



**Валентина Стеценко,**

доктор юридичних наук, професор  
кафедри цивільно-правових дисциплін  
Східноєвропейського університету  
економіки та менеджменту

УДК 342.951:[364.3:61]

## ***Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США***

Сполучені Штати Америки є практично єдиною країною у світі з розвинутою економікою, де відсутнє загальнодоступне медичне забезпечення. Тому, незважаючи на те, що витрати на охорону здоров'я тут становлять 15,7% ВВП [1, с. 136], тобто істотно більше, ніж у будь-якій іншій країні світу, за оцінкою ВООЗ, яка 2000 р. здійснила перший в історії аналіз медичних систем світу, американська система охорони здоров'я за рівнем та ефективністю загальної медико-санітарної допомоги посідає лише 37-ме місце зі 191 країни [2]. Варто зазначити, що США за цим показником пропустили попереду себе країни, в яких майже вдвічі менше коштів витрачається на систему охорони здоров'я (у відсотках до рівня ВВП: Оман – 2,4%, Сінгапур – 3,1%, Мальта – 7,5%, Андорра – 7,6%, Японія – 8%, Велика Британія – 8,4%, Іспанія – 8,5%, Італія – 8,7% і т. д.). Що ж до загального рівня здоров'я населення (тривалість життя, дитяча

смертність тощо), то Сполучені Штати посідають лише 72-ге місце.

Виходить, що країна, чия економіка – одна з провідних у світі, яка є світовим лідером і має річний бюджет близько 3,5 трлн дол., що в декілька разів перевищує розмір бюджету будь-якої іншої держави (зокрема індустріально розвинених), не може забезпечити належного рівня надання та доступності медичної допомоги населенню. Навіть незважаючи на те, що витрачає 7290 USD (2007 р.) на душу населення щороку. А це майже у 2,5 раза більше, ніж у середньому по країнах організації економічної співпраці та розвитку (ОЕСР) – 2964 USD в 2007 р. (при цьому лідерами виступають: Норвегія – 4763 USD на душу населення, Швейцарія – 4417 USD) [3].

Крім того, попри таку величезну суму, частина державних витрат у загальній сумі витрат на охорону здоров'я США становить лише 45%, що набагато нижче, ніж у будь-якої іншої країни ОЕСР. За рахунок



цих коштів забезпечується лише страховий захист літніх осіб (у віці старше 65 років), інвалідів та деяких інших груп, тоді як для інших країн ОЕСР менших коштів вистачає для забезпечення мінімального рівня загальнодоступності медичного обслуговування всього населення. І, нарешті, кількість практикуючих лікарів становить 2,4 на 1000 населення, що також нижче від середнього показника країн ОЕСР, який становить 3,1 [3].

Тому постає закономірне питання: яка ж причина такого стану речей? Саме цим обумовлюється необхідність розкриття та аналізу системи охорони здоров'я США та реалізації прав громадян цієї країни на отримання якісної медичної допомоги.

Дослідженню системи фінансування та організації охорони здоров'я Сполучених Штатів присвячено чимало робіт як вітчизняних, так і закордонних авторів. Зокрема, можна назвати таких дослідників, як О. Вашев, Є. Г. Афанасьєва, Н. И. Вишняков, В. І. Кіндзерський, О. В. Кирилов, Г. Л. Кирилова, М. В. Личагін, О. В. Решетников, В. І. Суслов, Burton R., Chernew M. E., Davis K., Eric G. Neilson, Ghosh A. K., Keckley P. H., Newhouse J. P., Peterson C. L. та ін.

Основними джерелами фінансування американської системи охорони здоров'я є приватне та некомерційне страхування, якими охоплюється приблизно 85% населення [4] (близько 50% застраховано своїми роботодавцями, 10% самостійно застрахованих, решту застраховано у рамках державних програм). За сучасними даними, сорок шість мільйонів американців взагалі не мали страхового захисту і весь тягар медичних витрат несли особисто, з власної кишені. Це зумовлено тим, що страхування половини населення країни залежить від роботодавців (приватне страхування), тому доступність медичного обслуговування для більшості американців залежить від статусу їхньої зайнятості.

В умовах економічної кризи, яка розпочалася 2008 р., негативний стан у сфері доступності медичного обслуговування посилюється. На сьогодні кількість американців, які не мають медичного страхування, значно вища, оскільки багато робітників втратили свої робочі місця, а отже, і надане роботодавцями медичне страхування. За даними Центру економічного прогресу, за період кінця 2008 – початку 2009 р. роботодавці скоротили 5,1 млн робочих місць. Отже, на початок 2009 р. 2,4 млн робітників втратили медичне страхування [5].

Значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є нічим іншим, як державною програмою підтримки для окремих верств населення.

По-перше, це – федеральна програма Medicare, яка охоплює майже 45 млн літніх осіб та осіб із обмеженими можливостями. По-друге, це – федерально-регіональна програма Medicaid, що поширюється на бідніші прошарки населення. Запровадження цих програм було здійснено Законом про соціальне забезпечення (Social Security Act) 30 липня 1965 р., ініційованим президентом Ліндоном Джонсоном з метою фінансування витрат на медичне обслуговування літніх осіб та інших соціально не захищених верств населення.

Medicare є федеральною програмою соціального страхування, що фінансується з федерального бюджету і передбачає медичне страхування:

- осіб, які досягли 65-річного віку, проживали на законних підставах у США не менше 5 років та сплатили самі (або їхні подружжя) податки на Medicare не менш як за 10 років;
- інвалідів старшої вікової групи, які отримують допомогу за інвалідністю не менше 24 місяців;
- хворих із хронічною нирковою недостатністю чи осіб, які мають потребу в пересадженні нирки;

– осіб, хворих на аміотрофічний склероз (amyotrophic lateral sclerosis), і таких, що мають право на соціальне страхування на випадок інвалідності.

У рамках цієї програми безкоштовно надаються:

- стаціонарне лікування;
- надання медичних послуг у критичному стані;
- сертифікована сестринська допомога;
- медичні послуги у стаціонарах вдома;
- медичні послуги у хоспісах.

Фінансування Medicare здійснюється за рахунок податків, які стягуються з усіх працюючих: із найманих працівників, із роботодавців (це становить майже 15% доходів зайнятих американців), а також за рахунок загальних надходжень із податків на прибуток [6, с. 147].

Програму Medicare 1997 р. було доповнено програмою Medicare Advantage – для забезпечення контролю за витратами в цій системі, а також надання застрахованим додаткових послуг. З метою уникнення зловживань, зокрема завищення цін на медичні послуги з боку медичних працівників, було запроваджено список процедур з встановленими граничними рівнями цін.

А з 1 січня 2006 р. аналізовану систему було доповнено також програмою Medicare Part D, що передбачає добровільне приватне субсидіарне покриття витрат на лікарське забезпечення, яку було прийнято в рамках Medicare Prescription Drug (що регулює порядок надання рецептурних наркотичних засобів), Improvement, and Modernization Act of 2003 (ММА). А ще – програмою Medicare Part B (яка охоплює безпосередньо медичне страхування). Відповідно до цих програм передбачається сплата частини страхового внеску з боку самих застрахованих для забезпечення можливості отримання оплати додаткових медичних послуг і лікар-

ських засобів, не внесених до основної програми Medicare.

Витрати на фінансування Medicare постійно зростають. Якщо 2007 р. вони становили \$ 440 млрд дол., або 16% усіх федеральних витрат, то 2008 р. – вже \$ 599 млрд, або 20% федеральних витрат. Таке зростання витрат останнім часом є постійним приводом для ініціатив стосовно реформування цієї програми з внесенням до неї істотних змін [7, с. 7]. Так, однією з пропозицій є зобов'язання з боку федерального уряду щодо фізичних осіб для покриття витрат на охорону здоров'я. Пропонується купувати медичні страхування. Але ця пропозиція є дуже суперечливою, бо порушує положення Конституції США (зокрема п'яту поправку) [8, с. 1].

Програма Medicaid формально не належить до програми соціального страхування, а є, насамперед, соціальним забезпеченням і захистом малозабезпечених верств населення. Фінансування цієї програми відбувається спільно федеральним урядом і штатами. Залежно від фінансового становища (доходу на душу населення) штату процентне співвідношення участі у витратах різніться («багаті» штати фінансують приблизно 50%, «бідні» – менше). Кожний штат здійснює управління власної програми Medicaid (яка може мати власну назву, наприклад: «Medi-Cal» у штаті Каліфорнія, «MassHealth» у штаті Масачусетс, «Oregon Health Plan» в Орегоні, «TennCare» в Техасі, але федеральний центр Medicaid Service контролює цю програму та встановлює вимоги до надання послуг, якості, фінансування та стандартів. Участь штатів у цій програмі є добровільною, але з 1982 р. всі штати увійшли в цю програму. Оплата медичних послуг у низці штатів здійснюється урядом безпосередньо надавачеві послуг, в інших практикується укладення договорів субпідряду з приватними медичними компаніями.

Основним критерієм для надання людині права користуватися Medicaid є її майновий стан. Але визначити конкретний перелік кваліфікаційних вимог не є можливим, оскільки кожен штат має свою програму, яка нерідко істотно відрізняється від інших (хоч і формується в рамках федеральних вимог). Крім того, за певних обставин будь-якому заявникові може бути відмовлено у доступі до програми.

Крім наявності обмеженого доходу, особа, яка претендує на користування програмою, повинна належати до конкретної групи, за відповідними критеріями (вік, вагітність, інвалідність, сліпота, статус громадянина США або легального іммігранта, проживання в будинку для людей похилого віку, діти-інваліди, ВІЛ-інфікованість тощо). Отже, сама по собі бідність не дає права на програму Medicaid.

У 2008 р. в рамках Medicaid надавалось медичне обслуговування приблизно 49 млн осіб із низьким рівнем доходів. Це – майже 60% усіх мешканців будинків для людей похилого віку та близько 37% всіх пацієнток пологових будинків [650]. Тільки федеральні витрати склали 204 млрд дол. у 2008 р. (57% всіх витрат на охорону здоров'я) [9].

Сьогоднішній стан американської охорони здоров'я свідчить про наявність певних проблем в організації та фінансуванні програм Medicare і Medicaid, основною з них видається зростання витрат на вказані програми, які, своєю чергою, базуються на постійному здорожчанні вартості медичних технологій та фармацевтичних препаратів. Тому критика на адресу цих програм лунає дедалі частіше, ставлячи під загрозу їх існування.

Розкриваючи адміністративно-правову сутність соціальних програм Medicare та Medicaid, варто зазначити, що медичні працівники та медичні установи мають право вибору – нада-

вати медичні послуги особам, фінансування витрат щодо яких здійснюється в рамках цих програм, або ні. З урахуванням того факту, що ставки відшкодування за соціальними програмами більш низькі, ніж у рамках приватного страхування, останнім часом чимраз більше лікарів не беруть участі у цих програмах.

Найбільш повне покриття витрат на звичайні, профілактичні, надзвичайні медичні послуги та більшість рецептурних ліків надає приватне медичне страхування. Соціальні, державні та федеральні програми передбачають значно менший обсяг послуг. За рахунок приватного медичного страхування фінансується 35% загальних витрат на систему охорони США. На сьогодні це – найбільша частка серед країн світу. У середньому в індустріально розвинених країнах частка приватного медичного страхування в загальному обсязі витрат на охорону здоров'я становить 10% [10, с. 136].

Приватне медичне страхування в переважній більшості випадків фінансується за рахунок роботодавця і може бути:

1) компенсаційним, у рамках якого роботодавець сплачує страховій компанії премію за кожного працівника, забезпеченого відповідним полісом. Страхова компанія сплачує чеки, що їх надсилає багатопрофільна лікарня, інший лікувально-медичний заклад або лікар. У такому порядку сплачуються медичні послуги, які передбачені страхуванням. Інші послуги сплачує сам пацієнт;

2) страхуванням керованих послуг, яке передбачає, що страхова компанія укладає угоди з лікарями, іншими медичними працівниками, лікувальними закладами на надання всіх видів послуг, передбачених цим видом медичного страхування. Медичні заклади отримують фіксовану суму, яка попередньо сплачується за кожного застрахованого.

Якщо в першому виді медичного страхування сплачуються фактично надані медичні послуги, то в другому медичний заклад отримує фіксовану суму за кожного пацієнта незалежно від обсягу та вартості наданих послуг. Отже, якщо за компенсаційного страхування медичні працівники зацікавлені в наданні пацієнтам різних медичних послуг, то за страхування керованих послуг вони утримуються від призначення додаткових діагностичних або лікувальних процедур [6, с. 148].

Але і приватне страхування не забезпечує повної компенсації медичних витрат. Безумовно, роботодавці, які страхують своїх працівників, зацікавлені в якомога менших витратах, і тому придбавають страхування для своїх працівників більш дешеві, які забезпечують мінімально необхідний пакет послуг. Тому застраховані додатково сплачують необхідні медичні послуги з власної кишені.

Ринок приватних страховиків, які здійснюють страхування здоров'я у Сполучених Штатах, є висококонцентрованим. Провідні страховики здійснили понад 400 разів злиття за період з 1990-х до середини 2000-х років. У результаті в 2000 р. два найбільші страховики Aetna и UnitedHealth Group охоплювали 32 млн осіб. А вже в 2006 р. дві компанії WellPoint and UnitedHealth забезпечували страхування 67 млн осіб, або 36% національного ринку комерційного медичного страхування [11]. Цей факт викликає стурбованість в американських медичних асоціаціях, а Міністерство юстиції США визнало, що така концентрація веде до обмеження конкуренції, а саме: монополії (коли один покупець і багато продавців) у цьому секторі ринку. Безумовно, це суттєво обмежує можливості медичних закладів і лікарів у вільному виборі страховика, а також веде до нав'язування їм своїх умов укладення контрактів на надання медичних послуг.

Безумовно, ситуація, коли понад 15% всіх американців не мають страхового покриття і, як наслідок, повинні сплачувати дорогі медичні послуги з власної кишені, що нерідко доводить їх до банкрутства, а страховий захист більше 50% мешканців країни залежить від їхнього статусу зайнятості і щедрості роботодавця, не може вважатися оптимальною. Можливість швидкої втрати медичного страхування є проявом нестабільності цієї сфери суспільного життя. Тому розмови про необхідність реформування галузі охорони тривають майже століття.

Ще 1912 р. Теодор Рузвельт і створювана ним Прогресивна партія обіцяли введення національного страхування здоров'я. Президент казав: «Німеччина зробила крок до пенсій через старість і страхування... Потрібно вивчати нас, і система пристосується до наших потреб» [12].

У 1945 р. президент Трумен пропонував запровадити систему загальнодержавного медичного страхування, в рамках якого створювався би спеціальний Фонд, що і здійснював би сплату всіх необхідних медичних витрат, а також компенсацію заробітної плати на період хвороби. Участь у Фонді була би обов'язковою для всіх американців, при цьому кожний учасник сплачував би щомісячні внески. Участь постачальників медичних послуг (медичних організацій, окремих лікарів тощо) в системі обов'язкового медичного страхування передбачалася добровільною. Але впливова Американська медична організація (American Medical Association – АМА) виступила з критикою такого підходу, звинувативши розробників програми у запровадженні соціалістичного підходу організації охорони здоров'я країни. Ініціатива не пройшла.

8 березня 2010 р. президент США Барак Обама, виступаючи в Білому домі, заявив: «Реформа охорони здоров'я це більше не тільки моральний імператив, це – фінан-



совий борг... Якщо ми бажаємо створювати робочі місця і відновлювати нашу економіку, ми повинні вирішити питання охорони здоров'я в цьому році, в нинішній адміністрації. Час для реформування якості, доступності медико-санітарної допомоги сім'ям нашої країни – це теперішній час.... Американський народ не може дозволити собі ще одну втрачену можливість» [13].

У 2009 р. в американському журналі «American journal of public health» було опубліковане дослідження Гарвардського університету [14], відповідно до якого понад 44 800 смертей на рік у США пов'язані з відсутністю страхового захисту.

На наше переконання, характерною особливістю нормотворчого процесу (також стосовно запровадження змін до законодавства про медичне страхування) є активне залучення інституту лобіювання.

З теорії права відомо, що лобіювання – це механізм впливу певних соціальних груп на процес формування та прийняття державних рішень із метою врахування вузькоспеціалізованих інтересів. Ознаками лобіювання є: здійснення як у правових, так і у протиправних формах; зайняття свого місця в системі стримувань і противаг; активне залучення ЗМІ; надання інформації з акцентом на вигідних для себе аспектах; «тиск із місць»; підтримка кандидатів на посади [15, с. 57].

Для Сполучених Штатів, безумовно, є характерним активне залучення ЗМІ до процесу лобіювання і зайняття ними вагомого місця в системі стримувань і противаг, але, на відміну від України, у США це робиться на законних підставах. Під час проходження законопроекту про реформування охорони здоров'я на кожного члена Конгресу було зареєстровано по шість лобістів (усього 3300 осіб) – утричі більше, ніж лобістів, яких зареєстровано для лобіювання програм у сфері оборони. За даними

Центру відповідальної політики, 2008 р. всього на лобіювання було витрачено \$ 241,4 млн, і \$ 263,4 млн за перші шість місяців 2009 р. (тільки одна компанія «Drugmakers» витратила \$ 134,5 млн) [16].

Опоненти введення державного медичного страхування витратили сотні мільйонів доларів тільки 2009 р. з метою його блокування. Компанія проти реформи охорони здоров'я велася переважно за рахунок жертви провідних політиків (наприклад, Страхова медична організація Aetna в 2009 р. пожертувала більш ніж \$ 110 000 на користь одного із законодавців – сенатора Джо Лібермана [17]). Втім, 21 березня 2010 р. необхідний закон («Patient Protection and Affordable Care Act»), який суттєво реформує існуючу систему охорони здоров'я, все ж таки було прийнято Палатою представників (House of Representatives) і 23 березня підписано президентом США Бараком Обамою. Крім того, 25 березня в Сенаті було прийнято пакет поправок до Закону «Health Care and Education Reconciliation Act», що також торкається реформування галузі охорони здоров'я (підписаний 30 березня 2010 р.). Ці нормативні акти передбачають поступові зміни в законодавстві у сфері охорони здоров'я до 2018 р., з метою збільшення кількості осіб, які матимуть страховий захист. Передбачається, що в ході реформи до 2019 р. ще 32 млн громадян отримають страхування.

Аналіз змін, поглядів американських і закордонних експертів дозволили нам сформулювати найбільш важливі організаційно-правові характеристики юридичних документів, положення яких присвячені реформуванню охорони здоров'я та медичного страхування у США. До них віднесено:

– значною мірою зберігається приватна страхова система, але з 2014 р. всі громадяни країни та законні емігранти отримають можливість мати страховий захист або інший варіант

допомоги в оплаті витрат на медичні послуги та ліки (передбачає субсидування осіб з низькими та середніми доходами у придбанні приватного страхування, а також із 2014 р. вводиться обмінний тип страхувань для осіб, які втратили роботу);

– розширення кола осіб, які мають право на програму Medicaid;

– створення бірж медичного страхування, а також субсидування осіб, які мають обмежені доходи;

– надання податкових пільг малим підприємствам із кількістю працюючих до 25 осіб, які забезпечують працівників медичними страхуваннями;

– введення санкцій до роботодавців, які не придбавають медичних страхувань для своїх працівників;

– введення заборони для страхових медичних компаній одностороннього розірвання договорів страхування з огляду на часті хвороби застрахованого, а також введення обмежень стосовно встановлення річних лімітів відшкодувань;

– введення можливості молодим людям до 26 років залишатися на страховому покритті батьків (раніше це було можливо тільки до досягнення 19-літнього віку або до закінчення коледжу);

– запровадження щорічної плати з боку фармацевтичних і страхових компаній залежно від розміру участі на ринку (крім компаній, у яких річний обсяг продаж становить 5 млн дол. і менше) тощо.

У цілому американське суспільство дуже високо оцінило запроваджені реформи, підкреслюючи: «Барак Обама закінчив історію з проходженням Біллу, завдяки якому практично запроваджується загальне страхування. Білль буде його спадщиною» [18, с. 340]. «Білль повинен бути знаменитий, як такий, що вдосконалює американську систему охорони здоров'я і надає страхування 94% американців. Це є початком подальших реформ у майбутньому... Білль – це триумф

співчуття до незастрахованих над побоюваннями опонентів. Це – «цивільний акт прав XXI століття» [19].

Отже, підсумовуючи, слід зазначити, що до безумовних переваг організаційно-правового забезпечення системи охорони здоров'я США належить:

1) особливе ставлення до літніх осіб, інвалідів та деяких інших категорій соціально не захищених верств населення, що є виявом справді гуманного ставлення до тих категорій осіб, які не можуть самостійно забезпечити собі фінансування медичної допомоги;

2) високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів, який виявляється в тому, що значного рівня розвитку набули надання адвокатських послуг у сфері медичного права та широка розповсюдженість інституцій, зайнятих захистом прав споживачів;

3) концептуальний підхід до підготовки юристів, які спеціалізуються в царині медичного права, що виявляється в наявності окремої спеціалізації юридичних вищих навчальних закладів – «медичне право»;

4) високий рівень стандартизації та документообігу. Переважна більшість медичних процедур у Сполучених Штатах стандартизовані (щодо них розроблено та затверджено компетентними органами протоколи (стандарту)). Крім того, між усіма суб'єктами надання медичної допомоги функціонує значна кількість документів, які об'єктивізують процес організації та контролю за якістю надання медичної допомоги;

5) диверсифікація фінансових потоків, які спрямовуються на галузь охорони здоров'я (кошти на покриття окремих соціальних програм виділяються як федеральним рівнем, так і місцевими органами влади).

Водночас існує і низка вад.

По-перше, це велика вартість. Як уже зазначалося, витрати на душу населення у Сполучених Штатах становлять 7290 USD на рік, що більш

ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Висока вартість надання медичної допомоги стає певною перешкодою для організації медичного страхування та потенційною причиною конфлікту між суб'єктами медичного страхування щодо обґрунтованості рахунків до сплати.

По-друге, відсутність гарантованого загальнодоступного мінімуму медичної допомоги для кожної людини. Тобто, фактично йдеться про відсутність у практиці охорони здоров'я США обов'язкового (загального) медичного страхування.

По-третє, наявність значної кількості населення країни, яке не має медичного страхування. Незважаючи на високі демократичні традиції, що існують у США, це призводить до обмеження реалізації права на медичну допомогу.

По-четверте, наявність тенденції до монополізації ринку страховиків, що потенційно призводить до зменшення свободи вибору як для пацієнтів, так і для медичних організацій.

По-п'яте, – значні адміністративні витрати, які йдуть на утримання апарату страхових медичних організацій. Це здорожчує саме медичне

страхування, хоча вартість самої медичної допомоги нерідко не є визначальною.

Проаналізувавши досвід побудови системи організації та фінансування охорони здоров'я США, доходимо висновку, що для реформування галузі охорони здоров'я України можливо використання таких позитивних сторін американської системи:

- використання ринкових механізмів, які базуються на суверенітеті споживача медичних послуг і спроможності його попиту викликати конкуренцію як цінову, так і у сфері якості;

- надання більших прав пацієнтові (можливість отримання повної інформації на всіх стадіях лікувального процесу; розширення та вдосконалення існуючих способів захисту їхніх прав);

- удосконалення процесів управління та контролю якості надання медичних послуг, а також більш широке запровадження в цій сфері нових інформаційних технологій;

- акцент на профілактику захворювання, а також на первинне медико-санітарне обслуговування;

- стратегічне планування діяльності всіх закладів охорони здоров'я та органів управління охороною здоров'я.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Brunhes B. Des remèdes pour la Santé et l'Assurance-Maladie / B. Brunhes // Études. – 2003/6. – Tome 398. – P. 743–754.
2. The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int> – Назва з екрана.
3. Офіційний сайт Організації економічної співпраці та розвитку [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.oecd.org>
4. DeNavas-Walt C. Income, poverty and health insurance coverage in the United States, 2007 / C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, V. C. Smith. – US Census Bureau, 2008. – 84 с.
5. Kazzi N. More Americans losing health insurance every day. Analysis of health coverage losses during the recession / N. Kazzi // Centre American progress. – 2009. – May 4.
6. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : [навч. посібник] / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.



7. Potetz L. Financing Medicare: an issue Brief / L. Potetz. – Washington : The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2008. – 17 p.
8. Staman J. Requiring Individuals to Obtain Health Insurance: A Constitutional Analysis / J. Staman, C. Brougher // CRS Report for Congress – Congressional Research Service. – 2009. – 24 July. – P. 1–18.
9. OMB Home White House Website: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.whitehouse.gov> – Назва з екрана.
10. Boerma T. World health statistics 2010 / T. Boerma, C. AbouZahr. – France : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010. – 177 с.
11. Competition in health insurance: A comprehensive study of US markets – 2007 update: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ama-assn.org>. – Назва з екрана.
12. Roosevelt T. Roosevelt's own creed set forth / T. Roosevelt // The New York Times. – 1912. – August 7.
13. Remarks by the President to a joint session of Congress on health care: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.whitehouse.gov/the\\_press\\_office](http://www.whitehouse.gov/the_press_office) – Назва з екрана.
14. Wilper A. P. Health insurance and mortality in US adults / A. P. Wilper, S. Woolhandler, K. E. Lasser, D. McCormick, D. H. Bor // American journal of public health. – Desember 2009. – Vol. 99. – № 12. – P. 2289–2295.
15. Серета Г. П. Проблеми теорії держави і права : [навчальний посібник у визначеннях та схемах] / Г. П. Серета, С. Г. Стеценко. – К. : КНТ, 2009. – 184 с.
16. Salant J. D., O'Loary L. Six lobbyists per lawmaker work on health overhaul : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.bloomberg.com/apps/news>. – Назва з екрана.
17. Center for responsive politics : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.opensecrets.org/>. – Назва з екрана.
18. Yamey G. Obama's giant step towards universal health insurance / G. Yamey // BMJ. – 2010. – 24 March. – P. 340–344.
19. Pear R. Obama hails vote on health care as answering the «call of history» / R. Pear, Herszenhorn DM. // New York Times. – 2010. – March 21.

#### **Стеценко В. Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США**

Статтю присвячено особливостям правового регулювання та організаційного забезпечення медичного страхування у Сполучених Штатах Америки. Вказано на ту обставину, що серед високорозвинених ця країна є однією з небагатьох, у якій відсутнє загальнодержавне обов'язкове медичне страхування. Широкого висвітлення набули федеральні програми підтримки осіб похилого віку та соціально незахищених громадян – Medicare та Medicaid.

**Ключові слова:** Сполучені Штати Америки, медичне страхування, Medicare, Medicaid, фінансування охорони здоров'я, приватне страхування.

#### **Стеценко В. Ю. Организационно-правовое обеспечение медицинского страхования в США**

Статья посвящена особенностям правового регулирования и организационного обеспечения медицинского страхования в Соединенных Штатах Америки. Указано на то обстоятельство, что среди высокоразвитых эта страна является одной из немногих, в которой отсутствует общегосударственное обязательное медицинское страхование. Широкое освещение получили федеральные програм-



## **Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США**

---

---

мы поддержки лиц пожилого возраста и социально незащищенных граждан – Medicare и Medicaid.

**Ключевые слова:** Соединенные Штаты Америки, медицинское страхование, Medicare, Medicaid, финансирование здравоохранения, частное страхование.

### **Стеценко В. The organizational and legal providing of medical insurance in the USA**

The article is sanctified to the features of the legal adjusting and orgware of medical insurance in the United States of America. It is indicated on a that circumstance, that among highly developed this country is one of few, national obligatory medical insurance is absent in that. Wide illumination was purchased by the federal programs of support of persons years old and socially unprotected citizens – Medicare and Medicaid.

**Key words:** the United States of America, medical insurance, Medicare, Medicaid, financing of guard health, private insurance.