МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економіки

**Реферат**

із курсу «Страхові послуги»

на тему:

**Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні**

Донецьк, 2010

**Зміст**

Вступ

1. Історія виникнення та розвитку медичного страхування в Україні

2. Світовий досвід медичного страхування

3. Обов’язкове державне медичне страхування в Україні: стан і перспективи впровадження

Висновки

Використані джерела

**Вступ**

Запровадження в Україні ринкової економіки супроводжується виникненням ряду соціальних проблем, серед яких слід відмітити збільшення диференціації в доходах населення, зростання рівня безробіття та загальне погіршення рівня життя населення. У зв’язку з цим однією з основних задач соціально-орієнтованої економіки держави виступає зважена податкова політика, забезпечення соціальної захищеності від безробіття та інфляції, забезпечення соціальних гарантій громадянам. Усі вищенаведені заходи можна об’єднати в одне поняття – соціальний захист.

Соціальний захист – це комплекс організаційно-правових та економічних заходів, спрямованих на захист добробуту кожного члена суспільства в конкретних економічних умовах. Результатом цих заходів є стан захищеності або безпека людини, особи. Таким чином до соціального захисту треба віднести соціальну допомогу, соціальне страхування, сімейну та гендерну політику, програми зайнятості, охорону здоров’я та ін.

Об’єктом дослідження даної роботи є один з видів соціального страхування, а саме медичне страхування, яке тісно пов’язане з іншим напрямком соціального захисту, таким як охорона здоров’я.

З соціально-економічної точки зору медичне страхування є однією з найважливіших складових національних систем охорони здоров’я. Актуальність даного питання полягає у тому, що медичне страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують найціннішому в особистому та громадському відношенні – здоров’ю та життю людини. Медичне страхування як форма соціального захисту у сфері охорони здоров’я представляє собою гарантії забезпечення медичною допомогою за любих обставин, у тому числі у зв’язку із хворобою та нещасним випадком.

Медичне страхування ознаменоване цілою низкою досліджень та публікацій. А саме, це праці таких фахівців як, М. Клімов, Н.Андріїшина, Е. Писанець, Є.Поліщук, М. Мних та інших вчених, якими розглянуто необхідність та особливості медичного страхування в Україні, а також проблеми та можливі шляхи їх вирішення.

Метою даної роботи є висвітлення існуючих проблем і перспектив розвитку медичного страхування в Україні.

Для досягнення поставленої мети планується вирішити такі задачі:

1. Зробити екскурс в історію виникнення медичного страхування в Україні та прослідити його розвиток.

2. Проаналізувати світовий досвід медичного страхування і можливість застосування його в нашій країні.

3. Розкрити сучасний стан і перспективи впровадження обов’язкового державного медичного страхування в Україні.

**1. Історія виникнення та розвитку медичного страхування в Україні**

Вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України наприкінці 80-х – початку 90-х років XIX ст. На той час прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у приватних загальнострахових товариствах. Страхування було найбільш прийнятним для підприємств середнього класу. Для малих підприємств воно було занадто відчутним у фінансовому плані, а для великих – вигідніше було виплатити потерпілому компенсацію за окремий нещасний випадок, 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, викликаних недосконалістю тогочасного виробництва і низькою кваліфікацією працюючих [2].

Згодом страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії – Миколаїв, Херсон, Єлізаветград. Але з часом виявилося, що така комерційна форма добровільного страхування у приватних страхових компаніях загалом невигідна.

У 1896 p. роботодавцями-страхувальниками губернії було сплачено компаніям-страховикам внески на суму, що становила 1,9% загального заробітку застрахованих робітників, а для потерпілих працівників від цих компаній було отримано страхових винагород в сумі, що становила всього 23,9% суми страхових внесків. Решта (76,1%) внесків роботодавців залишилася у прибутку страхових компаній [9].

Тому серед підприємців виникла ідея активної підтримки фабричної інспекції, в компетенції якої були і соціальні питання на виробництві, і запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі. У 1899 p. почало діяти «Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів і ремісників від нещасного випадку з їх робітниками і службовцями».

У 1912 р. в Російській Імперії вийшов закон, яким було введено обов'язкове медичне страхування. Особливостями обов'язкового страхування були поступовість його запровадження протягом декількох років, територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни), охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості. Відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці. Внески від нещасних випадків повністю складалися з відрахувань роботодавців, і суми їх залежали від ступеня небезпечності робіт [12].

Внески в лікарняні каси встановлювались їх правлінням і складались на 1/3 із внесків застрахованих і на 2/3 із доплат роботодавців. При цьому страхова допомога надавалась хоч і в недостатньому обсязі, але в суспільстві було розуміння того, що ця допомога повинна бути в одній організації в комплексі. Нагляд за діяльністю страхових організацій здійснювала фабрична інспекція [12].

Попри недоліки та недосконалість, становлення і діяльність медичного страхування в роки Першої Світової війни виявилися настільки ефективними, що передача в липні 1917 р. лікарняним касам лікувальної справи застрахованих і дозвіл на об'єднання кас в галузеві і загальноміські каси мали великий ефект [2]. У часи НЕПУ (1923 р.) на систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств України.

На початку 90-х років XX століття в Україні почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. Всі загальнострахові компанії почали займатися медичним страхуванням в різних обсягах. Протягом останніх років почало стихійно виникати добровільне страхування в некомерційній формі – так звані лікарняні каси. Але при відносно незначному поширенні добровільного медичного страхування комерційна форма і тут превалює. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України у 2000 р. медична допомога була надана майже 300 тис. добровільно застрахованим, при цьому надходження за їх лікування від комерційних компаній в декілька разів перевищують суми, зібрані лікарняними касами [14].

Із сучасним соціально-економічним станом країни, розбалансованістю, нестабільністю та продовженням спаду промислового виробництва пов'язано багато проблем в медичному страхуванню. Хоча перехід на ринкові відносини і покращив стан в окремих сферах, але в цілому народне господарство потребує комплексної, глибокої перебудови, що пов'язана з наданням соціального захисту населення України.

Таким чином, розвиток системи охорони здоров’я в Україні відбувається в умовах внутрішніх протиріч соціально-економічного розвитку держави. Як сама галузь, так і пацієнти потерпають від непослідовної соціально-економічної політики, нерівних умов для ведення медичної практики різними суб’єктами господарювання та несприятливого інвестиційного клімату в галузі охорони здоров’я. Через обмежене бюджетне фінансування, малоефективну фінансово-економічну систему, орієнтовану на екстенсивні показники, неврегульованість організаційно-правових і економічних засад на рівні закладів охорони здоров’я галузь знаходиться у кризовому становищі.

**2. Світовий досвід медичного страхування**

Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров’я. До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров’я: державне, через обов’язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма. Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування. В таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов’язкового медичного страхування, в той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги, де біля 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, являється Німеччина. Система медичного страхування створена в Німеччині ще в 1881 році.

Основним принципом німецької системи медичного страхування являється те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров’я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування. В Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Ним займається біля 1200 страхових кас (страхових фондів) побудованих по професійному принципу (шахтарі, фермери, моряки та ін.), по територіальному принципу та ерзац каси. Територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій, що не охоплені страхуванням на підприємствах. Всі три різновиди кас входять у систему керованого державою медичного страхування [10].

Головна функція уряду по відношенню до медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам закону, зокрема, забезпечення виконання страхових програм. У зв’язку з цим держава надає медичному страхуванню обов’язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, приймає участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам – страховим компаніям та асоціаціям лікарів значні функції в управлінні системою з наданням їм прав представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників [10].

У Франції медичне страхування було введено в 1910 році спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1928 року ці фонди були перетворені в страхові компанії. В теперішній час у Франції існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: могутня страхова організація – Національна страхова організація (національна каса страхування найманих робітників), яка знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й обіймає собою 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні і не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але, в цілому, підлягають адміністративному контролю з центру [1].

В Нідерландах медичне страхування зародилось в 1901 році і на той час являло собою декілька сот товариств взаємодопомоги та страхових компаній. В 1940 році почалось введення керованого медичного страхування, яке вимагало введення стандартизації в створенні системи медичного страхування у зв’язку з чим більшість невеликих компаній з’єднались в більш великі страхові фонди. Діяльність територіальних страхових організацій в теперішній час регулюється Центральною Радою страхових фондів, яка складається із представників роботодавців, профспілок, медичних асоціацій, органів управління [7].

До 1990 року 60% населення Нідерландів знаходилось в системі регульованого страхування. Більш як 30% населення були застраховані у приватних страхових компаніях. Приватний сектор страхування намагається притягнути клієнтів меншим розміром страхового внеску. Біля 40% приватного страхування складають групові угоди страхування між підприємцями та страховими компаніями [11].

Реформи, проведені на початку 90-х років, відомі під назвою «план Деккера», замінили напрацьовані фрагментарні страхові програми на універсальну систему обов’язкового медичного страхування. Уведена єдина для всіх категорій населення ставка страхового внеску, розрахована як відсоток від фонду прибутку і не відображає індивідуальні ризики. Зібрані на цій основі кошти акумулюються в страховому фонді і потім повертаються страховику, якого вибрав клієнт. Платіж страховику виконується на основі зважених нормативів на одного застрахованого [7].

Один із найвисоких у світі життєвих рівнів має Швеція. У Швеції страхові закони по медичному страхуванню були видані в 1898 році. Всезагальне обов’язкове медичне страхування було введено в 1955 році. Воно обіймало всіх громадян у віці до 16 років. Національна система соціального страхування – загальна й обов’язкова для всього населення країни. Особисто медичне та стоматологічне страхування є його невід’ємною частиною. Управління всією системою виконується 26 регіональними бюро соціального страхування. Управління їх діяльністю виконує Національна Рада соціального страхування. Затрати на соціальне благо досягаються за рахунок 25% бюджету центрального уряду, 26% затрат несуть муніципальні та окружні ради та 48% витрат несуть роботодавці. Чисто на охорону здоров’я та медичну допомогу 18% коштів відраховує уряд, 51% місцеві органи влади, 31 % роботодавці. Однією з особливостей шведської системи страхування являється передача застрахованими до страховиків своїх юридичних прав по питанням медичного страхування [5].

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров’я, що обумовлює його державний характер із великим ступенем централізації управління. Закон про страхування, що прийнятий у 1912 році, ввів принцип обов’язковості, та охопив у коло обов’язкового медичного страхування третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму за невеликим винятком [11].

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров’я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров’я. 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 зі статті затрат на соціальні потреби [1].

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров’я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13% населення [11].

У США існує система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду із сіткою місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не несе адміністративних функцій, а потім розділяється страховим організаціям на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє в США в частині програм «Медікер» та «Медікейт». Ці системи обіймають більш ніж 20% населення, групове страхування по місцю роботи складає 58% населення та добровільного медичного страхування не по місцю роботи 2%. Біля 15% населення не мають доступу до медичного страхування і являють собою малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, що не мають системи медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично приводить до втрати медичної страховки [1].

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов’язане із трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в США - парадоксальне об’єднання недоліків та надмірностей. США витрачують на охорону здоров’я 11,5% валового прибутку – більш ніж будь-яка інша країна в світі і, в той же час, більш ніж 15% населення американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв’язку з відсутністю у них страхових медичних полісів [5].

У Канаді з 1971 року введена Національна система універсального медичного страхування, яка включає сплату всіх видів стаціонарної та амбулаторної допомоги окрім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Більш ніж 90% витрат на стаціонарну та амбулаторну допомогу компенсується із суспільних фондів. За рахунок прогресивного податку покривається 25% всіх затрат на охорону здоров’я [11].

Добровільне медичне страхування має незначний розвиток та забезпечує виплати тільки в тих сферах, які не покриваються універсальним страхуванням.

В Австралії основу системи медичного страхування складає програма «Медікер», згідно з якою всьому населенню сплачується 85% вартості різних медичних послу, окрім стоматологічної, оптикометричної та швидкої допомоги. Фінансування виконується за рахунок страхових внесків в розмірі 1% заробітної плати. Малозабезпеченим медичну допомогу надають безкоштовно в державних медичних закладах. Добровільне медичне страхування мало розвинуте та надає додаткові послуги [4].

Система медичного страхування у Японії складна та багатобічна. В 1984 році відбулось злиття декількох програм і в теперішній час функціонує дві програми: державна та суспільна. Страхуванню підлягають всі працівники на підприємствах із числом працюючих 5 та більше чоловік, а також члени їх сімей. Сума страхового внеску нараховується зі стандартного заробітку, що визначається щомісячно. Страхові компанії також проводять добровільне медичне страхування для підвищення комфортності обслуговування, використання дорогих медикаментів та медичних технологій [8].

Отже, виходячи з вищенаведеного огляду можливо зробити лише один висновок, що альтернативи медичному страхуванню не має. Медичне страхування – це єдиний шлях виходу охорони здоров’я України з глибокої економічної й соціальної кризи.

Хочеться мати надію, що Україна, при запровадженні страхової медицини, нової системи надання медичної допомоги, введення платної медицини та системи оплати за надані послуги перейме саме позитивний світовий досвід та врахує ті помилки, через які пройшли інші країни, а не буде винаходити власний велосипед, як завжди, чомусь, з квадратними чи трикутними колесами.

**3. Обов’язкове державне медичне страхування в Україні: стан і перспективи впровадження**

Організація охорони здоров’я, яка забезпечує право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, може бути забезпечена системою страхової медицини. За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров’я.

Важливим елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Воно може проводитися в обов’язковій і добровільній формах. Вибір форми медичного страхування в 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.

Принцип обов’язкового медичного страхування діє, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах.

Медичне страхування, яке провадиться в обов’язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов’язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов’язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю [12].

Обов’язкове медичне страхування базується 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 одержання 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 (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов’язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток від проведення обов’язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення [15].

За умовами обов’язкового медичного страхування роботодавці мають відрахувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які отримуються із заробітної плати працюючих. Частина кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров’я [16].

В основу проведення обов’язкового медичного страхування закладаються програми обов’язкового медичного обслуговування. Ці програми визначають обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися [13].

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.

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов’язок медичної установи надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні строки (у межах програми обов’язкового медичного страхування). У договорі встановлюються обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат [6].

Розрахунки з медичними 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.

Обов’язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування [3].

Із запровадженням медичного страхування в нашій країні пов’язано надто багато сподівань, тому проект закону України «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» викликає багато суперечок серед фахівців та медичної громадськості. Попри деякі очевидні переваги та недоліки згаданого проекту, можна сказати, що запровадження медичного страхування невиправдано затягується [13].

Проект закону «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» можна віднести до основних законодавчих актів, що створюють основу для розвитку охорони здоров’я; його введення справлятиме значний вплив на добробут населення і громадське здоров’я.

Обов’язкове медичне страхування має такі переваги, як цільовий характер, незалежність коштів від держави та відокремленість від інших державних коштів. Обсяг відрахувань на обов’язкове медичне страхування не має прямого впливу на обсяг медичних послуг, що надаються. Проте обов’язкове медичне страхування має певні недоліки: можливість ухиляння платників від відрахувань, підвищення вартості робочої сили і пов’язане із цим зниження конкурентоспроможності економіки держави, залежність від темпів економічного розвитку, необхідність створення відповідних регуляторних органів, а також недостатня економічна база, оскільки як правило, відрахування здійснюються тільки з фонду заробітної плати, не зачіпаючи інші джерела: інвестиції, тощо [3].

Загальнообов’язкове медичне соціальне страхування, підвищення кваліфікації й відповідальності медиків і пацієнтів спроможні сколихнути і оздоровити нашу систему охорони здоров’я. І потрібно врахувати такі фактори: відсутність методологічної підтримки, системи контролю, підготовлених спеціалістів тощо призведе до певних труднощів.

**Висновки**

Після вирішення поставлених завдань можна зробити наступні висновки.

Вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України наприкінці 80-х – початку 90-х років XIX ст. Згодом страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії – Миколаїв, Херсон, Єлізаветград. У 1899 p. почало діяти «Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів і ремісників від нещасного випадку з їх робітниками і службовцями». В Російській Імперії у 1912 р. вийшов закон, яким було введено обов'язкове медичне страхування. Особливостями обов'язкового страхування були поступовість його запровадження протягом декількох років, територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни), охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості. В липні 1917 р. відбулась передача лікарняним касам лікувальної справи застрахованих, а також було дозволено об'єднання кас в галузеві і загальноміські каси. У часи НЕПУ (1923 р.) на систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств України.

На початку 90-х років XX століття в Україні почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. За даними Міністерства охорони здоров'я України у 2000 р. медична допомога була надана майже 300 тис. добровільно застрахованим.

Зараз розвиток системи охорони здоров’я в Україні відбувається в умовах внутрішніх протиріч соціально-економічного розвитку держави. Галузь потерпає від непослідовної соціально-економічної політики, нерівних умов для ведення медичної практики різними суб’єктами господарювання та несприятливого інвестиційного клімату в галузі охорони здоров’я.

Багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров’я. Існують три основні види фінансування охорони здоров’я і у відокремленому вигляді вони практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах займають домінуюче положення. Так, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування. В таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов’язкового медичного страхування, в той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги.

Дуже важливо, щоб Україна при запровадженні страхової медицини, нової системи надання медичної допомоги, введення платної медицини та системи оплати за надані послуги перейняла позитивний світовий досвід та врахувала ті помилки, через які пройшли інші країни.

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Таким чином, потрібна перебудова економіки охорони здоров'я і вона повинна починатися з укріплення фінансової основи галузі, із зміни загальної схеми фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, що фінансується при активній участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення. Таким чином, державна політика розвитку медичного страхування як частина загальної соціальної та економічної політики України повинна визначати основні принципи, напрями і форми економічного впливу у сфері соціального захисту населення. Медичне страхування має бути підтримано нормативно-правовою базою; удосконаленням податкової політики та державного нагляду; підвищенням фінансової надійності страховиків, страхової культури населення; підготовкою та перепідготовкою кадрів.

**Використані джерела**

1. Гориславець Л. Медичне страхування: вчимося у США та Європи? Режим доступу: http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535

2. Історія страхування: Підручник / С. К. Реверчук, Т. В. Сива, С. І. Кубів, О. Д. Вовчак; За ред. С. К. Реверчука. – К.: Знання, 2005. – 213 с.

3. Лівак П. Перспективи впровадження загальнообов’язкового медичного страхування в Україні/ П.Лівак, О.Рогова//Підприємництво, господарство і право. – 2008. – №1. – С.62-66.

4. Медична і страхова система Австралії. Режим доступу: http://linx.zp.ua/medychna-i-straxova-systema-avstraliji.html

5. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США.

Режим доступу: http://www.likar.info/profi/articles/405.html

6. Мних М. В. Страхування в Україні: сучасна теорія і практика: Підручник. – К.: Знання України, 2006. – 284 с.

7. Огляд медичного страхування в Нідерландах. Режим доступу: http://forinsurer.com/public/03/04/17/1040

8. Організація медичного страхування в Японії. Режим доступу: http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058

9. Рудень В. В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування // Фінанси України. – 2000. – №1. – С. 76–87.

10. Система охорони здоров’я та соціального страхування в Німеччині. Режим доступу: http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047

11. Стеценко В. Організаційно-правові засади медичного страхування: зарубіжний досвід і пропозиції для Ураїни/ В.Стеценко//Підприємництво, господарство і право. – 2009. – №1. – С.10-13.

12. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук, ред. С. С. Осадець. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2002. Режим доступу: http://www.readbookz.com/books/15.html

13. Яковлева Т. Соціально-правові передумови запровадження обов’язкового медичного страхування / Т.Яковлева // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – №11. – С.71-74.

14. http://www.moz.gov.ua/ua/i/ – Сайт Міністерства охорони здоров'я України.

15. Поліщук Є. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення // Соціальне страхування. – 2008. – №2 – С.13-16.

16. Єрмілов В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи // Соціальне страхування. – 2008. – №1 – С. 18 - 21.