

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки

Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Бурля Оксана Михайлівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр»
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

_____ О.М. Бурля
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Войтнеко Архип Борисович
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат наук з державного управління, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2020

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри _____
№ _____ від «_____» _____ 20____ р.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою _____
за національною шкалою _____

секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Бурля О. М. Міжнародний досвід адміністрування сфери охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2020.

Досліджено теоретичні і практичні тенденції розвитку державного нормативно-правового адміністрування систем охорони здоров'я країн світу. Увагу в роботі зосереджено на питаннях фінансування галузі.

Визначено вплив державної політики реформування на систему охорони здоров'я у країнах світу й України. Сформульовано актуальні першочергові перспективи розвитку цієї соціальної сфери держави.

Ключові слова: гарантовані медичні послуги, світовий досвід, організація забезпечення, система охорони здоров'я, моделі охорони здоров'я світу.

SUMMARY

Burlia O. M. International Experience Administration of Health Care Sphere. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polissky National University, Zhytomyr, 2020.

Theoretical and practical tendencies of development of the state normative-legal administration of health care systems countries of the world are investigated. The work focuses on the financing of the industry.

The influence of the state reform policy on the health care system in the countries of the world and Ukraine is determined. The author formulates the current priority prospects for the development of this social sphere of the state.

Keywords: guaranteed medical services, health care, international experience, organization of providing, models of world health systems

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-ЗАКОНОДАВЧІ ЗАСАДИ ВИНИКНЕННЯ СИСТЕМ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЇХ ІСТОРИЧНОМУ РОЗВИТКУ У СВІТІ.....	10
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	22
РОЗДІЛ II. РОЗВИТОК І АДМІНІСТРУВАННЯ МОДЕЛЕЙ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОЗВИНУТИХ КРАЇН СВІТУ	23
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	33
РОЗДІЛ III. СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРОГРЕСУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ.....	34
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45

ВСТУП

Актуальність теми. Як складна і динамічна суспільна система охорони здоров'я є важливою складовою загального потенціалу країни і створюється будь-якою державою з метою збереження і укріплення громадського здоров'я, накопичення та узагальнення наукових знань, що представляють користь для здійснення широкого комплексу профілактичних заходів та розповсюдження санітарно-гігієнічних знань широких верств населення для попередження та лікування захворювань, запобігання їх розповсюдженню, а відтак сприяти подовженню тривалості передбачуваного життя. Здоров'я своїх громадян кожною країною декларується як найвища індивідуальна та соціально-економічна державна цінність нації. Отож правове регулювання цієї галузі гармонізує її діяльність, надає більшої можливості гнучкого управління і це здійснюється кожною країною на свій кшталт. Через це системи охорони здоров'я країн більшою чи меншою мірою вирізняються, мають свої особливості.

У ХХ столітті зв'язок між охороною здоров'я, суспільством та людиною був найбільш значущим. Конституційне визнання права на здоров'я кожної людини стало невідривною частиною більшості правових систем.

Епохальні виклики сьогодення економічному, соціальному та політичному розвитку багатьох країн світу спричиняють потребу у змінах, а у деяких випадках і радикальні реформи в адмініструванні такою важливою соціальною сферою, що вносить корективи до всіх аспектів глобального розвою людства, якою є галузь охорони здоров'я.

Правове регулювання надає системі охорони здоров'я оптимальну керованість, цілеспрямованість і гарантованість, створює умови для розробки довгострокової програми розвитку цієї системи, визначає стабільність ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в цілому й на цій основі вдосконалює форми і методи керівництва цією сферою. В даний час процес

законотворчості в сфері охорони здоров'я розвивається дуже активно. Це пов'язано з реформуванням даної сфери в країнах, нещодавно здійснили перехід від планової, властивої соціалістичному політичному устрою економіки до економіки з ринковими стосунками. І, у першу чергу, це стосується створення систем охорони здоров'я з фінансуванням з найбільш ефективним результатом.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням розробки методичних і практичних аспектів функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я з точки зору раціоналізації організаційно-функціональної структури з ефективним фінансуванням в умовах вкрай обмежених державних асигнувань та використання скупих ресурсів галузі охорони здоров'я, в умовах зовнішніх та внутрішніх дестабілізаційних факторів до цього часу ученими нашої держави приділялось недостатньо уваги, а наукові публікації, в основному, присвячувались оглядам чинних систем охорони здоров'я закордонних країн та їх критичним оцінкам щодо можливості та доцільності застосування їх окремих елементів у вітчизняному медичному полі.

Проблеми адміністрування соціальної галузі системи охорони здоров'я, представлено у роботах вітчизняних і зарубіжних дослідників Москаленка В. Ф., Варнавського В. Г., Шевчука І. М., Жилінського Є. В., Шиленко Ю. В., Кузнецова А. І., Кузьміна Я. І., Шишкіна С. В., Лібанової Е. М., Макарової О. В., Полозенка Д. В., Олсона М., Павлюк К. В., Покровського В. І., Стігліца Дж., Чубарової Т. В., Шевського В. І., Шевченко Ю. Л., Шеймана І. М., Ерроу К. Дж., Юр'єва Т. В., Якобсона Л. І., Куценко В. І. та ін.

Надзвичайна актуальність проблеми, яка досліджується, нерозробленість теоретичних і методологічних засобів і сформулювали вибір теми дипломної роботи, її мету, об'єкт, завдання і методи нашого дослідження.

Метою дипломної роботи є теоретичне й історичне дослідницьке вивчення позитивного впливу нормативно-правового регулювання на

страхове дофінансування систем охорони здоров'я окремих розвинутих держав світу. Відповідно до встановленої мети були виконані такі **завдання**:

- дослідити законодавчу сутність історичного розвитку систем охорони здоров'я країн світу та їх основні етапи становлення;
- вивчити організаційно-функціональну структуру систем охорони країн Європи, США та інших розвинутих держав;
- визначити роль і досвід державної політики у функціонуванні галузі охорони здоров'я цих країн;
- провести аналіз чинного законодавства України у вказаній сфері;
- схарактеризувати перспективи реформування системи охорони здоров'я України;
- обґрунтувати та розробити конструктивні рекомендації щодо становлення і розвитку нової організаційно-функціональної системи охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження є процес становлення та розвитку системи охорони здоров'я зарубіжжя і медичної реформи в Україні.

Предметом даного дослідження є сукупність теоретико-історичних, юридичних та практичних аспектів становлення й розвитку галузі охорони здоров'я країн світу України.

Методологічну та теоретичну основу досліджень склав критичний та позитивний аналіз практичних розробок побудови державної політики й наукових праць провідних вітчизняних та закордонних вчених в опрацюванні новітніх змін організаційно-функціональних складових системи охорони здоров'я, монографічної й періодичної літератури, спеціальної літератури за проблемою розвитку системи охорони здоров'я України, законодавчих і нормативних актів України, матеріалів Верховної Ради України та документів Кабінету Міністрів, які визначають взаємостосунки її учасників. Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі використовуються загальнонаукові методи, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, аналізу і

синтезу, індукції та дедукції та ін., а також специфічні – порівняльного аналізу, структурно-логічний тощо.

Особистий внесок автора. Дана кваліфікаційна робота є завершеним дослідженням. Представлені автором результати наукових пошуків одержані особисто автором. Розглянуто фінансові аспекти реформування системи охорони здоров'я в закордонних країнах. Сформульовано пропозиції щодо використання медичних реформ в Україні на досвіді інших країн у галузі медичної допомоги. Не стверджується, що запозичення закордонний досвіду проведення медичної реформи повинно враховувати вітчизняну специфіку – рівень розвитку економіки, менталітет населення, традиції. Міжнародний досвід переконливо говорить про те, що можна створити ефективну медичну допомогу на основі солідарності, справедливості та громадянської участі, захистити населення від катастрофічних наслідків хвороб, гарантувати прозорість та підзвітність за вжиті або невикористані заходи ефективніше реагувати на потреби та очікування населення.

Висновки та пропозиції, отримані у процесі виконання дослідження, планомірно спрямованого на удосконалення власне системи охорони здоров'я та збереження та укріплення здоров'я народу України.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу; теоретично-історичного розділу 1, в якому схарактеризовано історико-законодавчі засади функціонування системи охорони громадського здоров'я у світі; аналітичного розділу 2, в якому здійснено аналіз глобальних фундаментальних що узагальнює положень створення системи охорони здоров'я країн світу, деякі риси адміністрування окремих країн та досліджено окремі особливості її функціонування; розділу 3, в якому визначено перспективи функціонування системи охорони здоров'я України; висновків; списку використаних джерел.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-ІСТОРИЧНІ ЗАСАДИ ВИНИКНЕННЯ ТА СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СВІТІ

Розвиток промисловості європейського регіону у XVIII ст. спричинив витоки соціального страхування об'єктом якого визначалось життя й працездатність. Робітники самостійно старались убезпечити себе на випадок травмування об'єднувались у різноманітні невеликі спілки, товариства, фонди й каси, куди вкладали певну частку своїх коштів з метою страхування свого здоров'я.

Кількість учасників таких страхових агентств була замалою, тому коштів на всіх, хто потребував допомоги не вистачало, тому окремі такі утворення укрупнювались у дещо стійкі і тривкі конструкції. Взаємодопомогу надавали у випадку безробіття, працездатності та на пенсійне забезпечення.

Аналогічно формувалися страхові структури у Австрії, Бельгії, Великобританії, Росії, Скандинавських державах, Швейцарії, та ін. У деяких країнах їх було декілька тисяч.

На початок XX ст. страхові установи у Європі отримали нормативно-правове регулювання. Законодавчі акти передбачали допомогу у випадку втрати місця роботи, тимчасової непрацездатності при захворюванні, стійкої непрацездатності при встановленні інвалідності, старості, а до самих застрахованих, які власноруч формували рахунки страховиків приєднались власники приватних компаній, інших виробничих мануфактур, які стали виплачувати страхові внески від 25% до 40% вартості полісу. Трохи згодом до страхових фондів вже прибували державні дотації та субсидії. Уряд паралельно із залученням коштів держави прагнув все більшого впливу на страхові процеси, посилюючи свій контроль вкладених фінансів.

Отже, прагнення до регулювання організації та функціонування установ, зайнятих страхуванням здоров'я склало прообраз беверіджської

моделі бюджетної (державної) охорони здоров'я у Великобританії, Данії, Ірландії, Швеції.

Аналогічне бажання держави до адміністрування системи охорони здоров'я на принципах солідарного фінансування створювало у юридичному плані і бісмаркську модель, але вже з більшою часткою участі бізнесменів-власників фабрик, заводів. Така побудова системи охорони здоров'я є притаманною для країн Східної та Центральної Європи (Австрії, Бельгії, Нідерландах, ФРН, Швейцарії та ін.)

Перший крок до створення національної системи медичного страхування був зроблений в Німеччині в 1883 р., коли був прийнятий закон про страхування на випадок хвороби. Промисловим роботодавцям було доручено забезпечувати своїм низькооплачуваним працівникам страхування від травм і хвороб, а система фінансувалася і керувалася працівниками й роботодавцями через «лікарняні каси», які надходили коштом відрахувань із заробітної плати робітників і внесків роботодавців. Незабаром цей приклад наслідували й інші країни. У Сполученому Королівстві Закон «Про національне страхування» 1911 р. передбачав покриття первинної медичної допомоги (але не спеціалізованої або лікарняної допомоги) для найманих працівників, які охоплюють близько однієї третини населення.

Російська імперія встановила подібну німецькій систему 23 червня 1912 р., вже за перебігом 30-ти років після прийняття III Державною Думою закону про соціальне страхування робітників на випадок хвороби, і інші промислово розвинені країни почали наслідувати приклад лікарняних кас. До 1930-х років аналогічні системи вже існували практично у всій Західній і Центральній Європі.

У 1883 р. до шведського Риксдагу подано проект закону про соціальне страхування робітників, але після розгляду його не затверджено. І тільки внаслідок досконального вивчення його положень спеціальною комісією впродовж її діяльності у період шести років з 1907 р. у травні 1913 р. парламентом Швеції ухвалено «Закон про обов'язкове страхування на

випадок хвороби, інвалідності, старості». Обов'язковому страхуванню підлягав увесь шведський народ віком 16 – 66 років для покриття їх грошовими коштами по досягненні 67 років чи утраті фізичної можливості працювати. Фінансування передбачених цим законом заходів зобов'язалась забезпечити держава.

Паралельно протягом цього ж терміну період чинилася реформа аналогічного законодавства в Австрії, Бельгії, Норвегії, Португалії, Швейцарії, та низки країн, де легітимізувалась регламентація суспільно-економічні взаємовідносин.

«Акт про національне страхування» 1911 р. Великої Британії поперед не визначував сплату страхових сум цілковито коштом держави, що за визначенням є найвищим соціально справедливим видом страхування. Ним визнано право на допомогу у вигляді страхування без внесків малозабезпеченим верствам населення із низькою зарплатнею. Друга група застрахованих мала користуватися страховкою послабленою тільки дотаціями й субсидіями з бюджету держави. Показовим є те, що англійським законодавством уперше зафіксовано положення суспільної солідарності. Вже у 1913 р. Великобританія задекларувала кошти на повне державне страхування на випадок хвороби та інвалідності.

В Японії в 1927 р. був прийнятий закон про медичне страхування найманих працівників, а в 1935 і 1940 роках він був розширений. Після російської революції 1917 р. Радянський Союз створив повністю державну і централізовану систему охорони здоров'я у 1920 р. Однак це не було дійсно універсальною системою. на той момент сільські жителі не були охоплені. У Новій Зеландії універсальна система охорони здоров'я створювалася в кілька етапів з 1939 по 1941 рік. В Австралії в штаті Квінсленд в 1940-х роках була введена система безкоштовних державних лікарень.

Після Другої світової війни в усьому світі почали створюватися універсальні системи охорони здоров'я. 5 липня 1948 р. в Сполученому

Королівстві відкрилася універсальна (бюджетна) Національна служба охорони здоров'я.

Потім загальну охорону здоров'я було введено в країнах Північної Європи: Швеції (1955 р.), Ісландії (1956 р.), Норвегії (1956 р.), Данії (1961 р.) і Фінляндії (1964 р.). Потім загальне медичне страхування було введено в Японії (1961 р.) і поетапно в Канаді, починаючи з провінції Саскачеван в 1962 р., а згодом в іншій частині Канади з 1968 по 1972 рр. Радянський Союз поширив загальне медичне обслуговування на своїх сільських жителів. 1969. Італія представила свою Servizio Sanitario Nazionale (Національна служба охорони здоров'я) в 1978 році. Загальне медичне страхування було введено в Австралії, починаючи з системи Medibank, яка привела до загального страхування в рамках системи Medicare, введеної в 1975 році.

З 1970-х по 2000-і роки країни Південної і Західної Європи почали вводити загальне охоплення, більшість з яких ґрунтувалися на попередніх програмах медичного страхування для охоплення всього населення. Наприклад, Франція ґрунтувалася на своїй національній системі медичного страхування 1928 з подальшим прийняттям законодавства, що охоплює все більший і більший відсоток населення, до тих пір, поки що залишився 1% незастрахованого населення не отримав страхове покриття у 2000 році. Крім того, була введена загальна медична страховка. в деяких країнах Азії, включаючи Південну Корею (1989 р.), Тайвань (1995 р.), Ізраїль (1995 р.) і Таїланд (2001 р.).

Після розпаду Радянського Союзу Росія зберегла і реформувала свою універсальну систему охорони здоров'я, як і інші колишні радянські країни і країни Східного блоку. Після 1990-х років багато країн Латинської Америки, Карибського басейну, Африки та Азіатсько-Тихоокеанського регіону, включаючи країни, що розвиваються, зробили кроки щодо забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я свого населення, в тому числі Китай, який має найбільшу універсальну систему охорони здоров'я у світі. І Бразилія «SUS (порт.: Sistema Único de Saúde – Єдина Система

Охорони Здоров'я)» яка поліпшила покриття до 80% населення. Створена у вересні 1990 р., SUS є найбільшою недискримінаційною державною системою суспільної охорони здоров'я у світі за кількістю бенефіціарів/користувачів (практично 100% населення Бразилії; 220 млн. чоловік), площі території (3,3 млн квадратних миль), афілійована мережа /кількість лікувальних центрів (понад 10 клінік. В Індії була впроваджена децентралізована універсальна система охорони здоров'я, яка фінансується платниками податків, яка допомогла знизити рівень смертності й недоїдання. У дослідженні 2012 р. вивчався прогрес, досягнутий цими країнами, з акцентом на дев'яти, зокрема: Гані, Руанді, Нігерії, Малі, Кенії, Індонезії, Філіппінах. і В'єтнам.

Еволюційне поступове піднесення впроваджень у загальне медичне страхування добре демонструє Норвегія:

у 1909 р. – розпочато опрацювання перших законодавчих актів;

1911 р. – почато їх практичну реалізацію;

до 1956 р. – формування системи страхування;

до 1999 р. – медстрахуванням охоплено всіх громадян.

Будь-яка із розглянутих систем фінансування сфери охорони здоров'я утримувала позитиви й недоліки і пристосовувалася до потреб суспільства відповідно до існуючих традицій, соціально-економічних особливостей і географічних властивостей конкретної території [1,2,3].

На нашій планеті близько 200 країн, і кожна країна розробляє свій власний набір заходів для досягнення трьох основних цілей системи охорони здоров'я: збереження здоров'я людей, лікування хворих та захист сімей від фінансового розорення через медичних рахунків.

Але нам не потрібно вивчати 200 різних систем, щоб отримати уявлення про те, як інші країни керують охороною здоров'я. При всіх місцевих варіаціях системи охорони здоров'я, як правило, дотримуються загальними схемами. Є чотири основних системи.

Модель Беверіджа (державна).

Названа на честь лорда Вільяма Беверіджа, сміливого реформатора суспільства, який проголосив у 1942 р. Національну службу охорони здоров'я Великобританії. У цій системі охорони здоров'я надається і фінансується державою за рахунок податкових платежів, так само як поліція або публічна бібліотека. Провідними ідеями оголошено: багатий платить за бідного, здоровий – за хворого.

Багато, але не всі лікарні та клініки належать державі; деякі лікарі є державними службовцями, але є і приватні лікарі, які стягують гонорар з держави. У Британії ви ніколи не отримаєте рахунок від лікаря. Ці системи, як правило, мають низькі витрати на душу населення, тому що уряд, як єдиний платник, контролює, що лікарі можуть робити і скільки вони можуть стягувати.

Країни, що використовують план Беверіджа або його варіанти, включають його батьківщину - Великобританію, Іспанію, більшу частину Скандинавії і Нову Зеландію. У Гонконзі досі існує власна система охорони здоров'я в стилі Беверіджа, тому що населення просто відмовилося від неї відмовитися, коли китайці захопили колишню британську колонію в 1997 році. Куба є крайнє застосування підходу Беверіджа; це, ймовірно, найчистіший у світі приклад тотального державного контролю.

Модель Бісмарка (заснована на загальному охопленні страхуванням).

Названа на честь канцлера Пруссії Отто фон Бісмарка, який винайшов державу загального добробуту в рамках об'єднання Німеччини в XIX столітті. Попри європейську спадщину, ця система надання медичних послуг здалася б американцям досить знайомою. Вона використовує систему страхування – страховики називаються «лікарняними касами». Вони зазвичай фінансуються спільно роботодавцями та працівниками коштом відрахувань із заробітної плати. Однак, на відміну від страхової індустрії США, плани медичного страхування типу Бісмарка повинні охоплювати всіх, і вони не

приносять прибутку. Лікарі та лікарні в країнах Бісмарка зазвичай є приватними; В Японії більше приватних лікарень, ніж в США. Хоча це модель з декількома платниками — в Німеччині близько 240 різних фондів, жорстке регулювання дає уряду більшу частину впливу на контроль витрат, яке забезпечує модель Беверіджа з одним платником.

Модель Бісмарка, звичайно, зустрічається в Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах, Японії, Швейцарії та, певною мірою, в Латинській Америці.

Модель національного медичного страхування (National Health Insurance – NHI).

У цій системі є елементи як Беверіджа, так і Бісмарка. Вона використовує постачальників з приватного сектора, але оплата відбувається з державної програми страхування, в яку платить кожен громадянин. Оскільки нема потреби в маркетингу, немає фінансових мотивів для відмови в претензії й немає прибутку, ці універсальні програми страхування, як правило, дешевше і набагато простіше в адміністративному плані, ніж комерційне страхування в американському стилі.

Єдиний платник, як правило, має значну ринкову владу для ведення переговорів за нижчими цінами; Канадська система, наприклад, домоглася таких низьких цін від фармацевтичних компаній, що американці відмовилися від своїх аптек, щоб купувати таблетки на північ від кордону. Плани державного медичного страхування також контролюють витрати, обмежуючи медичні послуги, за які вони будуть платити, або змушуючи пацієнтів чекати лікування.

Класична система NHI існує в Канаді, але деякі нові індустріальні країни – наприклад, Тайвань і Південна Корея – також прийняли модель NHI.

Модель «з кишені» (The Out-of-Pocket Model).

Тільки промислово-розвинені країни - можливо, 40 з 200 країн світу – створили системи охорони здоров'я. Більшість країн на планеті занадто бідні та дуже дезорганізовані, щоб надавати будь-яку масову медичну допомогу. Основне правило в таких країнах – багаті отримують медичну допомогу; бідні залишаються хворими або помруть.

У сільських регіонах Африки, Індії, Китаю і Південної Америки сотні мільйонів людей все своє життя не відвідують лікаря. Однак у них може бути доступ до сільського цілителя, котрі використовують домашні кошти, які можуть бути ефективними або неефективними проти хвороб. У бідному світі пацієнти іноді можуть зібрати достатньо грошей, щоб оплатити рахунок лікаря; в іншому випадку вони платять картоплею, козячим молоком, доглядом за дітьми або чимось ще, що можуть дати. Якщо у них нічого немає, вони не отримують медичної допомоги.

Ці чотири моделі повинні бути досить легкими для розуміння американцями, тому що у нас є елементи всіх з них в нашому фрагментованому національному апараті охорони здоров'я. Що стосується лікування ветеранів, то ми Британія чи Куба. Для американців старше 65 років, що беруть участь в програмі Medicare, ми Канада. Для працюючих американців, які отримують страховку на роботі, ми Німеччина.

Для 15% населення, що не має медичної страховки, США – це Камбоджа, Буркіна-Фасо або сільська Індія, де є доступ до лікаря, якщо ви можете оплатити рахунок зі своєї кишені під час лікування або якщо ви досить хворі, щоб потрапити у відділення невідкладної допомоги державної лікарні.

Сполучені Штати не схожі ні на одну іншу країну, тому що вони підтримують так багато окремих систем для окремих класів людей. Всі інші країни зупинилися на одній моделі для всіх. Це набагато простіше, ніж система США; це також більш справедливою і дешевше.

Модель Ріда «Беверідж» відповідає тому, що PNHP (Physicians for a National Health Program – Лікарі Національної програми охорони здоров'я)

назвала б національною службою охорони здоров'я з єдиним платником (Великобританія);

Модель «Бісмарк» відноситься до країн, які, за словами РННР, використовують некомерційні «лікарняні каси» або «модель соціального страхування» (Німеччина);

«Національне медичне страхування» відповідає національному медичному страхуванню з одним платником (Канада, Тайвань).

Модель Ріда «з кишені» - це те, що РННР назвала б охороною здоров'я «керованим ринком». У деяких країнах використовуються змішані моделі (наприклад, у Швеції є деякі особливості національної служби охорони здоров'я, такі як лікарні, що знаходяться у віданні уряду округу, але інші особливості національного медичного страхування, такі як оплата лікарів на основі FFS). Це пояснює, чому Рейд може класифікувати скандинавські системи як «Беверідж», в той час як РННР класифікує їх як «національне медичне страхування з єдиним платником» [4].

Незалежно від розмаїття організаційних форм систем охорони здоров'я та їх унікальність, специфіку економічних зв'язків, можна все ж виокремити низку аспектів, що становлять єдність прогресу, властиву різним державам. До цих параметрів, що відображають ключові характеристики сфер охорони здоров'я, їх головні економічні індикатори, можна окреслити:

- взаємовідносини власності;
- засоби фінансування;
- способи мотивації виробників медичної допомоги та послуг і населення, як їх споживачів;
- методи контролю обсягів і якості медичної допомоги та професіоналізму.

Група учених, до яких відноситься й група експертів ВООЗ (S. Nakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) пропонує теоретично розглядати тільки три системи охорони здоров'я:

- державна медицина с бюджетним фінансуванням;

- соціального страхування із мультиканальним фінансуванням;
- ринкова медицина, (приватне страхування здоров'я).

Державна модель визначається як соціально-страхова чи регульованого страхування здоров'я. Вона посиляється на положення змішаної економіки, яка сполучає ринок медичної допомоги з розвинутим державним управлінням і забезпеченням доступності до охорони здоров'я для всіх без винятку прошарків суспільства. Характеризується державна модель фактом неодмінного страхування здоров'я можливо усього народонаселення країни за відповідного залучення держави у траншуванні коштів фундацій страховиків. Держава влада виступає гарантом у покритті суспільних вимог якомога більшої кількості громадян, які потребують медичної допомоги чи послуг незалежно від рівня прибутків, при цьому не порушуючи ринкових положень оплати їх вартості. Мультиканальне фінансування (з прибутку страхових фондів, відрахувань від зарплати, з державного бюджету) надає потрібну гнучкість і стабільність фінансової бази цьому виду страхування.

Найбільш виразно ця система страхування здоров'я проявляється в Австрії, Бельгії, Голландії, Канади, Нідерландів, ФРН, Франції, Швейцарії та Японії.

Зазначена другою модель формулюється важливою, виключною роллю держави. Асигнування охорони здоров'я здійснюється в основному з державного бюджету, коштом податків з виробництв і власне громадян. Населенню постачається медична допомога безоплатно (за виключенням малого числа медпослуг). Отже, держава – головний покупець і надавач медичної допомоги, задовольняючи більшу частину потреб суспільства в охороні здоров'я. Ринок при цьому, під контролем держави, виконує другорядну роль. Цю модель з 1948 р. побудовано у Великій Британії. Вона з 1971 р. притаманна і для Ірландії, а з 1973 р. Данії, з 1979 р. Португалії, Італії з 1980 р., з 1983 р. Греції та Іспанії з 1986 р.

Для ринкової моделі надання медичної допомоги і послуг є властивим здебільшого на платній основі, коштом власне самого покупця медичної

допомоги, характерний брак цілісного ладу державного медичного страхування здоров'я. Задоволення потреб у медичній допомозі здійснюється медичним ринком. Решта потреб, що не покривається цим ринком забезпечується державою шляхом опрацювання і фінансування громадських медичних програм для малозабезпечених верств населення. Найбільш яскраво описана модель представлена охороною здоров'я США, де фундаментом будови охорони здоров'я є приватний ринок медичної допомоги і послуг, що поповнюється державними програмами медичного обслуговування малозабезпечених "Medicaid" і пенсіонерів "Medicare". Таку модель зазвичай називають платною, ринковою, американською, подекуди - системою приватного страхування.

Описана організаційно-функціональна модель системи охорони здоров'я є однією з найбільше якісних, але одна з вартісних моделей, витрати на охорону здоров'я сягають 14% від ВВП і становлять сотні мільярдів доларів. Соціальні гарантії при цьому не забезпечуються, доступність медичної допомоги для широких кіл населення цій моделі не властива.

Споживання медичних послуг вкрай нерівномірне і щільно пов'язане з диференціацією прибутків громадян. У 1990 р. тільки 10% населення отримали медичну допомогу обсягом 70%.

Зазвичай більшість авторів виділяють наступні моделі:

- 1) універсалістська (модель Беверіджа),
- 2) соціального страхування (модель Бісмарка),

Тепер всі існуючі системи охорони здоров'я загалом зводяться до трьох основоположних економічних моделей. Однозначних загальноприйнятих дефініцій вони не мають, але їх у цих моделей немає, але описи фахівців їх основних вимірів однакове.

Кризовий характер системи охорони здоров'я України помітним чином поєднано із вкрай недостатнім фінансуванням, яке визначається як остаточне, і яке на сьогодні одне з найнижчих за останні роки. Такий стан визначається як взагалі неможливий для існування галузі, а тримається вона на

дофінансуванні решти безпосередньо самими громадянами, що становить значний моральний, побутовий та фінансовий тягар для населення. «Трійка провідних країн за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших) нині виглядає так: Японія, Німеччина та США» [5].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Системи охорони здоров'я як розвинутих країн та держав, що розвиваються мають досить суттєві, іноді радикальні, відмінності. Але серед цього розмаїття вирізняються чотири головних основоположних моделі. Вони і є тою віссю навкруг якої формуються окремі, характерні для тієї чи іншої країни, і які є найбільш прийнятними форми і методи, формується стратегія й тактика галузі збереження здоров'я.

РОЗДІЛ II

РОЗВИТОК І АДМІНІСТРУВАННЯ МОДЕЛЕЙ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОЗВИНУТИХ КРАЇН СВІТУ

Кожна окрема країна у своєму історичному та соціально-політичному розвитку будує та розвиває властивий тільки їй метод застосування ресурсів для збереження й укріплення здоров'я свої громадян і створення медичної допомоги. Ефективність використання ресурсів у галузі охорони здоров'я визначається відповідно створеною державою системою зв'язків, що віддзеркалює той зміст, що складає основу класифікації тієї чи іншої системи охорони здоров'я з огляду на соціально-політичну конструкцію суспільства, що має умовний поділ на п'ять видів систем надання медичної допомоги: 1) соціалістична, 2) страхова, 3) плюралістична, 4) неупорядкована, 5) національна.

За неможливості у рамках нашої роботи дослідити повний спектр держав з їхніми системами багатоканального фінансування галузі охорони здоров'я, розглянемо більш, на погляд, цікаву і висунуту на перше місце у рейтингу сферу охорони здоров'я Японії. Основні два принципа (що, до речі, були характерними з 60-х років у Радянському Союзі і виражались терміном «загальна диспансеризація») – профілактична спрямованість та реабілітаційна складова дали можливість країні вельми зменшити затрати на охорону здоров'я, а відтак піднести на більш високий рівень її якість та значно покращити показники здоров'я нації.

Систему охорони здоров'я, як і в інших розвинутих країнах, засновано на страхових засадах. Медичним страхуванням, що ґрунтується на внесках держави та приватних роботодавців покрито все населення. Найбільшими страховими устроями є два: один з яких «Національний, котрий спрямовано на дрібних власників і членів їхніх сімей, інвалідів та інших непрацюючих

осіб. Другий – страхування осіб найманої праці, що охоплює найманих працівників і їхніх утриманців» [5].

Ця страхова система має різноманітні програми. Окрім цих двох є ще приватне медичне страхування, що не має великого попиту у населення. Незважаючи на те, що майже всі заклади охорони здоров'я є приватними, одноманітні тарифи встановлює держава. Це унеможлиблює цінову конкуренцію. Оплата встановлюється за виконані послуги. Не обходиться без проблем навіть і тут. Так, існують проблеми із стаціонарною та екстреною допомогою. Тому пацієнтів намагаються після інтенсивного госпітального лікування передати на амбулаторний рівень долікування.

З метою більш широкого залучення пацієнтів, заклади охорони здоров'я намагаються підняти професійний та технічний рівень закладів, що деякою мірою спричиняє черги, тому що японці бажають пройти обстеження і лікування у більш сучасно обладнаних та облаштованих лікарнях та поліклініках [6].

Витрати національної охорони здоров'я збільшилася приблизно з 1 трлн ієн в 1965 р. до майже 20 трлн єн в 1989 р., або трохи більше ніж на 5%, це більш ніж 6% національного доходу Японії. 22 квітня 2020 р. стало відомо про рішення японської влади заборонити іноземним компаніям купувати місцевих виробників медичного обладнання та місцеві фармацевтичні компанії, оскільки це, на думку уряду, несе загрозу національній безпеці. Йдеться про компанії, що займаються лікуванням і профілактикою інфекційних захворювань, виробниках вакцин, сироваток та рецептурних препаратів, апаратів штучної вентиляції легенів і штучного кровообігу, інфузійних насосів і діалізаторів, які вимагають сучасних виробничих потужностей і контролю якості.

Уряд не тільки хоче захистити фармацевтичну промисловість країни, а й підтримувати стабільні постачання ліків і медичного обладнання, попит на які зростає в міру того, як країни борються за пацієнтів з COVID-19 по всьому світу.

На тлі пандемії COVID-19 значення місцевих компаній, що працюють у сфері охорони здоров'я, значно зросла. Японський уряд вирішив, що ризик для національної безпеки і життя японців занадто великий, щоб дозволити компаніям з медичними технологіями і виробничими потужностями перейти в руки іноземних інвесторів. У листопаді 2019 р. уряд знизив максимальну частку іноземних інвестицій, і пов'язані з національною безпекою проекти з 11% до 1%. У травні 2020 р. уряд має намір внести поправки в Закон «Про валютний обмін і зовнішню торгівлю» з метою запобігання на законодавчому рівні іноземного, особливо китайського, впливу на зазначені галузі.

У серпні 2018 року стало відомо про те, що уряд Японії, за підтримки бізнесу і наукового співтовариства, починає будівництво в країні лікарень, в яких на допомогу медикам прийде штучний інтелект. За рахунок ІІ-технологій передбачається впоратися з нестачею лікарів в Японії, розвантажити персонал і скоротити медичні витрати.

На проект, реалізація якого займе більше п'яти років, влада має намір витратити понад \$ 100 млрд. Планується, що до 2022 р. в Японії буде створено 10 експериментальних лікарень, що використовують ШІ (штучний інтелект)-технології для широкого переліку завдань – від ведення медичних карт пацієнтів до виконання медичних аналізів і діагностики за допомогою методів медичної візуалізації.

Таблиця 2.1

**Лікарняна потужність та доля витрат з бюджету
на охорону здоров'я Японії у 1990 р.**

Психіатричних лікарень	Стоматологічних клінік	Лікарень загального профілю	Комплексних лікарень	Лікування амбулаторно	Аптек	ВН П %
1000	48000	8700	1000 1,5 млн л/м	79000	36000	6,6

Японія перша з країн Азії, де з 1961 р. запроваджено загальнодержавне страхування здоров'я, хоч законодавчо-правова база компенсування витрат на охорону здоров'я створена дещо попервах (1922 – 1953 рр.). У сучасній Японії уклалася система охорони здоров'я, що залучає соціальну гігієну і забезпечення, страхування здоров'я і медичне обслуговування окремих прошарків громадян коштом казни.

Фінансування від держави складається не менше ніж 6,6% ВВП. Заклади охорони здоров'я є повністю незалежними. 80% їх є приватними. Лікарняна потужність та доля витрат з бюджету представлені у таблиці 2.1. Всі вони утримуються коштом страхових установ. Більша частка громадян знаходиться у покритті національної системи страхування здоров'я за адміністративно-територіальною домінантою й під дією страховальників для найманих працівників за видом виробництва.

Перша займає людей з малими статками (45 млн осіб)., розмір пільг становить 40 - 90%% від вартості медичної допомоги у грошовому вигляді та наданні меддопомоги. Решта приходиться на самого пацієнта. Хворому повертаються кошти більше встановлений максимум. Стаціонарне надання медичної допомоги для громадянина вартє 30% від загальної вартості готівкою. Також за власні гроші хворий забезпечує собі готельні послуги підвищеного комфорту, ліки, приватний індивідуальний сестринський пост. Медична допомога за рахунками лікарень до установ соціального страхування контролюється експертами на предмет раціональності й ефективності наданих послуг.

Найосіяжнішою у Японії є державне страхування найманих робітників середніх і дрібних підприємств, що покриває їх самих та членів їх сімей, які знаходяться на їхньому утриманні (61 млн чол. у 1985 р.). Ця система є мультипрограмною. Наближеними до таких програм є моряки, службовці держпідприємств, органів місцевого самоврядування, неурядових громадських організацій, викладачі приватних учбових закладів, деяких груп робітників.

«В системі національного страхування здоров'я існує програма страхування осіб, що вийшли у відставку після досягнення пенсійного віку, і членів їх сімей і програма страхування для людей похилого віку (особи старше 60 років) - щорічний огляд, сестринська допомога особам похилого віку вдома, медична допомога особам старше 70 років» [7, 8].

Уряд Японії і місцеві органи влади на фоні жорсткого контролю роблять усе, аби система охорони здоров'я не перетворилась на бізнес, а медичні працівники намагались надати медичну допомогу якнайбільшій кількості тих хто її потребує і у своїй професійній діяльності не відійшли від принципів медичної етики та деонтології [7, 8].

Не менш цікавою є система адміністрування системою медичної допомоги Німеччини. Її у своєму історичному розвитку визначено первісною у світі, що започаткувала медичне страхування коштом держави й дала динамічний поштовх її розвитку не тільки на теренах власної країни під проводом канцлера Отто Бісмарка, а й у інших державах, які розглядали здоров'я своїх громадян не тільки під кутом їх індивідуальної цінності, але і як основний фактор прогресу держави у соціально-політичному і економічно-суспільному аспекті. Цьому сприяла низка послідовно прийнятих спеціальних законів про відповідні види допомоги у випадку хвороби, з нагоди нещасного випадку, тимчасової та стійкої втрати працездатності, по наступності старечого віку. В концепцію нормативно-правової бази закладено ідею: підтримання продуктивних сил у повноцінно здоровому стані – підносить виробничі відносини, а відтак і ефективність суспільної праці. Тобто, здоров'я – капітал. Такий же принцип було закладено у створення заводської медицини у ключових галузях промисловості Росії на початку ХХ ст., спрямованої на розв'язання економічних завдань – зростання продуктивності й скорочення економічних втрат від зменшення трудових втрат [9].

Бісмаркське страхування здоров'я наслідувало свій принцип й у майбутньому та накопичує свій капітал багатоканальним засобом із:

обов'язкового медичного страхування – 60%, що формуються від добровільного медичного страхування, коштів бюджету від податків, роботодавців, власних коштів громадян. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90% мешканців держави, його позитивною якістю є те що за внесок працівника враховується застрахованою і його сім'я. «При цьому слід зазначити, що страхову платню потрібно сплачувати із зарплатні, пенсій, допомоги з безробіття, при цьому встановлюється максимальний рівень доходу, з якого вона нараховується» [10].

Висока якість німецької медицини є можливою за сучасної технологічної оснащеності, високим професіоналізмом медперсоналу та абсолютною доступністю.

Згідно з державним устроєм повноваження в системі охорони здоров'я розподілено поміж федеральним урядом (Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення), адміністративно-територіальними одиницями (16-ма землями), неурядовими неприбутковими організаціями (громадянськими утвореннями). Правове регулювання цієї діяльності відбувається відповідно до п'ятої книги Соціального кодексу. Враховуючи той факт, що саме за землями закріплено обов'язок стабільного постачання коштів до лікарень й гарантування населенню задоволення їх потреб у медичній допомозі, їм належало за специфікою своєї території планувати розвиток й функціонування системи охорони здоров'я [11].

Безоплатне поліклінічне та госпітальне обслуговування німців, лікарські препарати, устаткування лікарень, оплата доїзду до закладу охорони здоров'я є можливим завдяки системі медичного страхування.

Особливим є і механізм бальної оплати праці персоналу, що повністю унеможлиблює зловживання у період обстеження та лікування пацієнтів. Бали відповідають кожній окремо наданій послугі і визначають відшкодування лікарям за їхню працю пропорціонально суми балів, які заробили всі лікарі та бюджету галузі регіону [5, 12].

У США відсутня підтримуване державою загальне страхування здоров'я. Система страхування повністю є приватною, переважну частку якого займає некомерційне страхування, здійснюване державою у рамках програми, спрямованої на визначених категорій громадян. Це літні та найнезабезпеченіші кола населення. Для осіб пенсійного віку це програми «Медична опіка» (Medicare), а для найбідніших – з фонду «Медична допомога» (Medicaid). Решта американців вимушені користуватись страхуванням приватних компаній і покладатись на оплату страхових внесків власниками підприємств-роботодавцями чи власноруч [13].

Інколи роботодавець покриває всю страховку, але навіть і тоді участь в оплаті приймають й самі працівники, тим самим страхуючи не тільки себе, а й членів своєї родини. Заклади охорони здоров'я належать приватним власникам. При відсутності страхового поліса медична допомога не надається. Лікарі також є частиною цього бізнесу і якщо вони не отримують готівку, то мають законне право не надавати медичну допомогу. Тому люди намагаються мати хоча б сегмент страхування на саму необхідну меддопомогу.

Доцільно звернути увагу на надзвичайно високу ціну американської медичної допомоги, яка на одну особу у рік складає понад 7290 доларів. Вони удвічі перебільшують ці індикативні дані розвинутих країн.

Противагу цьому становить розвинутий рівень захисту прав споживачів, що сприяє відмінному від загальних взаємин із соціально незахищеними колами населення ставлення. Це визнано очевидними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки [14].

Канадська система надання медичної допомоги є соціально-страховою і за своєю організаційно-функціональною моделлю схожа до державної. Потреба до трансформації організаційних основ сфери охорони здоров'я посилилась опісля значних успіхів держави у стриманні витрат на медицину. Канада є державою з Національною системою страхування здоров'я.

Страховка гарантується страхування здоров'я всім без винятку мешканцям без урахування їх віку та стану здоров'я.

Кошти до лікарняних установ спрямовуються тільки від установ національного страхування, що збирає гроші від федеральних фондів вкупі з фондами провінційних бюджетів, приватних страхувальників і добровільних пожертв.

Частка витрат на охорону здоров'я становила 8,7% (у 90-х рр.) на відміну від США (12%). Приватним компаніям відведено тільки можливість страхування з надання послуг приватних лікарняних палат, втручання косметологічної хірургії та інших послуг, що включені до державних планів.

Зазвичай щорічні витрати на охорону здоров'я становлять третину від загальних витрат провінцій. Додаткові збори лікарями понад тарифи від пацієнтів тягнуть за собою фінансові покарання. Жорстке державне нормування створило умови для ефективної координації програм страхування (1 – стаціонарне лікування, 2 – послуги лікарів) скоротити загальні витрати дотепер до 1 – 2 %% загальних витрат на охорону здоров'я [16].

Для Франції у 80% властиве обов'язкове медичне страхування, що у випадку звертання за медичною допомогою покриє за неї 75% витрачених коштів і при виникненні хвороби погаситься 70 – 90%% вартості ліків. Для 100% же повертання за медичну допомогу потрібно ще й добровільне страхування здоров'я у приватних страховиків, які після Німеччини і Нідерландів за чисельністю посідають третє місце. Заклади охорони здоров'я для свого функціонування отримують грошові кошти шляхом їх надходження від держбюджету, обов'язкового медичного страхування й власних заощаджень населення.

Відповідно до спільної конвенції Державної організації соціального страхування (Securite social) щорічно двічі з лікарями узгоджується вартість конкретних медичних процедур. Це відповідно впливає і на зростання страхових внесків [17].

Стандарти охорони здоров'я в ОАЕ вважаються дуже високими. Уряд традиційно високо пріоритетно ставився до свого сектору охорони здоров'я та поступово збільшував державні витрати, особливо в добрі економічні роки. Загальний обсяг видатків уряду ОАЕ на охорону здоров'я з 1996 по 2003 рр. становив близько 436 млн. Доларів США. У 2006 році загальні витрати на охорону здоров'я становили 2,6 відсотка від валового внутрішнього продукту ОАЕ. Медичне обслуговування є безкоштовним для всіх громадян ОАЕ, але дуже дороге для емігрантів без страховки. В даний час уряд працює над створенням схеми медичного страхування для емігрантів, які працюють в Еміратах.

Туристи в ОАЕ повинні бути покриті туристичним або медичним страхуванням. Якщо ви ще не охоплені міжнародним планом медичного страхування, вам потрібно придбати місцеве медичне страхування, щоб покрити себе на час перебування.

Емігрантам та мандрівникам, які планують поїхати в ОАЕ, рекомендується заздалегідь придбати міжнародний поліс медичного страхування. Послуги охорони здоров'я в ОАЕ можуть бути дуже дорогими без страхового покриття. Наприклад, звичайна консультація лікаря в Дубаї може коштувати 120 доларів США за відвідування, не включаючи додаткові витрати на ліки та діагностичні процедури.

Державна модель є типовим прикладом системи охорони здоров'я Англії. Її побудовано на принципі національної моделі медичної допомоги. Але вона також має низку недоліків. Головним є відсутність стимулювальних факторів розвитку. При цьому зростання якості відбувається повільно, організаційно-функціональна структура стає не досить гнучкою, відбувається застосування застарілих технологій, здійснюються малоефективні стратегії, утруднюється загальний прогрес.

Серед переваг відмітимо профілактичну спрямованість усієї галузі. Отже, лікарі зацікавлені у зниженні показників захворюваності, що

автоматично приводить до зменшення попиту на медичну допомогу, відтоді як вільний ринок здоров'я прагне зовсім протилежного [18].

Іноді доступність медичних послуг відтворюється тим, що вільний вибір лікаря чи лікарського закладу обмежується, а це вочевидь є значним недоліком утворення такої системи й на його виключення спрямовані зусилля багатьох держав. Однак, це явище тільки започатковано у 1991 р. Швецією застосоване право для кожного громадянина щодо обрання лікарні чи лікаря на всій території держави. Її приклад наслідувала Данія, Фінляндія ж обмежилась вільним вибором тільки у межах визначеного медзакладу [19, 20].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Визначити який вид конструкції системи охорони здоров'я для тої чи іншої держави буде найефективнішою для неї є можливим тільки кожною окремою країною з урахуванням цілого комплексу факторів, що мають місце у державі. Перш за все, це політична воля, соціально орієнтована необхідність і економічна можливість. Тож питання вибору залишається відкритим: державна, соціально-страхова чи ринкова. Як видно із дослідження кожна із моделей утримує властиві тільки їй недоліки й переваги.

РОЗДІЛ III

СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРОГРЕСУ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

З метою імплементації прийнятних позитивних принципів адміністрування (прийняття доцільної нормативно-правової бази, створення ефективного фінансування, виготовлення і впровадження сучасних технологій тощо) у заходи реформи системи охорони здоров'я України після доцільного обговорювання з точки зору результативності кожної з окремо розглянутих систем управління країн зарубіжжя й можливого застосування в умовах перехідної економіки (що є характерним для нашої держави), визначається спадом виробництва, великого безробіття, низьких прибутків громадян на фоні значної швидкості інфляційних процесів і нехватку державного бюджету. Все це у підсумку тягне безумовне погіршення якості життя і, як наслідок, значне підвищення соціальних потреб, отже, й в отриманні медичної допомоги і послуг. Відтак, безперерійна функціональність закладів охорони здоров'я, доступність, професіоналізм, якість, фінансування їх виступають на перший план у соціально-політичному та морально-етичному форматі, як для працівників галузі, так і безпосередньо для споживачів продукту їх професійної діяльності.

Враховуючи викладені вище фактори економіки перехідного періоду стає очевидним, що нинішня державна конструкція охорони громадського здоров'я, побудована на старих принципах не в змозі повністю забезпечити виконання своїх передбачених Конституцією функцій, а передусім доступності та якості. Тому перед українською державою постає питання влаштування такої системи надання медичної допомоги і послуг, що могли б дати повноцінну відповідь тим викликам, що виникли на сучасному етапі розвитку незалежної української державності, орієнтованої на загальноєвропейські цінності на які українська нація взяла незворотній курс.

Насамперед йдеться про побудування адекватної організаційно-функціональної структури і додаткові джерела фінансування. А, на наш

погляд, це неможливо без політичної волі представників державної влади і загальнонародної підтримки. Вважаємо, першочергові заходи належать саме розпочатій медичній реформі, переструктурування існуючих лікувальних закладів, а також запровадження страхових положень у медицині [21].

На заваді принципам страхування здоров'я стоїть низький рівень доходів громадян і стрімка інфляція, розгалуження статків представників окремих верств населення. Також, свою роль відіграють і більшість роботодавців (державних підприємств та приватних компаній), які не готові дотувати страхову частку своїх працівників за багатьох причин. Основними серед яких є падіння виробництва й спрямованість їх на виживання. Ці фактори унеможливають і добровільне медичне страхування, а тому заснування загальнообов'язкового страхування на базисові ринкових засад відпадає. За відомих причин відокремлюється і повне страхування населення з повним державним утриманням [22, 23].

А все ж слід зазначити, що найбільш важливим аспектом функціонування, та й взагалі існування системи охорони здоров'я є наявність достатнього фінансового забезпечення. Загалом такий сектор державного господарства, яким є галузь охорони здоров'я у нас заведено відносити до соціального та культурного (!) розподілу, і таким чином вона вважається невиробничою сферою. Але деякі учені ще за часів Радянського Союзу, у 30-ті роки протестували проти такої класифікації, вважаючи систему охорони здоров'я опосередкованою, що впливає на економічний розвиток, відтворюючи та підтримуючи трудові ресурси держави, і таким чином робиться висновок, що відносити цю галузь до невиробничої, а тим паче до культурної ніяк немає можливості. Особливо яскраво це засвідчила сьогоденне пандемічне становище із збудником SARS-CoV-2 (2019-nCoV), що викликає гостре респіраторно-вірусне захворювання COVID-19 (від англ. Corona Virus Disease 2019).

Становище, що виникло в усіх без винятку країнах світу показало неспроможність твердження про невиробничу сферу охорони здоров'я,

разючий вплив пандемії на глобальний економічний, соціальний та навіть політичний розвиток, а також, поряд із цим, абсолютну неготовність систем охорони здоров'я держав світу щодо контролю та профілактики й лікування невідомих хвороб, що раптово виникають (табл.3.1).

І вже абсолютно неважливо – штучний це збудник, що випадково потрапив у зовнішнє середовище, застосована біологічна зброя масового ураження, чи вірус, що еволюційно змінив свій генетичний код до того вигляду, який нами спостерігається нині.

Якщо матимемо більше 9,5 тисяч «інфікованих щодоби, ми будемо змушені запроваджувати жорсткий карантин. Але тоді зупиниться економіка нашої країни й буде дуже складно всім» [24].

Станом на 1 листопада 2020 р. в Україні реєструється щоденно понад 8 тис. чол. Впродовж пандемії виявлено 378 729 хворих на COVID-19, 7 041 помер внаслідок ускладнень, 155 026 – реконвалесценти. Зараз хворіють 216 662 мешканця України [25].

Потребує, з нашої точки зору, уваги на відміну від нашого сьогоднішнього, так це позитивний досвід Японії про те, що Центральною радою із соціального та медичного обслуговування при Міністерстві охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення встановлюється не тільки заробітна платня медичних працівників, а й контролюється оплата наданої медичної допомоги та послуг, ціни на ліки, медичні процедури й обладнання. Причому Центральна рада встановила ціни на стільки низькому рівні, що ціна японської охорони здоров'я зростає повільніше, ніж споживчі ціни загалом». Заслуговує на увагу і те, що з 1973 р. страхування всіх людей похилого віку фінансує уряд. Це було б досить доцільним для впровадження в Україні (де фармацевтична промисловість, виробництво медтехніки перейшло з-під контролю держави у приватні руки, а ціни на послуги встановлюють безпосередньо самі власники приватних медичних закладів). Хочеться вірити, що реформа охорони здоров'я в Україні дещо вирівняє деякі перекося в організації охорони здоров'я та поверне її обличчям

Таблиця 3.1

«Втрати в Україні внаслідок пандемії на COVID-19 у 2020 р.

Бізнес після 1-ї хвили карантину	Податкові та митні надходження	Офіційне безробіття	Пасажири до перевезення	Рух через кордон	Перекази трудових мігрантів	Скорочення ВВП	Падіння життєвого рівня
60% фірм для відродження потребують 1 року	73,9% прийшло до бюджету у квітні від плану	156 000 безробітних зареєстровано у період 12.03-30.04	81,2% від березня минулого року	1 395 978 українців виїхали з України у березні	993 млн дол. США, у лютому, на початок квітня - 922 млн.	0,2% в січні-лютому	6 млн можуть опинитися за межею бідності
28% втратили 50% доходу	65,2% до 22 травня надійшло до бюджету від плану	400 000 осіб отримали допомогу на квітень	60,4% від квітня 2019 р.	84 703 українців виїхали у квітні	12 млрд дол. США, (16 млрд дол. – Світовий банк). у 2019 р.	на 1,5 % у першому кварталі	Найбільше потерпають сім'ї з маленькими дітьми та діти, з одним із батьків
3% збільшили дохід	89,6% надійшло до бюджету у березні				10 млрд дол. Нацбанк очікує до 2021 р.	5% падіння за передбаченням квітня, прогноз зростання на 3,7% .	

» [24].

до пацієнтів і не перетворить їх на клієнтів. Нагадаємо, що у Японії з метою більш широкого залучення пацієнтів, заклади охорони здоров'я намагаються підняти професійний та технічний рівень закладів, що деякою мірою спричиняє черги, тому що японці бажають пройти обстеження і лікування у більш сучасно обладнаних та облаштованих лікарнях та поліклініках.

Також було б варто при впровадженні страхових стандартів в Україні відмежуватись від осіб, які трансформували медичне страхування у «...відверту годівницю для спритних ділків, що загарбали цю дуже вигідну нішу» [26].

«Все, що не входить до гарантованого переліку, буде покриватися за рахунок інших джерел. «Інші джерела» — це не тільки гроші пацієнтів. Це і держпрограми, і кошти місцевого бюджету, і медичне страхування, і

спеціальні фонди. З усіх джерел українці поки мають тільки добровільне медичне страхування і особисті накопичення» [27].

Оцінюючи впровадження реформи галузі в Україні, відмітимо вдало і своєчасно виконаний перший її етап. Дотепер вже понад 30 млн. мешканців країни підписали декларації про обслуговування щодо надання медичної допомоги, обравши свого сімейного лікаря, незалежно від місця реєстрації громадянина. За будь-яких обставин і бажанням громадянина є можливість змінити сімейного лікаря при наявності у нього менше встановленого нормативу у 2000 осіб. Критерії, за якими буде обиратися лікар, визначатиме пацієнт самотужки. Але у цій ситуації слід пам'ятати, що при необхідності отримання меддопомоги в іншого лікаря чи то за місцем помешкання, чи в іншому місті доведеться платити. Робота лікарів за окремими спеціальностями за рішенням сімейного лікаря надаватимуться безкоштовно [28, 29].

Наприклад, якщо деяких спеціалістів пацієнт дістається за направленням сімейного лікаря, то ціна лікування і ліків покриється коштом держави. А за відвідування окремих фахівців (психіатра чи гінеколога) держбюджет розрачується навіть і без направлення. Окрім того, уряд провіщає, що переважну долю послуг вузьких спеціалістів здужують виконувати сімейні лікарі самотужки після перепідготовки [30].

Набув коректних змін порядок фінансування. Тепер і державні, і приватні заклади охорони здоров'я, а також окремі лікарі-підприємці мають бажання підписати договір з Національною службою здоров'я України у рамках державної програми. Ліжко-місця не оплачуватимуться, кошти спрямовуватимуться виключно за обсяг конкретно наданої медичної допомоги [30].

От тут потрібно запропонувати найскорішим чином створити систему укладання таких електронних договорів у рамках цілісної єдиної електронної системи у межах галузі охорони здоров'я. Також, з нашої точки зору,

потрібно встановити кінцевий тариф асигнування вторинної ланки. А наразі вона для одного хворого варіює у сумі 1 623 грн.

Лікарі первинної медико-санітарної допомоги стали незалежними і вже реально отримують збільшені виплати за укладені декларації з громадянами. Натомість 600,48 грн на рік цю ставку визначено у 651,60 грн державних коштів за кожного пацієнта [29].

З квітня 2019 р. Національною службою здоров'я України поновлено програму «Доступні ліки», участь у якій надає змогу українцям у 6139 аптеках країни одержати ліки або безкоштовно, або із помітною знижкою у вигляді реімбурсації. Ще один плюс – суми коштів і спрямування грошей тепер ми в змозі конкретно бачити через НСЗУ, що діє як функціональний оператор поміж державою, лікарнями та громадянами. НСЗУ розглядається як посередник, що створює угоди із закладами охорони здоров'я та окремими лікарями-підприємцями. Гроші у нього на рахунках не передбачено. Фінанси виключно у казначейських установ. Практичну діяльність НСЗУ інспектуватиме Рахункова палата, Національне антикорупційне бюро, Державна аудиторська служба і Національне агентство з питань запобігання корупції. НСЗУ буде сплачувати безплатне для громадян обслуговування (в т. ч. невідкладну і паліативну допомогу) і відшкодовувати кошти за лікарські засоби через реімбурсацію. Але і така система взаємин не застрахована від зловживань та ймовірність корупційних схем [31].

З цього ж періоду (1919 р.) засновано таку форму часткової діджиталізації в охороні здоров'я, як електронний рецепт. Ця конфігурація забезпечення відповідних категорій лікарськими засобами населення повністю діє у межах вказаної державної програми. Рецепт виписує тільки задекларований пацієнтом лікар, а його номер і код надсилаються на мобільний телефон пацієнтові за якими людина отримує в аптеці означений у рецепті препарат чи його фармацевтичний аналог з доплатою.

З вересня 2019 р. упаковки лікарських засобів мають позначатись особливими позначеннями. Сканування смартфоном дозволять визначати

оригінальність чи не є препарат фальшивим, протермінованим чи потрапив у межі митного простору держави із порушенням законодавства [32].

Медичні картки амбулаторного чи стаціонарного хворого вважаємо за доцільне поєднати у єдину електронну карту пацієнта, що зберігатиметься і накопичуватись в єдиній електронній системі. Аналог електронної картки пацієнта потрібно видати пацієнтові на руки, яка має бути доступною у глобальній комп'ютерній мережі (Інтернет) за відповідним ідентифікаційним шифром на зразок банківської картки. Відтак пацієнт за необхідності може надавати всі дані про своє здоров'я у кожному місті України чи будь-якій країні світу.

Також система E-Health утримуватиме відомості про лікарів, консультації, консилиуми, чутливість до ліків, встановлені діагнози, витяги із стаціонарів, схеми лікування та амбулаторні і соціально-побутові рекомендації. Це значно скоротить час до якісного надання необхідної допомоги за нагальної потреби. Електронна картка пацієнта повинна бути уніфікованою і заповнювати її доцільніше власноруч лікарем чи з його слів медичною сестрою або оператором комп'ютерного набору.

З метою підвищення освітнього рівня у вищих навчальних медичних закладах за спеціальностями «медицина», «стоматологія» і «педіатрія» встановлено більш високий – 150-тий прохідний бал, у той час, коли раніше він становив їх мінімальну кількість. Окрім того, у 2019 р. до конкурсного складу предметів додано фізику чи математику за вибором абітурієнта, як третій предмет для вступу до вищого медичного навчального закладу на спеціальності «Охорона здоров'я». У березні 2018 р. спільною постановою МОЗ і МОН України. Новацією у національній медичній освіті став Єдиний державний кваліфікаційний іспит за впровадженням тестом IFOM для студентів медичних вишів, який вони складатимуть, а при незадовільному його результаті можливою стане тільки одна перездача.

Міжнародний іспит за основами медицини IFOM (International Foundations of Medicine) принагідний в Україні з метою незалежного

оцінювання якості натомість «Крок-1» і «Крок-2», що у своїх функціях зарекомендували себе, як нездатних до визначення якості медичної освіти. Роботою з опрацювання та перевірки в країні опікується Національна рада медичних екзаменаторів під проводом NBME (National Board of Medical Examiners, США). Національна рада адмініструється центром тестування при МОЗ разом з NBME (National Board of Medical Examiners, США) [32].

Також, у жовтні 2020 р. згідно закону України «Про вищу освіту» КМУ нівелював квоту щодо 150 місць державного замовлення відносно отримання вищої освіти в українських вишах біженцями, іноземцями й осіб, які не є громадянами України, що порівняло їх у правах, створивши для всіх них рівні умови [33].

Ми вважаємо, що цей крок уряду сприятиме зупиненню деструктивних процесів української медичної освіти, випуску некваліфікованих лікарів. Незважаючи на спротив відомих кіл студентів та деяких викладачів, які потрапили до тенет корупції.

Доцільним є для України прийняття найближчим часом концепції МОЗ з реформування порядку медико-соціальної експертизи, яку створено групами експертів за участю та консультаціями Мінсоцполітики України, Мінцифри України, уповноваженим Президента з прав людей з інвалідністю, главами профільних комітетів ВР з питань здоров'я й соціальної політики [34].

Серед нововведень медичної реформи – госпітальний округ. Місцева влада формуватиме його за нормами щільності та чисельності людності, здатності лікарняних закладів та спроможності транспортного з'єднання населених пунктів. Недозавантажені й недобре оснащені лікарні перепрофілюють під лікарні медико-соціального догляду (хоспіси) чи реабілітаційні центри [29].

Вдале розгортання другого етапу медреформи гальмує проблема складання гуртової цінової таблиці на всі види медичної допомоги й послуг. Тому є вкрай важливим створити постійно діючу робочу групу по створенню таких документів, принаймні на період повномасштабного розгортання

другого етапу реформи системи охорони здоров'я України. Ці заходи уніфікують вартість вказаного переліку від аналізів, діагностичних процедур до складних оперативних втручань, у результаті чого спростять і дадуть змогу вдосконалити процедури всього циклу діагностично-лікувального процесу на усіх трьох рівнях медико-санітарної допомоги.

Наразі медична реформа «на марші». Надалі мають трансформуватися механізми діяльності і порядок асигнування лікарень вторинного рівня. Це вельми амбітне завдання, позаяк реформа зруйнує багато корупційних механізмів. А без подальшого розгортання реформи ми втратимо її досягнення [30].

Нам потрібен час, але його замало, тому що водночас з пуском реформ ми опинилися у хвилю COVID-19. Ми відчуємо результати цієї реформи тільки за перебігом декілька років [35].

ВИСНОВКИ

На межі XX – XXI століть людство стикнулось із загальносвітовими ризиками. Міжнародний тероризм, міждержавні конфлікти, фінансово-економічні кризи, невідомі досі епідемії захворювань, техногенні аварії, катастрофи, всепланетарне забруднення довкілля вчать людство новим універсальним засобам боротьби з ризиками.

Першість серед них належить такому універсальному методу пропорційному потужності впливу сили ризику є страхування. І передусім цим залишається страхування здоров'я на той чи інший випадок. Отже усі країни світу намагаються тими чи іншими діями покращити цей вид соціального захисту. Тому Україна ретельно вивчає глобальний досвід захисту своїх громадян.

Нашим дослідженням встановлено, що системи охорони здоров'я як розвинутих країн так й інших мають суттєві відмінності. Дослідники знаходять числену кількість форм їх адміністрування (нормативно-правового регулювання, організації, фінансування).

Загальностановлених дефініцій у царині систем фінансування сфери охорони здоров'я не існує. Але основними учені визначають лише чотири базові моделі: державна; соціально-страхова; ринкова; всеціло платна.

Отож, різноманітність змішаних їх форм все ж утримує центральну вісь. Вони і є тою віссю навкруг якої формуються окремі, характерні для тієї чи іншої країни, і яким є найбільш прийнятними форми і методи, формується стратегія й тактика галузі збереження здоров'я.

Визначити який вид конструкції системи охорони здоров'я для тої чи іншої держави буде найефективнішою для неї є можливим тільки кожною окремою країною з урахуванням цілого комплексу факторів, що мають місце у державі. Перш за все, це політична воля, соціально орієнтована необхідність і економічна можливість. Тож питання вибору залишається відкритим: державна, соціально-страхова чи ринкова. Як видно із

дослідження кожна із моделей утримує властиві тільки їй недоліки й переваги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Универсальное здравоохранение - Universal health care: веб-сайт.
URL:
https://ru.qaz.wiki/wiki/Universal_health_care (дата звернення 09.11.2020).
2. Sistema Único de Saúde - Sistema Único de Saúde Sistema Único de Saúde: веб-сайт. URL:
https://ru.qaz.wiki/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde (дата звернення 09.11.2020).
3. Модели систем здравоохранения мира: веб-сайт.. URL:
<http://old.duma.tomsk.ru/page/2956/> (дата звернення 30.10.2020).
4. Health Care Systems - Four Basic Models: веб-сайт: URL:
https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
(дата звернення 30.10.2020)
5. Гомон Д. О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я / Д. О. Гомон, А. В. Денисова // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки. - 2016. - Вип. 4(1). - С. 123-126. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvkhdu_jur_2016_4\(1\)_30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvkhdu_jur_2016_4(1)_30) (дата звернення: 30.10.2020).
6. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії / Ю. Матвієнко : веб-сайт: URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1>
(дата звернення: 30.10.2020).
7. Система здравоохранения в Японии: веб-сайт. URL:
<https://www.evroclinic.com/lechenie-za-rubezhom/lechenie-v-yaponii/kliniki-yaponii/sistema-zdravookhraneniya-v-yaponii> (дата звернення 10.11.2020).
8. Особенности здравоохранения в Японии: веб-сайт. URL:
<https://miuki.info/2012/07/osobennosti-zdravookhraneniya-v-yaponii/>(дата звернення 11.11.2020).

9. Здравоохранение Германии: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2020).
10. Statistisches Bundesamt. Federal Health Monitoring System. Wiesbaden, 2004: веб-сайт. URL: <http://www.gbe-bund.de>.
11. Ettelt S. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта / S. Ettelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays and International Healthcare Comparisons Network. – М. : Реал Тайм, 2009. – 64 с.
12. Сасковец А.А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения / А.А. Сасковец. – М. МАКС Пресс, 2005. – 28 с.
13. Зеленеви́ч В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я : веб-сайт. URL: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovyua/>.
14. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США: веб-сайт. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?N&P21DBN=UJRN C21COM=2&I21DBN=UJR&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pp_2013_4_6.pdf.
15. Степанова О. В., Іголкін І. В. Реформування системи охорони здоров'я у США . Фінанси України. 2012. № 3. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21NR=20&S21STN=C1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=Fu_2012_3_7 (дата звернення: 13.11.2020).
16. Здравоохранение Канады: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2020).
17. Здравоохранение Франции: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2020).

18. Здравоохранение Великобритании: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2020).
19. Здравоохранение Швеции: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2020).
20. Здравоохранение Финляндии: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2020).
21. Клепікова О.А. Дослідження динаміки розвитку страхового ринку України як складової світового ринку страхових послуг / О.А. Клепікова // Вісник Одеського національного університету. Економіка. - Одеса: Астропринт, 2010. - Т. 15. - Вип. 20. - С. 101-111.
22. Горлач А.С., Левіщенко Н.С. Сучасний стан та перспективи розвитку страхового ринку України. Теоретичні аспекти та практичні проблеми управління, економіки та природокористування в Україні: зб. матеріалів учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Київ: Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, 2018. С. 264-266.
23. Марценюк Л.В. Страховий ринок України: сучасний стан та проблеми розвитку. Вісник Дніпропетровського національного університету залізничного транспорту. 2016. № 2 (62). С. 36-45.
24. Скільки українцям коштував карантин. Десять головних втрат: веб-сайт. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-52773647> (дата звернення: 25.10.2020).
25. 8,3 тисячи больных COVID и 173 умерших - в Украине новые антирекорды: веб-сайт. URL: <https://www.pravda.com.ua/rus/news/2020/10/30/7271749/> (дата звернення: 23.10.2020).
26. Мусіна Д.А., Корнеєв В.В. Проблеми розвитку страхових компаній в Україні. Теоретичні аспекти та практичні проблеми управління, економіки та природокористування в Україні: зб. матеріалів учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Київ: Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, 2018. С. 276–278.

27. Козоріз Г.Г. Пріоритетні напрями модернізації страхового ринку України в умовах глобальних викликів / Г.Г. Козоріз // Регіональна економіка. - 2013. - № 1. - С. 26-34.

28. Назвали регіони, в яких люди підписали найменше декларацій з лікарями: веб-сайт. URL: https://gazeta.ua/articles/health/_nazvali-regioni-v-yakih-lyudi-pidpisali-najmenshe-deklaracij-z-likaryami/991218 (дата звернення 06.11.2020).

29. Медична реформа в Україні: об'єктивно і без емоцій: веб-сайт. URL: <http://vseprogroshi.com.ua/medichna-reforma-v-ukra%D1%97ni-obyektivno-i-bez-emocij.html> (дата звернення 23.10.2020).

30. 5 найважливіших досягнень медреформи. Що встигла зробити Уляна Супрун. : веб-сайт. URL: https://texty.org.ua/articles/95841/5_najvazhlyvishyh_dosagnen_medreformy_Shho_vstygla_zrobyty-95841/ (дата звернення 23.10.2020).

31. В Україні сімейні лікарі отримуватимуть підвищені виплати: коли та скільки: веб-сайт. URL: <https://tsn.ua/groshi/v-ukrayini-simeyni-likari-otrimuvatimut-pidvischeni-viplati-koli-ta-skilki-1657361.html> (дата звернення 06.11.2020).

32. Международный тест IFOM пригоден для оценки качества украинского медобразования – результаты мониторинга: веб-сайт. URL: <https://interfax.com.ua/news/pharmacy/595654.html> (дата звернення 08.10.2020).

33. Правительство Украины отменило для иностранцев квоту на получение высшего образования в украинских вузах: веб-сайт. URL: <https://interfax.com.ua/news/political/699320.html> (дата звернення 08.10.2020).

34. Минздрав готовит реформу системы медико-социальной экспертизы: веб-сайт. URL: <https://interfax.com.ua/news/pharmacy/700306.html> (дата звернення 08.10.2020).

35. Є три плюси і три мінуси - в «Голосі» прокоментували медреформу: веб-сайт. URL: <https://ukraina24.segodnya.ua/ua/obshestvo-news/2464-tri-za-i-tri-minus-a-v-golose-prokomentirovali-medreformu> (дата звернення 23.10.2020).