

Приказюк Н.В.,*к.е.н., доцент,**в.о. завідувача кафедри страхування та ризик-менеджменту,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка***Березіна С.Б.,***к.е.н.,**доцент кафедри страхування та ризик-менеджменту,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка***Романченко М.І.,***студент 2-го року навчання магістерської програми «УРС»,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОBOB'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НА ШЛЯХУ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Анотація. У статті розглянуто основні тенденції розвитку страхового ринку України на шляху до запровадження обов'язкового медичного страхування. Виявлено основні проблеми, обґрунтовано необхідність та можливість запровадження даного виду страхування, як одного з найважливіших в умовах сучасної соціально-економічної ситуації в країні.

Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування (ОМС), медичні витрати, страхові компанії, охорона здоров'я.

Постановка проблеми. Здоров'я української нації є найбільшою цінністю суспільства, адже саме результати роботи працездатного населення значною мірою впливають на процеси економічного, соціального і культурного розвитку країни. В умовах сьогоденної напруженої політично-військової ситуації значення даного соціального критерію благополуччя суспільства набуває ще більш актуального значення.

Нині стан державної охорони здоров'я в Україні характеризується застарілою матеріально-технічною базою, мізерним рівнем фінансування і, як результат, невисокою якістю обслуговування у сфері надання медичної допомоги. Таким чином, запровадження обов'язкового медичного страхування є нагальним питанням, вирішення якого дасть змогу забезпечити громадян доступними, якісними й ефективними медичними послугами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченням теоретичних та практичних аспектів медичного страхування займаються такі вітчизняні вчені, як В.Д. Базилевич, Р.В. Пікус, С.С. Осадець, Г.Ю. Тлуста, О.О. Гаманкова, Н.В. Ткаченко, О.М. Залетов та ін.

Зокрема, у роботі В.Д. Базилевича «Медичне страхування та його розвиток в Україні» розглядаються теоретичні основи медичного страхування, надається детальне визначення даного поняття, наводиться характеристика основних страхових програм на ринку України, проводиться порівняльний аналіз добровільного та обов'язкового медичного страхування та, відповідно, згадується перелік послуг, що належать до кожної з форм медичного страхування.

У статті Г.Ю. Тлусту «Медичне страхування в реформованій системі охорони здоров'я України» систематизовано

науково-методичні підходи до трактування поняття «медичне страхування», визначено роль даного виду страхування в системі суспільного страхового захисту. Також було розкрито організаційно-економічні аспекти функціонування системи медичного страхування, надано переваги та недоліки обов'язкового медичного страхування, розглянуто моделі фінансування галузі охорони здоров'я в розвинених країнах світу.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Незважаючи на теоретичну і практичну цінність накопичених знань, існує необхідність подальшого пошуку шляхів формування і розвитку системи медичного страхування. На жаль, питання запровадження обов'язкового медичного страхування у більшості наукових робіт розглядається лише як довгострокова перспектива; спостерігаються відсутність чітких пропозицій щодо вирішення наявних проблем, відсутність наведення оптимальних та реалістичних варіантів можливої моделі обов'язкового медичного страхування, яка б могла успішно функціонувати на ринку України.

Мета статті полягає у дослідженні основних тенденцій ринку медичного страхування та обґрунтуванні перспектив запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. З моменту проголошення України незалежною державою пройшло двадцять п'ять років, за що чверть століття була здійснена низка важливих економічних реформ, які, на жаль, майже не охопили галузь охорони здоров'я. Оскільки добробут громадян пов'язаний із показниками, які характеризують економічний стан кожної держави, нині виникла нагальна потреба у зміні акцентів під час проведення реформ із питань охорони здоров'я в Україні.

Гнучка та ефективна система управління та фінансування галузі – запорука успішного перетворення та реформування галузі охорони здоров'я. Процес реформування нинішньої системи медичного забезпечення має носити системний і комплексний характер, однак, незважаючи на всю нагальність проведення реформ у зазначеній галузі, питання єдиного підходу до методів реформування все ще не визначені.

Важливу роль у даному процесі має відігравати страхова медицина. Якщо виходити з того, що всі реформи повинні будуватися на економічній основі, то необхідно одразу визначити основний тезис, що охорона здоров'я може бути опосередковано прибутковою галуззю народного господарства країни.

Ця прибутковість буде визначена відповідним рівнем здоров'я населення [4].

Зарубіжний досвід країн із розвинутими системами охорони здоров'я доводить той факт, що медична галузь може ефективно та якісно функціонувати лише за умови існування системи загальнообов'язкового державного медичного страхування [7].

До того ж провівши аналіз особливостей і тенденцій успішного функціонування систем охорони здоров'я різних країн, ми прийшли до висновку, що оптимальною формулою видатків на охорону здоров'я буде така, де не менше 70% витрат покриватиметься за рахунок податків і внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, інші 30% мають забезпечуватися приватним фінансуванням та прямими платежами населення.

Можна погодитися з думкою науковців, що механізм медичного страхування в Україні перебуває лише на стадії формування, не існує чіткого уявлення про систему медичного страхування, яка має бути прозорою і зрозумілою для громадянськості. Нині на ринку медичного страхування в Україні функціонує лише один вид послуг – добровільне медичне страхування [1].

Досвід страхових компаній, які працюють у секторі добровільного медичного страхування, демонструє, що кількість робочих днів у застрахованої особи порівняно з незастрахованою зменшується від 30 до 50%. Наприклад, за останні 14 років, коли на всіх залізницях України запроваджено добровільне медичне страхування, середнє перебування на лікарняному ліжку скоротилося на 40%; на 44% зменшилася кількість тяжких захворювань, таких як інсульти та інфаркти; на 32% скоротилася кількість захворювань органів дихання та на 23% – нервової системи; навіть кількість злоякісних захворювань зменшилася на 12% [6].

Варто зазначити, що позитивний розвиток ринку добровільного медичного страхування майже повністю забезпечується за рахунок корпоративного сектору.

Обслуговування фізичних осіб є не вигідним для страховиків, оскільки найчастіше застрахована особа намагається максимально «відбити» витрачені кошти на поліс ДМС, використовуючи всі можливі додаткові послуги наприкінці строку дії договору страхування. За такої статистики доцільність комерційного функціонування страхової компанії зводиться до нуля, оскільки доходи страховика будуть нижчими за його видатки. Корпоративні клієнти, своєю чергою, більш прибуткові, оскільки компанії страхують відразу в середньому 100–500 працівників (часто за найдорожчою програмою з великим набором послуг), багато з яких взагалі не користуються послугами лікарів і, відповідно, не звертаються за страховим відшкодуванням.

Згадуючи піраміду потреб Маслоу, потреба в безпеці, яку, власне, і задовольняє страхування, знаходиться на другому місці після задоволення фізіологічних та життєвих потреб. Тому відсутність у кожного дієздатного громадянина потреби у страховому полісі свідчить про те, що величезна маса людей ще зайнята задоволенням потреб першого рівня.

Подальше розширення горизонтів страхового поля у медичному страхуванні в Україні можливе у разі зростання якості життя та добробуту основної частини населення. Це завдання може бути вирішене тільки на макрорівні, за безпосередньої участі держави.

Сучасний механізм фінансування соціальної сфери визначає: пошук, залучення й ефективне використання фінансових ресурсів та організаційно-управлінських принципів, методів

і форм їх впливу на доходи населення; ринок праці; процеси формування та реалізації людського потенціалу, соціальної стратифікації та інтеграції суспільства; розвиток громадянського суспільства тощо [2].

Специфікою останнього в Україні є, з одного боку, розширення кола соціальних гарантій, які повинні оптимізувати фінансове забезпечення соціального розвитку, а з іншого – наявність залишків адміністративної системи, висока її корумпованість та недостатня сформованість громадянського суспільства. Отже, фінансове забезпечення соціальної сфери нині не відповідає потребам суспільства, не забезпечує дотримання принципів соціальної справедливості, призводить до неефективного витрачання коштів, лежить важким тягарем на економіці країни через свою надмірну вартість і, безумовно, є передумовою гальмування людського розвитку, що провокує загострення суспільних протиріч.

Нині в Україні функціонують три державні фонди соціального страхування, які інституціоналізують такі форми загальнообов'язкового соціального страхування, як:

- Пенсійний фонд України (пенсійне страхування);
- Фонд соціального страхування України (страхування з тимчасової втрати працездатності; страхування від нещасних випадків та професійних захворювань);
- Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України (страхування на випадок безробіття).

Слід зазначити про реальні зміни, пов'язані з фондами акумулювання коштів. Згідно із Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» від 28.12.2014, було створено Фонд соціального страхування України, який є органом, що здійснює керівництво та управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та медичним страхуванням, провадить акумуляцію страхових внесків, контроль над використанням коштів, забезпечує фінансування виплат за цими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування та здійснює інші функції згідно із затвердженим статутом [3].

Незважаючи на новостворений Фонд, слід зазначити, що питання обмеженості коштів державного бюджету залишається основною проблемою подальшого розвитку медичної галузі в Україні у цілому й медичного страхування зокрема. Для формування необхідних фондів грошових коштів, що будуть служити джерелами фінансування полісу медичного страхування для кожного громадянина, необхідне впровадження обов'язкового медичного страхування.

Зобов'язання сплати страхових внесків із боку працездатного населення призведе до підвищення ефективності механізму акумуляції та розподілу страхових коштів, а це, своєю чергою, сприятиме підвищенню соціальних стандартів держави та рівня життя населення у цілому.

Із боку держави ж необхідна низка відповідних заходів, оскільки інститут соціального страхування характеризується розгалуженістю та несистематизованістю законодавчої бази. Як свідчить і міжнародний, і власний українських досвід, коригування лише системи фінансового забезпечення соціального страхування є недостатнім і не дає потрібних результатів, а тому вкрай необхідна зміна ідеології державної підтримки та комплексне реформування стратегічного механізму функціонування інституту соціального страхування у цілому.

Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю в державі є людина, її життя та здоров'я, при цьому кожна людина має невід'ємне й непорушне право на охорону здоров'я. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від стану матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів [5].

Ефективне планування і повноцінне фінансування видатків на утримання установ охорони здоров'я є однією з необхідних умов належної якості медичного обслуговування.

У світовій практиці виділяють кілька базових моделей фінансування системи охорони здоров'я: державну, бюджетно-страхову, приватнопідприємницьку.

Якщо розглядати більш детально саме державну модель, це доцільно робити саме на прикладі системи охорони здоров'я Великобританії, оскільки ця система відзначається високою ефективністю і доступністю за відносно низьких витрат на медичну допомогу. Основна частина коштів надходить із державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі.

Закон про страхування, що був прийнятий у 1912 р., увів принцип обов'язковості та охопив обов'язковим страхуванням третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму (за невеликим винятком). Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я [9].

Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я по статті затрат на соціальні потреби. У цілому пацієнти платять 10% від вартості лікування. Усі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги з тимчасової непрацездатності у зв'язку із хворобою [9].

Уряд Великобританії, своєю чергою, стимулює намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Введено розділення відповідальності за придбання медичної допомоги та за її надання. Система медичного страхування також приєднана до придбання медичної допомоги. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13% населення [9].

На нашу думку, досвід становлення системи обов'язкового медичного страхування Великобританії слід взяти за приклад, оскільки розвиток недержавної системи охорони здоров'я, що діє, наприклад, у США, в Україні є неможливим. Це визначено, насамперед, низькою платоспроможністю та менталітетом громадян.

Саме тому для України оптимальним є перехід від системи охорони здоров'я з державним фінансуванням до системи, яка базується на соціальному медичному страхуванні, яку запровадили більшість країн Центральної та Східної Європи.

Як свідчать дані останніх досліджень, в Україні, крім окресленої проблеми фінансування галузі, виділяють такі основні проблеми у системі охорони здоров'я:

- відсутність визначеного законодавством і нормативно-правовими актами чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я безкоштовно;

- відсутність зв'язків між фінансуванням лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їх роботи;

- неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах системи постатейного фінансування лікувально-профілактичних закладів [8, с. 83–89].

Цілком зрозуміло, чому економісти, як теоретики, так і практики, вважають, що в умовах інтеграції у світовий простір та для підвищення рівня та якості життя населення в Україні варто терміново реформувати галузь охорони здоров'я та в рамках цієї реформи запровадити обов'язкове медичне страхування.

Дійсно, запровадження в Україні страхової медицини матиме низку переваг, зокрема:

- 1) поєднання обов'язкового державного страхування у поєднанні із засадами добровільного медичного страхування;

- 2) підвищення якості медичних послуг;

- 3) доступність для абсолютної більшості громадян;

- 4) розвиток медичної інфраструктури та науки;

- 5) збільшення розмірів фінансування закладів охорони здоров'я;

- 6) фінансування науково-дослідних робіт у медичній галузі України;

- 7) покращення ефективності використання робочого часу.

Крім того, із боку держави необхідне обов'язкове державне регулювання сфери охорони здоров'я, що буде полягати в:

- правовому та нормативному забезпеченні;

- реформуванні організаційної структури щодо модернізації наявних та створення нових лікувальних закладів;

- формуванні належних умов розвитку інтеграційних процесів (забезпеченні конкуренції у сфері охорони здоров'я; сприянні розвитку міжнародного наукового співробітництва щодо профілактики та лікування);

- фінансово-кредитному забезпеченні (прямого бюджетному фінансуванні мінімального рівня медичних послуг або бюджетному фінансуванні медичного обслуговування економічно неактивного населення).

Нині жоден із зареєстрованих у Верховній Раді законопроектів, пов'язаних із запровадженням обов'язкового медичного страхування в Україні, не є ще достатньо опрацьованим та виваженим для того, щоб забезпечити рівномірне впровадження обов'язкового медичного страхування, яке б характеризувалося фінансовою стабільністю та базувалося на принципі прозорості процесу прийняття рішень щодо обсягу допомоги, який гарантується застрахованим особам.

Можливий варіант організації взаємозв'язків між основними суб'єктами обов'язкового медичного страхування на перших етапах реформування представлено на рис. 1 у вигляді моделі функціонування обов'язкового медичного страхування.

Відповідно до представленої моделі, механізм взаємодії між учасниками обов'язкового медичного страхування такий: роботодавці, наймані працівники та інше економічно активне населення (суб'єкти підприємницької діяльності) сплачують страхові внески в такому об'ємі, який має покривати вартість полісів для всього населення України. Водночас передбачається залучення додаткових коштів у вигляді асигнувань з державного бюджету України та інвестицій до відповідного

фонду грошових коштів із боку іноземних страхових компаній, що функціонують на страховому ринку країни. Останні, своєю чергою, здебільшого будуть спрямовані на фінансування коштів щодо відбудови матеріально-технічної бази більшості медичних закладів.

Запропонована модель має на меті створення відокремленого Фонду обов'язкового медичного страхування, який, своєю чергою, має складатися з Національного та територіальних фондів обов'язкового медичного страхування.

Функцію страхових медичних організацій мають взяти на себе страхові компанії, що пройдуть відповідну акредитацію згідно з установленими стандартами та матимуть ліцензію на провадження послуг ОМС на території України.

Основною метою діяльності останніх передбачаються пряма робота зі страхувальниками, пов'язана з укладанням полісів ОМС, та подальша координація роботи лікувально-профілактичних закладів щодо надання медичної допомоги застрахованій особі у разі настання страхового випадку.

На чолі Фонду обов'язкового медичного страхування має стояти відповідний новостворений контролюючий орган, що буде здійснювати контролюючі функції як за організацією роботи

працівників, так і за ефективністю використання акумульованих фінансових ресурсів, що матимуть цільове призначення.

За вказаної моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС) передбачається укладання певних угод, які встановлюватимуть відповідні взаємовідносини між суб'єктами ОМС, а саме:

- угода про фінансування між страхувальником, територіальним фондом ОМС і страховою медичною організацією на користь громадянина для оплати медичної допомоги в рамках територіальної програми ОМС, де в ролі страхувальника виступатимуть для працюючого населення – роботодавці, а для працівників бюджетної сфери і непрацюючого населення – місцевий бюджет;

- угода між страховою медичною організацією і медичними (лікувально-профілактичними) закладами про оплату медичних послуг у межах обов'язкового медичного страхування, які, своєю чергою, мають співпрацювати з державними і приватними лікувальними закладами та фармацевтичними компаніями.

Результатом такої співпраці є надання медичної допомоги найманим працівникам. Весь цей процес відбувається під наглядом роботодавців, професійних спілок та законодавчо регулюється державою.

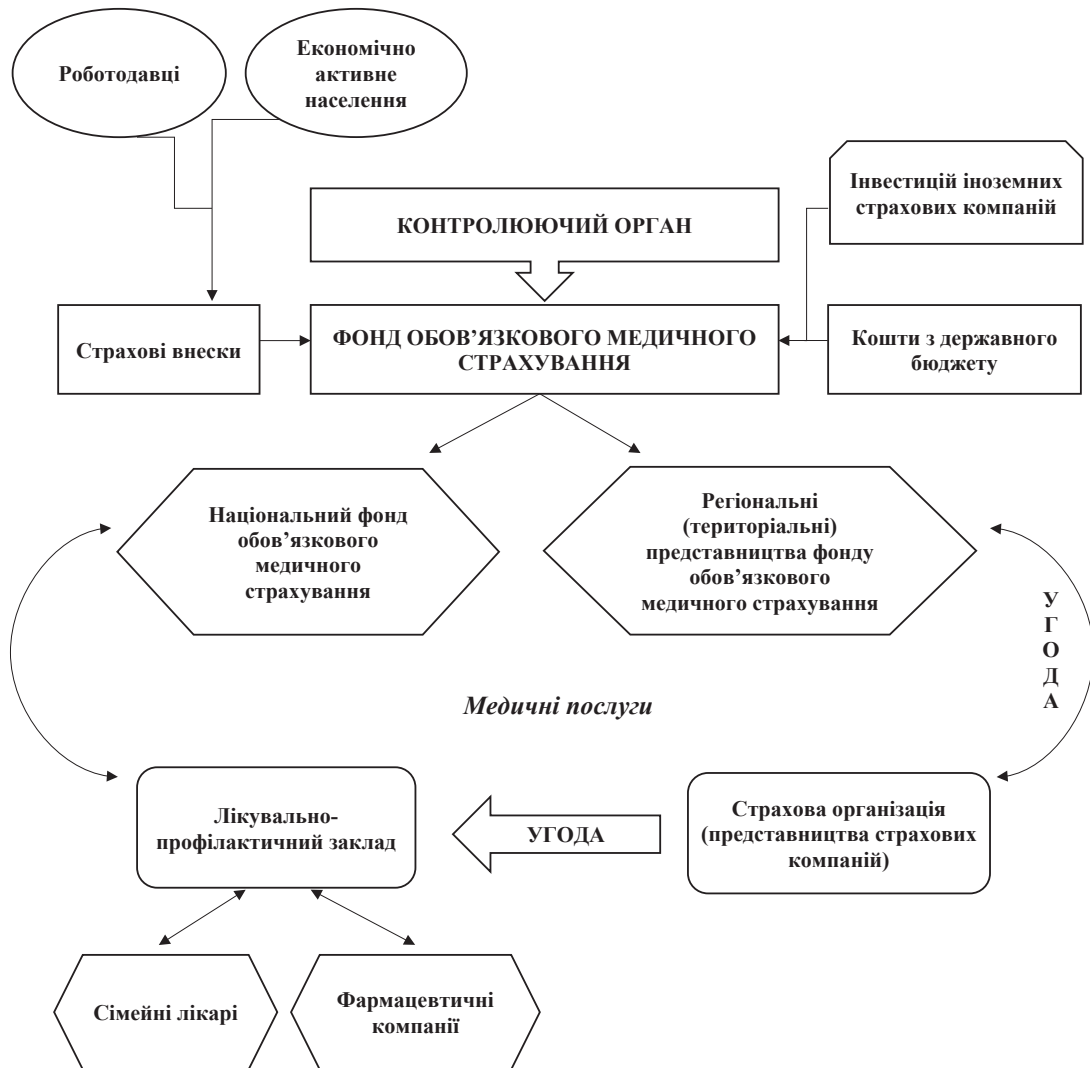


Рис. 1. Модель функціонування обов'язкового медичного страхування

Джерело: розроблено авторами

Відповідно до рис. 1, основними суб'єктами обов'язкового медичного страхування мають бути:

- 1) застраховані особи, до яких слід відносити все економічно активне населення, тобто осіб у віці від 15 до 70 років;
- 2) страхувальники: для зайнятих економічною діяльністю цю функцію мають виконувати роботодавці, а для безробітних – органи місцевого самоврядування;
- 3) фонд обов'язкового медичного страхування (Національний фонд та регіональні (територіальні) представництва цього фонду);
- 4) страхові організації (представництва акредитованих страхових компаній);
- 5) державні та приватні лікувальні заклади;
- 6) фармацевтичні компанії;
- 7) контролюючі органи, якими можуть стати професійні спілки (які здійснюють контроль дотримання прав найманих працівників), представники роботодавців та державних органів. Контролювати необхідно якість медичних послуг та цільове використання коштів.

В Україні інновацією є створення і функціонування Фонду обов'язкового медичного страхування як самостійної, некомерційної, фінансово-кредитної установи з відповідними представництвами, яка буде підзвітною Верховній Раді та уряду.

Ключовою перевагою функціонування такої організації стане те, що фінансові ресурси, які будуть зосереджені у Фонді обов'язкового медичного страхування, матимуть цільове призначення і використовуватимуться на покриття витрат, пов'язаних із профілактикою та лікуванням (витратний підхід).

Важливою особливістю обов'язкового медичного страхування має бути те, що відшкодування збитків застрахованому у разі настання страхового випадку здійснюватиметься не у вигляді грошової компенсації, а відповідними медичними послугами, що реалізуються державними і приватними медичними закладами, які мають дозвіл (ліцензію) на здійснення таких послуг.

Гармонійне співіснування медичних закладів різної форми власності забезпечить реалізацію соціальних завдань, які стоять перед ними.

Висновки. Отже, слід зазначити, що для підвищення якості медичних послуг та рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні необхідно запровадити страхову медицину, зокрема створити Фонд обов'язкового медичного страхування з регіональними відділеннями, розробити відповідний механізм надходження страхових внесків. Співпраця між основними суб'єктами обов'язкового медичного страхування має відбуватися на підставі договорів, які укладаються страховиком (Фондом обов'язкового медичного страхування) зі страхувальниками (роботодавцями, суб'єктами підприємницької діяльності), державними і приватними лікувальними закладами, фармацевтичними компаніями.

Надалі бюджетне фінансування в Україні можна буде розглядати як асигнування коштів із державного або місцевого бюджетів на витрати, що пов'язані з виконанням функцій держави у сфері охорони здоров'я, державних програм, утримання державних організацій на мінімальному рівні або грошове забезпечення економічно неактивного населення (малозабезпечених верств населення). А економічно активне населення, за умови участі в обов'язковому медичному страхуванні, отримає шанс на високий рівень медичного обслуговування відповідно до передових європейських стандартів лікування.

Література:

1. Аналіз та використання зарубіжного досвіду щодо розвитку системи медичного страхування в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://naub.oa.edu.ua/2014/analiz-tavykorystannya-zarubizhnoho-dosvidu-schodo-rozvytku-systemy-medychnoho-strahuvannya-v-ukrajini/>.
2. Вороніна Н.В. Соціально-економічний розвиток України: сучасні тенденції та перспективи фінансового забезпечення / Н.В. Вороніна ; Академія Державної податкової служби України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://conf.vntu.edu.ua/strfip/2013/strfip2013.pdf>.
3. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/77-19>.
4. Малік С.О. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування – головний стратегічний напрям реформування фінансування охорони здоров'я України / С.О. Малік [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://academy.gov.ua/ej/ej5/txts/07meoou.htm>.
5. Марченко В.І. Шляхи оптимізації фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я / О.І. Марченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // http://www.rusnauka.com/12_KPSN_2012/Economics/9_108862.doc.htm.
6. Обов'язкове медичне страхування – пріоритетний напрямок розвитку страхового ринку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nfp.gov.ua/news/574.html>.
7. Павленко А. Перспективи впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / А. Павленко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://pck.kneu.edu.ua/?p=334>.
8. Попкова В.Д. Проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні / В. Д. Попкова // Економічний простір. – 2009. – № 24. – С. 83–89.
9. Система охорони здоров'я Великобританії // Insurance TOP [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://insurancetop.com/markets/39>.

Приказюк Н.В., Березина С.Б., Романченко М.И. Перспективи введення обов'язкового медичного страхування на пути реформування отрасли здравоохранения Украины

Аннотація. В статье рассмотрены основные тенденции развития страхового рынка Украины на пути к внедрению обязательного медицинского страхования. Выявлены основные проблемы, обоснована необходимость и возможность внедрения данного вида страхования как одного из важнейших в условиях современной социально-экономической ситуации в стране.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование (ОМС), медицинские расходы, страховые компании, здравоохранение.

Pykaziuk N.V., Berezina S.B., Romanchenko M.I. Actual perspectives of implementation of obligatory medical insurance on the way of reforming the medical industry in Ukraine

Summary. In this article, the main trends of the insurance market of Ukraine on the way of implementation of obligatory medical insurance are investigated. The main problems of development are displayed, as well as the necessity and importance of this type of insurance, as one of the most important types in accordance with the socio-economic situation within the country is substantiated.

Keywords: health insurance, obligatory medical insurance (OMI), medical expenses, insurance companies, health care.