**Зміст**

Вступ

1. Опис умов страхування в США

2. Методи регулювання страхової системи США

3. Медичне страхування

4. Проблема реформи медичного страхування

Висновок

Список використаних джерел

#

# Вступ

У США величезна кількість страхових компаній. До основних видів страхування належать страхування автомобіля (automobile insurance), житла (homeowners and tenants insurance), життя (life insurance) і здоров'я (accident and health insurance).

Найбільш складною проблемою, є вибір оптимального типу медичної страховки, тому що перелік надаваних страховими компаніями послуг, весь час розширюється. Основних типів медичного страхування, всього три: основна госпітальна страховка (Basic Medical Hospital Insurance), основна медична страховка (Basic Medical Insurance), і загальна медична страховка (Major Medical Insurance).

Придбати медичну страховку можна у приватній компанії, у держави або у некомерційних організацій.

Страховка, що надається громадськими організаціями, коштує дешевше, але містить істотні обмеження і покриває зазвичай не більше 80% медичних витрат.

Знайти відповідне житло, що відповідає вашому сімейному бюджету, в Америці не так-то просто. Високі ціни на квартири та будинки, особливо у великих містах - таких, як Нью-Йорк, Сан-Франциско і т.п., можуть зовсім збентежити людини, яка звикла до практично безкоштовного житла.

Бронювати помешкання можна або самому через оголошення в газетах, або через спеціальні агентства. У першому випадку ви економите гроші, у другому - час і нерви. Вартість посередницьких послуг, зазвичай становить 10-15% річної ренти.

Коли ви шукаєте житло самостійно, то майте на увазі, що одна й та ж сума місячної плати, зазначена в різних оголошеннях, може означати насправді абсолютно різну вартість.

Має сенс зупинитися на житлі із стабілізованою місячною платою (stabilized rent). До речі, якщо дохід вашої сім'ї невеликий, то ви маєте право на отримання державної допомоги для оплати житла. Це так звана "8-а програма". У деяких випадках, ви можете також розраховувати і на отримання квартири в будинках з дуже низькою квартплатою.

Договір про наймання житлової площі між вами і лендлордами (landlord) може бути укладений і усно, але краще мати письмову угоду (lease agreement).

При визначенні розміру ренти ви повинні звернути увагу, чи включена в неї плата за комунальні послуги, за користування меблями та обладнанням, що знаходиться в квартирі. Потрібно уточнити, хто буде платити податки на нерухомість і страховку будівлі. Стандартний термін укладання договору про найм житла становить два-три роки.

У більшості випадків лендлорд вимагає від нового мешканця внести певну суму (зазвичай місячну ренту) в якості застави (security deposit), який утримується протягом усього періоду вашого проживання.

# 1. Опис умов страхування в США

Якщо застрахована особа несе витрати під час стажування внаслідок хвороби або травми, НТН сплатить за прийнятні витрати, які описані нижче. Всі медичні витрати понесені учасником внаслідок повторної хвороби або супутні витрати (включаючи будь-які ускладнення) будуть вважатись результатом хвороби або травми. Загальна сума платежів, які здійснюються застрахованій особі внаслідок хвороб чи травм, не може перевищувати 150000 $. Витрати мають бути понесені учасником під час дії страхового полісу. Якщо застрахована особа потребує тривалого лікування, вона має бути застрахована на весь період лікування.

Первинний платіж - це грошова сума, яку має сплачувати застрахована особа при кожному зверненні за власний кошт. Первинний платіж складає 10$ за кожне звернення по медичну допомогу.

У випадку смерті застрахованої особи, НТН сплачує необхідні витрати, але не більше ліміту 75000 $ за репатріацію застрахованої особи в країну проживання. Даний платіж покриває мінімальні правові вимоги до транспортування останків, але не включає вартість транспортування супроводжуючої особи або приїзд на похорони. Будь-які витрати на репатріацію потребують попередньої згоди НТН.

Якщо застрахована особа зазнає травм або переносить хворобу, НТН сплатить необхідні витрати, але не більше 10000$ для медичної евакуації застрахованої особи до найближчої лікарні, необхідної медичної установи. Однак, перед здійсненням платежу, НТН потребує письмового підтвердження від призначеного лікаря, що евакуація є медично необхідною. Будь-які витрати на евакуацію потребують попередньої згоди НТН.

Застрахована особа має подати письмову заяву із вимогою компенсації витрат протягом 30 днів після настання страхової події, або якнайшвидше, щойно це стане можливим.

Медичні витрати, що покриваються страховкою:

1. Плата за діагностику та лікування терапевта, хірурга, медичної сестри/брата, професійного анестезіолога або радіолога

2. Тарифи лікарні. Ізолятор або лікарняна палата, а також сплата за стаціонарну форму лікування, включаючи загальні послуги медичного персоналу. Виплати не можуть перевищувати середніх розцінок лікарні за багатомісні палати. Також покриваються витрати за послуги інтенсивного лікування.

3. Лабораторні аналізи, діагностика та рентгенівське обстеження

4. Лікарські препарати, які продаються за рецептом терапевта, і лише ліцензованим фармацевтом

5. Витрати понесені на лікування нервових або розумових розладів. Суми виплат складають:

- до 75$ за один візит, але не більше 1500$ за лікування на дому

- до 30 днів стаціонарного лікування.

Страхова компанія сплачує лише за одну з форм лікування і лише один раз протягом періоду страхування.

6.Витрати понесені на лікування у спеціалізованих терапевтів, включаючи акупунктуру і фізіотерапію, сплачуються у розмірі:

- до 35$ за один візит до лікаря, але не більше 30 візитів протягом лікування на дому б) стаціонарне лікування

7.Вартість оренди спеціалізованого медичного обладнання, або його придбання – те, що дешевше

8. Ремонт або установка нового протезного обладнання у разі призначення ліцензованим терапевтом внаслідок руйнування або псування існуючого протезного обладнання, але за умови, що застрахована особа знаходиться на стажуванні і була постійно застрахована більше одного року, не перевищуючи ліміту 500$.

9. Вакцинація, якщо потребується приймаючою організацією

10. Послуги наземної або повітряної швидкої служби в/з найближчої лікарі не більше 500$.

11. Витрати, які є наслідком лікування спортивних травм під час змагань або професійних занять спортом, покриваються у розмірі 1000$.

12. Витрати на лікування зубів допускаються у випадку:

- необхідного лікування природних або штучних зубів в результаті травм і/або;

- лікування зубів або виривання, яке необхідне для припинення болі, у розмірі 500$ протягом програми стажування учасника від дати початку до дати закінчення.

Медичні витрати, що НЕ покриваються страховкою:

1. Раніше існуючі хвороби

2. Послуги, які надані родичам застрахованої особи, або людям, які проживають разом із застрахованою особою

3. Профілактичні медикаменти, поточні огляди терапевта або інші огляди, для яких немає об’єктивних приводів або погіршення здоров’я, включаючи поточну медичну допомогу при народженні дитини.

4. Послуги або засоби, які не є медично необхідними для діагностики або лікування хвороби або травми.

5. Послуги або засоби, які не були рекомендовані призначеним терапевтом

6. Лікування зубів, ясен, щелеп або структур, що напряму підтримують зуби, включаючи хірургічне видалення зубів, дисфункції, або скелетні порушення однієї або обох щелеп, включаючи ортогнатію та нижньощелепну ретрогнатію.

7. Вартість послуг за огляд очей, вартість окулярів або контактних лінз, слухових апаратів, крім випадків, коли в них з’явилась необхідність внаслідок травми.

8. Лікування слабких, деформованих або пласких стоп, мозолів, затвердінь на шкірі, або нігтях.

9. Діагностика та лікування вроджених генетичних аномалій. Це виключення не стосується застрахованих новонароджених дітей.

10. Діагностика та лікування вугрів

11. Пластична або косметична хірургія, якщо вона не стає необхідною внаслідок отримання травми та вимагає проведення протягом 24 годин після настання страхової події.

12. Послуги пов’язані з діагностикою та лікуванням безпліддя.

13. Витрати, які покриваються іншими дійсними та колективними страховками.

14. Перевищення прийнятних тарифів.

15. Витрати на послуги та засоби, які є експериментальними.

16. Відхилені носові мембрани, включаючи підслизову резекцію.

17. Витрати, понесені внаслідок використання алкоголю та інших токсичних речовин, а також медичних препаратів, які не були призначені терапевтом.

18. Навмисно нанесені пошкодження, самогубство, та їх спроби.

19. Участь у воєнних діях, служба в армії, народне повстання, громадянська непокора, або терористичні акти.

20. Польоти не в якості пасажира.

21. Контроль за народжуваністю, включаючи хірургічне втручання та медичні засоби.

22. Трансплантація органів

23. Послуги та засоби, отримані не в період дії даної страховки.

# 2. Методи регулювання страхової системи США

Відповідно до Акту Маккарена-Фергюсона від 1945 р., регулювання страхування в США відноситься до компетенції штатів, а не федеральних органів, хоча страхування підлеглому федеральному антимонопольному законодавству. Це означає, що на федеральному рівні не існує спеціального законодавства в області страхового бізнесу. Федеральні власті залучені в регулювання деяких аспектів страхування, пов'язаного з ядерним страхуванням, а також в управління національними програмами страхування від повені, страхування проти злочинів і страхування зернових культур.

Не дивлячись на те, що цілий діапазон регулюючих інструментів переданий до рук властей окремих штатів, є загальні принципи регулювання. До їх числа відносяться:

- внутрішні заходи (що розповсюджуються на даний штат);

- федеральні заходи (США, що розповсюджуються на інші штати);

- зовнішні заходи (що розповсюджуються за межі США).

Регулюючий орган штату несе відповідальність за:

- визнання страховиків відповідно до їх статусу (внутрішнім, федеральним або зовнішнім);

- визначення вимог до розміру капіталу і вимог до платоспроможності;

- визначення вимог щодо резервів;

- оподаткування;

- форми страхового поліса;

- регулювання норм, якщо це передбачено чинним законодавством;

- нагляд;

- контроль за розподілом прибутків страховиків.

Координуючим органом на федеральному рівні є Національна Асоціація спеціальних уповноважених страховиків (NAIC), яка об'єднує регуляторів окремих штатів. Асоціація не відноситься до органів федеральної влади. Необхідність в її створенні була викликана труднощами і для страхових компаній, і для клієнтів, враховуючи відмінності в регулюючих умовах окремих штатів. Це служило істотною перешкодою до розвитку страхового бізнесу в США.

Діяльність Асоціації направлена на гармонізацію законів державного страхування. З цією метою була розроблена принципова модель законопроектів, що охоплюють різні аспекти страхової справи. На основі цієї моделі законодавчі органи штатів виробляють власні закони. Завдяки цьому досягнутий реальний прогрес в загальнонаціональній одноманітності законів страхування. Якщо законодавчі акти ґрунтуються на єдиній моделі, то вони отримують Свідоцтво про Акредитацію NAIC.

Проблеми, які стоять в даний час перед NAIC, - створення “зразкового” закону, згідно якому власті того або іншого штату були б підготовлені до ліцензування іноземних страховиків (заснованих за межами США) без того, щоб вимагати (як у багатьох випадках в даний час) їх реєстрації і ліцензування в межах кожного штату. Модельний закон дозволив би також розробити уніфіковані вимоги, що існують вже в деяких штатах, згідно яким в Раді директорів іноземної страхової компанії повинні бути присутніми американські громадяни.

Таким чином, основні особливості регулювання страхової справи в США включають наступні аспекти:

- деталі, регулюючі статути в кожному окремому штаті;

- всі страховики, агенти і брокери повинні отримати ліцензію, і, наприклад у Вісконсіні повинні представляти детальний 5-річний бізнес-план і всі необхідні дані, що стосуються керівництва компанії;

- мінімальні вимоги до капіталу для страховиків (від 100 тис. дол. в Алабамі до 3 млн. дол. страхових суспільств взаємного кредитування в Канзасі);

- вимоги платоспроможності у формі депозитів і/або мінімальних резервів (від мінімального депозиту в 300 тис. дол. в Ілінойсі до мінімальної резервної вимоги в 2,5 млн. дол. у Флоріді і в 3 млн. дол. у Вісконсіні);

- обов'язкове страхування безлічі ризиків, включаючи автоцивільну відповідальність на користь “третіх” осіб, медичне страхування і страхування компенсацій робочим;

- оподаткування премій в межах від 1% для страхування життя в Алабамі до 5% для деяких видів страхування в Північній Кароліні і Вісконсіні. В середньому воно рівне 2%.

Деякі штати регулюють страхові тарифи. Так, Алабама регулює більшість тарифів по видах страхування, що не відносяться до страхування життя і страхування здоров'я, Ілінойс - тарифи на страхування компенсацій робочим, відповідальність підприємців і медичне страхування. У Канзасі регулюються тарифи при страхуванні від нещасних випадків, хвороб і деяких інших видів страхування. У Північній Кароліні встановлені обов'язкові стандартні вимоги для деяких видів автотранспорту і страхування ризику пожежі. Форми поліса і їх формулювання можуть також регулюватися.

У деяких штатах власті самі можуть бути залучені в процес обов'язкового страхування або страхування професійної відповідальності, наприклад в страхування компенсацій робочим, медичне страхування, або страхування на випадок стихійних лих.

# 3. Медичне страхування

У США немає державної системи охорони здоров'я, і американці користуються послугами приватних страхових медичних компаній. Знаходячись на території США, ніхто не є виключенням. Усі учасники програми Work & Travel мають медичну страховку на увесь період дії форми DS-2019, яка здатна покрити всі витрати, у разі потреби швидкої медичної допомоги. Медична страховка необхідна для того, щоб отримати безкоштовне медичне обслуговування в США в екстрених випадках. Страховий поліс повинен відповідати вимогам Держдепартаменту, а саме:

Program participants are required to have medical insurance coverage with the following minimum benefits.

Medical benefits of at least $50,000 per accident or illness

Repatriation of remains in the amount of $7,500

Expenses associated with the medical evacuation of the exchange visitor to his or her home country in the amount of $10,000

A deductible not to exceed $500 per accident or illness.

Всі учасники програми Work & Travel мають індивідуальну карту медичного страхування. Якщо у вас є необхідність звернутися до лікаря, спочатку необхідно зв'язатися по безкоштовному телефону із страховою компанією і отримати всі інструкції.

При зверненні в кожному випадку необхідно заповнювати Claim Form, яка повинна бути підписана вами і лікарем. Claim Form повинна бути прикладена до всіх рахунків і відправлена до страхової компанія протягом 60 днів. Якщо ви цього не зробити, то всі рахунки за обслуговування в лікарні будуть пред'явлені і суми будуть стягнуті через суд.

Необхідно пам'ятати:

- якщо ви водите машину, то необхідна додаткова спеціальна авто страховка;

- якщо Ви збираєтеся узяти напрокат машину, то обов’язково отримайте додаткову медичну страховку. Ваша страховка не передбачає водіння Вами автотранспортних засобів. Тобто, якщо Ви сіли за кермо, пам'ятаєте, що Ви не застраховані.

- не страхуються такі випадки, як венеричні захворювання; травми, отримані в результаті алкогольного або наркотичного сп'яніння, скоєння злочину; якщо ви займаєтеся спортом підвищеного ризику (автоперегони, стрибки з парашутом, гірськолижний спорт, тощо);

- страховка не покриває хронічні захворювання і стоматологічні послуги;

- не страхується вагітність і всі проблеми з нею зв'язані.

Медичне страхування має глибокі історичні корені. Надання матеріальної допомоги громадянам у випадку хвороби здійснювалося ще в Древній Греції та Римській імперії. Так, у рамках професійних колегій функціонував механізм збору та виплат при настанні страхового випадку (травма, тривале захворювання із втратою працездатності, каліцтво). У Середньовіччя функції страхового захисту населення виконували цехові чи ремісничі гільдії (союзи), а також церква, вплив на суспільство якої було домінуючим. Проте медичне страхування отримало статус форми соціальної допомоги у випадку хвороби тільки в другій половині XIX ст.

З економічної точки зору не кожну форму фінансової допомоги у випадку втрати працездатності і хвороби можна розглядати як медичне страхування: воно повинне ґрунтуватися на певних принципах і виконувати основні функції медичного страхування.

Одинадцять принципів за ступенем важливості в організації медичного страхування можна умовно розділити на соціально-економічні (максимальна довіра сторін, страховий інтерес, відрахування в рамках реально заподіяних збитків страхувальнику, франшиза, суброгація, контрибуція, співстрахування, перестрахування, диверсифікація) і ринкові (вільний вибір страховика і виду страхування, страховий ризик). Об'єктом страхування є здоров'я і життя громадян, а суб'єктами страхової діяльності — страхувальники (дієздатні громадяни), страховики (страхові компанії, що мають ліцензію на здійснення медичного страхування), аптеки, лікувально-профілактичні установи, лікарі, благодійні організації та фонди.

Накопичений багаторічний досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей і систем медичного страхування та страхування здоров’я. Зараз визначаються три основні види фінансування охорони здоров’я: державне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма. У США переважає змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% населення користується послугами приватних страхових компаній.

Головна функція уряду стосовно медичного страхування — забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам закону, зокрема, щодо виконання страхових програм. У зв’язку з цим держава надає медичному страхуванню обов’язкового характеру та визначає його головні умови (базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги), бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам, страховим компаніям та асоціаціям лікарів, значні повноваження в управлінні системою та право представляти інтереси застрахованих і медичних працівників.

У США існує система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду із мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розділяються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків.

Ця система діє в США в частині програм "Медікер" та "Медікейт". Ці системи обіймають більше 20% населення, групове страхування за місцем роботи складає 58% та добровільне медичне страхування не за місцем роботи – 2%. Близько 15% населення не мають доступу до медичного страхування: це малозабезпечені, безробітні, безпритульні та члени сімей працівників підприємств, що не забезпечуються системою медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілок, робітники, які працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки.

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в США – парадоксальна сукупність недоліків та переваг. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку – більше, ніж будь-яка інша країна у світі і, водночас, понад 15% американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу через відсутність страхових медичних полісів.

Серед приватних страхових компаній у США найбільш розповсюджені та відомі дві некомерційні страхові компанії: "Блу крос" та "Блу шилд". Вони проводять добровільне медичне страхування, що забезпечує оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для клієнтів, які проживають в даному районі. Сьогодні діють чисельні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги.

З 1981 року в США розроблена система класифікації випадків госпіталізації, або діагностичних груп. Розрахунок за медичне обслуговування за програмами "Медікер" та "Медікейт" виконувався при цьому в залежності від кількості медичних послуг. Така система розрахунків призводила до безпідставної затримки хворих на стаціонарі, зростання числа операцій без показників, клінічних, лабораторних та інших досліджень. При цьому, основної мети — доступності медичної допомоги для всіх громадян – так і не було досягнуто.

У таких умовах функціонують практично всі медико-соціальні програми США. Нові моделі Національної системи охорони здоров'я передбачають збільшення розмірів страхових внесків, що супроводжують ріст цін. Тому, обов'язкове медичне страхування не розповсюджене серед малозабезпеченого прошарку населення у США.

У США з 1971 року запроваджена Національна система універсального медичного страхування, що включає оплату всіх видів стаціонарної та амбулаторної допомоги, окрім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Більше ніж 90% витрат на стаціонарну та амбулаторну допомогу компенсується із громадських фондів. За рахунок прогресивного податку покривається 25% усіх затрат на охорону здоров'я.

Добровільне медичне страхування не дуже поширене і забезпечує виплати тільки в тих галузях, які не покриваються універсальним страхуванням.

Основу системи медичного страхування складає програма "Медікер", згідно якої всьому населенню сплачується 85% вартості різних медичних послуг, окрім стоматологічної, оптикометричної та швидкої допомоги. Фінансування виконується за рахунок страхових внесків у розмірі 1% заробітної плати. Добровільне медичне страхування малорозвинуте та надає додаткові послуги.

#

# 4. Проблема реформи медичного страхування

У Сполучених Штатах нині точаться національні дебати навколо проекту реформи системи охорони здоров’я і медичного страхування. Чим спричинена необхідність реформи?

Усі учасники дебатів, як прихильники, так і опоненти реформи, погоджуються на тому, що система охорони здоров’я чим далі дорожчає, але десь 47 мільйонів американців не мають медичної страховки. Одначе, як зазначає журнал «Time» у номері від 10-го серпня, більшість американців забезпечені страховкою, і 86 відсотків населення, згідно з опитуванням, задоволені медичним обслуговуванням, навіть ті, хто не має ніякої страховки.

За законом, лікарні зобов’язані допомагати будь-кому, хто звертається у разі необхідності, навіть якщо пацієнт є нелегальним іммігрантом, безробітним, безпритульним тощо.

Однією з чільних обіцянок Барака Обами у перебігу президентської кампанії було здійснити реформу системи охорони здоров’я. Це одна з традиційних ідей Демократичної партії, і невдалі спроби робилися ще на початку президентства Білла Клінтона, у 90-х роках минулого сторіччя. Нині, коли демократи мають як свого президента у Білому домі, так і переважну більшість в обох палатах Конгресу, вони намагаються здійснити реформу.

План президента Барака Обами передбачає істотну роль уряду у регулюванні медичного обслуговування. Це суперечить ідейним засадам Республіканської партії, яка принципово виступає проти втручання уряду у життя суспільства. Треба сказати, що проти плану Обами виступають не лише республіканці, а й чимало демократів. Цей план вони сприймають як збільшення урядової бюрократії коштом збільшення податків.

Нині президент подорожує по штатах, агітуючи населення на мітингах. Але подекуди його зустрічають неприємними запитаннями. Так було, наприклад, на мітингу у штаті Вісконсин. Хезер Блиш, яка, за її словами, є «звичайною мамою з сусідньої вулиці і не належить до жодної політичної партії», запитала президента: «Де ви візьмете кошти на нові бюрократичні установи, якщо не збільшуватимете наші податки?» Мирон Куропась, коментатор англомовного тижневикa «Ukrainian Weekly», пише в останньому номері: «Якщо існуючим медичним програмам федерального уряду забракне грошей, то де гарантія, що нова програма, здійснювана тим-таки федеральним урядом, вирішить проблему?»

Опозиція новій програмі Білого дому досить поширена і популярність президента відчутно зменшилася. За соціологічними даними Інституту Расмуссена, 41 відсоток американців негативно оцінюють діяльність президента.

Президент щодня виступає перед місцевими громадами по штатах, переконуючи їх у необхідності ухвалити законопроект, що його нині обговорює Конгрес. На скептичні запитання, наприклад, чи він сам читав увесь текст документу обсягом 1088 сторінок, Обама відповів у традиційному суботньому радіозверненні: «Які б там не були чутки, кожен американець повинен знати наступне: якщо у вас немає медичної страховки, то як тільки ми ухвалимо реформу, ви нарешті матимете можливість якісного й доступного вибору. Якщо ви маєте медичну страховку, то ми зробимо так, що ані страхова компанія, ані бюрократ-посадовець не стануть між вами й медичним обслуговуванням, якого ви потребуєте. І ми зробимо це з фінансовою відповідальністю. Я розумію, що люди по-справжньому стурбовані й скептично налаштовані. Я розумію, що під час економічних зрушень ідея змін може непокоїти, і мені відомо, що є люди, які вважають, що уряд не повинен втручатися у їхні особисті проблеми. Існують зрозумілі розходження, і потрібна справжня дискусія».

За словами президента Барака Обами, треба лише знизити гучність наших голосів, дослухатися один до одного і говорити про різницю в поглядах. Дискусія триває.

# Висновок

Запроваджена у США система державного соціального страхування дає право непрацюючій дружині пенсіонера і його неповнолітнім дітям на одержання додаткової допомоги в розмірі до половини його пенсії кожному. Розлучена жінка, яка прожила з чоловіком понад десять років і не вийшла більше заміж, отримує пенсію (по старості чи як вдова) на правах дружини.

Вік виходу на пенсію — 62 роки як для чоловіків, так і для жінок, які мають трудовий стаж не менш ніж вісім років і платили внески в фонди державного соціального страхування також не менш ніж вісім років. При виході на пенсію не в 62, а в 65 років пенсія збільшується на чверть у США. Як і в більшості країн Заходу, розмір пенсії коливається від 50 до 80% передпенсійного фонду.

Пенсіонери мають право працювати. Для осіб, старших за 65 років немає обмеження на розмір пенсії, якщо заробіток не перевищує 860 доларів на місяць. За кожні 3 долари, зароблені вище від цієї суми, розмір пенсії знижується на 1 долар. Позитивним наслідком цього, поряд з іншим, є високий ступінь мотивації до праці, зростання інтересу працівників до продовження трудової діяльності.

У системі регулювання зайнятістю, що функціонує у США, важливим елементом є молодіжна політика зайнятості, яка включає в себе цілий ряд програм роботи для молоді з бідних сімей у віці від 16 до 21 року. Головна мета таких програм полягає в тому, щоб молоді, яка вступає у трудову діяльність, дати відповідний рівень професійної підготовки при одночасному створенні умов для широкого вибору підходящої роботи. Місцеві органи влади, комерційні організації забезпечують учасникам таких програм часткову чи повну зайнятість (із невеликою оплатою).

Список використаних джерел**:**

1. Базилевич В.Д. Страховий ринок США.- К.: Знання, 2002.

2. Вітлінський В.В., Верченко П.І. Аналіз, моделювання та управління економічним ризиком: Навчально-методичний посібник для самостійного вивчення дисципліни. – К.: КНЕУ, 2000.

3. Внукова Н.М., Успаленко В.І., Временко Л.В. Страхування: теорія та практика: Навч.-метод. посібник. — Х. : Бурун Книга, 2004.

4. Гутко Л.М. Досвід провідних країн світу в галузі страхування // Проблеми економіки. – 2007. – №11.

5. Донець Л.І. Економічні ризики та методи їх вимірювання: навчальний посібник. – К.: ЦНЛ, 2006.

6. Ілляшенко С.М. Економічний ризик: Навчальний посібник. 2-ге вид., доп. перероб – К.: Центр навчальної літератури, 2004.

7. Матвійчук А.В. Аналіз і управління економічним ризиком. Навч. Посібник. – К.:ЦУЛ, 2005.

8. Осадець С.С. Страхування: Підручник. - К.: КНЕУ, 2002.

9. Плиса В.Й. Страхування: Навч. посібник для студ. вищих навч. закл. — К. : Каравела, 2005.

10. Фурман В.М. Світові тенденції розвитку ринку страхових послуг // Економіст. – 2004. – № 8 (214).

11. Шелехов К.В., Бігдаш В.Д. Страхування. Страхові послуги: Навч.-метод. посіб. – К.: ІЕУГП, 2000.