відмічають сталу негативну тенденцію зростання захворюваності та поширеності хвороб, зменшення абсолютної кількості населення за рахунок збільшення смертності, більше того, прогнозувалося

подальше зростання негативних змін цих показників, що стає загрозливим для національної безпеки.

До переліку показників, які різносторонньо характеризують стан здоров'я населення і підлягають динамічному спостереженню та аналізу, відносяться захворюваність, поширеність хвороб, їх статеві-вікові особливості.

Аналіз показників захворюваності та поширеності хвороб протягом 2006—2010 рр. свідчить про стійкі тенденції до їх зростання. Так, за вищезазначений період рівень первинної захворюваності серед всього населення зріс з 68 962,8 в 2006 р. до 72 255,4 на 100 тис. населення в 2010 р. (на 4,78%). Ще більшими темпами зросла поширеність хвороб, а саме: з 174 577,5 в 2006 р. до 186 786,5 на 100 тис. населення у 2010 р. (на 7,0%) [6, с. 10].

Основу структури первинної захворюваності традиційно формують: хвороби органів дихання (44,12%), системи кровообігу (7,22%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,7%), хвороби сечостатевої системи (6,46%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,81%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,97%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,63%), хвороби органів травлення (4,05%) та інші. Разом вищезазначені класи хвороб склали 84,0% первинної захворюваності серед всього населення України [6, с. 10].

Найбільшими темпами зросла первинна захворюваність всього населення України на хвороби органів дихання (+12%), хвороби вуха та соскоподібного відростку (+5,33%), хвороби ока та його придаткового апарату (+4,21%), новоутворення (+3,1%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (+2,9%). Стабілізувалася первинна захворюваність на хвороби нервової системи (+0,19%), хвороби системи кровообігу (+0,4%), хвороби сечостатевої системи (+0,52%). За означений період зменшилася первинна захворюваність з приводу вагітності, пологів та післяпологового періоду (-11,81%), розладів психіки та поведінки (-8,7%), інфекційних і паразитарних хвороб (-6,98%), хвороб крові та кровотворних органів (-3,18%), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-2,1%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (-1,08%), хвороб органів травлення (-1,03%) [6, с. 10].

Поширеність хвороб значною мірою відображає накопичення хронічної патології серед населення, характеризуючи одночасно навантаження на медичні заклади та успіхи у лікуванні різних хвороб, які дозволяють подовжити життя хворих з гострими, хронічними захворюваннями та невідкладними станами.

Загальний обсяг витраток зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2010 р. визначено у сумі 39411,5 млн грн., в т.ч. державний бюджет — 7263,9 млн грн., з якої державний бюджет МОЗ складає 4693,4 млн грн., та місцевий бюджет — 32147,6 млн грн. [6, с. 35].

Основною проблемою, що постає у сфері медичного обслуговування, є невідповідність існуючим потребам обсягів коштів, що спрямовуються на фінансування цієї галузі з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції, розвитку тіньової економіки, оскільки змушує пацієнтів брати участь у фінансуванні закладів охорони здоров'я у непередбачений законами України спосіб.

Враховуючи сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні, подальший розвиток медичного страхування є необхідним.

Медичне страхування — форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що виражається в гарантії оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичених засобів. Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг при виникненні страхового випадку (порушенні здоров'я) за наявності договору з медичною страховою організацією. Остання несе витрати по оплаті випадку надання медичної допомоги (ризик) у моменті сплати громадянином першого внеску до відповідного фонду.

Метою медичного страхування є забезпечення конституційних прав громадян України на безоплатне надання медичної допомоги, подолання хронічного недофінансування системи охорони здоров'я.

На сьогодні в Україні поширена форма добровільного медичного страхування.

Мета добровільного медичного страхування (ДМС) — надання громадянам гарантії отримання медичної допомоги шляхом страхового фінансування. Проте ця мета досягається різними засобами.

По-перше, ДМС є галуззю більше комерційного страхування. ДМС разом із страхуванням життя і страхуванням від нещасних випадків відноситься до сфери особистого страхування.

По-друге, ДМС забезпечує громадянам можливість отримання медичних послуг понад встановлені в базових програмах або гарантованих в рамках державної бюджетної медицини.

По-третє, для ДМС характерним є принцип страхової еквівалентності. За договором ДМС застрахований одержує ті види медичних послуг і в тих розмірах, за які була сплачена страхова премія.

По-четверте, участь в програмах ДМС не регламентується державою і реалізує потреби і можливості кожного окремого громадянина або професійного колективу.

Таким чином, соціально-економічне значення ДМС полягає в тому, що воно доповнює гарантії, що надаються в рамках соціального забезпечення і соціального страхування до максимально можливих в сучасних умовах стандартів. Це торкається, в першу чергу, проведення дорогих видів лікування і діагностики, застосування найсучасніших медичних технологій, забезпечення комфортних умов лікування.

За даними Держфінпослуг, добровільне особисте страхування, підгалуззю якого є медичне страхування, за обсягами зібраних премій і динамікою росту ринку зараз займає одну із лідируючих позицій від інших видів страхування (теми приросту чистих страхових премій склали 19,9 % за 1 квартал 201/2010 р.) [11].

Існує принципова класифікація ДМС залежно від характеру спрямованості витрат.

1. Страхування здоров'я, при якому компенсуються витрати, пов'язані з підтримкою і збереженням здоров'я. Даний напрям орієнтований не на збільшення обсягів ДМС як такого в результаті зростання захворюваності, а на досягнення високого рівня здоров'я населення.

2. Страхування витрат на медичну допомогу, при якому компенсуються витрати, пов'язані з лікуванням і відновленням здоров'я. Даний підхід направлений на лікування захворювань, що вже фактично наступили, хоча певною мірою і він передбачає проведення профілактичних заходів.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) — один з найважливіших елементів системи соціального захисту населення в частині охорони здоров'я і отримання необхідної медичної допомоги у разі захворювання.

Держава в особі своїх законодавчих і виконавчих органів визначає основні принципи організації ОМС, встановлює тарифи внесків, коло страхувальників і створює спеціальні державні фонди для акумуляції внесків на обов'язкове медичне страхування. Загальною ОМС полягає в забезпеченні всім громадянам рівних гарантованих можливостей отримання медичної, лікарської і профілактичної допомоги в розмірах, встановлюваних державними програмами ОМС.

Метою обов'язкового медичного страхування (ОМС) є забезпечення при настанні страхового випадку гарантії безкоштовного надання застрахованій особі медичної допомоги за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування в межах територіальної програми обов'язкового медичного страхування і у встановлених законом випадках в межах базової програми обов'язкового медичного страхування [8, с. 24].

Обов'язкове медичне страхування є основною формою в країнах з розвинутою ринковою економікою. Обов'язкова форма медичного страхування використовується у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна — там, де поширені приватні страхові компанії. Принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах. В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування, а обов'язкове існує тільки щодо окремих професій [7].

У рамках базової програми обов'язкового медичного страхування надаються первинна медико-санітарна допомога, включаючи профілактичну допомогу, швидка медична допомога (за винятком спеціалізованої (санітарно-авіаційної) швидкої медичної допомоги), спеціалізована медична допомога у визначених випадках.

На нашу думку, введення обов'язкового медичного страхування для всього населення України в теперішній і найближчий час є майже неможливим, поки відсутній відповідний економічний базис. Систему обов'язкового медичного страхування необхідно вводити поступово, поетапно і вивірено, паралельно готувати систему охорони здоров'я для

роботи в інших реаліях, відпрацювати механізми взаємодії в системі. На першому етапі слід використовувати вже наявні законодавчі і ресурсні основи (ст.49 Конституції [1]; Закон України "Про страхування" [2]), задіювати соціально захищену частину населення (працюючих), забезпечити реалізацію організаційних і економічних умов надання медичних послуг державами, комунальними і комерційними медичними установами. За оцінками фахівців, введення медичного страхування працюючого населення не потребує дуже великих фінансових витрат з боку держави, оскільки страховий ринок зможе упровадити і реалізувати цей вид страхування практично повністю за свій рахунок. Від держави потрібне лише методологічне створення умов для функціонування цього виду страхування, щоб медичне страхування охопило все працююче населення, визначення обсягу і умов програми медичного страхування працюючого населення, відповідних гарантованих державою рівню, а також вартості цієї програми. Істотним кроком з боку держави стало б надання можливості відносити на собівартість продукції страхові платежі по медичному страхуванню в межах цієї програми, не обкладати їх прибутковим податком. Аналогічно зі страхуванням життя, простіше доповнити в законодавстві накопичувальне і пенсійне страхування медичним.

На думку експертів, бюджет практично нічого не втрапить, оскільки страховальники близько 3% від валового обсягу страхових платежів заплатять до бюджету і залучать фінансових засобів в систему охорони здоров'я у вигляді страхових виплат. Також необхідно створити можливості для взаємодії лікувальних установ і страхових компаній, а саме — нормативно визначити поняття "медична послуга" і "медична допомога". Дуже важливо, щоб лікувальні установи державної, комунальної і недержавної форм власності працювали як самостійні господарюючі суб'єкти з окремим обліком фінансових коштів і окремим джерелом (бюджет, страхування і т.д.) і, відповідно, самостійним їх використовуванням за умови контролю за цільовим призначенням. Вкрай необхідно провести стандартизацію медичних послуг по відношенню до нозологічних форм, враховуючи різні рівні медичних установ. Контроль за страховими організаціями, що займаються медичним страхуванням, повинен бути суворим і зрозумілим. Державі необхідно визначити порядок формування страхових резервів по добровільному медичному страхуванню, вимоги до страховиків, порядок контролю за діяльністю страхових організацій при здійсненні медичного страхування [11, с. 90].

Ще однією, не менш важливою задачею, яка виникає при формування державної компенсаційної політики, є розмежування предметів регулювання обов'язкового страхування (обов'язкового страхування як його різновиди) і державного соціального страхування. Проблема підсилюється недосконалістю вітчизняної нормативно-правової бази у сфері державного і соціального страхування. Аналізуючи відношення, при обов'язковому медичному страхуванні і державному соціальному страхуванні, можна зробити висновок, що в окремих випадках їх важко розмежувати. Це виникає, на наш погляд, тому, що вони у багатьох випадках виконують одну і ту ж функцію. При кожному із цих видів страхування відбувається об'єднання окремих груп суб'єктів зі схожими цілями та інтересами, і посередником у цьому важливому суспільному процесі виступає страховик. В обов'язковому страхуванні саме держава в особі тих чи інших її органів здатна специфічними способами максимально об'єднати населення, щоб майнові інтереси громадян та юридичних осіб були ефективно захищені страхуванням. При обов'язковому страхуванні розширюється страхове поле, тобто збільшується коло осіб, яка залучені до обов'язкового страхування і, як наслідок, страхова премія знижується.

У табл. 1 представлена порівняльна характеристика добровільного медичного страхування (ДМС) та обов'язкового медичного страхування (ОМС).

При розробці системи обов'язкового та добровільного медичного страхування основним елементом інфраструктури, що створюється, виступають страхові медичні компанії, які мають виступати як самостійні господарсько-економічні одиниці, які несуть повну майнову відповідальність за результати своєї діяльності. Формування статутного капіталу страхових медичних організацій має відбуватись без участі державних управлінських структур будь-якого рівня. У протилежному випадку, якщо у створенні страхових медичних компаній беруть участь органи влади, то одна стра-

хова компанія може отримати привілейований статус (наприклад, через надання податкових пільг чи пільгового режиму кредитування). У такій ситуації порушуються умови конкуренції між "посередниками".

В цілому, медичне страхування вирішує не тільки питання додаткового фінансування охорони здоров'я, але і забезпечує доступність основних медичних послуг для населення, підвищує ефективність і якість медичного обслуговування. Разом з традиційними схемами співпраці систем охорони здоров'я і добровільного медичного страхування, що склалися, потенціал їх взаємовигідної спільної діяльності не вичерпаний.

Виділимо найактуальніші і найперспективні напрями подальшого розвитку медичного страхування, при цьому акцентуючи увагу на необхідності співпраці систем охорони здоров'я і медичного страхування, зокрема ДМС і ОМС.

1. Серед сучасних тенденцій ДМС не можна не назвати розширення діяльності страхових організацій на ринку медичних послуг. З метою задоволення інтересів і вимог своїх клієнтів-страховальників, страховики об'єднують під своїм керівництвом медичні установи, надаючи комплексну медичну допомогу, яка включає: комерційні служби швидкої допомоги, приватні поліклініки і лікарні, санаторії-профілакторії, бригади сімейних лікарів (лікарів загальної практики).

2. Участь страхових компаній у фінансуванні регіональних цільових програм. Метою таких програм є задоволення потреби населення регіонів (суб'єктів України) в цільових медичних послугах (постачанні сучасними витратними матеріалами, реактивами, лікарському забезпеченні) за рахунок об'єднання фінансових і інших ресурсів їх учасників: органів виконавчої влади управління охорони здоров'я, територіальних фондів обов'язкового медичного страхування (ОМС), лікувально-профілактичних установ, страхових компаній, підприємств, банків і ін.

3. На наш погляд, напрямом спільної діяльності страховиків і медичних установ буде фінансування інвестиційних програм охорони здоров'я. Дорогі (і, як правило, найефективніші) технології лікування і терапії вимагають значних фінансових вкладень на придбання і обслуговування медичного устаткування, з іншого боку — саме вони є самими ліквідними і саме на них більшою мірою орієнтований ринок платних медичних послуг.

Однією з форм фінансових вкладень в розвиток системи охорони здоров'я необхідно назвати практику лізингу (фінансової оренди) медичного устаткування, апаратів, що орендуються медичною установою у їх власників — страхових компаній, інших комерційних підприємств.

4. Метою для можливих альтернатив співпраці є використання резерву превентивних (попереджувальних) заходів страхових компаній. Професійна діяльність страхових компаній дозволяє їм проводити широку систему заходів попереджувального характеру, контролювати і регулювати рівень ризику у сфері суспільної охорони здоров'я і приватного життя. Виходячи з мети формування резерву превентивних заходів — фінансування заходів щодо попередження настання страхової події, — цільові засоби можуть ефективно використовуватись як індивідуальним страховальником, так і шляхом створення сукупного (наприклад, регіонального) фонду декількома страховиками у актуальних напрямках, серед яких можуть бути наступні:

— фінансування проведення додаткових діагностичних, профілактичних, оздоровчих і санітарно-гігієнічних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я населення, зниження вірогідності діагностичних помилок, зниження тривалості періоду тимчасової непрацездатності, зниження травматизму (шляхом диспансеризації, профоглядів, щеплень, вакцинації);

— фінансування матеріально-технічної бази медичних установ з метою поліпшення якості і скорочення термінів лікування пацієнтів, санепідемстанцій з метою поліпшення стану воднопиттєвих ресурсів (придбання і ремонт устаткування для проведення досліджень, а також контролю; будівництво і ремонт лікувальних площ).

5. Сумісні програми ДМС і ОМС в майбутньому повинні стати основою побудови фінансових взаємостосунків в системі медичного страхування і фінансування системи охорони здоров'я. Для досягнення цієї стратегічної мети першочерговою задачею перехідного періоду бачиться виключення практики подвійної оплати за одну і ту ж медичну послугу.

Саме через систему ДМС коло подвійної оплати може бути усунене. Так, страхові компанії можуть узяти на себе (і це в їх інтересах) величезну роботу по розрахунку вартості медичних послуг в рамках територіальних програм забезпечення населення безкоштовною медичною допомогою в рамках програм ДМС. Таким чином, буде поширений принцип "участі у витратах" — оплата пацієнтом певної частини вартості медичної допомоги на додаток до гарантованого мінімуму.

У перспективі пацієнт сам повинен оплачувати медичні послуги, а система ОМС частково відшкодовувати ці витрати, роблячи медичну допомогу в умовах ринкової економіки більш доступною для населення.

Рішенням іншої проблеми є виключення практики вживання монополістів і інших продуктів псевдостраховок. В цьому напрямі вже зроблені певні кроки, але, звичайно, для її повного вирішення необхідні заходи державного значення, що полягають, перш за все, у встановленні сприятливого податкового режиму для підприємств і громадян, що вкладають свої засоби (крім обов'язкових платежів до бюджету) в зміцнення і розвиток системи охорони здоров'я шляхом ДМС.

6. Інші сумісні програми, наприклад, в сфері наукоємної медицини. Засоби, що вкладаються страховиками в такі програми, є довгостроковими фінансовими вкладеннями, що вимагає відвернення значних засобів на довгий час. Проте в рамках такого фінансування при появі нових технологій або методів лікування і терапії, страховики одержують значну конкурентну перевагу при їх реалізації в рамках ДМС. Страхові компанії також можуть приймати на відповідальність і частину ризиків, пов'язаних з упровадженням нових (спочатку ризикованих) технологій, сприяючи, таким чином, інноваційним процесам в системі охорони здоров'я.

7. ДМС, при якому страховик оплачує частину вартості медичних послуг, формує відчуття відповідальності у них за стан і зміцнення свого здоров'я, визначає більш відповідальне відношення застрахованих до споживання медичної допомоги, підвищує обізнаність про її вартість, сприяючи, таким чином, розвитку соціально-етичної культури і пропаганді здорового способу життя.

Перспективні напрями співпраці системи охорони здоров'я і страховиків у рамках інших видів страхування: професійної відповідальності лікарів, смертельно небезпечних захворювань, відповідальності за якість медичних послуг і ін.

На закінчення необхідно відзначити, що ДМС, безумовно, не є єдиним джерелом фінансування і формою організації контролю і оплати медичних послуг. Для більш комплексного визначення перспектив системи охорони здоров'я повинні бути враховані й інші форми фінансування і контролю за якістю медичної допомоги.

ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМІ

Підсумовуючи, зазначимо, що проведення реформування, а фактично — створення нової системи охорони здоров'я — єдиний шлях для забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення України. Адаже за роки незалежності система галузі охорони здоров'я, успадкована від радянського часу, так і не була адаптована до сучасних вимог та суспільних потреб.

Головною метою реформи медичного обслуговування є:

- по-перше, створення високопрофесійних медичних установ з першокласним обладнанням та кадровим потенціалом;
- по-друге, посилення адресної медичної допомоги (з акцентом на розвиток сімейної медицини);
- по-третє, поєднання двох видів медичного страхування: добровільного та обов'язкового;

Таблиця 1. Порівняльна характеристика ДМС і ОМС*

Ознаки порівняння	ДМС	ОМС
основна мета	доповнення медичної допомоги понад гарантовані обсяги	забезпечення населення гарантованими обсягами медичної допомоги
задачі страхування	соціальні і комерційні	соціальні
вид страхування	комерційне, страхування життя	державне соціальне
характер дії	індивідуальне або групове	загальне або масове
страхові організації	різних форм власності	державні або контрольовані державою
принципи відшкодування	еквівалентності	солідарності
правила і умови страхування визначаються	страховими організаціями, договором між страховиком і страхувальником	державою, територіальною програмою ОМС
платники страхових внесків	страхувальники - юридичні і фізичні особи	страхувальники - працевдавці, держава (органи місцевої виконавчої влади)
джерела засобів	особисті доходи громадян, доходи працевдавців	внески працевдавців, бюджет
система контролю якості	встановлюється договором між суб'єктами страхування	визначається державними органами
використовування доходів	для будь-якої комерційної і некомерційної діяльності	тільки для основної діяльності - медичного страхування
можливість поєднання з іншими видами страхування	з ОМС або іншими видами страхування життя	з ДМС
зовнішній контроль за медичними страховими організаціями	Державний орган виконавчої влади з нагляду за страховою діяльністю	Фонди ОМС, Державний орган виконавчої влади з нагляду за страховою діяльністю

* Складено автором [5; 10; 11].

— по-четверте, прийняття відповідних законодавчих актів.

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254 к/ 96-ВР.
2. Закон України "Про страхування" від від 07.03.1996 № 85/96-ВР
3. Законопроект "Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування в Україні" № 4744 від 30.06.2009.
4. Буздуган Я.І. Правове забезпечення медичного страхування та його місце в системі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Я. Буздуган. // Підприємництво, господарство і право. — 2011. — № 5. — С. 78—81.
5. Лукович В. Шляхи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні / В. Лукович // Україна: аспекти праці. — 2011. — № 3. — С. 31—39.
6. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізації Програми економічних реформ на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". — К.: МОЗ України, 2011. — 104 с.
7. Підсумки діяльності страхових компаній за I квартал 2011 року [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.dfp.gov.ua/fileadmin/downloads/dpn/sk_I_kv_2011.pdf
8. Радиш Я.Ф. Медичне страхування: навч. посібник / Національна академія держ. управління при Президентові України. — К.: Видавництво НАДУ, 2005. — 88 с.
9. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2010 рік [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/Ratings_2010.pdf
10. Савенко А.Ю. Введення бюджетно-страхової системи фінансування обов'язкового медичного страхування в Україні як один із шляхів реформування української системи охорони здоров'я / А.Ю. Савенко, А.О. Паламарчук // Вісн. Хмельн. нац. ун-ту. Екон. науки. — 2010. — Т. 2, № 1. — С.156—160.
11. Шубенко І.А. Розвиток медичного страхування в системі особистого страхування: / І.А. Шубенко // Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. — 2010. — № 5. — С. 89—92.

Стаття надійшла до редакції 08.02.2012 р.