**В.А**. **Євтушевський**, д-р. екон. наук, проф.,
**В.В**. **Єрмолаєва**, асп.

# ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*В статті розкрито особливості впровадження та розвитку медичного страхування в Україні, його роль у забезпеченні ефективності системи охорони здоров'я. Запропоновано низку першочергових заходів щодо вдосконалення медичного страхування в Україні.*

*In the article the features of introduction and development of medical insurance are exposed in Ukraine, his role in providing of efficiency of Health care system. The row of near-term measures is offered on perfection of medical insurance in Ukraine.*

Несприятливі умови соціально-економічного розвитку в Україні, що, зокрема, знаходять своє відображення у виразних процесах депопуляції населення, зростання показників його захворюваності та інвалідності, обумовлюють необхідність пошуку дієвих заходів у напрямку підвищення ефективності соціального захисту населення, системи охорони здоров'я в країні. На думку відомих фінансистів А. Ніктбахта, А. Гропеллі для розв'язання накопичених проблем у цій сфері слід акцентувати увагу на пошуку шляхів ефективного використання наявних ресурсів, інвестування в активи, що мають високу дохідність за мінімального ризику втрати капіталу [13].

Досвід розвинених країн свідчить, що система страхування населення здатна суттєво сприяти розв'язанню цих проблем. За даними ВООЗ, різноманітні системи медичного страхування застосовують більш як 30 країн Організації економічного співробітництва та розвитку. Медичне страхування охоплює понад 800 млн осіб і компенсує майже 74% витрат на лікування хворих. За прогнозом теоретиків страхування в перспективі світове суспільство трансформуватиметься в суспільство ефективного захисту своїх економічних інтересів через систему страхування [16]. Медичне страхування є одним із дієвих способів адаптації системи охорони здоров'я до нових економічних умов, а також додатковим видом її фінансового забезпечення.

Особливостям реформування стану системи охорони здоров'я в Україні, використання обмежених ресурсів, спрямованих на її розвиток, іншим проблемам фінансового забезпечення галузі присвячено роботи низки вітчизняних та зарубіжних учених, зокрема, слід відзначити наукові праці В. Євсєєва, М. Мниха [9, с. 62–79; 10, с. 40–41 ], в яких розглянуто процеси фінансування галузі переважно на регіональному рівні з урахуванням як внутрішніх, так і зовнішніх впливів та суперечностей; дослідження В. Єрмілова [7, с. 49–50 ], в яких розкрито окремі аспекти питання фінансового забезпечення та використання ресурсів у галузі охорони здоров'я, а також працю В. Куценка і Л. Богуша [8, с. 63–65], в якій запропоновано перехід до бюджетно-страхової форми фінансування як дійовий засіб розв'язання існуючих проблем у сфері охорони здоров'я України.

Серед вітчизняних науковців і практиків не існує узгодженої думки щодо визначення найбільш доцільної форми страхової медицини і термінів її впровадження в умовах вітчизняного соціально-економічного середовища, більшість проблем покращення

фінансування охорони здоров'я в Україні на сьогодні залишаються не розкритими та не вирішеними.

Метою статті є висвітлення особливостей становлення і розвитку медичного страхування в Україні з обґрунтуванням доцільності його впровадження в підвищенні ефективності національної системи охорони здоров'я.

Неодмінною складовою ефектиного розвитку держави є підтримка соціальної сфери і формування дієвої системи охорони здоров'я у країні. Індикатором умов для забезпечення можливостей реалізації наявного потенціалу людини є, зокрема, такий показник як фінансово-економічний стан країни. Важливою складовою процесу реорганізації системи охорони здоров'я є підвищення ефективності механізму її фінансування, збільшення можливостей формування ресурсної бази економічного розвитку держави. Збільшення видатків на охорону здоров'я завжди знаходить своє відбиття в темпах економічного розвитку держави, оскільки є високопродуктивними та прибутковими. У світі функціонують три основні моделі охорони здоров'я [9]:

- державна охорона здоров'я за Бевереджем (англійська), спрямована на здійснення повноцінної профілактики і лікування, доступних кожному громадянину без винятку;

- страхова медицина за Бісмарком, що спирається здебільшого на використання страхових засобів для населення, що працює, у разі нещасливих випадків, захворювань, непрацездатності й у старості;

- проміжні положення за Семашком (радянська), що відрізняються різними пропорціями між коштами державного бюджету, медичного страхування і медичними послугами, які оплачує безпосередньо пацієнт. До речі, Всесвітня організація охорони здоров'я в сучасних умовах рекомендує такі пропорції для цієї мети: 60% — державний бюджет, 30% — медичне страхування, 10% — платні послуги.

Проте, міжнародні експерти з фінансування національних служб охорони здоров'я, вказуючи на недоліки тієї чи іншої системи, не можуть визначити кращу з них. У межах зазначених моделей можуть знаходити своє відображення з певними особливостями три форми фінансування охорони здоров'я, а саме: бюджетна (державна), бюджетно-страхова і приватна (приватнопідприємницька).

Нами встановлено, що на сьогоднішній день, у системі фінансування галузі охорони здоров'я України існують такі основні проблеми:

- відсутність визначеного законодавством і нормативно-правовими актами чіткого переліку медичної допомоги, яка повинна надаватися державними і комунальними закладами охорони здоров'я безкоштовно на кожному рівні надання медичної допомоги та за відповідного стану фінансування цих закладів;

- недостатнє державне фінансування галузі охорони здоров'я, що частково компенсується корупційними схемами з значними особистими видатками громадян на медичні послуги;

- відсутність зв'язків між фінансуванням державних і комунальних закладів охорони здоров'я й кінцевими результатами їх роботи;

- неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах системи постатейного фінансування громадських лікувально-профілактичних закладів;

- складність визначення обсягів необхідної допомоги з державного та місцевих бюджетів, внаслідок приналежності лікувально-профілактичних закладів різним рівням пріоритетності ресурсного забезпечення.

Низка фахівців вважають, що в Україні терміново слід провести реформу соціального страхування з уведенням системи державного обов'язкового медичного страхування, за якої більшість медичних закладів зароблятимуть кошти на своє утримання і працюватимуть на повному самофінансуванні, за винятком окремого переліку закладів, які й надалі фінансуватимуться з бюджету. На думку В. Куценка, Л. Богуша дійовим засобом розв'язання існуючих проблем у сфері охорони здоров'я могло б стати поступове запровадження страхової медицини і активне залучення позабюджетних коштів (за рахунок надання законодавчо визначеного переліку платних послуг, оренди основних засобів, непрофільної діяльності, благодійних коштів тощо), тобто перехід до бюджетно-страхової форми фінансування [14, с. 147].

За своїм призначенням медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров’я за будь-якої причини. Воно пов'язане із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я, зокрема й відвідування лікарів, амбулаторним лікуванням, придбанням медикаментів, лікуванням у стаціонарі, отримання стоматологічної допомоги тощо [4].

Медичне страхування може складатися з обов'язкового (надалі - ОМС) та добровільного (надалі - ДМС), а здійснюватися згідно із законодавством або на основі договору [1]. Об'єктивна потреба медичного страхування пов'язана з тим, що здоров'я є індивідуальною та суспільною цінністю, особливою споживчою вартістю, яка завжди перебуває в стані ризику. Це спонукає до формування системи захисту майнових інтересів осіб, які втратили здоров'я [1]. 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.

Спеціалісти, зазвичай, виокремлюють такі основні принципи на яких базується ОМС [9].

- 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).

- Принцип некомерційності — некомерційний характер ОМС базується на тому, що його здійснення і прибуток — це несумісні речі. Прибуток від проведення ОМС є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення.

Таким чином, особливістю медичного страхування (надалі — МС), яке провадиться в обов'язковій формі, є набуття ознак соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством і повністю координується

державними структурами. Страхові платежі, що здійснюються фізичними та юридичними особами фактично мають форму податку і характеризується безприбутковістю.

Запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування передбачає залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування галузі та одночасне здійснення глибокої внутрішньої перебудови національної системи охорони здоров'я. Додаткові витрати, на які має піти суспільство матимуть наслідком, по-перше, поліпшення здоров'я громадян, по-друге, загальне підвищення продуктивності праці в країні. Слід відзначити, що загальнообов'язкове соціальне медичне страхування (надалі – ЗСМС) спрямовано на забезпечення прав громадян та медичне страхування, охорону здоров'я, а також гарантію рівності забезпечення громадян медичною допомогою належного обсягу та якості [15].

Принциповою особливістю ЗСМС є погодження державних гарантій щодо надання медичної допомоги з фінансовими ресурсами системи. Сьогодні державні зобов'язання перед населенням у сфері охорони здоров'я занадто високі й не підкріплені реальним фінансуванням.

Головним результатом переходу до ЗСМС повинна стати активізація структурних перетворень у галузі. За умови, що будуть використані ефективні механізми розподілу ресурсів, під тиском економічних стимулів система охорони здоров'я буде трансформуватися у бік оптимального співвідношення первинної, спеціалізованої й високоспеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги.

Разом з тим, на шляху запровадження в Україні ЗСМС існує ряд суттєвих перешкод, а саме:

- відсутність відповідної організаційної інфраструктури для здійснення МС;
- недостатній досвід роботи медичних працівників в умовах договірних відносин;
- недосконалість спеціалізованих інформаційних технологій.

Як наслідок, випливає, що впровадження такої важливої соціальної інновації, як перехід до нової системи охорони здоров'я потребує неодмінно комплексного підходу. Змінюється не лише характер взаємовідносин лікувальних закладів з органами управління, але й функції та умови діяльності всіх сторін. Необхідно по-новому формувати бюджет лікувальних закладів, шукати нові методи організації й оплати праці, формулювати вимоги до якості медичної допомоги, створювати систему моніторингу та оцінки діяльності медичних працівників. Слід удосконалити систему акредитації й ліцензування медичних закладів, посилити роботу аудиторської служби.

Розуміння глибини, масштабності та складності майбутніх перетворень є вихідною складовою прийняття обґрунтованих управлінських рішень в реформуванні системи охорони здоров'я на засадах медичного страхування, і має здійснюватися із урахуванням як позитивного, так і негативного досвіду країн, що першими запровадили таку реформу.

У той же час, добровільне медичне страхування (ДМС) передбачає оплату медичних послуг понад програму обов'язкового страхування, і має на меті забезпечити застрахованому (страхувальникові) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних зі зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою ДМС.

Добровільна форма медичного страхування передбачає відповідальність страховика, що виникає за фактом захворювання або лікування. Відповідні виплати страхова

організація має здійснювати, як правило, у вигляді фіксованої страхової суми або добових. Добровільною формою охоплені й ті види страхування, згідно з якими відповідальність страхової організації настає в разі звернення страхувальника до медичної установи за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Тут виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування [5]. Досвід зарубіжних країн показує, що ДМС має не лише багато позитивних якостей, а й певні недоліки, а саме:

- охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги;
- жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат;
- витратний порядок фінансування;
- залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.

Перехід у новітні часи від адміністративно-командної до соціально орієнтованої ринкової економіки вимагає відродження підтверджених вітчизняним історичним досвідом і досвідом розвинутих країн медичного страхування і похідної від нього - страхової медицини [7]. Для залучення в сферу охорони здоров'я додаткових коштів у зв'язку з економічною кризою в країні необхідні реформи. Одним із дієвих джерел їх надходження є МС в будь-якій формі [9].

З 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. В останні роки почало стихійно виникати добровільне страхування на некомерційній основі - 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 в 2007 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 [12]. На думку багатьох експертів з соціально-економічним станом країни, розбалансованістю, несталістю та продовженням спаду промислового виробництва, пов'язано багато проблем щодо запровадження медичного страхування. Процеси реструктуризації та приватизації засобів виробництва не тільки не стабілізували, але й заглибили соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві. Внаслідок зростаючого дефіциту фінансування планомірно гіршала якість медичної допомоги населенню. Напруження, що має місце в медичній галузі, обумовлене 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 [12]. Тому фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських та 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 співпадає з принципами реформування систем охорони здоров'я в розвинутих країнах, проголошених ВООЗ на сучасному етапі розвитку медичних послуг.

Згідно з Люблянською хартією Європейського бюро ВООЗ (1997 року) та Програмою ВООЗ "Здоров'я для всіх у XXI 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 [7].

Впровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування слід підкріпити відповідними Законами, проекти яких за № 1040 від 27 листопада 2007 р., № 1040-1 та № 1040-2 від 25 січня 2008 р. вже розроблені та отримали висновки профільного комітету Верховної Ради України та ГНЕУ Апарату Верховної Ради України. Законопроект № 1040-2 передбачає внесення змін до Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування та Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про страхування», та «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням». Зокрема, останній пропонується викласти в новій редакції, як Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», за якими фінансування системи охорони здоров'я передбачається здійснювати шляхом залучення коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування, благодійних організацій, добровільного медичного страхування, особистих коштів громадян та інших джерел у встановленому законом порядку [3].

Слід зазначити, що у Верховній Раді України загалом зареєстровано 11 діаметрально протилежних законопроектів з ОМС, які визначають правові засади медичного страхування. Законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» передбачає дофінансування медичної галузі та створення фонду ОМС (або перепрофілювання фонду соцстраху по тимчасовій непрацездатності), який буде виконувати як функцію страховика, так і організаційно-методичну, контролюючу й загалом посередницьку діяльність між медичним закладом та пацієнтом. Інший законопроект — «Про обов'язкове медичне страхування» передбачає участь страхових компаній. Усі законопроекти мають своїх прихильників і противників, позитивні та негативні сторони, але жодний так і не був прийнятий Верховною Радою.

Основною складовою реформування медичної галузі має стати запровадження ОМС на засадах поміркованості та всебічної глибокої проробки, оскільки ці зміни торкнуться кожного громадянина країни. Страхова медицина вирішить питання гарантованості та доступності надання медичної допомоги, здатна залучити додаткові фінансові ресурси в охорону здоров'я та забезпечити медикам належну оплату за свою роботу. Слід звернути увагу й на те, що ОМС (у переважній більшості країн) не гарантує надання всіх медичних послуг, деякі послуги оплачуються або за рахунок ДМС, або за рахунок власних коштів пацієнтів. А отже, ставлення переважної частини суспільства до МС неоднозначне, а в основному негативне. Проте, якщо все залишити без змін, то через незначний проміжок часу медична галузь ризикує припинити своє існування, а тому суспільство має зрозуміти, що альтернативи ОМС немає.

У напрямку підготовки вітчизняної медицини до введення в Україні ОМС, перш за все потрібно провести реорганізацію медичних закладів, внести зміни в їх організаційно-правовий статус, дати можливість самостійно заробляти гроші та їх використовувати, а

також: розробити та затвердити стандарти надання медичних послуг, їх вартість (ринкову вартість); прописати відповідальність лікарів, права медиків та пацієнтів; підготувати відповідну нормативну та законодавчу базу; визначити перелік послуг, що будуть надаватись безкоштовно за рахунок бюджетного фінансування, і таких, що подаватимуться за рахунок медичного страхування. Все вищезазначене має стати підготовчим етапом перед запровадженням ОМС, і для реалізації цього потрібно близько 1 року.

З метою створення дієвої системи медичного страхування Ліга страхових організацій України (ЛСОУ) та Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) розробили та подали на розгляд Держфінпослуг дві концепції запровадження ОМС в Україні [3]. Переважно вони подібні між собою, проте мають і певні відмінності. Важливим є те, і на цьому найбільше непорозумінь та спекуляцій, що жоден застрахований сплачувати страхові внески за власні кошти не буде, оскільки бюджет та роботодавці — основні платники, за рахунок яких громадяни отримають МС.

Слід визначитись і стосовно моделі та форми ОМС, врахувавши як економічні можливості, політичну стабільність і ментальність нації, так і найбільш позитивний досвід інших країн. Із усіх варіантів медичного страхування, що існують в світі (бюджетна, соціальна, приватна), на думку вітчизняних фахівців та міжнародних експертів, для України найбільш прийнятною є бюджетно-страхова, яка передбачає різні джерела фінансування: бюджетне, обов'язкове та добровільне медичне страхування, платні послуги.

На нашу думку, для впровадження в Україні МС необхідно зробити низку таких першочергових кроків:

- уточнити роль та значення МС в економічному та соціальному розвитку країни, перш за все, як важливого елемента фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, механізму перерозподілу коштів на потреби медицини, засобу реалізації принципів ринку в галузі та інструменту забезпечення соціальних гарантій населенню щодо отримання якісної медичної допомоги;

- впровадити економічно вдосконалену і ефективну соціально справедливу модель функціонування охорони здоров'я, яка має ґрунтуватися на принципах солідарності, обов'язковості, доступності та фінансовій самостійності;

- побудувати розширену системи медичного страхування в Україні, яка б органічно поєднувала державний та приватний сектори медицини, як напряму підвищення ефективності фінансового забезпечення державних гарантій у сфері охорони здоров'я;

- приділити підвищену уваги розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) у таких основних аспектах, як фінансовий, організаційний, законодавчий.

Міжнародний досвід фінансового забезпечення різних моделей охорони здоров'я дає підставу стверджувати, що найбільш ефективною, як з точки зору формування та використання фінансових ресурсів, так і з погляду інтеграції та взаємоузгодження інтересів всіх учасників, а отже, рівня якості медичної допомоги, є система, заснована на принципах соціального страхування. На нашу думку, враховуючи історичні, національні, економічні особливості України є доцільним побудова системи ЗДСМС на засадах моделі О. Бісмарка, яка модифікована із застосуванням принципів моделі В. Бевериджа в частині фінансування пріоритетних державних програм, наукових досліджень.

Таким чином, страхову медицину слід розглядати як дієвий механізм подолання фінансового дефіциту в галузі нераціонального використання обмежених ресурсів, що має

сприяти поліпшенню якості медичної допомоги та соціальному захисту населення. Розвиток добровільного медичного страхування є об'єктивною потребою, що може підвищити якість медичного забезпечення, збільшити надходження коштів у систему охорони здоров'я України. Можна констатувати наявність негативної страхової психології у населення України, оскільки фінансова нестабільність, кволий розвиток медичного страхування супроводжується недовірою до страхових компаній з боку населення.

Впровадження ефективної системи медичного страхування в Україні потребує, на нашу думку, реалізації низки невідкладних заходів спрямованих на вирішення загальної проблеми реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Зокрема, потребують розробки: концепція та програми соціального захисту населення різних регіонів та галузей економіки України; методичне забезпечення (на уніфікованих засадах) автоматизованого розрахунку вартості окремих видів медичної допомоги й послуг у системі страхування здоров'я; стандарти на види медичної допомоги й послуги в системі страхової медицини, критерії і показники, необхідні для класифікації медичних установ і послуг у рамках сучасної системи медичного страхування. Неодмінними складовими успішної реалізації реформ є збільшення економічної зацікавленості роботодавців (передусім великих підприємств) у медичному страхуванні працівників, шляхом включення відповідних витрат у собівартість продукції або послуг підприємства, а також розмежування гарантованого державою обсягу медичної допомоги і пакету послуг добровільного медичного страхування.

Реформування економічних засад охорони здоров'я країни повинно починатися, перш за все, з укріплення фінансової основи галузі, зі зміни загальної системи фінансування, а саме обов'язкового переходу 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. Зокрема, ми підтримуємо позицію [10, с.41], що в цих умовах медичне страхування повинно поділятись, як мінімум на три рівні: виділення коштів з бюджету на надання мінімальних медичних послуг; визначення Міністерством охорони здоров'я України переліку хвороб, які будуть лікуватися за рахунок бюджетних коштів; комерційне страхування, яке передбачає отримання медичних послуг через систему медичного страхування у страхових організаціях.

Отже, слід всебічно впроваджувати на місцях позитивний досвід змішаної системи медичного страхування, яка забезпечує рівні можливості і доступність медичних послуг високої якості для всіх громадян. Суспільство і держава, відповідальні за рівень здоров'я і збереження генофонду України, визначаючи пріоритетність охорони здоров'я, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, вдосконалення медичної допомоги у сукупності із розв'язання екологічних проблем і пропагандою здорового способу життя.

**Література**:

1. Про страхування: Закон України від 7 березня 1996 року N 86/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 18. – Ст. 79.

2. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14 січня 1998 року N 16/98-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 23. – Ст. 121.

3. Андріїшина Н. Перспективи медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / Н. Андріїшина // Щотижнева інформаційно правова газета «Правовий тижневик». – 2008. – № 17–18(90–91). – Режим доступу до ресурсу : www.legalweekly.com.ua.
4. Базилевич В. Д. Страхова справа / В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич. – [ 4-те вид., перероб. і доп.]. – К. : Знання, 2005. – 351 с.
5. Бзовецька А. О. Інформаційне забезпечення громадськості щодо страхової медицини / А. О. Бзовецька // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Випуск «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи». – 2002. – № 543. – С. 187–193.
6. Виноградов О.В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я / О. В. Виноградов // Статистика України. – 2006. – № 2. – С. 65–67.
7. Єрмілов В. С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни / В. С. Єрмілов // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 48–50.
8. Куценко В.І. Потенціал сфери охорони здоров'я: регіональні аспекти / В. І. Куценко, Л. Г. Богуш // Економіка України. — 1999. — № 3. — С. 61–69.
9. Ляхоцький В. П. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність / В. П. Ляхоцький, В. І. Євсеєв, В. І. Сергієнко та ін. – К. : Пульсари, 2003. – 82 с.
10. Мних М.В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М. В. Мних // Держава і економіка. – 2006. – № 11. – С. 39–41.
11. Нагайчук Н. Г. Аналіз системи медичного страхування в Україні / Н. Г. Нагайчук // Вісн. Укр. акад. банк, справи. – К., 2007. – № 2 (19). – С. 41–46.
12. Надюк З.О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Державне управління. – 2008. – № 4. – С. 100–103.
13. Ніктбахт Е. Фінанси / Е. Ніктбахт, А. Гропеллі ; [пер. з англ.]. – К. : Основи, 1993. – 288 с.
14. Павлюк К. В. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К. В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – № 9. – С. 143–148.
15. Устінов О. Медичне страхування: обговорення триває [Електронний ресурс] / О. Устінов // Тижневик «Аптека». – № 1. – 2009. – Режим доступу до ресурсу : www.apteka.ua.