

В.Г. Шевцов,

магістр державного управління здобувач кафедри
управління охороною суспільного здоров'я ХарРІ НАДУ

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ВІТЧИЗНЯНОЇ ТА ЗАКОРДОННИХ СИСТЕМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Розглянуто актуальні питання щодо медичного страхування, проведено порівняльний аналіз вітчизняної та закордонних систем медичного страхування населення. Науково обґрунтовано пропозиції сприятимуть ефективному запровадженню медичного страхування в систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медичне страхування, медична допомога, фінансування, медичні послуги.

На сучасному етапі розвитку демократичного суспільства та побудови соціально орієнтованої правової держави постало нагальне питання реформування вітчизняної системи медичного обслуговування. Сучасний її стан не задовольняє ані потреб, ані виконує ті завдання, які ставить перед власною медичною системою держава. Однією з її складових, яка покликана вирішити питання фінансування та перерозподілу ресурсів всередині галузі, є система медичного страхування. Причому загальний її вигляд, тобто поєднання державного і недержавного медичного страхування.

Актуальність даної проблеми полягає в тому, що, маючи неоціненний та потужний науковий потенціал у нашій країні, на жаль, відсутні механізми його реалізації. Немає ефективного та раціонального вкладання коштів у медицину, і вирішити цю проблему покликане саме медичне страхування – це додаткове та основне джерело фінансування охорони здоров'я. Галузь охорони здоров'я потребує змін принципів фінансування для ліквідації практики постатейних бюджетів і здійснення оплати медичних послуг лікарень за рахунок загального бюджету для підвищення ефективності праці.

У сучасних наукових роботах В. Єрмілова, В. Москаленка, В. Пономаренка, Г. Дзяка, Р. Василюшина, П. Прудіуса та інших висвітлюється проблема становлення вітчизняної та закордонних систем страхової медицини та проблеми сучасного страхування. Аналіз, який

проводиться науковцями в галузі застосування механізмів медичного страхування, дає чітке розуміння того, що в умовах України досвід закордонних країн має право на існування лише тоді, коли буде переглянута структура забезпечення вітчизняного медичного страхування, мається на увазі нормативно-правове забезпечення, економічні механізми реалізації принципів страхування та ін.

Відомо, що вітчизняне медичне страхування започаткувалося на Півдні України наприкінці 80-х – на початку 90-х рр. XIX ст. У цей час прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у тодішніх тоді приватних загальнострахових товариствах. При цьому виявилось, що таке страхування було найбільш прийнятне для підприємств середнього масштабу. Для малих підприємств воно було занадто відчутним у фінансовому плані, а для великих – вигідніше було за окремий нещасний випадок виплатити потерпілому компенсацію, ніж платити страхові внески за всіх працюючих. Для середніх підприємств навіть один нещасний випадок із тяжкими наслідками призводив до великих витрат власника виробництва, і тому вигідніше було платити значні страхові суми, ніж збанкрутувати від раптових групових нещасних випадків і захворювань, породжених недосконалістю тогочасного виробництва і низькою кваліфікацією працюючих, а нещасні випадки були нерідкістю на підприємствах [2].

Із початку 90-х рр. XX ст. в Україні почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. Усі загальнострахові компанії почали займатися медичним страхуванням в різних обсягах. В останні роки почало стихійно виникати добровільне страхування в некомерційній формі – так звані лікарняні каси. Але при відносно незначному поширенні добровільного медичного страхування комерційна форма і тут превалує. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2000 р. медичну допомогу було надано майже 300 тис. добровільно застрахованим, при цьому надходження за їх лікування від комерційних компаній у декілька разів перевищують

суми, зібрані лікарняними касами.

На думку багатьох експертів, із соціально-економічним станом країни, розбалансованістю, несталістю та продовженням спаду промислового виробництва пов'язано багато проблем при запровадженні медичного страхування. Процеси реструктуризації та приватизації засобів виробництва не тільки не стабілізували, а і заглибили соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві. За останні 10 років рівень валового національного прибутку та показники індивідуального споживання в Україні зменшилися не менш, як у 3-4 рази. В Україні, як і в інших колишніх соціалістичних країнах, практично був відсутній механізм надходження позабюджетних коштів у систему. Унаслідок зростання дефіциту фінансування планомірно гіршала якість медичної допомоги населенню. Напруження, що має місце в медичній галузі, зумовлене наявністю суттєвих протиріч між усіма складовими елементами існуючої системи. Це, насамперед, стосується сфери державного управління галуззю, соціального піклування про здоров'я і сферою професійної медичної діяльності [5].

Медико-демографічну ситуацію, що склалася в Україні останнім часом В. Москаленко, В. Бідний, Н. Орлова та інші визначають як кризову, з низьким рівнем здоров'я серед дитячого й дорослого населення. Статеві вікова структура характеризується постарінням населення. Відсоток осіб, старших за працездатний вік, становить 23,3 %. Усе це призводить до зміни структури навантаження населення працездатного віку дітьми та людьми похилого віку, яких припадає 768 на 1000 осіб працездатного за віком населення, причому навантаження дітьми знизилось на 7,6 %, а особами похилого віку – збільшилось на 1,5 %.

Тому фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських і медичних заходів, що спрямовані на зміцнення та відновлення здоров'я нації. Розробка ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можлива лише за умов врахування інтересів населення в охороні здоров'я. Такий

підхід збігається з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ для сучасного етапу.

Згідно з Люблянською хартією Європейського бюро ВООЗ (1997 р.) та Програмою ВООЗ “Здоров'я для всіх у ХХІ ст.” (1999 р.) головними завданнями урядів на прийдешній період є створення в галузі умов подальшої реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності.

Характерними рисами систем охорони здоров'я повинні бути їх мобільність, динамічність і гранична функціональність. При цьому захист споживчих можливостей населення (витрати на медичні послуги) розглядається як одне з головних завдань урядів європейських держав.

В. Гурдус, М. Айвазова (2001 р.) підкреслюють, що, оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна країна має визначати способи їх дослідження на свій розсуд, керуючись політичною системою, традиціями, економічним статусом та іншими параметрами [4].

Експерти ВООЗ відмічають складність наукового визначення тієї частини національних ресурсів, яка повинна асигнуватися на служби охорони здоров'я. Країнами з відносно невеликими прибутками на потреби охорони здоров'я витрачається не більше за 2,5 % валових національних продуктів (ВНП), в більшості ж розвинених держав – усього лише 1-2 % ВНП, тоді як, наприклад, Німеччина витрачає на це 9,5 % ВНП. В американській статистиці часто згадується показник 5,2 %, яким характеризується частка асигнувань на медичне обслуговування у структурі ВНП США. Порівняно з іншими розвиненими країнами ця цифра досить велика.

Держави з великим національним прибутком (США, Англія, Швейцарія) відрізняються більш високими витратами на медичні послуги на душу населення порівняно з менш розвиненими країнами (Індія, Єгипет, Мексика). Дані аналізу свідчать, що в економічно розвинених країнах у

системі охорони здоров'я витрачається в середньому 74 дол. США на душу населення на рік, тоді як у країнах, що розвиваються, ця сума становить 2 дол. США.

До сьогодні у світі склалися три основні форми фінансування охорони здоров'я: бюджетна (державна), бюджетно-страхова і приватна (приватнопідприємницька). Н. Пилипцевич та інші відзначають, що успіх реформування охорони здоров'я, досягнення прийняттого рівня медичної допомоги і показників здоров'я населення багато в чому визначаються правильністю вибраної моделі фінансування, адекватною соціально-економічним і політичним умовам [10].

Фінансове забезпечення охорони здоров'я в розвинених країнах здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб. Базуючись на цьому, виділяють такі базові моделі фінансування охорони здоров'я.

Державна, заснована на бевериджевській концепції, що фінансується переважно (до 90 %) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються за рахунок оподаткування). Оплату медичних послуг проводять з основних прибутків держави. Виділення фінансування на всі здійснювані послуги розглядається як частина процесу планування загальних урядових витрат. За першою формою фінансуються, наприклад, системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, Ірландії. Бюджетно-страхова (бісмарковська концепція), що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, працюючих громадян і субсидій держави (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків у фонд охорони здоров'я. Найпростішим є внесок, що вноситься наймачем і працівником. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд (або фонди), як правило, незалежний від держави, але діє в рамках законодавства. При соціальному страхуванні гарантується право на обумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. Фінансування з

позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78 %), Італії (87), Франції (71), Швеції (91), Японії (73 %) та ін. [10].

Приватнопідприємницька, що фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується, виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику, платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не відноситься до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Така система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди.

Великобританія використовує для громадян країни майже виключно систему бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер з високою мірою централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету і охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними і місцевими органами влади за ієрархічним принципом. Система національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії, основана переважно на державному фінансуванні, націлена на здійснення повноцінної медичної допомоги, доступної кожному громадянину була введена в 1948 р. Реформа НСОЗ Великобританії почалася в 1991 р. і торкнулася широкого спектра питань управління і фінансування системи, однак базові принципи побудови системи (загальнодоступність і безоплатність надання медичної допомоги для всього населення), а також головні форми організації НСОЗ не були знехтувані. У системі незмінним збереглися основні такі її принципи:

Фінансування НСОЗ – переважно із загальних бюджетних надходжень. Пропозиції перейти на страховий принцип формування коштів суспільної охорони здоров'я були знехтувані, і вирішено, що форма залучення коштів не може служити основою реформи. Значно більш важливо було перебудувати

характер взаємодії між фінансуючою стороною і постачальниками медичних послуг. Переважна частина фінансових ресурсів НСОЗ надходить з бюджетів всіх рівнів (84 %). Додатковим джерелом є внески на соціальне страхування, що обчислюються у вигляді відсотку від фонду оплати праці, які “розчиняються” в загальній системі соціальних податків і розподіляються залежно від пріоритетів, що склалися на потреби пенсійного забезпечення, страхування по безробіттю, охорони здоров’я тощо. Крім того, частина “соціального пирога”, що виділяється охороні здоров’я, надходить під прямий контроль Міністерства охорони здоров’я, зливаючись з бюджетними надходженнями. На частку цього внеску додається 12 % надходжень НСОЗ.

Приблизно 4 % коштів НСОЗ формуються з додаткових платежів населення (головним чином за виписку і оплату частини вартості ліків в аптечній мережі). За рамками фінансових зобов’язань НСОЗ населення може придбати медичні послуги в державних і приватних установах охорони здоров’я, оплачуючи їх безпосередньо, або через систему приватного медичного страхування. Загальне співвідношення між суспільним і приватним фінансуванням медичної допомоги складає відповідно 85 і 15 % [10].

Система охорони здоров’я з централізованим фінансуванням. Розподіл коштів здійснюється на основі диференційованого нормативу фінансування на одну особу, який враховує відмінності територій за статево-віковим складом і за низкою інших соціально-економічних характеристик. У системі діє жорстка управлінська вертикаль. НСОЗ очолюється політиком правлячої партії в ранзі міністра. Йому безпосередньо підпорядковуються регіональні і районні управління охорони здоров’я. Ніякого підпорядкування органів і установ охорони здоров’я місцевим органам влади не існує.

Згідно з концепцією було проведено реформу, і в січні 1989 р. уряд опублікував “Білу книгу” – концепцію реформи НСОЗ. У концепції було обґрунтовано необхідність і представлено конкретні механізми перетворень [13].

На основі концепції реформи НСОЗ було підготовлено законопроект про реформу. Особливо важливо зазначити, що Міністерство охорони здоров'я підготувало серію матеріалів по кожному аспекту реформи (приблизно 15 великих розробок), які спочатку носили характер довідкових рекомендацій, а потім були перетворені в нормативні акти. До моменту початку реформи (в квітні 1991 р.) була підготовлена вся необхідна законодавча і нормативна база.

У Великобританії гостро стоїть проблема залучення в охорону здоров'я коштів з позабюджетних джерел. Одним із цих джерел можуть бути кошти підприємств, фірм, компаній, працівникам яких установи охорони здоров'я можуть надавати додаткову медичну допомогу на договірній основі. Процес децентралізації управління є основою реформи, що зараз проводиться. Ідея реформи – вдосконалити й активізувати роботу структурних підрозділів галузі шляхом введення в їх роботу комерційного елемента. Усі регіональні органи охорони здоров'я Великобританії мають значну самостійність у розв'язанні своїх проблем [13].

На думку фахівців, одна з найефективніших у світі – система охорони здоров'я в Канаді [11], яка є майже безкоштовною. На потреби охорони здоров'я в Канаді сьогодні витрачається 1/3 місцевих бюджетів провінцій. Пацієнти теж сплачують вартість окремих медичних послуг. Але в тих випадках, коли останні включені до планів охорони здоров'я на рівні провінцій, пацієнт не бере участі в їх оплаті – всю вартість застрахованих послуг відшкодовують уряди провінцій. Згідно з канадським Законом про охорону здоров'я (Canada Health Act), гарантії безкоштовного медичного обслуговування розповсюджуються тільки на застраховані види послуг.

Тобто медичне обслуговування канадців фінансується через загальне оподаткування, страхові внески і оплату готівкою. У середньому щорічний внесок кожного канадця в систему охорони здоров'я становить майже 2 500 дол. США. У 1994 р. загальні витрати на охорону здоров'я (державні та приватні) з розрахунку на душу населення становили 2 478 дол. США. З цієї

суми приблизно 700 дол. США оплачені приватними особами. Джерело майже третини витрат на охорону здоров'я – приватний сектор, внесок якого перевищує 22 млрд дол. США.

Разом зі старою системою в країні починає діяти система ощадних рахунків медичного страхування MSAs – (Medical savings accounts), яка веде, як показує і досвід американських фірм, до економії витрат на медичне обслуговування. Там, де вона використовується, знижуються витрати як у роботодавця, так і у працівника, нагромаджуються заощадження. Згідно з опублікованими в США емпіричними даними, система MSAs, або схожа з нею, дозволяє скоротити до 20 % витрат на медичне обслуговування. Система заснована на ощадних рахунках, які формуються з відрахувань роботодавців. Якщо кошти ощадного рахунку вичерпані, працівники сплачують медичні послуги з власної кишені. Усі кошти, що є на ощадних рахунках, належать працівнику, включаючи ті, що залишилися після завершення розрахункового періоду. Тому ця реформа охорони здоров'я в Канаді має двояку спрямованість, впливаючи на поведінку медичного персоналу і пацієнтів.

Перспективною в умовах Канади є можливість сплачувати медичні послуги за рахунок коштів, які громадяни можуть заощадити, оскільки будь-які суми, що залишаються на MSAs на кінець року, залишаються їх власністю. У результаті, MSAs опосередковано перетворюються на засіб розподілу витрат на медичне обслуговування між різними приватними і державними джерелами, не порушуючи ідеологічних принципів канадської системи охорони здоров'я: універсальності, доступності, мобільності і всеосяжного характеру.

У 1999 р. проблеми, що стоять перед канадською системою охорони здоров'я, загострилися. Населення старшає, а витрати на медичні технології зростають. У той же час відсоткові платежі по державному боргу поглинають податкові надходження, що раніше спрямовувались на охорону здоров'я. Із 1991 р. державні витрати на охорону здоров'я скорочувались і зараз

складають близько 9, 5% ВВП.

Сьогодні охорона здоров'я в Канаді теж зазнає труднощів (переповнені приймальні лікувальних установ і черги на госпіталізацію, які не зменшуються, незважаючи на зусилля з боку урядів). Відповідно до державної реформи охорони здоров'я закриваються лікарні, обмежується оплата праці лікарів, скорочуються витрати, скорочується доступ до системи охорони здоров'я. Тому майже 60 % канадців підтримують розширення надання медичного обслуговування приватним сектором на рівні з державною системою охорони здоров'я.

Передбачені реформи можуть впливати на охорону здоров'я з боку як пропозиції, так і попиту. Перші – спрямовані на зміну поведінки лікарів, медичних установ та інших постачальників медичних послуг, другі – на зміну поведінки пацієнтів.

Тому альтернативою нормуванню й іншим заходам щодо пропозиції медичних послуг є безпосереднє фінансування потенційного споживача за системою MSAs [11].

Ідея повернення купівельної здатності пацієнтові у формі MSAs була висунена і Національним центром політичного аналізу (National Center for Policy Analysis) США. У загальному вигляді вона полягає в тому, що роботодавці відраховують фіксований обсяг коштів із тієї суми, яку вже витрачають на медичне страхування працівників. Потім фірма використовує залишок цієї суми для страхування від нещасних випадків. MSAs може слугувати джерелом інформування споживачів і постачальників медичних послуг про витрати на їх придбання, дати обом сторонам стимули до раціонального використання фондів працівників, які самі відповідають за їх використання.

Системи фінансування охорони здоров'я з використанням механізмів медичного страхування набули поширення в більшості країн світу. При цьому передбачається більша або менша участь урядів у фінансуванні страхових фондів, регулюванні страхової моделі, що склалася сторіччями.

Моделі медичного страхування експерти ВООЗ оцінювали за десятьма критеріями: забезпечення доброго здоров'я для всіх; якість і доступність медичного обслуговування; свобода вибору постачальника медичної допомоги; відсутність суворих перешкод для занять медичною практикою і наявність конкуренції; вплив громадськості; співпраця з іншими секторами; контроль за витратами і фінансова ефективність; централізований контроль і оцінка; здібність до оновлення і розвитку; адміністративні витрати.

Оцінюючи моделі, експерти спиралися як на національний досвід, так і на досвід інших країн, особливо Великобританії і США, де практикуються окремі елементи цих моделей, тому оцінка носила не умоглядний, а досить конкретний характер.

Експерти зазначають, що при системі обов'язкового медичного страхування виникає небезпека того, що страхувальники будуть відбирати для страхування більш здорових людей, у яких потреби в медичному обслуговуванні менше. Тому необхідні державний контроль і надання субсидій тим страхувальникам, які охоплюють більше число осіб з високим ризиком захворювання.

Система медичного страхування Німеччини вирішує свої завдання досить автономно і незалежно від державного бюджету. Фінансування охорони здоров'я забезпечується на 60 % внесками у фонди медичного страхування, на 10 – коштами приватного страхування, на 15 – державними коштами за рахунок оподаткування і на 15 % – особистими коштами громадян.

У системі медичного страхування, що фінансується солідарне, величина внесків відповідає мірі спроможності застрахованих (розміру їх прибутків), а послуги надаються відповідно до стану здоров'я незалежно від розмірів особистих внесків кожної людини. Така методика визначення розміру внесків забезпечує солідарне вирівнювання, в якому здорові несуть витрати за хворих, молоді – за старих, самотні – за сім'ї, а добре забезпечені – за незаможних.

Принцип солідарності доповнюється принципом субсидій, із тим, щоб застрахований відчував власну відповідальність за своє здоров'я, і організація діяльності страхових установ побудована так, щоб проблеми, по можливості, не вирішувалися без залучення самих застрахованих. Субсидії і солідарність забезпечують у взаємодії ефективний соціальний захист, не перевищуючи межі (і можливостей як самих застрахованих, так і держави. Незалежність від держави характеризується, на рівні з організаційною самостійністю, відповідальністю страхових служб за дотримання інтересів всіх зацікавлених сторін. Цю відповідальність поділяють застраховані й роботодавці. Надійне самоврядування передбачає організоване об'єднання зусиль цих сторін (профспілки, союзи роботодавців, об'єднання застрахованих). Держава ж лише визначає правові рамки діяльності таких інститутів, всередині яких представники застрахованих і/або роботодавців самі в деталях вирішують питання медичного страхування за допомогою зборів представників і виконавчого органу (правління). Нагляд держави обмежується контролем дотримання закону і правопорядку.

У медичному страхуванні Німеччини є вісім різних видів лікарняних кас, кожному з яких відповідають самостійні установи медичного страхування. Це глибоке розгалуження відбулося на основі історично зумовлених розмежувальних критеріїв: по регіональній компетенції розрізняються регіональні лікарняні каси, по виробничій компетенції – виробничі. Професійними ознаками характеризуються лікарняні каси союзу ремісників, сільські лікарняні каси для фермерів та їх працівників, робочі лікарняні каси, що об'єднують представників деяких робочих професій, лікарняні каси для службовців, відкриті для всіх категорій що служать, морська лікарняна каса, що об'єднує працюючих на морських судах, федеральна гірницька лікарняна каса для зайнятих в гірничодобувній промисловості. Названі класифікаційні критерії є результатом економіко-соціального розвитку Німеччини і, ймовірно, можуть бути лише частково перенесені на інше суспільство з іншими соціально-історичними і

економічними реаліями.

Установа ОМС сама ухвалює рішення по витратах і прибутках і володіє необхідною компетенцією по збору внесків. Наділене такими повноваженнями медичне страхування, в принципі, не залежить від державних дотацій і наповнення держбюджету. Фінансова самостійність забезпечує надійність планування і рівномірність надання ресурсів на потреби ОМС [12].

Обсяг послуг, що пропонуються, залежить від можливостей фінансування, хоч страхування повинно забезпечити надання всіх необхідних медичних послуг у разі захворювання. Страхівка включає, як мінімум, основні медичні послуги, такі як амбулаторне лікування і перебування в стаціонарі. До набору основних послуг потрібно також віднести надання основних лікарських, лікувальних і допоміжних засобів, а також певні послуги стоматолога і забезпечення медичної реабілітації після важких захворювань або інвалідності. Залежно від фінансових можливостей медичний каталог може бути розширений за рахунок включення таких послуг, як щелепно-ортопедичне лікування, зубне протезування, спеціальні послуги з ранньої діагностики і профілактики захворювань та оздоровлення.

При однаковому рівні медичних послуг, що надаються для членів однієї лікарняної каси, призначається однакова ставка внесків з тим, щоб кожний вносив відповідний своїм економічним можливостям внесок в її фінансування. При однаковому в процентному відношенні навантаженні досягається соціальне позитивний ефект перерозподілу. Крім того, дана система сприяє вирівнюванню навантажень на сімейні бюджети, оскільки члени сім'ї, що володіють власним прибутком, страхуються разом з працюючими. Щоб поставити механізми перерозподілу в певні рамки і не зловживати солідарністю, призначається верхня межа прибутку, з якої нараховуються внески [9].

При вирішенні розглянутих проблем реформування правової системи охорони здоров'я, зміни принципів фінансування, здійснення єдиної

тарифікації медичних послуг, створення єдиної інформаційної мережі, а також сприяння ефективному розвитку системи добровільного медичного страхування по медичним послугам, які не входять до переліку Державної програми медичної допомоги та Програми обов'язкового медичного страхування державно-бюджетна система надання медичної допомоги населенню України сформує багатоканальну систему фінансування охорони здоров'я і забезпечить економічну ефективність використання фінансових та матеріальних ресурсів; поєднає державну і комунальну систему охорони здоров'я на основі єдиних підходів до формування, розподілу та використання фінансових засобів.

Науково обґрунтовані пропозиції з розглянутих актуальних питань та проведеного порівняльного аналізу стану систем медичного страхування сприятимуть ефективному запровадженню медичного страхування в систему охорони здоров'я, що в результаті позитивно відзначиться на процесах збереження та зміцнення стану здоров'я громадян України.

Список використаних джерел

1. *Бідний В.Г.* Основні концептуальні напрями оптимізації системи стаціонарної медичної допомоги Києва (методичні рекомендації). – К., 2000. – 42 с.
2. *Бідний В.Г., Орлова Н.М.* Медичне страхування. – К., 2005. – 136 с.
3. *Вартанян Ф., Рожецкая С., Чачава Н.* Реформи здравоохранения в Европейских странах // *Врач.* – 2001. – № 4. – С. 45-46.
4. *Гурдус В.О., Айвазова М.В.* Проблема дефицита средств в системе здравоохранения й добровольное медицинское страхование как способ ее решения // *Мед. помощь.* – 2001. – № 2. – С. 3 – 9.
5. *Єрмілов В.С.* Історичні паралелі медичного страхування минулого та сього дня нашої країни // *Охорона здоров'я України.* – 2001. – № 2. – С. 48 – 50.
6. *Картуши А.П.* Про найгостріші медичні проблеми охорони здоров'я та визначення пріоритетних напрямів розвитку окремих медичних служб // *Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України.* – 2001. – № 2. – С. 15 – 19.
7. *Колоденко В.О., Тищук М.М.* Реорганізація амбулаторне – поліклінічної мережі. Участь громадськості // *Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України.* – 2001. – № 1. – С. 37 – 40.
8. *Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М.* Концепція розвитку охорони здоров'я – стратегія реформування галузі // *Лікарська справа.* – 2001. – №1. – С. 3 – 9.
9. *Москаленко В.Ф., Дзюк Г.В., Василюшин Р.Й.* 2001 рік – рік охорони здоров'я населення України // *Медичні перспективи.* – 2005. – № 1. – С. 4 – 6.
10. *Пилипцевич Н.Н. и др.* Зарубежный опыт реализации различных моделей финансирования здравоохранения (обзор литературы) // *Вопр. организ. й информатиз. Здравоохранения.* – 2000. – № 1. – С. 47 – 70.

11. Система медицинского страхования в Канаде и проекты ее реформирования // Вопросы экономики и управл. для руководителей здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 85 – 87.

12. Юркин Г. Германия – страна с развитой системой медицинского страхования // Врач. – 2004. – № 11. – С. 34-35.

13. Scheffler R., Duitch F. Health care privatization in the Czech Republic: ten years of reform // Eurwhealth. – 2000. – V. 6 (2). – P. 5 – 7.

Shevtsov V.G. Comparative analysis of domestic and foreign systems of medical insurance of the population.

In the work actual questions of medical insurance were studied. Comparative analysis of domestic and foreign systems of medical insurance of the population was carried out. Propositions facilitating effective inculcation of medical insurance to the healthcare system of the Ukraine.

Key words: healthcare system, medical insurance, medical aid, financing, medical service.

Шевцов В.Г. Сравнительный анализ состояния отечественной и зарубежных систем медицинского страхования населения.

В работе рассмотрены актуальные вопросы по медицинскому страхованию, проведен сравнительный анализ отечественной и зарубежных систем медицинского страхования населения. Научно обоснованы предложения, способствующие эффективному внедрению медицинского страхования в систему охраны здоровья Украины.

Ключевые слова: система охраны здоровья, медицинское страхование, медицинская помощь, финансирование, медицинские услуги.