

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

**МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ
ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ СТУДЕНТІВ
з дисципліни
“СТРАХОВА МЕДИЦИНА”
(для бакалаврів)**

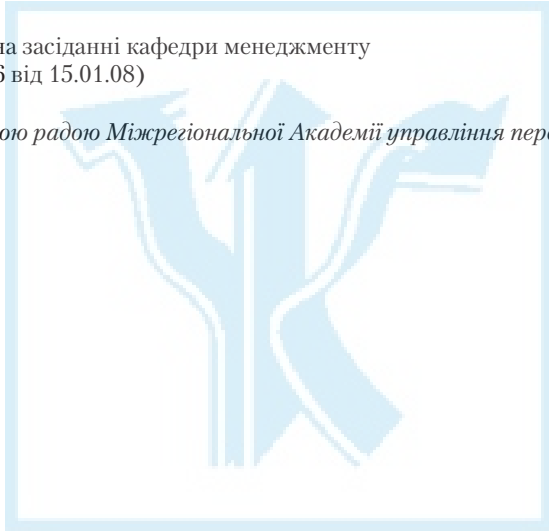
МАУП

Київ 2008

Підготовлено доцентом кафедри екологічного та медичного менеджменту
В. М. Кузьменко

Затверджено на засіданні кафедри менеджменту
(протокол № 6 від 15.01.08)

Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом



МАУП

Кузьменко В. М. Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни “Страхова медицина” (для бакалаврів). – К.: МАУП, 2008. – 30 с.

Методичні рекомендації містять пояснювальну записку, зміст самостійної роботи з дисципліни “Страхова медицина”, методичні рекомендації до підготовки тем і завдань, опанування окремих тем навчального курсу, дидактичні матеріали до самостійної роботи, а також список літератури.

© Міжрегіональна Академія
управління персоналом (МАУП), 2008

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни “Страхова медицина” розроблені для студентів, які навчаються за спеціальністю “Менеджмент організацій”, професійне спрямування “Медичний та фармацевтичний менеджмент”.

Структурно-логічна схема спеціалізації передбачає вивчення навчальної дисципліни “Страхова медицина” після опанування студентами знань з курсу “Основи менеджменту”, “Основи менеджменту охорони здоров’я” та передує вивченню інших профілюючих навчальних дисциплін, таких як “Економіка і фінансування охорони здоров’я”, “Підприємництво в охороні здоров’я”, “Облік і звітність в охороні здоров’я”, “Медичний та фармацевтичний менеджмент”.

В умовах кредитно-модульної системи навчання самостійна робота є основним засобом засвоєння студентами навчального матеріалу. Мета самостійної роботи — сприяти глибокому засвоєнню теоретичних і прикладних питань навчального курсу, здобуттю вмінь і навичок у галузі медичного страхування.

Згідно з чинними навчальними планами, при вивченні курсу “Страхова медицина” на самостійну роботу відведено 60 % академічного кредиту і цей час має бути використаний для опрацювання питань з тем навчального курсу та виконання навчально-дослідної роботи.

Формою звіту про виконання студентом самостійної роботи є індивідуальна навчально-дослідна робота.

Виконуючи індивідуальні завдання, студенти опановують теоретичні знання з тем, що визначені робочою програмою навчальної дисципліни для самостійного опрацювання та набувають практичних навичок із формування політики у сфері медичного страхування, що має максимально наблизити теоретичний курс до практичної діяльності. Викладач визначає обсяг самостійної роботи, узгоджує її з іншими видами навчальної роботи студента, розробляє методичні засоби проведення поточного та підсумкового контролю, аналізує результати самостійної навчальної роботи кожного студента.

З навчальної дисципліни визначено такі види самостійної роботи:

- дві теми для самостійного опанування;
- аналітичне завдання, виконання якого потребує теоретичних знань з другого модуля навчальної дисципліни, оформлюється у вигляді індивідуального звіту.

ЗМІСТ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ
з дисципліни
“СТРАХОВА МЕДИЦИНА”

Змістовий модуль I. Теоретичні основи вивчення та аналізу страхової медицини

Тема 1. Страхова медицина і медичне страхування

Завдання

Проаналізувати особливості страхової медицини і медичного страхування у різних країнах.

Тема 2. Медичний поліс

Після теоретичної підготовки до заняття варто виконати приведені нижче завдання. Усі завдання мають еталонні рішення. Порівнявши отримані результати з еталонною відповіддю, можна себе перевірити. Якщо допущено помилку, її потрібно виправити, повторно розв'язавши те чи інше завдання.

Завдання 1. Що гарантує страховий медичний поліс в умовах обов'язкового медичного страхування і де його може отримати працюючий і непрацюючий пенсіонер?

- визначте, яке право підтверджує поліс;
- визначте, який обсяг безоплатної чи платної медичної допомоги гарантує поліс;
- визначте, на яку територію поширюється дія поліса;
- визначте, в якій організації може отримати поліс працююча особа;
- визначте, в якій установі може отримати поліс непрацюючий пенсіонер.

Завдання 2. Порядок надання медичної допомоги в разі відсутності поліса.

- перерахувати випадки та умови надання медичної допомоги без поліса;
- вказати дії лікувально-профілактичних закладів чи медичних працівників у разі звернення до них за медичною допомогою осіб без поліса.

Завдання 3. Втрата та припинення дії поліса:

- вкажіть, куди потрібно звернутися при втраті поліса;

- дії страхової компанії у разі звернення до неї з приводу втрати поліса;
- механізм відновлення поліса;
- за яких умов припиняється дія поліса;
- дії страхової компанії у разі призупинення дії поліса.

Змістовий модуль II. Реформування системи охорони здоров'я України на засадах страхової медицини

Аналітичне завдання: Розробити проект “Особливості надання медичної допомоги в умовах страхової медицини”.

Тема 11. Впровадження державних програм у практичну діяльність лікувально-профілактичних закладів

Завдання для самостійної роботи

Проаналізувати концепцію Державної програми “Обов’язкове державне соціальне медичне страхування”

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПІДГОТОВКИ ТЕМ І ЗАВДАНЬ

Тема 1. Страхова медицина і медичне страхування

Страхова медицина — складна і надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я. Товаром є оплачувана, конкурентоспроможна, гарантована, якісна і достатня за обсягом медична послуга. Покупцем її може бути держава, група людей, фізична особа.

Медичне страхування — це контроль за обсягом і якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами та окремими приватними лікарями; розрахунок із закладами охорони здоров'я, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодами, через страхові фонди, сформовані за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Організація охорони здоров'я, яка гарантує право кожного громадянина на отримання медичної допомоги, може бути забезпечена системою страхової медицини. Страхова медицина вирішує питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я. Вона охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медич-

них кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Важливим елементом системи страхової медицини є медичне страхування, яке передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно має певні переваги перед державними і приватними системами, а також відомчою медициною, забезпечує більшу доступність, якість і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення у наданні медичних послуг, ефективніше порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я.

Фінансування медичних витрат включає витрати на оплату медичного обслуговування (вартість ліків, медикаментів, апаратури), а також виплату грошової допомоги у зв'язку з непрацездатністю.

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Мета проведення медичного страхування – забезпечення громадянам у разі виникнення страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Місце медичного страхування у країнах з розвинутою системою охорони здоров'я

При аналізі даної проблеми важливо порівняти системи охорони здоров'я кількох економічно розвинених країн у контексті медичного страхування. Наприклад, США, Канади, Об'єднаного Королівства.

США. Система охорони здоров'я у США більше зорієнтована на ринок, ніж в інших промислово розвинених країнах. Хоча усунівлена медицина ніколи не була популярною у США, масштаб участі уряду поступово зростає. Уже тепер місцеві уряди, уряди штатів і федеральний уряд фінансово забезпечують приблизно 40 % охорони здоров'я США. Частка безпосередніх виплат пацієнтами відносно висока порівняно з такою в інших країнах і становить близько третини загальних витрат на охорону здоров'я.

У США існують організації підтримання здоров'я. Це зазвичай неприбуткові організації, які у своїй діяльності поєднують надання послуг охорони здоров'я зі страхуванням. Вони практикують передоплату; вкладники сплачують подушний внесок, за який отримують повний комплекс медичних послуг за нульовою або дуже низькою ціною на момент споживання. При цьому можливі розбіжності у наданні допомоги, тобто усе залежить від того, якою мірою організації підтримання здоров'я використовують власних лікарів і власні лікарні.

Загальна доступність медичних послуг не є абсолютною. Понад 10 % американців не мають медичного страхування. Понад те видається, що якість охорони здоров'я помітно коливається, якщо порівняти сектор приватного страхування і сферу державної охорони здоров'я.

Лікарні в основному фінансувались, виходячи з принципу ретроспективного відшкодування. Проте нині перспективна оплата на основі діагностично споріднених груп веде до істотних змін в управлінні і фінансуванні лікарень. Праця лікарів найчастіше оплачується за принципом “гонорар за одиницю послуг”.

Канада. Канадська система охорони здоров'я спирається на національне медичне страхування. Такий принцип запроваджено 1971 року замість іншої системи, подібної до нині існуючої в США. Нова система створена урядами провінцій, унаслідок чого існують десять незалежних планів охорони здоров'я. Федеральний уряд і уряди провінцій покривають приблизно рівні частки загальних витрат на охорону здоров'я, що становлять три чверті усієї суми. Решта надходить із приватних джерел. Частка пацієнта у безпосередній оплаті медичних витрат невелика.

Система охоплює абсолютно усе населення і усі види послуг. Адміністрація страхування у Канаді поглинає 3 % від усіх видатків на охорону здоров'я, тоді як у США — близько 15 %. Власність на лікарні залишається найчастіше власністю незалежного добровільного сектора. Праця лікарів оплачується на договірній основі за принципом “гонорар за одиницю послуг”.

Таким чином, це “монопольна страхова система, а не громадське обслуговування; монополія, підтримувана правовим витісненням приватних страхувальників...”

Об'єднане Королівство. В Об'єднаному Королівстві існує Національна система здоров'я, що фінансується за рахунок загального оподаткування, а також приватна охорона здоров'я, заохочувана у найрізноманітніші способи центральним урядом протягом останніх років, але вона залишається невеликою за обсягом.

На відміну від Канади, в Об'єднаному Королівстві перебувають під державним контролем і страхування, і постачання охорони здоров'я. Національну охороноздоровчу політику визначає центральний уряд, але, незважаючи на національне фінансування, медична служба децентралізована, що дає змогу дотримуватися автономії на місцевому рівні, коли йдеться про визначення природи місцевих потреб, першочерговості тих чи інших програм і використання державного бюджету.

Загальний бюджет Національної системи здоров'я уточнюється на конкурентних засадах разом з іншими національними програмами, а потім розподіляється за окремими територіями за формулою потреб (у якій враховано кількість населення, його склад за віком і статтю та показники стану здоров'я). Як і в Канаді, здійснюється перспективне фінансування охороноздоровчих закладів, але в Об'єднаному Королівстві власником таких закладів виступає держава. На відміну від Канади, є потенційна можливість втручання у систему розподілу як таку.

Щодо розподілу витрат, то пацієнт на медичні послуги витрачає незначні кошти, хоча на деякі види витрат — фармакологічні препарати, стоматологічні послуги, окуляри — відсоток безпосередньої виплати протягом останніх років зростає.

Усі громадяни країни мають право на отримання медичних послуг у межах Національної системи здоров'я, що вказує на географічну і соціально-класову рівність.

Увесь лікарняний персонал складається із службовців громадського сектора. З іншого боку, фахівці закладів, де подається первинна медична допомога, працюють у Національній системі здоров'я на контрактній основі. Лікарі в стаціонарах отримують фіксовану зарплату; загально практикуючі терапевти отримують платню відповідно до кількості пацієнтів, подушно, але почасти і за принципом “гонорар за послугу”. Лікарі мають право працювати одночасно на Національну систему здоров'я і в приватному секторі, що найчастіше й роблять. В останньому варіанті оплата здійснюється за принципом “гонорар за послугу”.

Індивідуальні контракти поза системою Національної охорони здоров'я не можливі. Ті, хто користується послугами приватного сектора, страхуються через групи або компанії. Переважна більшість вимог щодо виплати страхового відшкодування пов'язана з негострою хірургією.

При аналізі цієї проблеми слід звернути увагу на те, що організація надання медичної допомоги істотно різняється у різних країнах: від цілком недержавної системи до виключно державної. В одних країнах медична допомога надається тільки при невідкладних станах, в інших — створена система медичного страхування або організована повна державна система.

На жаль в Україні відсутній Закон “Про обов'язкове державне медичне страхування”. Натомість нині існує лише добровільне медичне

страхування, яке безумовно неспроможне повноцінно забезпечити реформування охорони здоров'я на засадах страхової медицини.

Принципи добровільного медичного страхування

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. У межах цього страхування передбачається оплата медичних послуг понад програму обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до лікувально-профілактичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування.

Програми добровільного медичного страхування різняться переліком медичних послуг; контингентом застрахованих; переліком лікувальних установ, що їх пропонує страхова компанія для виконання програми добровільного медичного страхування; вартістю надаваних послуг.

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування видів страхування, в яких відповідальність страховика виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату за цими видами страхова компанія здійснює у вигляді фіксованої страхової суми або добових. Добровільною формою охоплені й ті види страхування, згідно з якими відповідальність страхової компанії настає в разі звернення страхувальника до лікувально-профілактичної установи за отриманням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування.

Виникнення добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування обмежені.

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему добровільного медичного страхування вдається залучити найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи якість медичних послуг.

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на отримання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування

ґрунтується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані та лікувально-профілактичні установи.

Страховиками у сфері добровільного медичного страхування є незалежні страхові компанії, які мають статус юридичної особи, ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування.

Страхувальниками в системі добровільного медичного страхування є дієздатні особи або юридичні особи. Страхувальники — фізичні особи, які мають право укладати договори страхування на свою користь або на користь третіх осіб. Основними страхувальниками з добровільного медичного страхування є підприємства, які укладають договори колективного страхування на користь своїх працівників або окремих професійних груп. Підприємства сплачують страхові внески з отриманого прибутку.

Застраховані — це фізичні особи, на користь яких укладаються договори страхування. Якщо фізична особа укладає договір страхування відносно себе самої, то страхувальник і застрахований є однією особою.

Страхові медичні організації укладають із лікувально-профілактичними установами договори про співробітництво щодо надання медичної допомоги і лікування застрахованих за умови договорів добровільного медичного страхування. Договір передбачає контроль за якістю надання застрахованим медичних послуг, відповідності останніх переліку, що гарантується програмою добровільного медичного страхування.

Добровільне медичне страхування проводиться в межах створених страховою медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним. Для колективної форми страхування характерне те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб. При індивідуальній формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян.

За строками укладення договору добровільне медичне страхування може бути коротко- або довгострокове.

У медичному страхуванні страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії відповідного договору до медичної установи у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми або інших нещасних випадків з метою дістати консультативну,

профілактичну або іншу допомогу, яка потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого договору страхування.

Договір добровільного медичного страхування укладається на підставі заяви страхувальника. Факт укладення договору засвідчується страховим полісом. Як договір, так і поліс можуть мати типову форму, рекомендовану для використання страховикам.

Обов'язок страхової медичної організації полягає не лише в ознайомленні страхувальника з правилами страхування, а й у тому, щоб додати правила страхування до страхового полісу. Водночас страхова організація може до страхового полісу додати витяг із правил страхування, які є важлими для застрахованого, але до страхового полісу не ввійшли.

Договір добровільного медичного страхування включає в себе такі умови: найменування страхувальника, застрахованих, кількість застрахованих осіб, об'єкт страхування, обсяг страхової відповідальності, страхову суму, строк дії договору страхування, порядок виплати страхового забезпечення, тарифні ставки. У договорі страхування визначається розмір страхових внесків і порядок їх сплати, умови й строки вступу договору в силу, а також його припинення, порядок визначення і виплати страхового забезпечення, можливість і порядок зміни початкових умов договору страхування, права та обов'язки сторін, інші умови.

Добровільна форма медичного страхування передбачає надання страхувальникові ширшого права вибору лікарів-спеціалістів, а також установ для отримання необхідної допомоги; поліпшене утримання в стаціонарі, лікувально-відновлювальній установі; збільшений за строками лікарняний патронаж, догляд на дому та ін.

Обсяг зобов'язань страховика за договором добровільного медичного страхування визначається переліком страхових випадків, у разі настання яких у страховика виникає обов'язок провести страхову виплату.

При укладенні договору страхувальником обирається програма добровільного медичного страхування.

Страховою сумою в добровільному медичному страхуванні є граничний рівень страхового забезпечення, який визначається згідно з переліком і вартістю медичних послуг, передбачених договором страхування.

Страхові внески, сплачені страхувальником, залежать від обраної програми добровільного медичного страхування, строку страхуван-

ня, тарифної ставки та інших умов, передбачених договором страхування. Що ширший перелік подій, за які страхова компанія несе відповідальність, то вищий розмір страхового внеску.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування мають установлюватися за згодою страховика та медичної установи, що надає відповідні послуги. Тарифна ставка розраховується страховиком на основі статистичних даних про звернення за медичною допомогою та тривалість лікування. Іноді тарифна ставка диференціюється залежно від статі, віку і стану здоров'я застрахованої особи.

Послуги з добровільного медичного страхування можна поділити на види, які передбачають виплати, не пов'язані з вартістю лікування і які забезпечують компенсацію витрат на лікування (страхування витрат на перебування в лікарні; страхування хірургічних витрат, страхування витрат на післяопераційний догляд і т. ін.). Для застрахованих найбільший інтерес становлять види договорів, які гарантують не лише оплату, а й можливість отримати медичну допомогу.

У разі втрати здоров'я застрахованим у зв'язку із захворюванням або нещасним випадком страхова компанія оплачує рахунки лікувального закладу, виходячи з фактичної кількості днів лікування застрахованого за встановленими в договорі щоденними нормативами вартості лікування.

Лікувально-профілактичні установи так само, як і при обов'язковому медичному страхуванні, повинні нести економічну відповідальність за надання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. У разі порушення лікувально-профілактичним закладом медико-економічних стандартів страхова організація може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг.

Добровільна форма медичного страхування дає змогу громадянам, які виїждять за кордон, укласти договори страхування (*асистанс*) на випадок раптового захворювання, тілесних пошкоджень унаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном. Головна мета "*асистансу*" — негайне реагування у надзвичайних обставинах, надання клієнтові моральної, медичної, а також технічної допомоги.

До реформування охорони здоров'я належить також і переорієнтація політики з охорони здоров'я. Наприклад, в останні роки в Канаді на перший план висунуто раціональне харчування, стабільність

екосистеми, адекватні житлові умови, оздоровлення умов праці та ін. Канадська модель ґрунтується на тезисі, що поліпшення здоров'я суспільства наперед пов'язане з підтримкою здоров'я та профілактикою захворювань, а не з покращанням надання медичної допомоги.

У порівняльному аспекті слід висвітлити тенденції щодо реформ охорони здоров'я кількох країнах. Аналізуючи різні моделі системи охорони здоров'я, потрібно звертати увагу на позитивні та негативні сторони, характерні для різних країн.

У певному відношенні цікава шведська модель охорони здоров'я, що побудована на принципі однакових можливостей для кожного члена суспільства, як у створенні здорового способу життя, так і в доступності медичних послуг. Всебічна система страхування на випадок хвороби охоплює практично усі верстви населення Швеції. В останнє десятиліття у системі охорони здоров'я Швеції стали помітними такі тенденції:

- зниження загальної кількості ліжок-місць та тривалості перебування в стаціонарі;
- зростання кількості районних лікарень та мережі будинків сестринського догляду;
- зменшення кількості приватно практикуючих лікарів.

Недоліком шведської моделі охорони здоров'я є також:

- тенденція до зрівняння прибутків, що зменшує роль матеріального стимулювання;
- превалююча роль державних структур в управлінні системою охорони здоров'я породжує бюрократизацію та сприяє зниженню ефективності медичної допомоги.

Для порівняння слід проаналізувати систему охорони здоров'я в одній з країн з відсутністю страхової системи фінансування галузі. Прикладом такої системи може бути англійська система охорони здоров'я. Основна частина коштів формується в центральному бюджеті та розподіляється згори донизу за управлінською вертикаллю. Централізоване фінансування дає змогу утримувати зростання вартості лікування. Урядові реформи Великої Британії використовують два основні механізми зростання ефективності фінансування державою системи охорони здоров'я: по-перше, зростання конкуренції серед лікарень та інших структур, що надають послуги; по-друге, нові організаційні підприємства, спрямовані на зростання місцевої автономії та незалежності управління у межах національної системи охорони здоров'я.

Тема 2. Медичний поліс

Еталони розв'язання завдань

Завдання 1. Страховий медичний поліс — документ, який підтверджує право власника на надання йому медичної допомоги у межах програми обов'язкового (добровільного) медичного страхування, а саме.

- поліс гарантує отримання безоплатної медичної допомоги у межах базової програми;
- дія поліса поширюється на територію України;
- особа, яка працює, отримує поліс за місцем роботи;
- пенсіонер, який не працює, може отримати поліс у страховій компанії, яка проводить страхування непрацюючих осіб у районі проживання пенсіонера.

Завдання 2. Медичну допомогу без поліса можуть надати при ургентних станах.

Якщо пацієнт не може назвати страхову медичну організацію, лікувально-профілактичний заклад має уточнити ці питання з фондом обов'язкового медичного страхування.

Завдання 3. При втраті страхового медичного поліса застрахований повинен особисто чи через представника страховальника повідомити про це страхову медичну організацію, яка зобов'язана видати дублікат поліса за плату в сумі 10 % від мінімального розміру оплати праці. Втрачений поліс вважається недійсним, про що страховик, не пізніше п'яти днів після отримання повідомлення про втрату, повідомляє зацікавлені медичні організації і страховий фонд.

Змістовий модуль II. Реформування системи охорони здоров'я України на засадах страхової медицини

Аналітичне завдання

Розробити проект “Особливості надання медичної допомоги в умовах страхової медицини”, який має містити такі розділи:

1. Концепція. Пріоритетним напрямом у реформуванні системи охорони здоров'я України визначено надання медичної допомоги населенню на засадах страхової медицини. Вона має ґрунтуватись на обов'язковому державному медичному страхуванні. Добровільне медичне страхування відіграє при цьому допоміжну роль.

Світовий досвід свідчить, що країни, в яких запроваджено страхову медицину, мають достатньо високий показник доступності та якості надання медичних послуг. Організація охорони здоров'я, яка

забезпечує право кожного громадянина на отримання медичної допомоги, може забезпечуватися системою страхової медицини. Страхова медицина вирішує питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню. Враховуючи це, у наш час найактуальнішою є розробка і впровадження правових, організаційних та економічних складових моделі надання медичної допомоги на засадах страхової медицини. Передувати цьому процесу, безумовно, має широкомасштабна навчальна, освітня і роз'яснювальна робота серед фахівців та широких верств населення.

2. Мета. Створити модель ефективної системи надання медичної допомоги, адаптованої до сучасних соціальних та ринкових умов господарювання.

Це передбачає: підвищення ефективності надання медичної допомоги населенню, передусім соціально незахищеним категоріям; забезпечення доступності до якісної та високотехнологічної медичної допомоги.

Шляхи досягнення мети: ухвалення Закону “Про обов’язкове державне соціальне медичне страхування”; розробка нормативно-правових актів та механізму їх впровадження щодо реалізації програми надання медичних послуг в умовах страхової медицини; визначення джерел фінансування проекту та механізмів його подальшого впровадження на державному рівні.

Цільові групи:

1. Представники влади усіх рівнів.
2. Медичний персонал та забезпечуючі групи фахівців (юристи, економісти, працівники страхових компаній та ін.).
3. Представники споживачів медичних послуг.

3. Складові проекту:

1. Розробка моделі центрів страхової медицини:
 - положення про Центр страхової медицини;
 - структура підрозділів, укомплектування штатами та обладнанням;
 - перелік та вартість послуг;
 - рекомендований механізм фінансування нових центрів.

2. Створення нормативно-правової бази, необхідної для впровадження розробленої моделі у пілотних регіонах.

3. Впровадження нової моделі центрів страхової медицини у пілотних регіонах.

4. Розробка навчальних програм і проведення тренінгів для майбутніх працівників центрів страхової медицини.

5. Інформаційно-роз'яснювальна робота серед населення:

- роз'яснювальна робота про роль та переваги страхової медицини;
- права і обов'язки пацієнтів;
- оформлення документації по страховій медицині.

6. Розробка рекомендацій для впровадження моделі страхової медицини на загальнодержавному рівні.

ДИДАКТИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Тема 11. Сучасні особливості розвитку страхової медицини в Україні

Концепція державної програми “Обов'язкове державне соціальне медичне страхування”. Загальна характеристика проблеми медичного страхування.

При аналізуванні проблеми потрібно звернути увагу насамперед на те, що сучасна система охорони здоров'я України загалом і система медичного страхування зокрема, як і, власне, сама держава знаходяться у незадовільному стані. У системі охорони здоров'я України існують дві основні проблеми — недостатність фінансових коштів і низька якість медичного забезпечення. Оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна держава має визначити власні пріоритетні, керуючись політичною системою, традиціями, економічним станом та іншими параметрами. Одним із таких визнаних у світовій практиці ефективних джерел є медичне страхування, яке у багатьох розвинених країнах становить основу страхової медицини.

Аналізуючи цю проблему потрібно визначити, який вид медичного страхування для України є пріоритетним? Як відомо у світі існують два основні види медичного страхування: обов'язкове і добровільне. Слід звернути увагу на те, що кожний вид страхування має свої недоліки. Враховуючи ту обставину, що в Україні діє лише добровільне медичне страхування потрібно акцентувати увагу передусім

на його певні недоліки з метою їх якомога максимального усунення. До останніх належать: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги, жорсткий добір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат, витратний порядок фінансування, залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.

Розробка та вибір системи фінансування медичного страхування. Як відомо в багатьох країнах не виділяють внески на обов'язкове медичне страхування з інших внесків на соціальне страхування і збирають з працівників та підприємців уніфіковані внески, які коливаються від 9 до 20 %.

Роль медичного страхування у загальній системі охорони здоров'я різних країн світу добре висвітлює загальний аналіз джерел його фінансування. При аналізі теми обов'язково треба звернути увагу на моделі фінансування охорони здоров'я.

У більшості країн світу використовуються три моделі фінансування охорони здоров'я: *із суспільних фондів споживання, з приватних фондів та із змішаних фондів.*

Особливістю першої моделі є те, що для збору коштів у суспільний фонд медичного забезпечення використовуються два канали: податки або внески у суспільні фонди медичного страхування. Обидва методи, в основному, ґрунтуються на розмірах доходів, але оподаткування може від розміру доходу і не залежати. Система фінансування із суспільних фондів може також бути змішаною: за рахунок податків та одночасно і за рахунок страхових внесків. Наприклад, за рахунок податків в основному здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великій Британії, Канаді.

На суспільному страхуванні, в основному, заснована схема фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Нідерландах.

Рівні оподаткування можуть бути різними. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється на загальнодержавній системі оподаткування, регіональній системі, а також на системі податків місцевого значення.

Першій моделі фінансування охорони здоров'я певною мірою відповідають загальновідомі системи організації охорони здоров'я, які у "чистому вигляді" на практиці не існують, але організацію охорони здоров'я кожної країни можна умовно віднести до однієї з *трьох систем:*

1) система Беверіджа — заснована на фінансуванні охорони здоров'я переважно з державного бюджету і основним провідником якої стала національна система охорони здоров'я Великої Британії;

2) система Бісмарка — заснована на фінансуванні охорони здоров'я переважно за рахунок суспільного обов'язкового страхування на випадок хвороби і була вперше введена у 1881 р. в Німеччині.

3) система Семашко — заснована на фінансуванні охорони здоров'я переважно з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави, і основним провідником якої стала національна система охорони здоров'я Радянського Союзу. Модель широко використовується в колишніх країнах соціалістичної співдружності, в тому числі й в Україні.

Друга модель — система приватного фінансування — практично зовсім не використовує фінансування охорони здоров'я із суспільних фондів. Такі системи можуть функціонувати у формі приватних страхових фондів охорони здоров'я, використовувати внески виключно з приватних джерел або прями виплати виробнику медичних послуг, а також у вигляді комбінації цих трьох джерел фінансування.

У багатьох країнах світу існує третя модель фінансування охорони здоров'я — суспільно-приватна, яка має три найпоширеніші варіанти:

1) із суспільних фондів та з приватних страхових фондів (Нідерланди);

2) з приватних страхових фондів та із суспільних фондів на обслуговування специфічних груп населення (суспільне фінансування для бідних і пристарілих через такі системи, як Медикейт і Медикер у США);

3) із суспільних та приватних страхових фондів.

Отже, моделі фінансування систем охорони здоров'я, що склалися, враховуючи світовий досвід, історичні особливості окремих країн, продовжують розвиватися і змінюватися, і в “чистому вигляді” на практиці не існують. Свідченням цьому є те, що серед країн ринкової економіки найбільше державне бюджетне фінансування має система охорони здоров'я в Англії — 73,1 %, найменшу в Швеції — 44,0 %. Водночас фінансування системи охорони здоров'я здійснюється переважно за рахунок суспільного медичного страхування: у Швеції — 44,8 %, в Італії — 40,6 %, в Іспанії 40,0 %, а в США — за рахунок приватного медичного страхування — 31,2 %.

Слід відзначити важливу особливість систем фінансування охорони здоров'я за рахунок медичного страхування — усі вони забезпечують лікування громадян у випадку їх хвороби, але заходи щодо профілактики хвороб і зміцнення здоров'я ними практично не передбачаються. У багатьох випадках умови страхування практично виключають надання послуг, які не були чітко визначені як лікувальні. Аналізуючи різні моделі фінансування охорони здоров'я треба визначитись, яка з моделей найбільш вдалою може бути для України. Потрібно також враховувати досвід країн “молодої” демократії. Зокрема, досвід використання медичного страхування для фінансування охорони здоров'я в Угорщині, Чехії, Латвії, Естонії та інших країнах, які реформують систему медичного забезпечення, свідчить про наявність кількох проблем, що потребують обов'язкового розв'язання.

По-перше, це структурний дефіцит, який породжується через те, що внески працівників повинні компенсувати потреби найбільших споживачів послуг охорони здоров'я — непрацездатного населення.

По-друге, використання для внесків відрахувань від заробітної плати призвело до значного збільшення вартості робочої сили, що спонукає до безробіття та її переходу в тіньовий сектор.

По-третьє, держава втрачає контроль за витратами, оскільки розміри відрахувань і витрат визначаються переважно незалежними фондами медичного страхування.

По-четверте, багато проблем виникає при визначенні механізмів розподілу коштів між виробниками медичних послуг — лікарнями і лікарями. Виникає проблема надмірної медичної допомоги (лікарю вигідно пропонувати хворому додаткове, досить дороге лікування, яке має оплачувати страхова компанія). Стрімке подорожчання медичних послуг стало проблемою усіх країн, які фінансують охорону здоров'я за принципом “оплати наданих послуг”. Для запобігання цьому процесу слід передбачити обмеження рівня витрат, розробити ретельно сплановану та регульовану систему оплати конкретних послуг.

У різних країнах світу питання про співіснування базових державних і приватних систем вирішується по-різному. У ФРН передбачена можливість виходу певної категорії населення з державної системи та її участь у приватному страхуванні за умови контролю держави за її якістю. У Франції державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні.

Обов'язкове медичне страхування ґрунтується на таких принципах: загальності, державності, некомерційності.

Принцип *загальності* полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на отримання медичних послуг. Принцип *державності* означає, що кошти обов'язкового медичного страхування — це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення. *Некомерційний* характер обов'язкового медичного страхування ґрунтується на тому, що його здійснення і прибуток — несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування не може бути засобом збагачення, а є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування.

Характерним для обов'язкового медичного страхування є те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у визначений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

Обов'язкове медичне страхування передбачає, що сплата страхових внесків може покладатися як на підприємців, так і на працівників. Частка кожної із сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування.

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частка фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

При аналізованні цієї проблеми треба акцентувати увагу на тому, що в основу проведення обов'язкового медичного страхування закладається програма обов'язкового медичного обслуговування. Ця програма визначає обсяги й умови надання медичної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Вибір форми медичного страхування у кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування.

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страхувальники, застраховані, страховики, лікувально-профілактичні установи. У разі централізованої системи медичного страхування до його суб'єктів належить і фонд охорони здоров'я.

До страхувальників у галузі обов'язкового медичного страхування належать юридичні особи і держава. Юридичні особи є страхувальниками для працюючого, а держава — для непрацюючого населення. Застраховані — це фізичні особи, на користь яких укладаються договори страхування. Страховики — це незалежні страхові компанії, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. Страхові медичні компанії за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян.

Страхові медичні організації несуть відповідальність за необґрунтовану відмову укласти договір обов'язкового медичного страхування, несвоєчасне внесення платежів зі сплати послуг медичної установи, невиконання умов договору медичного страхування. Якщо страхова медична установа не відповідає обґрунтованим умовам застрахованого, він має право розірвати договір з цією страховою медичною установою і укласти з іншою.

Головне призначення страхової медичної організації в системі обов'язкового медичного страхування полягає в тому, щоб при оплаті рахунків медичних установ контролювати якість наданих медичних послуг і їх відповідність медико-економічним стандартам.

Загальновідомо, що одним із ключових недоліків системи охорони здоров'я України є низька якість медичної допомоги.

Під якість медичної допомоги слід розуміти виконання медичним персоналом професійних функцій, ефективне використання ресурсів, ступінь ризику для застрахованих, задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням. Для контролю за якістю медичних послуг у страхових медичних організаціях створюються зазвичай спеціальні експертні комісії, які мають перевіряти в лікувально-профілактичних установах правильність установленого діагнозу, лікування тощо. Коли в

результаті перевірки виявляється порушення з боку медичної установи, то до неї можуть бути застосовані певні санкції. Отже, страхові медичні організації захищають права та інтереси громадян при отриманні ними медичної допомоги згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. Страхова медична організація може замінити медичну установу, в якій обслуговується застрахований.

Страхові медичні компанії здійснюють свою діяльність на основі договорів про співробітництво з медичними організаціями.

Лікувально-профілактичні установи як суб'єкти обов'язкового медичного страхування представляють собою ті медичні установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. Ліцензія — це державний дозвіл медичній установі на здійснення нею певних видів діяльності і послуг за програмою обов'язкового медичного страхування. Ліцензію повинна мати будь-яка медична установа незалежно від форми власності. Крім того, вона має пройти акредитацію на відповідність установленим професійним стандартам.

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної організації надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні строки. У договорі встановлюється обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат. За надання медичних послуг медичні організації отримують плату.

Медичні установи несуть відповідальність за відмову в наданні медичної допомоги застрахованій стороні, невідповідність медичних послуг за обсягом та якістю умовам договору зі страховою медичною організацією.

Медична допомога в системі медичного страхування може бути надана і самостійно практикуючими лікарями, які мають на це право.

Розрахунки з лікувально-профілактичними установами здійснюються страховими організаціями за фактично надану застрахованим медичну допомогу чи послугу. Це забезпечує контроль за якістю медичної допомоги та використанням коштів, дає можливість створити економічні стимули для поліпшення обслуговування застрахованих громадян у медичних закладах.

Система обов'язкового медичного страхування зобов'язує страховальників укладати відповідні договори, згідно з якими вони мають право на отримання медичних послуг, перелік і обсяг яких встанов-

люється програмою обов'язкового медичного страхування, у медичних установах, включених до системи обов'язкового медичного страхування. При укладенні договору страховик видає страхувальникові страховий договір, а застрахованому — страховий поліс, який має силу договору. У договорі обов'язкового медичного страхування визначається, що страхова організація бере на себе зобов'язання з оплати медичних та інших послуг, що їх було надано застрахованим згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. У свою чергу, страхувальник зобов'язується сплачувати внески страховій організації. Договором обумовлюються розмір, строки і порядок внесення страхових внесків, строк його дії, відповідальність сторін у разі невиконання умов договору, а також порядок вирішення спорів.

Мета програми — створити умови, які забезпечать реалізацію права кожного громадянина на отримання медичної допомоги. Це може бути забезпечено системою страхової медицини. Вона вирішує питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Шляхи та способи розв'язання проблеми

Для розв'язання проблеми у Програмі необхідно передбачити заходи щодо:

- ухвалення Верховною Радою України Закону “Про обов'язкове державне соціальне медичне страхування”;
- удосконалення нормативно-правової бази стосовно укладення договорів між медичними установами (окремими лікарями) і страховими медичними організаціями, які передбачають обов'язок медичної організації надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні строки. У договорі встановлюється обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат;
- контролю за якістю медичних послуг. Для цього у страхових медичних організаціях створюються зазвичай спеціальні експертні комісії, які мають перевіряти в лікувально-профілактичних установах правильність встановленого діагнозу, лікування тощо. Коли в результаті перевірки виявляється порушення з боку медичної установи, то до неї можуть бути застосовані певні санкції;

- забезпечення страховими медичними організаціями захисту прав та інтересів громадян при отриманні ними медичної допомоги згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. Страхова медична організація може замінити медичну установу, в якій обслуговується застрахований;
- здійснення оплати медичної допомоги, яку страхові медичні компанії проводять за рахунок сформованих страхових фондів;
- розробка мінімально необхідного переліку медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Основні очікувані результати

Виконання Програми сприятиме:

- зменшенню соціальної напруги в суспільстві, пов'язаної з низьким рівнем доступності більшості населення до якісної медичної допомоги;
- покращанню демографічної ситуації в Україні;
- підвищенню середньої тривалості життя в Україні;
- підвищенню якості життя;
- зменшенню рівня інвалідизації населення.

Фінансове забезпечення виконання Програми

Фінансування Програми планується здійснювати у межах видатків, що передбачаються в державному та місцевих бюджетах, а також за рахунок відрахувань, передбачених “Законом про обов'язкове державне соціальне медичне страхування”.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. *Бойчук В.* Державне управління Буковиною у складі Австро-Угорської держави кінця XIX — початку XX ст. як перший етап євроінтеграції в історії України // Ефективність державного управління в контексті глобалізації та євроінтеграції: Матеріали наук.-практ. конф. / За ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. — К.: Вид-во НАДУ, 2003. — Т. 1. — С. 229–232.
2. *Ермилов В. С.* Медицинское страхование в Южной Украине (1890–1930-е годы) / Под ред. проф. Б. П. Крыштопы. — Николаев: МП “Возможности Киммерии”, 1997. — 217 с.

3. Крутик А. Б., Никитина Т. В. Организация страхового дела: Учеб. пособие. — СПб.: Изд. дом “Бизнес-пресса”, 1999. — 308 с.
4. Москаленко В. Ф. Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 4–12.
5. Москаленко В. Ф., Пономаренко В. М. Реформа системи охорони здоров'я України // Військова медицина України. — 2001. — № 2. — Т. 1. — С. 121–126.
6. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. та ін. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я: Огляд літ-ри // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 4. — С. 85–89.
7. Педченко Т. В. Державне управління системою охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування: Автореф. ... дис. канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — К., 2005. — 20 с.
8. Положение о доступности медицинской помощи: Принято 40-й Всемирной медицинской ассамблеей, Вена, Австрия, сентябрь 1988 г. // Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. — К.: Сфера, 1999. — С. 39–40.
9. Радши Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія / Передм. і заг. ред. проф. Н. Р. Нижник. — К.: Вид-во УАДУ. — 2001. — 360 с.
10. Радши Я. Ф. Медичне страхування: Навч. посіб. — Вид-во НАДУ, 2005. — 88 с.
11. Радши Я. Ф. Основи менеджменту: Метод. рек. та курс лекцій. — К., 1997. — С. 277–285 (Модель роботи медичної служби в умовах державного страхування військовослужбовців та медичного страхування населення).
12. Рудень В. В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посіб. — Л.: Обл. книжкова друк., 1999. — 304 с.
13. Рудий В. Регуляторна основа для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні // Гл. врач. — 2004. — № 6. — С. 67–73.
14. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. — К.: Сфера, 2005. — 272 с.

15. *Салтман Р. Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 432 с.
16. *Скुरатівський В. А., Палій О. М., Лібанова Е. М.* Соціальна політика. — К.: Вид-во УАДУ. — 2003. — 364 с.
17. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка.* — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — С. 381–409.
18. *Справочник по страховому бизнесу / Под ред. проф. Э. А. Уткина.* — М.: ТАНДЕМ; ЭКМОС, 1998. — 416 с.
19. *Страхові послуги: Навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / За заг. ред. Т. М. Артюх.* — К.: КНЕУ, 2000 — 124 с.
20. *Страховое дело в вопросах и ответах: Учеб. пособие для студ. экон. вузов и колледжей. / Сост. М. И. Басомов.* — Ростов н/Д: Феникс, 1999. — 576 с. (Сер. “Учебники, учебные пособия”).
21. *Страховання: Навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / О. О. Гаманкова, Г. М. Артюх, С. В. Горянська та ін.; За заг. ред. О. О. Гаманкової.* — К.: КНЕУ, 2000. — 120 с.
22. *Таркуцяк А. О.* Страховання: Навч. посіб. — К.: Вид-во Європ. ун-ту фінансів, інформ. систем менеджменту і бізнесу, 2000. — 115 с.
23. *Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / Кол. авт.: Упоряд. М. П. Бойчак, Я. Ф. Радиш; Передмова та заг. ред. В. Я. Білий, Б. П. Криштопа.* — К.: Преса України, 2001. — 240 с.
24. *Тыченко-Соломко И.* Здоровье за деньги // Корреспондент. — 2004. — № 9. — С. 32–40.
25. *Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я / За ред. О. В. Басевої, І. М. Солоненка.* — К.: МАУП, 2007. — 373 с.
26. *Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я України: нові законодавчі ініціативи: Матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 27 лют. 2004 р., Київ.* — 2004. — 255 с.
27. *Экономика и организация медицинского страхования / Учебник.* — Хабаровск, 1995. — 278 с.

Додаткова

28. *Вартанян Ф. Е., Степанова Н. И., Владимировна Л. И.* Здравоохранение и здоровье населения Швеции // Сов. здравоохранение. — 1987. — № 7. — С. 47–51.

29. Григорьев П. Реформы и здравоохранение в России: идти своим путем // Мед. газета. — 1996. — 2 сент.
30. Григорьева Н., Евтеева П. Италия: три кита здравоохранения // Мед. газета. — 1998. — 6 февр. — С. 12.
31. Григорьева Н., Чубарова Т. Опыт реформы здравоохранения в Великобритании. // Мед. газета. — 1997. — 4 апр. — С. 12.
32. Гурвич Э. Здравоохранение в Израиле // Провизор. — 1997. — № 1. — С. 11–12.
33. Демин А. К. Особенности финансирования и управления сферой охраны здоровья населения в некоторых экономически развитых странах // Мед. реферат. журн. — 1991. — № 1–6. — Разд. 16. — С. 25–29.
34. Закон України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” // Відомості Верховної Ради України. — 2000. — № 48. — Ст. 409.
35. Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням” (із змінами за станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
36. Закон України “Про страхування” (із змін. за станом на 23.12.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cg>.
37. Затмари М. Основы венгерской системы здравоохранения, опирающейся на страхование и семейных врачей // Мед. новости. — 1995. — № 3. — С. 50–52.
38. Исаева Л. Е. Обзор опыта внедрения модели регулируемой конкуренции в Голландии // Мед. страхування. — 1995. — № 3. — С. 25–49.
39. Калмыкова О. Парижские клиники // Мед. газета. — 1998. — 27 мая. — С. 9.
40. Конституція України. — 1996.
41. Лисицын Ю. Концепция охраны здоровья населения России // Врач. — 1994. — № 5. — С. 2–4.
42. Мереуце И. Е. Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова. — Кишинев: Штиинца, 1994. — 205 с.
43. Некрасова Л. С. Система здравоохранения Канады // Медицина Украины. — 1995. — № 3. — С. 10–11.

44. *Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування* // Відомості Верховної Ради України. — 1998. — № 23. — Ст. 121.
45. *Основи законодавства України про охорону здоров'я (із змін. за станом на 25.03.05)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
46. *Пенчас Ш., Шани М.* Реформирование государственной системы здравоохранения: опыт Израиля // *Международ. мед. журн.* — 1997. — Т. 3—4. — С. 90—95.
47. *Перелік платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти*: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 (із змін., внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 12.05.97 № 449, Рішенням Конституційного Суду України від 25.11.98 № 15-рп/98, Постановами Кабінету Міністрів України від 15.02.99 № 195 та від 11.07.02 № 989) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
48. *Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення*: Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005.
49. *Програма* подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955.
50. *Проект Закону України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування*: Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України І. Франчуком, Р. Богатирьовою, Л. Григорович, реєстр. № 4505 від 12 грудня 2003 р. // <http://www.rada.gov.ua>
51. *Проект Закону України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування*: Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України І. Шурмою та Я. Сухим, реєстр. № 4505-1 від 6 лютого 2004 р. <http://www.rada.gov.ua>.
52. *Проект Закону України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування*: Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України І. Шурмою та Я. Сухим, реєстр № 5771 від 9 липня 2004 р. <http://www.rada.gov.ua>

53. *Проект* Закону України про обов'язкове медичне страхування: Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України М. Добкіним та О. Морозовим, реєстр. № 3370-1 від 27 січня 2004 р. // <http://www.rada.gov.ua:8080>
54. *Проект* Закону України про обов'язкове медичне страхування: Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України М. Добкіним, О. Морозовим, В. Хомутинніком, реєстр. № 5655 від 16 червня 2004 р. // <http://www.rada.gov.ua>
55. *Проект* Закону України про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування: Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України М. Поліщуком, О. Римауком, Т. Бахтеєвою, В. Бондаренком, М. Лободою, М. Сятинею, реєстр. № 3370 від 8 жовтня 2003 р. // <http://www.rada.gov.ua>
56. *Рішення* Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти” (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 р.
57. *Рішення* Конституційного Суду України у справі за поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої ст. 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу), м. Київ, 29 травня 2002 . № 10-рп/202, справа № 1-13/2002.
58. Хаус Д. Общая врачебная практика во Франции // *Международ. мед. обзоры.* — 1994. — Т. 1–2. — С. 39–40.
59. Шарабчиев Ю. Т. Основные тенденции реформ здравоохранения за рубежом: Приватизация, национализация, страхование // *Мед. новости.* — 1995 — № 1. — С. 32–39.
60. Шведова Н. А. Здравоохранение: американская модель // *США: ЭПИ.* — 1991. — № 9. — С. 29–37.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| Пояснювальна записка | 3 |
| Зміст самостійної роботи з дисципліни “Страхова медицина” | 4 |
| Методичні поради до підготовки тем і завдань..... | 5 |
| Дидактичні матеріали до самостійної роботи..... | 16 |
| Список літератури..... | 25 |



| | |
|--------------------------|------------------------|
| Відповідальний за випуск | <i>А. Д. Вегеренко</i> |
| Редактор | <i>Т. М. Коліна</i> |
| Комп'ютерне верстання | <i>Т. Г. Замура</i> |

МАУП

Зам. № ВКЦ-3701

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП