

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

**МЕЛЬНИК ІННА ВОЛОДИМИРІВНА**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 332.142.4  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО 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

І. В. МЕЛЬНИК  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи  
**ВОЙТЕНКО Архип Борисович**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

к.н.держ.упр.  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: **Мельник Інна Володимирівна**  
допущена до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » грудня 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор \_\_\_\_\_ (науковий ступінь, вчене звання)      Валентина ЯКОБЧУК (власне ім'я та прізвище)  
(підпис)

« \_\_\_\_ » грудня 2022 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти **Мельник Інна Володимирівна** захистила  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_

за шкалою ECTS \_\_\_\_\_

за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК

\_\_\_\_\_ -  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА  
(власне ім'я та прізвище)

## АНОТАЦІЯ

Мельник І.В. Зарубіжний 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, 2022.

Досліджено теоретичні і практичні аспекти прогресу державного нормативно-правового адміністрування сфер охорони здоров'я держав світу. Увагу в роботі зосереджено на питаннях фінансування галузі. Визначено вплив державної політики реформування на систему охорони здоров'я у різних країнах та України. Сформульовано актуальні першочергові перспективи розвою вказаної суспільної сфери України.

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

## SUMMARY

MELNYK I. 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». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2022.

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 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМ АДМІНІСТРУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТІ	9
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1	20
РОЗДІЛ 2. АДМІНІСТРУВАННЯ МОДЕЛЕЙ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОЗВИНУТИХ КРАЇН СВІТУ	21
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2	34
РОЗДІЛ ІІІ. РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ПРОСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ	35
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3	42
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44
ДОДАТКИ	48

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Актуальність теми. Динамічна суспільна індустрія охорони здоров'я є надважливою складовою всього ресурсу держави і створюється країною з ціллю зберегти та укріпити здоров'я громадян, накопичити і узагальнити наукові досягнення, що являють зиск для виконання великого загалу превентивних дій та розвиток повсюдних санітарно-гігієнічних знань та навичок із здорового способу життя широких прошарків людності для профілактики та ерадикації хвороб, профілактики їх поширенню, а отже протегувати тривалості очікуваного життя та його відповідної якості. Здоров'я громадян кожна країна декларує як найвищу суб'єктивну та соціально-економічну державну ціннісну категорію народу. Отже, юридичні нормативи регулюють цю сферу життєдіяльності шляхом гармонізації її роботи, вділяють більш значну перспективу гнучкого керівництва і це робиться всякою державою за власною формою. Тому порядки в охороні здоров'я цих країв більше чи менше різняться та утримують деякі особливості.

Взаємозв'язки охорони здоров'я у громаді та окремими індивідами у середині минулого сторіччі склали неабияке значення. Визнання і затвердження державою права на здоров'я будь-якої людини стало невідємною часткою переважної кількості нормативно-правових державних систем.

Грандіозні поклики сучасності до політичного, соціального та економічного прогресу держав у світі спричинили попит на переміни, а у окремих епізодах і докорінні трансформації порядку адміністрування цією надважливою соціальною опікою, що коригує геть усі площини загального піднесення людності, що являє собою галузь охорони здоров'я.

Оптимальний менеджмент, доцільна направленість і гарантії є можливими тільки за правильно укладеної правової регуляції, що і надає сфері здороохорони можливість утворити дієві інструменти і важелі для опрацювання й використання довготривалих програм прогресу цієї галузі, суспільної життєдіяльності, визначає усталеність ресурсів використовуваних системою

охорони здоров'я взагалі та частково. Наразі законотворчість у цій сфері набула широкого і дуже активного розвитку. Це зв'язано з революційними перетвореннями у даній сфері держав, які нещодавно набули переходу від притаманної соціалістичному устрою планомірного господарства до ринкових взаємовідносин в економіці. І у першу чергу, це стосується будівництва моделей охорони здоров'я з такими формами фінансування, які створять найбільш продуктивні результати.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблемами розробки методичних і практичних умов діяльності вітчизняної сфери охорони здоров'я з огляду на більш раціональний організаційно-функціональний ландшафт системи охорони здоров'я з раціональним фінансуванням за наявних умов вкрай скромних казенних асигнувань та задіяння кволих ресурсів індустрії здравоохорони, в рамках нестабільних демаркацій зовні та всередині, до теперішнього моменту учені України надавали досить мало уваги пошукові нових форм діяльності охорони здоров'я, а наукові видання присвячували основну увагу обстеженням амбітних систем охорони здоров'я зарубіжжя та їх критичним поглядам про можливості та доцільність розповсюдження їх окремих елементів у вітчизняному медичному просторі, що аж няким чином не сприяло ефективності з огляду на якість медичної допомоги у відповідності до реальних фінансових впливань.

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

Виняткова потреба розв'язання проблеми, яка досліджується, відсутність розроблених теоретичних методів і доведених методологічних інструментів і

надихнули нас на обрання теми нашої кваліфікаційного дослідження, його мету, об'єкт, завдання та відповідні методи нашої роботи.

**Метою кваліфікаційної роботи** є теоретико-методичне та історичне дослідження ствердного впливу дофінансування систем охорони здоров'я осіб розвинених країн. У відповідно до визначеної мети на виконання поставлено наступні **завдання**:

- дослідити сутність систем охорони здоров'я країн світу та основні етапи становлення у їх історичному розвитку;
- вивчити організаційно-функціональну структуру галузей охорони здоров'я європейських країн, США та інших;
- визначити призначення і практику державної політики у діяльності галузі охорони здоров'я цих країн;
- оцінити задуми поступової реформи індустрії охорони здоров'я України;
- розробити та обґрунтувати продуктивні рекомендації відносно установа і розвою сучасної організаційно-функціональної архітектури охорони здоров'я України.

**Об'єктом** дослідження є процес виникнення та поступового розвитку системи охорони здоров'я країн зарубіжжя і медичної реформи в Україні.

**Предметом** нашої роботи є поєднання аспектів теоретико-історичної, нормативно-правової та практичної спрямованості у прогресі сфери охорони здоров'я зарубіжжя і України.

Методологічну та теоретичну основу досліджень склав критичний та конструктивний розгляд прикладних й наукових опрацювань з побудови ефективної державної політики провідних вітчизняних та закордонних вчених у впровадженні новітніх змін організаційно-функціональних одиниць системи охорони здоров'я, монографічної, спеціальної й періодичної літератури за проблемою розвинення системи охорони здоров'я України, законодавчих актів нашої держави, актів Верховної Ради та документів Кабінету Міністрів України, які розкривають взаємини її учасників.

Для вирішення поставлених завдань у нашій роботі використовуються загальнонаукові методи, зокрема: діалектичний, наукового абстрагування, індукції та дедукції, аналізу і синтезу тощо. Використано й такі специфічні методи, як – компаративний аналіз, структурно-логічний і другі.

Особистий внесок автора. Представлена до захисту кваліфікаційна робота є довершеним дослідженням. Надані автором наслідки наукових розшуків отримані власноручно автором. Вивчено фінансові площини реформи галузі охорони здоров'я закордонних держав. Викладено оферти щодо вжитку у медичній реформі України досвіду других держав у досліджуваному секторі. Стверджується те, що запозичення закордонного позитиву здійснення медреформи повинно зараховувати нашу особливість – щабель прогресу економічних аспектів, особливості менталітету людей, етнічні традиції. Досвід народів світу аргументовано свідчить про можливість створення результативної медичної допомоги на підставі солідарної, справедливої моделі та за участі суспільства, вберегти популяцію від руйнівних аспектів недуг, поручитися прозорістю та підзвітністю за прийняті чи незадіяні впливи, більш результативно відповідати на запити та сподівання громадян.

Висновки та пропозиції, як результат, що отримано у процесі довершення наших пошуків, спрямованого на удосконалення власне галузі здоров'я охорони і профілактику та укріплення здоров'я громадян країни.

Кваліфікаційна робота складаємістить вступ; теоретично-історичного розділ 1, в якому схарактеризовано історико-законодавчі засади дій сфери здоров'я охорони у світі; аналітичного розділу 2, де здійснено аналіз глобальних фундаментальних що узагальнює положень організації індустрії охорони здоров'я країн світу, деякі риси її адміністрування в окремих країнах та вивчено риси її задіяння; розділу 3, який визначає майбутні шляхи виконання своїх функцій системи охорони здоров'я України; висновків; списку використаних джерел.



## **РОЗДІЛ 1.**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМ АДМІНІСТРУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТІ**

Медична реформа сфери охорони здоров'я України охоплює низку структурних реформ для підвищення ефективності надання послуг з метою покращення здоров'я населення. Політика фінансування охорони здоров'я, заснована на стратегічних закупівлях послуг, використовується як важіль для перебудови всієї організаційно-функціональної, управлінської та фінансової систем охорони здоров'я.

Реформа є політичною відповіддю на зламаної систему радянського зразка, що перебуває на межі розпаду, яка характеризується низькою ефективністю, застарілими поліклініками та недофінансованими, недоукомплектованими та низькоякісними лікарнями. Вона спирається на неефективні бюджетні процеси, спрямовані на оплату ресурсів, таких як кількість ліжок, розмір приміщень або кількість персоналу, а не на результати. Бюрократичний, невмотивований та низькооплачуваний медичний персонал підтримує культуру вимагання неформальних кишенькових платежів від користувачів послуг; за рахунок таких платежів домогосподарств фінансується до 53 відсотків загального фінансування охорони здоров'я.

Уряд запроваджує стратегічні закупівлі, контрактні механізми та системи електронної охорони здоров'я, щоб змінити поведінку, підвищити продуктивність, прозорість та платити за результати. Іншими словами, він реформує модель сплати за медичні послуги для підвищення ефективності. Реформа переходить до капіталізації первинної медичної допомоги та укладання контрактів з лікарнями про стаціонарні медичні послуги. Новостворена Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є єдиним платником, і люди мають право вільного вибору постачальника медичної допомоги і послуг у відповідності до правила "гроші ходять за пацієнтом". НСЗУ підписала капітаційні контракти з понад тисячею надавачів меддопомоги

первинної ланки і за рекордно короткий термін - менше року - майже 28 мільйонів людей зареєструвалися та підписали декларації з лікарем, якому надають перевагу. Очікується, що система оплати за групами, пов'язаними з діагнозом, призведе до реорганізації лікарень, злиття спеціалізованої допомоги та ліквідації недовантажених ліжок. Очікується, що нова система оплати створить необхідні стимули для покращення якості, підвищення продуктивності та формування більш здорового, фінансово захищеного населення. Ефективна реформа дозволить зменшити тягар хвороб, контролювати витрати, покращити здоров'я та сприятиме економічному зростанню [1].

Попередній хід процесів медичної реформи.

У період після падіння комунізму спостерігалось систематичне збільшення фінансового тягара з боку пацієнтів. Формально система декларує дуже широкий і універсальний спектр послуг, гарантованих пацієнтам за державного фінансування, але на практиці неефективна структура та дуже обмежені фінансові ресурси, що виділяються на ці цілі, роблять це суто законним правом. За останні роки приватні витрати досягли рівня 45% від загальних витрат на охорону здоров'я. Величезна частина коштів із цього джерела поглинається фармацевтичним сектором, який практично повністю позбавлений державного фінансування, і водночас не забезпечений рішеннями щодо раціоналізації видатків. Як наслідок, навантаження на пацієнтів з цього приводу є надзвичайно великим. Хоча в 1996 році уряд вжив зусиль, щоб нормалізувати ситуацію і були встановлені офіційні ставки плати пацієнтів за надання послуг, на які не поширюються державні гарантії, на практиці цей механізм був фікцією, а межа між платними та безкоштовними перевагами залишається вкрай неясним. Додатковим ускладнюючим фактором є поширений механізм неофіційних платежів, який є заміною відсутніх офіційних механізмів, які б раціоналізували систему та забезпечували її фінансову ефективність. Кошти, що виділяються на охорону здоров'я через цей канал, дуже важким тягарем лягають на домашні бюджети пацієнтів. Слід

підкреслити, що все це відбувається в умовах відносно високого рівня загальних витрат на охорону здоров'я, який у 2012 – 2018 рр. становив 5,0 – 7,6% ВВП. Це яскраве свідчення далекосяжної неефективності витрачання коштів у системі охорони здоров'я.

У попереднє десятиліття з метою покращення функціонування системи органи державної влади здійснили певні заходи, спрямовані на підвищення популярності додаткового медичного страхування – як у комерційній формі, так і через, так звані, лікарняні каси, роль яких аналогічна комерційним страховикам, з тією лише різницею, що вони начебто діють на некомерційній основі. Популярність цих розпочинань, однак, залишається низькою і не перевищує 2–3% населення країни в сумі для обох формул. Слідом за традиційними рішеннями моделі Семашка, українська система також характеризується низькою паралельних системних рішень для деяких груп населення. Такі системи поглинають значну частину державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, тим більше перешкоджаючи впровадженню рівних і єдиних рішень. Деякі з цих паралельних систем були створені вже в період після падіння комунізму, дещо посиляючись на класичні рішення Бісмарка. До таких категорій можна віднести систему страхування працівників транспортної галузі.

Українська система, безсумнівно, одна з найслабших серед посткомуністичних європейських держав. Він характеризується організаційною та фінансовою неефективністю, невідповідністю потребам населення у сфері охорони здоров'я та відсутністю глибших реформ протягом посткомуністичного перехідного періоду. Усі ті, що мали місце та були спрямовані на модернізацію існуючих рішень (запровадження моделі сімейної медицини на первинній ланці, зміна методів фінансування послуг, запровадження додаткових механізмів фінансування), мали суто початковий характер, запроваджувалися лише в окремих сферах країни, або як своєрідний судовий механізм. Усе це відбивається на низькому рівні реагування на потреби у здоров'ї окремих осіб і груп, що, у свою чергу, призводить до поганого стану

здоров'я населення країни. Система характеризується низькими рейтингами не лише у сфері результатів здоров'я, а й у доступі до послуг, де одним із основних бар'єрів є фінансове питання, рівність та справедливість, а також відсутність реалізації заходів, спрямованих на позитивне стимулювання оздоровчого потенціалу населення країни. Складна політична та економічна ситуація в країні є додатковими факторами, які створюють перешкоди для ефективного підвищення ефективності системи. Низький рівень ВВП не забезпечує належної фінансової підтримки, а геополітична та економічна турбулентність останніх років додатково призвели, як і слід припускати, до колапсу сектора деяких послуг.

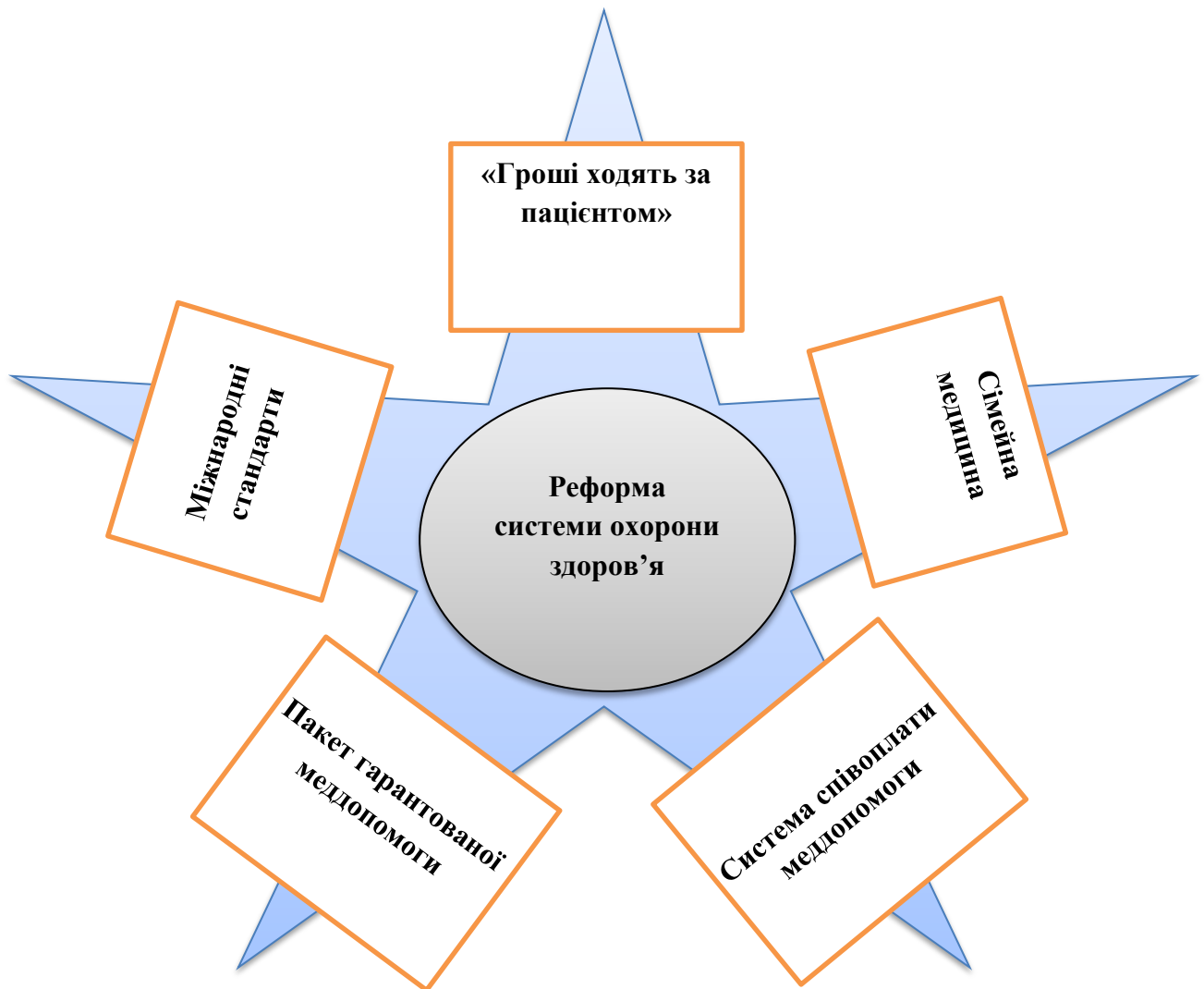
#### Прогнозований обсяг реформ

Остання політична революція в Україні (2014 р.) знову відкрила шанс для реалізації проекту глибокої модернізації української держави. Політичні лідери чітко задекларували бажання здійснити такий амбітний проект, і одним із симптомів такого залучення було бажання замінити еліти, які приймають рішення. Шляхом досягнення цієї мети було інтенсивне залучення осіб з інших країн на керівні посади в органах державного управління та інших централізованих установах.

Цей реформаторський ентузіазм також стосується анахронічної структури системи охорони здоров'я. У 2015 році, як початковий крок реформ, Україна передала закупівлі вакцин, ліків та медичного обладнання міжнародним організаціям: Дитячому фонду ООН (ЮНІСЕФ), Програмі розвитку ООН (ПРООН) та неприбутковій організації Великобританії Crown Agents. Того ж року Міністерство охорони здоров'я під керівництвом Олександра Квіташвілі, а потім Уляни Супрун запропонувало пакет реформ, заснований на п'яти основних принципах (рис. 1) [2].

Чи не головним у здійснюваних реформах всіх країн є один з головних аспектів кардинального перетворення індустрії здоров'я є знаходження того важеля впливу, який докорінно змінює розвиток власне системи та на те, як вона виконуватиме покладені на неї функції. Таким важелем є спосіб фінансування

цієї системи. Тому і основні зусилля країн зосереджені саме на пошукові найбільш збалансованих та ефективних його форм. Це доволі молодий процес, що виник у період промислового злету.



**Рис. 1.1. Основні принципи пакету здійснення реформи охорони здоров'я України.**

Зростаюча кількість учасників робітничих страхових агентств, спілок, товариств у XVIII ст. є характерною для Великобританії, Бельгії, Австрії, Скандинавських країнах, Росії, Швейцарії але це не було достатнім, а відтак і розходів потребуєчох помочі не вистачало, тому щоб її хватило, окремі спілки об'єднувались у більш живучі і фундаментальні структури. При безробітті, тимчасовій та тривкій втраті працездатності надавали взаємодопомогу, а за

необхідності у випадку доцільної потреби створювали і самопомічне пенсійне забезпечення.

На початку ХХ ст. такі страхові заклади у європейських країнах отримали юридичне регулювання. Воно передбачало допомогу на випадок втрати безробіття, втрати працездатності при хворобі, інвалідності чи за віком, а щодо застрахованих, то вони власноручно створювали накопичення страховиків, а до них ще приєднувались роботодавці інших виробництв, других заводів та фабрик, які покривали 25% - 40% страхової вартості та частки внесків від ціни страхового полісу. Поготів до цих страхових утворень вже долучались і урядові доплати та субсидії. Держава разом із залученням казенних виплат намагалась створити умови зростаючого верховенства на страхові механізми, підсилюючи цей процес своїм контролюванням спрямованих у цю справу фінансових вкладень.

В 1883 р. уперше національну модель медичного страхування створили у Німеччині, відколи прийнято законодавчий акт щодо страхування у випадку захворювання. Роботодавцям промислових підприємств доручили забезпечення найнятим робітникам з низькою заробітною платнею оплачуване страхування при травмуваннях і захворюваннях, шляхом лікарняних каси, які фінансувалися коштом від зарплати робітників та внеску роботодавців.

Росія організувала подібність цій системі у червні 1912 р., а вже за перебігом 30-ти років поспіль через Державну Думу, за прикладом лікарняних кас. У 1930-х роках аналогічні системи вже існували практично у всій Центральній і Західній Європі.

У 1883 р. шведський Риксдаг розглянув, але не затвердив поданий проєкт закону щодо соціального страхування працівників. І як наслідок детального розгляду його статей спеціально створеною комісією протягом її роботи в шість років у 1907 р. прийнято цей акт тільки у 1913 р. Під його юрисдикцію попадали усі шведи віком від 16 до 66 років для забезпечення їх державними фінансовими коштами до 67 років чи втраті фізичної можливості працювати. Впродовж цього терміну відбулися аналогічні зміни у Швейцарії, Австрії,

Бельгії, Норвегії, Португалії та низки інших країн, де легітимізувалась регламентація суспільно-економічні взаємовідносин.

Актом щодо національного страхування 1911 р. у Англії визнано право на поміч шляхом страхування без коштів малозабезпеченим прошаркам громадян із невисокою заробітною платнею. Інша група застрахованих мала використовувати послаблену страховку внаслідок дотацій і субсидій за рахунок державного бюджету.

Нам не треба досліджувати усі 200 країн для отримання уявлення, як держави керують суспільним здоров'ям. У світі існують чотири основних загальних системи. Які і лежать в основі інших відмінних моделей.

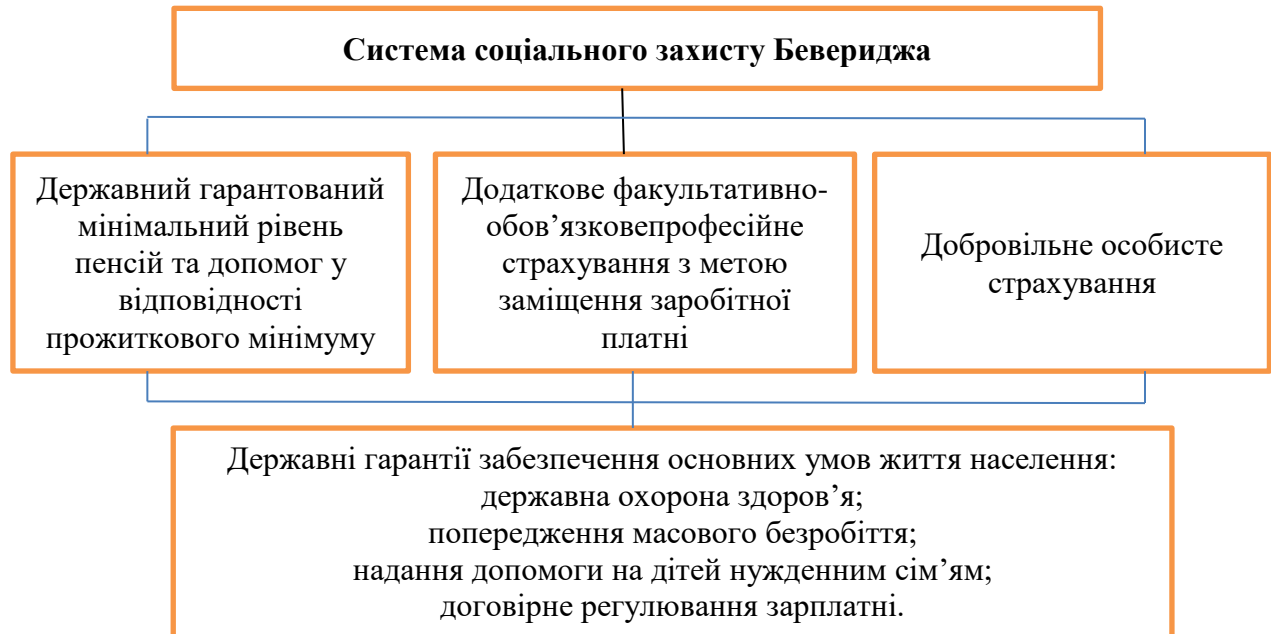
**Державна модель Беверіджа**, що найменована ім'ям лорда Вільяма Беверіджа, який оголосив у 1942 р. Національну службу охорони здоров'я Великої Британії. Основним принципом визнано: багатий платить за бідного, здоровий – за хворого.

«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 людина ніколи не отримає 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» [3].

Засновуючись на таких же засадах і незважаючи на окремі правки ними ж користуються Іспанія, більша частина Скандинавії і Нова Зеландія, Гонконг. Куба є крайньо відданою застосуванню принципів Беверіджа а це, ймовірно, найвлучніший серед країн приклад беззастережного контролю з боку держави (рис. 1.2).

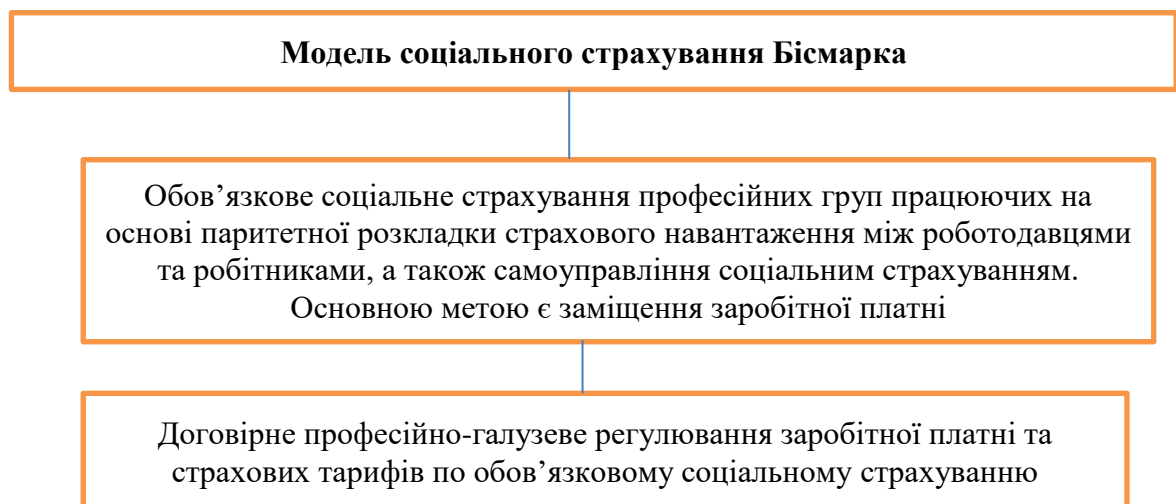
**Модель Бісмарка** «(заснована на загальному охопленні страхуванням). Названа на честь канцлера Пруссії Отто фон Бісмарка, який винайшов державу загального добробуту в рамках об'єднання Німеччини в ХІХ столітті. Попри європейську спадщину, ця система надання медичних послуг здалася б американцям досить знайомою. Вона використовує систему страхування –

страховики називаються «лікарняними касами». Вони зазвичай фінансуються спільно роботодавцями та працівниками коштом відрахувань із зарплатні. Проте, на відміну від страхової індустрії США, плани медичного страхування типу Бісмарка повинні охоплювати всіх, і вони не приносять прибутку» [4].



**Рис. 1.2. Основні консонанти соціальної системи за Беверіджем**

Модель Бісмарка, звичайно, існує в ФРН, Франції, Бельгії, Королівстві Нідерландів, Швейцарії, Японії та частково в Латинській Америці (рис. 1.3).



**Рис. 1.3. Основні принципи соціального страхування за Бісмарком**

Правило одного платника надає велику перевагу на ринку для переговорних процесів за більш низькою ціною. У планах державного



медичного страхування також має місце контроль витрат, що має на меті обмеження майбутньої платні за надання медичних послуг, чи вимушене очікування пацієнтами потрібного лікування.

У класичному вигляді аналогічна модель ННІ запроваджена в Канаді, але окремі нові індустріальні країни такі, як Тайвань і Південна Корея – прийняли у користування модель ННІ [5].

Але в аграрних областях Індії, Африки, Південної Америки і Китаю значна частина популяції впродовж всього свого життя не приходять до лікаря за відсутності такої можливості, замінюючи візит до медичного працівника. доступом до місцевого цілителя, котрі лікують домашніми засобами, які навряд чи можуть бути ефективними проти різноманітних захворювань на які так багаті ці регіони.

У бідному світі пацієнти тільки 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 стосуються лікування ветеранів. Для американців старше 65 років, що беруть участь в програмі Medicare і у Канаді для працюючих американців, які отримують страховку на роботі, а також і Німеччина.

США не схожі на інші країни, бо утримують велику кількість систем для окремих класів громадян. Решта дотримується однієї з моделей для всіх. Це є більш простішим, ніж модель США; це і більш справедливо і дешевше.

**Модель Ріда «Беверідж».** За визначенням організації «Лікарі Національної програми охорони здоров'я» (PNHP - Physicians for a National Health Program) це національна служба медичного страхування де основну роль відіграє один платник, що певним чином є характерним для Великої Британії Канади і Тайваня. Іншими словами це модель забезпечення здоров'я людей «з кишені», себто «ринок з управлінням». Окремі держави, наприклад Швеція, користуються об'єднаними формами медичного страхування і утримують у собі деякі елементи, що є характерними для національних систем

здоровоохорони (лікарні, повністю є відданими окружному урядові, але винагорода лікарів за їх роботу відбувається іншим чином). Стає зрозумілим, чому ця модель може бути класифікованою скандинавськими країнами за Беверіджем, в той час як РННР визначає їх у вигляді «національного медичне страхування з одним платником» [9].

До параметрів, що відображають ключові характеристики сфер охорони здоров'я, їх основні економічні показники, можливо виокремити:

- взаємини власності;
- спосіб надання коштів;
- методи стимулювання надавачів меддопомоги та медпослуг і громадян, які їх отримують;
- засоби перевірки обсягу та якості меддопомоги та кваліфікації медпрацівників.

Модель, яку сповідує держава, означається як соціально-страхова чи врегульованої охорони здоров'я. Вона утримується на принципах об'єднаного господарювання, що змішує ринок меддопомоги із розвинутим державним керуванням і наданням доступу до засобів охорони здоров'я без винятку для усіх сфер громадськості. Характерним для такої модельної конструкції є факт безумовного страхування здоров'я як найбільш можливо всього населення держави за її необхідного долучення до передачі фінансів страхових організацій. У такій ситуації державна влада у задовольнянні суспільних вимог можливо значнішій частині громадян, які потребують меддопомоги чи послуг невідповідно до її прибутків, вбачається як гарант без порушень вимог ринку сплати за їхньою ціною. Багатоканальні фінансові транші, що формуються з доходів страхових установ, оплати праці, з держбюджету) надає потрібну флексибільність та сталість грошового базису цій формі страхування.

Ця модель страхування здоров'я населення країн має найбільш яскравий прояв в Японії, Швейцарії, ФРН, Австрії, Бельгії, Голландії, Канади, Нідерландів, Франції.

Фінансування індустрії охорони здоров'я з бюджету держав, як його виключна роль, з додатковим залученням коштів з податків підприємств і особистих збережень громадян є основними факторами тримання моделі у життєздатному стані, забезпечення затребуваних населенням медичної допомоги і послуг. У цьому контексті головним міститься те, що як основним покупцем, так і виробником меддопомоги залишається саме держава. А існуючий ринок знаходиться під жорстким контролем уряду, виконуючи другорядну роль у суспільстві.

Ця форма забезпечення охорони здоров'я громадян існує у Великобританії з 1948 р., а за її прикладом аналогічні форми впродовж п'ятнадцяти років вже є властивими Ірландії (з 1971 р.), Данії (з 1973 р.), Португалії (з 1979 р.), Італії (з 1980 р.), Греції (з 1983 р.), Іспанії (з 1986 р.).

**Ринковій системі** охорони здоров'я є притаманним переважно на оплачуваній підставі, за рахунок придбання меддопомоги покупцем. Це відбувається за причини недостатньо впорядкованого ладу медстрахування здоров'я у державі, і це характерно для незадовільного цілісного задоволення затребуваної медичної помочі. Здійснюваний медичним ринком захист популяції від випадків захворювання не покривається повністю коштом держави, що створює недостатню захищеність малозабезпечених прошарків нації за браку фінансування суспільних програм медичної допомоги.

Досить яскравою описана модель є представленою у США, де повністю відсутня державна підтримка здоров'я нації, а фундаментом будови галузі здоров'я є загальний ринок приватної меддопомоги, за винятком держпрограм медичних послуг малозабезпечених "Medicaid" і пенсіонерів "Medicare". Її звичайно звать платною, ринковою, американською, подекуди - системою приватного страхування [6].

Описана організаційно-функціональна конструкція «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, а споживання медичних послуг вкрай нерівномірне і щільно пов'язане з диференціацією прибутків громадян. У 1990 р. тільки 10% населення отримали медичну допомогу обсягом 70%» [7].

Загалом переважно виокремлюють такі найбільш вдалі моделі:

- 1) універсальна (Беверіджа),
- 2) соціального страхування (Бісмарка),

Криза сфери охорони здоров'я України помітно єднає недостатнє фінансування, як остаточне та те що вона утримується лише на додатковому фінансуванні за кошти населення.

Провідними країнами за провідними індикаторами здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і т. ін.) є Японія, Німеччина та США [8].

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Системи здравооохорони держав світу досить різноманітні, дістають свого розвитку з досить суттєвими, іноді радикальними відмінностями. Але у цьому калейдоскопі яскраво і чітко різняться чотири основних загальноновизнаних світовою спільнотою основних системних архітектури. Вони і становлять ту вісь навкруги якої створюються нові сучасні, характерні тому чи іншому державному утворенню, особливостям якого найбільш відповідають форми і методи, формується свої інструменти і стратегія збереження здоров'я нації.

## РОЗДІЛ 2.

### АДМІНІСТРУВАННЯ МОДЕЛЕЙ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РОЗВИНУТИХ КРАЇН СВІТУ

У 2020 р. незалежною асоціацією без політичної приналежності World Population Review підготовлено звіт, частину якого складає рейтинг 100 країн із властивими їм системами охорони здоров'я. Для нас становить інтерес вивчити найкращі і більш наближені до українських реалій. Їхні елементи організаційно-функціональної структури, а також їх дієвість, порядок фінансового забезпечення, подання медичної допомоги населенню, механізми розподілу медичної підтримки і послуг між його відповідними групами.

За нашим розумінням це надасть нам можливість залучити прийнятні компоненти цих систем для побудови уподобленої галузевої архітектури в Україні.

**Австралія** має відмінну державну охорону здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я вважає систему охорони здоров'я Австралії як одну з найуспішніших у світі. Австралійська охорона здоров'я включає якісні лікарні та клініки, а також найсучасніші засоби діагностики та тестування. Однак величезні розміри країни створюють проблеми для надання медичної допомоги в Австралії. Пацієнти у сільській місцевості та віддалених районах часто мають обмежені можливості отримання медичної допомоги порівняно з тими, хто живе в містах.

Державна охорона здоров'я в Австралії надається через Medicare. Ця універсальна програма охорони здоров'я з єдиним платником охоплює всіх громадян і постійних жителів Австралії. Він включає програми для таких груп, як ветерани та корінні австралійці. Medicare надає медичні прийоми, ліки та лікарняне обслуговування за низькою ціною або безкоштовно. Medicare також покриває деякі витрати на фізіотерапію, програми медсестер у громаді та базову стоматологічну допомогу дітям.

Охорона здоров'я в Австралії покращується через мережі первинної охорони здоров'я або PHN. По всій країні діє 31 PHN. Вони відповідають за підтримку громадських медичних центрів, лікарень, лікарів і медсестер. PHN також координують діяльність між різними частинами системи охорони здоров'я. За потреби в різних регіонах вони можуть надавати більше послуг: наприклад, клініки в позаурочний час, служби психічного здоров'я та програми зміцнення здоров'я.

Для громадян і постійних жителів Австралії медичне обслуговування може бути недорогим або безкоштовним. Витрати на охорону здоров'я в Австралії покриваються за рахунок податків. Мешканці сплачують 2% свого доходу в Medicare Levy, який фінансує державну систему. Як наслідок, більшість пацієнтів ніколи не оплачують медичні збори під час прийому, і вони можуть вимагати відшкодування, якщо це роблять. Medicare покриває витрати на візити до лікаря загальної практики, лікарні та 85% витрат спеціаліста. Він також субсидує ліки, що відпускаються за рецептом, щоб забезпечити їх за зниженою ціною.

Чи означає це, що в Австралії існує універсальна охорона здоров'я? Не обов'язково. Експатріанти, які проживають в Австралії, включно з робітниками та студентами, оплачуватимуть власні медичні послуги готівкою або приватним медичним страхуванням. Люди, які не мають права на отримання пільг Medicare, можуть подати заяву на звільнення від сплати збору Medicare або на зменшення суми збору, яку вони сплачують.

Плюси і мінуси австралійської системи охорони здоров'я.

Охорона здоров'я в Австралії чудова, але вона має свої межі. Близько половини австралійців також мають поліс приватного медичного страхування.

Щоб зменшити тиск на державну охорону здоров'я, уряд заохочує всіх, хто заробляє вище певного порогу, отримати приватне медичне страхування. Цей поріг становить 90 000 доларів на особу або 180 000 доларів на сім'ю. Якщо ці високооплачувані вирішать не брати приватний страховий поліс, вони

сплачуватимуть додаткову плату Medicare. Це додаткова сума від 1% до 1,5% від їхнього доходу на додаток до звичайного збору Medicare.

У системі охорони здоров'я Австралії існують додаткові стимули для підписання приватного страхування. Політика Lifetime Health Cover заохочує людей брати приватні поліси. Відповідно до ЛНС, приватне лікарняне страхування стає все дорожчим, оскільки люди старіють. Якщо вам більше 30 років, коли ви вперше берете приватний страховий поліс, ви повинні сплачувати додаткові витрати або «навантаження» у розмірі 2% на рік протягом першого десятиліття покриття. Отже, якщо ви підписалися на страхування у віці 20 років, ви значно заощадите на доплатах протягом багатьох років. Уряд Австралії субсидує внески приватного медичного страхування до 30%, надаючи людям додатковий стимул зареєструватися.

В Австралії приватне медичне страхування — це не лише сучасні та зручні заклади, які пропонують коротший час очікування. Державна система не покриває витрати на окуляри, стоматологію чи швидку допомогу. Часто це робить приватне страхування. Як наслідок, поліс приватного медичного страхування в Австралії має багато переваг.

Право на австралійське медичне обслуговування, мають громадяни або постійні жителі Австралії, або ті хто перебуває в Австралії за спеціальною регіональною робочою візою.

Австралія має взаємні домовленості про охорону здоров'я з багатьма іншими країнами. Серед них Бельгія, Фінляндія, Італія, Мальта, Нідерланди, Нова Зеландія, Норвегія, Ірландія, Словенія, Швеція та Велика Британія. Навіть якщо громадяни цих країн ще не мають постійного місця проживання, вони мають право на більшість видів базового державного медичного обслуговування.

#### Медичне страхування в Австралії

Експатріанти в Австралії, які не є постійними мешканцями, несуть відповідальність за власні витрати на медичне обслуговування. Сюди входять іноземці в Австралії з більшістю робочих віз. Люди, які переїжджають до

Австралії, повинні мати власний приватний глобальний поліс медичного страхування для покриття своїх витрат на медичне обслуговування.

Незалежно від того, зареєстровані ви в програмі Medicare або приватне страхування, у міській Австралії ви можете отримати медичне обслуговування декількома способами. До них відносяться державні медичні амбулаторії, амбулаторії позаробочого дня, лікарні та спеціалісти. Ось як ви можете отримати доступ до кожного типу догляду.

Австралійців заохочують мати довгострокового лікаря загальної практики, лікаря, який забезпечує централізований нагляд за їхнім лікуванням.

Клініки в неробочий час проводять запис на прийом, щоб швидко звернутися до лікаря. Ви можете очікувати, що вас оглянуть швидше, ніж у державному відділенні невідкладної допомоги, і сплатять вищу плату, ніж у звичайного лікаря загальної практики. Позаурочні клініки часто підтримуються аптекою та розташовані поблизу лікарень, якщо вам знадобиться додаткова допомога.

У надзвичайній ситуації потрібно звернутися до найближчої лікарні швидкої допомоги. Але слід мати на увазі, що на більшості територій Австралії машини швидкої допомоги або медичні авіаліфти стягують дуже високі збори – ще одна причина платити за приватне медичне страхування.

При потребі звернутися до спеціаліста лікар загальної практики дає направлення на прийом. Також можна записатися на прийом до спеціаліста приватної практики. Більшість спеціалістів мають високі витрати, які залежать від території, де перебуває пацієнт. Якщо потрібно звернутися до спеціаліста, вартість медичних послуг в Австралії помітно зростає.

Якщо людина перебуває в сільській місцевості, також потрібно записуватися в медичну клініку та лікаря загальної практики. Можливо, доведеться долати великі відстані, щоб отримати медичну допомогу. Унікальна австралійська служба Royal Flying Doctor допомагає надавати медичну допомогу, стоматологічну допомогу та медичні повітряні перевезення людям у віддалених частинах Австралії [10].



**Німеччина.** Страхова медицина розвивається з 1883 р., з прийняття відповідних страхових законів («законів Бісмарку»). Медичне страхування є частиною загальнодержавної системи соціальногостраховання та забезпечує медичну допомогу при хворобі, догляді, профілактиці, нещасному випадку, пологовому допомозі, лікування у лікарів загальної практики, спеціалістів, в амбулаторіях, вдома, стаціонарах, стоматологічну допомогу, забезпечення медикаментами та ін. медичне страхування йде понад 8% валового продукту (із 13% усіх видатків на охорону здоров'я). Кошти на медичне страхування надходять із трьох джерел: 6,5% фонду оплати праці платять застраховані, стільки ж роботодавці, решту коштів дотує держава із бюджету. Фінансування охорони здоров'я, таким чином, забезпечується на 60% і більше за рахунок соціального страхування, на 10% - із коштів приватного (добровільного) страхування, на 15% - державними асигнуваннями та на 15% особистими коштами громадян. Таким чином, на одну людину з усіх джерел на охорона здоров'я витрачається понад 2000 доларів на рік.

Усі операції зі страхування здоров'я здійснюють понад 1200 страхових (лікарняних, як їх називали) кас, об'єднаних в асоціації, які контролюють діяльність кас та витрачання коштів лікарями. Традиційно зберігається кілька видів (форм) кас: місцеві (переважно для непрацюючих, членів сімей застрахованих), розташовані за місцем проживання; виробничі (за місцем роботи); морські, гірницькі, сільськогосподарські, ерзац каси (головним чином для службовців).

Таким чином, страхування охопило понад 90% населення. Заможні громадяни зазвичай користуються добровільним страхуванням, хоча вони можуть бути застрахованими та системою соціального, державного страхування (таких приблизно 3%). Структура управління охороною здоров'я та організації медичної Допомога в Німеччині характерна для економічно розвинених країн.

Загальнонаціональний контроль здійснює Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціальної допомоги. У регіонах («землях») є відповідні

міністерства, їх органи та установи. Муніципальні установи підвідомчі місцевим органам влади, які відповідають порадам, комітетам тощо. Усі медичні установи працюють на федеральному, регіональному, місцевому адміністративних рівнях.

Медична адміністрація не поширює свою юрисдикцію на страхові каси та їх асоціації, хоча працює у тісному контакті з ними. Більше того, крім профспілок, лікарських асоціацій, самих асоціацій страхових кас, контроль над страховими організаціями здійснюють міністерства праці, науки, охорони здоров'я та ін. [11, 12, 13].

**Чеська Республіка.** Основні особливості чеської охорони здоров'я такі: соціальне медичне страхування (охоплює все населення та фінансується із внесків громадян, роботодавців та держави); різноманіття форм обслуговування (амбулаторна допомога — здебільшого приватна, а лікарні державні; в обох випадках постачальники послуг укладають контракти із страховим фондом); спільне обговорення фінансових питань основними зацікавленими сторонами. (Уряд стежить за обговоренням і має схвалити кінцевий результат; якщо зацікавлені сторони не в змозі прийти до угоди, вона може ухвалити рішення сама). Медична допомога в Чеській Республіці є головною чином з урахуванням державного медичного страхування; зараз Існує дев'ять страхових фондів. Найбільший із них - ФВМС - має 77 філій.

Право на медичне страхування мають всі, хто постійно проживає у Чеській Республіці, а також ті, хто не живе постійно, якщо їх роботодавець зареєстрував своє підприємство у Чехії. Кожен страховий фонд зобов'язаний приймати будь-якого клієнта, який відповідає критеріям державного медичного страхування Інші можуть укласти страховий договір. Будь-який застрахований може щорічно змінити страховий фонд Ті, хто не має права на державне страхування, можуть оформити у ФВМС добровільне медичне страхування. Але вона носить лише додатковий характер.

Процес переходу від фінансування за рахунок податків до системимедичного страхування прискорило тиск із боку працівників охорони

здоров'я, які чекали, що за страхової системи будуть більше заробляти. Система обов'язкового медичного страхування була введена 1 січня 1993 р. Нині до неї входять дев'ять страхових фондів. Система ґрунтується на принципах рівності та єдності суспільства. Вона фінансується страховими внесками фізичних осіб, роботодавців та держави (яка платить за безробітних, пенсіонерів, дітей та утриманців до 26 років, студентів, жінок у декретній відпустці, військовослужбовців, ув'язнених і тих, хто отримує соціальну допомогу. приблизно 56% населення). Держава є також гарантом страхової системи. Страхові внески стягуються як частка заробітку (до вирахування податків): 4,5% платять працівники та 9% роботодавці (всього 13,5%). Верхня межа внеску приблизно у шість разів перевищує рівень середнього по країні заробітку. Завдяки цьому система фінансування носить частково регресивний характер. Працівники самостійно платять ті ж 13,5%, але лише від 35% прибутку. Для них встановлено також мінімальний внесок з урахуванням рівня інфляції. За непрацюючих Міністерство фінансів відраховує щомісячно ті ж 13,5% від мінімального місячного заробітку, встановленого державою; Медична страховка повністю або частково покриває такі види послуг: профілактичні послуги (огляди, вакцинації згідно рекомендований календар щеплень і т. д.); діагностичні процедури; амбулаторне та стаціонарне лікування, у тому числі реабілітація та догляд за хронічними хворими; забезпечення лікарськими засобами та медичними пристосуваннями; перевезення хворих; санаторно-курортне лікування за вказівкою лікаря. Набір медичних послуг у Чеській Республіці дуже великий і включає навіть курортне лікування та безрецептурні лікарські засоби (якщо їх прописав лікар), що не оплачується у багатьох інших країнах.

З державної системи охорони здоров'я виключено лише окремі види послуг. Не оплачується косметична хірургія, якщо ні медичних показань, та деякі послуги на запит клієнта (головним чином різні медичні огляди). Окремі послуги, включаючи деякі види стоматологічної допомоги (наприклад,

протезування), частково оплачуються споживачем. Протези, окуляри та слухові апарати можуть частково чи повністю оплачуватись державою [14].

**Словацька Республіка.** Сучасна система охорони здоров'я Словаччини базується на державному фінансуванні та реалізується через обов'язкове громадянам медичне страхування. Медичне обслуговування контролюється Міністерством охорони здоров'я Словаччини та Бюро з нагляду за охороною здоров'я. Загалом у Словаччині п'ять страхових компаній, які займаються

медичним страхуванням, дві найбільші з них є державними. Застраховані можуть у будь-який момент змінити страхову компанію, але між страховими компаніями практично немає конкуренції. Сплата страхових внесків є зобов'язанням усіх працюючих громадян. Є пільгові категорії громадян, за них страхові внески сплачує державу.

До них відносяться:

- безробітні та шукачі роботи;
- пенсіонери;
- інваліди;
- тимчасово непрацездатні за станом здоров'я;
- військові запаси;
- жінки, які перебувають у відпустці по вагітності та догляду за дитиною.

Роботодавець зобов'язаний зареєструвати кожного нового співробітника в однією із страхових компаній. При цьому для працівника страховий внесок становить 4% від базового окладу, роботодавець сплачує 10%. Працюючі інваліди платять лише 2,6%, решта субсидує держава. Індивідуальні підприємці сплачують повністю 14%. Мінімальна зарплата, з якої віднімається страховий внесок, складає 91 євро. Страхування покриває більшість медичних послуг, таких як спостереження фахівцями, госпіталізація та всі види операцій, ведення вагітності, нагляд за новонародженими, реабілітація. Більшість медичних послуг у Словаччині надається безкоштовно. Доплата здійснюється за деякі рецептурні ліки, стоматологічні послуги та медичні апарати. Необов'язкові

медичні процедури, такі як косметична хірургія, стерилізація. Лікування за кордоном не покриваються страховкою.

На отримання безкоштовних лікарських засобів мають право:

1. особи, які страждають на хронічні захворювання;
2. вагітні жінки;
3. ветерани воєн.

Усі ліки діляться на три категорії: безкоштовні ліки першої необхідності, що частково субсидуються, платні [15].

Умовно всіх лікарів у Словаччині можна розділити на чотири категорії: дорослі лікарі загального профілю (терапевти), дитячі лікарі загального профілю (педіатри), акушери-гінекологи, вузькі спеціалісти. Терапевти проводять базовий огляд, ставлять діагноз, здійснюють профілактичне лікування, виписують рецепти, відвідують вдома, надають екстрену допомогу. Пацієнти самі вибирають собі лікаря, змінити його можна один раз у півроку. Необхідно відзначити, що лікарі в Словаччині, як і раніше, охоче приймають хабарі, проте це переслідується законом. У Словаччині у кожному селищі є медичний центр, а у кожному місті, принаймні, одна лікарня та кілька медичних центрів. У медичних центрах працюють кваліфіковані вузькі спеціалісти. У Словаччині налічується 44 клініки, багатопрофільні клініки знаходяться у великих містах: Братиславі, Кошице. Прийом хворих здійснюється через відділення невідкладної допомоги або за направленням лікаря. У ситуаціях, коли не потрібно невідкладна допомога, прийом до лікарні здійснюється за так званим лист очікування. Невідкладна допомога у Словаччині безкоштовна навіть для тих, хто не має медичної страховки, і здійснюється вона у всіх лікарнях у будь-яке час. Стоматологічна допомога у Словаччині не покривається страховкою. Через державну систему охорони здоров'я доступні лише профілактичні огляди. Лікування, встановлення коронок та мостів здійснюється за плату. Ліки в аптеках продаються за рецептом лікаря. Антибіотики, Наприклад, можна отримати лише за рецептом. Безрецептурні ліки мають вищу ціну.

**Казахстан.** Система охорони здоров'я побудована типово для країн СНД, фінансування здійснюється як з державного, так і з місцевих бюджетів на амбулаторному та стаціонарному рівні. 80% медичних закладів Казахстану перебувають у державній власності. У Казахстані працює близько 50 000 лікарів, 130 000 середнього медичний персонал. Число об'єктів охорони здоров'я складає близько 800-900 лікарень, 7000-8000 об'єктів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСП), кількість республіканських медичних організацій, надають високоспеціалізовану допомогу – близько 100. Крім цього існує система університетів, коледжів, науково-дослідних інститутів. Таким чином, існує ціла система, якою кожен компонент доповнює одне одного [16].

З 2014 року Україна активно трансформує систему охорони здоров'я та переходить на нову модель за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Реформа в галузі передбачає трансформацію всіх елементів системи: фінансового, управлінського, організаційно-функціонального, матеріально-технічного, нормативного та трудового тощо. У таких умовах актуальним є аналіз досвіду реформування архітектури керівництва охороною здоров'я та створення трансформаційної стратегії спрямованості державної політики в контексті продовження трансформаційних процесів галузі.

Реформу охорони здоров'я у МОЗ було заплановано запроваджувати з 2018 року. За її основу взято напрацювання щодо «сімейних лікарів» та «скорочення лікарняних ліжок». «Пацієнтський набір законопроектів» (6327, 6328, 6329, 6347), який подано на розгляд у Верховній Раді, крім загального медичного страхування (ЗМС), загрожувало лікарям звільненням у разі відсутності пацієнтів, перекваліфікацією лікарень та поліклінік у регіонах, а також встановлення платних та частково платних послуг. У Міністерстві охорони здоров'я у нововведеннях вбачали лише плюси. Вважалось, що взаємозв'язок між зарплатою лікаря та кількістю пацієнтів простимулює українських лікарів більше часу займатися справою, а не просто отримувати державну зарплату. У тому числі реформа пропонує узаконити «лікування не за пропискою». Це, з одного боку, позбавить українців хабарів за обслуговування не за адресою, а з

іншого – може стати регіональним колапсом, адже за дипломованими фахівцями в міста-мільйонники можуть вишикуватися черги на рік. перепрофілювання медустанов допоможе зробити якіснішою первинну медичну допомогу, плата за медичну допомогу викоринить хабарів.

Нами також вивчено будову систем охорони здоров'я таких економічно і соціально розвинутих держав як Франція, Італія, Іспанія, Японія, Португалія, Велика Британія, Ірландія, Швеція, ФРН, Канада. Вони мають як схожі так і розходжі риси [18, 19, 20, 21].

**В Іспанії** універсальна, одна з передових систем охорони здоров'я в світі, яка має назву: Sistema Nacional de Salud – SNS-1986 р. У 2002 р. функції якої були делеговані 17 регіональним міністерствам охорони здоров'я. Однак центральним є Міністерство охорони здоров'я, соціальних служб та рівності. У 2009 р. В Іспанії близько 4/1000 лікарів, а уряд виділяє коло 9,2% ВВП на його потреби [22, 23].

Система охорони здоров'я в **Португалії** розвинута, що забезпечує її якість і яка невпинно піднімається. У 2012 р. країна була на 25-му місці серед західних країн, в 2015 р., займала 20-е місце. Вже у 2018 р. індикатор набувачів медичної допомоги посів 13-ий щабель в Європі. Це ліпше, ніж Великобританія, Іспанія, Італія та Ірландія. Високі стандарти сприяють тому, що середня тривалість життя мешканців сягає 81 рік.

Почасти лікарям країни і знаменитим університетським дослідницьким та освітнім програмам, таких як Університет Мінхо, медфакультет Університету Коїмбра і факультет меднаук в Новому університеті Лісабона.

Систему охорони здоров'я Португалії становлять три компоненти.

Перший - Національна служба охорони здоров'я або NHS (португ.: Servico Nacional de Saude – SNS).

Другий – Програма підсистеми охорони здоров'я. Це специфічна суспільна ініціатива охорони здоров'я, яка обіймає близько 1,3 млн. держслужбовців.

Третій – добровільна приватна охорона здоров'я, яка являє собою поширений вибір емігрантів. Це Multicare, AdvanceCare і Medis.

20% португальців послуговуються приватною медициною, яка доповнює стоматологічною та офтальмологічною допомогою державну. Приватна охорона здоров'я охоплює додаткові послуги, які система не включає, такі як. Система суспільного здоров'я доступна для громадян та постійних мешканців. Європейським резидентам-власникам Європейської картки медичного страхування надаються такі ж права, як і мешканцям Португалії [24].

**Велика Британія.** Національну службу охорони здоров'я універсальна (NHS, 1948 р.), медичне покриття здійснюється часткою зарплати. Одна з щонайбільших світових систем, надаючи допомогу 1 млн осіб у 36 годин. 12% британців з приватним покриттям. Переважно приватні госпітала розміщені у Лондоні й других великих містах, які спеціалізуються на дуже специфічних видах допомоги. Більшість приватних лікарень Великобританії є прибутковими, але є декілька некомерційних приватних установ, які адмініструються приватними фондами, трастами або через добродійні установи [25, 26, 27].

**Ірландія** має універсальну систему суспільного здоров'я, фінансується урядом від податків легітимних мешканців (37%). Medical Card – 1 категорія. Безкоштовні візити лікарів, аналізи та ліки [28].

Приблизно 40% популяції має доступ до абсолютно безкоштовного державного сервісу Medical Card. Щотижнева вартість на одну особу людини становить близько 184 євро. Понад 40% жителів Ірландії мають приватний поліс медичного страхування, це найбільша питома вага серед країн Європи.

Крім системи Medical Card є візитна картка General Physician Visit Card (GP). Її власники, не платять за візит лікаря, тільки за ліки та ін. послуги.

Окрім Medical Card є візитівка General Physician Visit Card (GP) - 9%. Якщо у вас є така картка, вам не потрібно платити за відвідування лікаря. Вам доведеться оплатити ліки та інші послуги [29].

Для **Швеції** (що є однією із передових у світі) характерною є універсальний принцип системи публічної охорони здоров'я з урядовим



фінансуванням від оподаткування та 3%-ним відшкодуванням від громадян і незначною співоплатою у 100 до 300 крон за лікарський огляд та понад 300 крон за ургентний випадок. Окрім осіб віком до 16 років та інвалідів впродовж перших 10 днів вартість ліжка дня становить 120 крон і тільки 60 крон опісля. Пересічна щорічна співоплата громадян являє 1100 крон, за рецептом ліки не безоплатні, хоча доступні і не перевищують 2200 крон – якщо більше, то за рахунок уряду.

Відмінністю від других західних країн допомога, що пов'язана з пологами надається барнморскатори (акушерки). Лікарняні відділення екстреної допомоги готові до меддопомоги цілодобово. Вартість транспорту невідкладної допомоги вартує 1100 крон. Приватна меддопомога зазвичай відсутня, але зацікавленість у ній підвищується. Кожен 10-й громадянин застрахований приватними медичними компаніями, а власники European Health Insurance Card (EHIC) – Європейської картки медстраховки отримують допомогу нарівні з громадянами [30, 31].

Емігранти, що є постійними мешканцями Швеції або з робочими візами отримують державне медстрахування [32].

**Німецька** охорона здоров'я універсальна й одна з найуспішніших світових систем здоров'я, з переважним, найвищим ступенем урядового фінансування. Всі громадяни і мешканці можуть обрати один з трьох типів допомоги:

1. Гезецліхе Кранкенверсічерунг або система GKV (найбільш популярна);
2. Система Künstlersozialkasse (KSK) (самозайнята система);
3. Приватна Krankenversicherung або PKV System (приватна система - найдорожча).

Громадяни не зобов'язані обирати лікаря за місцем помешкання [33, 34].

У 2004 р. **Канада** вивела авангардну в ній платформу єдиного платника, універсальний план охорони здоров'я. Проте, слід усвідомити – єдиної системи охорони здоров'я в державі не існує. Муніципалітети 13 провінцій і територій

самовладно асигнують і управляють власною системою громадського здоров'я, а отже є гарантія пріоритету регіональних проблем [35].

Але керівні принципи, (головними серед яких державне управління, комплексність, універсальність, доступність), загальні стандарти, послідовний рівень меддопомоги і доступність для всіх канадців без кишенькових витрат існують на федеральному рівні. Фінансування по всій країні здійснюється коштом оподаткування та за рахунок державних асигнувань. Слід зазначити, що такий підхід для покриття призначений тільки для статусу резидентів і постійних жителів [36].

Узагальнені принципи страхування в країнах представлено на рисунку 2.1. Згідно із законодавством, всі «застраховані особи» мають право на отримання медично необхідних послуг, наданих лікарями чи у лікарні. Переважно громадяни Канади купують приватне медстрахування, для гарантії доступу до приватних лікарняних закладів чи таких у США [37].

Україна у приведеному рейтингу поміж 100 країн посідає 79 рангове місце. Список останніх у ньому завершують Панама, Фіджі, Бенін, Науру, Румунія і Сент-Кітс і Невіс.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2.

Не викликає сумніву нагальна необхідність створення ефективного механізму фінансування, заснованого на співучасті усіх можливих джерел фінансування та дофінансування такого вкрай важливого фрагменту життєдіяльності будь-якої держави яким є турбота щодо здоров'я популяції нації. Цей процес носить перманентний характер навіть для самих успішних держав з їхніми суперфективними моделями витрат на збереження здоров'я громадян. Тобто трансформаторські зміни носять постійний і незавершений характер удосконалення. Це приносить користь. І ми маємо перейняти цей досвід, пристосувати до наших умов, удосконалювати його у поступовому розвитку держави на благо наших громадян.

### РОЗДІЛ 3.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПРОСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

Завдяки медичній реформі в Україні відбулися зміни місця, які частково мають неоднозначну оцінку як щодо поточних ефектів, так і ймовірних у найближчому майбутньому. Зупинимось докладніше на найважливіших з них:

– організація медичної реформи – актуальними є зміни у національній системі охорони здоров'я (насамперед, через низьку здатність виконувати свої прямі функції), але вони реалізовувалися «зверху – вниз», тому що тим самим вони фактично були позбавлені підтримки свого ключових гравців, які мають досить чітке розуміння своїх «збитків», але не мають гарантії їх відшкодування (медичний персонал не має гідної офіційної оплати праці, населення не має постійного доступу до якісного медичного обслуговування та послуг);

– думка про доцільність створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка взяла на себе частину функцій МОЗ України, тоді як обласні відділи НСЗУ взяли на себе частину функцій управлінь та департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій також є суперечливим;

– реорганізація медичних закладів у некомерційні комунальні підприємства (НКП) – пошук власників (місцеві органи влади) для бізнес-моделі, але не буде достатнім лише цього щоб дозволити зберегти наявні можливості (зокрема, бюджетне фінансування та пільги по оплаті користування земельною ділянкою), а створювати нові (надання та сприяння інвестиціям);

– в той же час, під децентралізацією держава фактично «перекладає» відповідальність за подальшу долю НКП на органи місцевого самоврядування (компенсація за комунальні послуги, капітал інвестицій, фінансування регіональних програм), тим самим поставити під сумнів їх подальше існування;

– автономізація та комерціалізація НКП, яка отримала можливість надавати платні медичні і пов'язані послуги та розпоряджатися такими коштами власні (зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщення,

заохочення персоналу тощо). Проте брак нормативно-правових актів, які легалізують отримання таких доходів, є перешкода для повного використання такого стимулу в наш час;

керівництво має підтримувати функціональність NPUC через оптимізацію витрат;

– спонукання НКП укласти договори з НСЗУ – ефективний інструмент оптимізації бюджетного фінансування НКП, а також залучення їх персоналу та матеріально-технічного забезпечення відповідає сучасним вимогам;

але не всі НКП (особливо в сільській місцевості) мають потенціал до радикального поліпшити ситуацію; за таких умов вони мають проблеми з покриттям їх експлуатаційних витрат, а згодом постає питання про їх подальше існування;

– реформування первинної ланки – це абсолютно виправдано крок на початку медичної реформи, оскільки це дозволяє що охоплює найбільшу кількість хворих з відносно прості патології; це дає позитивний соціальний ефект за низькою вартістю; одним із його елементів є надання людям можливості підписати декларацію з лікарем первинної ланки, та вони залишають за собою право припинити дію декларації та у будь-який час укласти його з іншим лікарем; як результат, сімейні лікарі, терапевти та педіатри (особливо тих, хто має 1,5–2,0 тис. декларантів) на в середньому втричі збільшили свої офіційні зарплати (до речі, певну частиною цього є бонус до зарплати, який дозволить NPUCs управління стимулюванням лікарів); але зарплати лікарів «вузької спеціальності», які працюють у первинних НПЗУ, залишилося мізерно, до того ж, багато з цих посад можуть бути «поступово згорнуті»;

один з прогресивним факторів є поява приватної практики сімейний лікар-фізична особа-підприємець (ФОП), яка пізніше може поширюватися на вторинну та третинну сферу здоров'я ланки догляду; станом на кінець 2019 року лише понад 28 млн. людей (на власний розсуд, не за територіальною ознакою) вибрали свого лікаря» [6], отже, решта населення матиме значні

обмеження щодо отримання безоплатна первинна та вторинна медична допомога;

– реформування вторинної та третинної ланок – з 2020 року НКП отримуватимуть кошти за договорами з НСЗУ за принципом «60 % – глобальний бюджет, 40 % – за вилікуваного випадку (з кожним роком ця пропорція буде змінюватися в бік збільшення частки оплати вилікуваних)» [6];

– НКП повинні заповнювати медичні дані в e-Health та подавати електронну звітність до НСЗУ про факт медичні послуги, що надаються з метою отримання коштів на принцип «гроші ходять за пацієнтом», згідно визначених пакетів медичних послуг. До речі, їх список поки що обмежений і не дозволяє прийняти враховувати все різноманіття форм прояву патологія);

– медичні послуги, спрямовані на ці фактори, які викликають найвищий рівень смертності або значно погіршуються якість життя (лікування гострого церебрального інсульту, гострий інфаркт міокарда, допомога при пологах та неонатальний догляд, рання діагностика раку) будуть платними за підвищеною ставкою, що також є виправданим з точки зору підвищення медико-соціального ефекту в контексті обмеженість ресурсів НКП;

– в той же самий час інші галузі медицини продовжуватимуть стагнувати через обмеженість фінансування; слід звернути особливу увагу до тарифної ставки НСЗУ за надання медичної допомоги послуг, що переважно в кілька разів нижче, ніж їх реальну вартість, через яку пацієнти будуть або «недоліковані», або змушені покривати різницю власним коштом (останнє певною мірою суперечить декларація про «надання безоплатної основної медичної допомоги»);

– окрім того, якщо пацієнт скаржитися на цей факт до НСЗУ, вони можуть відмовити у компенсації НКП для такого клінічного випадку взагалі;

– останнє, до речі, теж поширюється на медичні дані, неправильно заповнені в e-Health;

– НСЗУ намагається заохочувати НПУК покращувати свої навички персоналу та матеріально-технічне забезпечення з вищими тарифами, хоча

вище здається проблематичним без залучення інвестицій, і, на сьогоднішній день, лише окремі сегменти галузі охорони здоров'я є інвестиційно привабливими;

- організація госпітальних округів – функціональних об'єднань НКП (насамперед опорні багатoproфільні лікарні), до якого пацієнти можуть дістатися дорогою протягом 60 хвилин дозволяють регулювати надання медичних послуг деякого ступеня;

- однак для людей, які проживають у сільській місцевості (особливо у віддалених районах і особливо враховуючи переважно жахливий стан доріг, відсутність регулярних автобусних маршрутів та їх власний транспорт), це означає, що доступ до медичних послуг знижується аж до летального наслідку в екстрених випадках);

- зміна підходу до призначення керівника НКП є ситуація, коли його може очолювати людина без медичної освіти, але має керівну. Освіта, з одного боку, є класичним прикладом кризи управління, а з іншого боку, є «бомбою уповільненої дії», тому що така людина швидше за все просто не знає нюансів медицини (а вони, як відомо, «причина гучних успіхів і невдач»);

- крім того, ця область, на відміну від «класичного бізнесу», переважає соціальний, скоріше за економічну функцію;

- однак це ще не головна проблема, оскільки більшість поточних керівників НКП вже мають або проходять навчання на менеджера;

- формування стратегії розвитку НКП – в його керівникові, обраного на конкурсній основі, який повинен запропонувати не тільки бізнес-план для його розвитку, а й знайти інвесторів для його реалізації;

- однак, у поточній ситуації обмежений перелік сегментів. Ринок медичних послуг інвестиційно привабливий, тоді як інші виглядають приреченими.

Звичайно, наведений вище список позитивних і негативних ефектів медичної реформи в Україні не є вичерпним, а отже, це можна продовжувати. Однак він потрібен не для критики (загальновідомо, що «тільки той не робить

помилки, хто нічого не робить»), але знайти шляхи вирішення існуючих та можливих проблем у цій сфері, в тому числі, покращення співпраці між науковцями та медичними працівниками, представниками органів державного управління, місцевого самоврядування, бізнесу, громадських організацій і широкої громадськості. Враховуючи вищезазначені реалії, це необхідно запропонувати концептуальні підходи до вдосконалення державного управління сферою охорони здоров'я розвиток:

1. Медична реформа – це не самоціль, а спосіб державного управління розвитком охорони здоров'я, тому слід враховувати інші пов'язані процеси:

– глобалізація – «стирання кордонів» у русі не тільки капіталу, кваліфікованого персоналу, технологій, матеріально-технічні та інші ресурси, а й патологій, до яких ще ні вітчизняна медицина, ні імунітет наших співвітчизників ще не готовий, потенціал для розвитку медичного туризму слід зазначити окремо;

– науково-технічний прогрес – поява новітніх технологій діагностики та лікування, обладнання, інструменти, матеріали, медикаменти тощо, правильне використання яких може допомогти в боротьбі з існуючими і новими патологіями, значне зростання важливості обслуговування та капіталомісткості, особливо вузькоспеціалізованих медичних послуг;

– урбанізація – перераховані вище процеси в поєднанні з існуючими диспропорціями в розвитку територій, швидше за все, лише прискорять концентрацію населення в мегаполісах з одночасним занепадом чи ліквідацією тих поселень, де є проблеми з отриманням доходу та існуюча стагнація об'єктів соціальної інфраструктури;

– демографічна криза – зменшення частки працездатного населення на фоні масової трудової міграції ще більше ускладнює можливість державі виконувати свої конституційно встановлені соціальні функції, старіння нації загострює проблему зростання частки захворювань, властивих старості, та потребу в поєднанні медичних та соціальних послуг;

– макроекономічна ситуація – масова бідність, великий розрив у доходах для певних верств населення погано керовані інфляція та курс національної валюти, промисловий спад, великомасштабна тіньова економіка та інші фактори практично унеможливають намагання розвинути медичне страхування, а також закріплення за Україною статусу «країни третього світу», куди «заходить» тільки спекулятивний капітал (як відомо, для реалізації економічних, а не соціальних цілей), чому і варто очікувати реалізації переважно «нішевих» проектів (зокрема, відкриття вузьких або малопрофільних представництв відомих закордонних клінік);

– неповний розподіл прав власності на бізнес – немає все ще високої ймовірності (як це було раніше в промисловості, сільському господарстві тощо), що більшість КНП (в т.ч. через неможливість компенсувати втрати бюджетного фінансування власними надходженнями) може бути на межі банкрутства, за таких умов ліквідація (до речі, цей варіант найбільш ймовірний для депресивних територій) або реорганізація (на основі державно-приватного партнерства та відповідно до вищезазначеного бізнес-плану КНП), імовірно, відбудеться; інвестор «увійде» у КНП щоб «взяти під контроль» його найбільш прибуткові сегменти;

– спеціалізація – її поглиблення (виходячи з наявних переваг) є одним із реальних варіантів першого виживання і пізніше розробка КНП.

2. МОЗ та НСЗУ мають розробити, затвердити, а потім послідовно впроваджувати «Стратегію реформи охорони здоров'я в Україні», яка має містити чіткість цілей, термінів і засобів їх досягнення, розподіл повноважень, стимулів і відповідальності виконавців, органічно поєднувати адміністративні, господарські, організаційні, правові та соціально-психологічні методи громадського впливу на учасників цього процесу.

3. Запорукою подальшого розвитку галузі охорони здоров'я України має стати комплексне використання громадських засоби управління, спрямовані на:



- забезпечення макроекономічної стабільності, підвищення реальних доходів населення та захист суб'єктів господарювання аби підвищити інвестиційну привабливість КНП;

- розвиток державно-приватного партнерства, важливою складовою якої є співфінансування з боку держави, місцевої влади та представників бізнесу інвестицій проектів, спрямованих на розвиток КНП та збільшення наявності та якості медичних послуг;

- регулювання діяльності КНП щодо захисту інтересів, як їх персоналу (запобігання штучному банкрутству, порушення трудового законодавства) так і пацієнтів (контроль якості медичних послуг та моніторинг цін);

- сегментація медичних послуг за віком, патологією та платоспроможністю пацієнтів;

- сприяння злиттю КНП та/або поглибленню їх спеціалізації, яка супроводжуватиметься концентрацією медичного персоналу та обладнання на конкретні місця розташування;

- навчання керівників КНП та медичного персоналу, а також громадськості про особливості та наслідки в медична реформа; особливу увагу слід звернути на ті території, де НПУК, ймовірно, будуть закриті або скасовані (зокрема, «компенсаційні» заходи у межах свого госпітального округу слід передбачити: забезпечення населення маршрутами та транспортними засобами до багатoproфільної лікарні, що сприяє працевлаштування медичного персоналу, допомоги лікарям індивідуальної практики);

- завершення процедури укладання декларацій між лікарями первинної ланки та пацієнтами як гарантії їх доступу до безоплатної первинної медичної допомоги;

- значне (відповідно до фактичної кількості надання медичних послуг) підвищення посадових окладів лікарів «вузької спеціалізації» всіх рівнів, що вірогідно створить умови кардинально зменшити відтік кваліфікованих кадрів персоналу з КНП та дасть змогу підтримувати високу мотивацію до професійного зростання;

- розширення переліку пакетів гарантованих медичних послуг та приведення розміру тарифу НСЗУ на їх надання відповідно до реальних витрат;
- доведення до відома всіх учасників цього процесу, що частка приватної медицини зростатиме з кожним роком (у тому числі за рахунок «приходу» іноземних клінік), а чітко регламентований обмежений перелік безоплатних медичних послуг буде доступним.

### **ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3.**

Медична реформа в незалежній Україні – це об’єктивно визріле питання сучасної демократично спрямованої держави. А відтак вона вимагає неподільного і нерозривно пов’язаного підходу до її здійснення з усіх точок зору загально пов’язаних з усіма аспектами екзистенційності суверенної держави. При здійсненні реформи необхідно враховувати інші пов’язані з нею процеси, такі як глобалізація, технологічний прогрес, урбанізація, демографічна криза, макроекономічна ситуація, незавершений розподіл прав власності на бізнес, спеціалізація. Правильне використання комплексу нормативно-правових методів державного управління, спрямованих, як на збалансоване зростання національного здоров’я, так, власне і самої галузі як системи, має утворити ефективні механізми запобігання негативному впливу суміжних галузей і сфер національної економіки, що гарантуватиме її успішну реалізацію.

## ВИСНОВКИ

Зараз нікого не потрібно переконувати в необхідності медичної реформи в Україні. Реформа вимагає формування «вектора» змін, становлення Національної служби охорони здоров'я України (НСЗУ), реорганізація медичних закладів у комунальні некомерційні заклади компаній, а також автономізація та їх комерціалізація, а також спонукання до виготовлення договорів з НСЗУ, реформування спочатку первинної ланки, а пізніше вторинної та третинної, організація госпітальних округів тощо.

Тим не менш, існує велика кількість питань, що стосуються поточних і ймовірних медичних, соціальних та економічних наслідків, що викликані неправильним використанням методів державного управління розвитком охорони здоров'я. Медична реформа – це не сама ціль, а наявна життєва потреба держави, коли впроваджуючи реформу медичної індустрії, як відкритої системи, необхідно враховувати інші пов'язані процеси, такі як глобалізація, технічний прогрес, урбанізація, демографічна криза, макроекономічні ситуація, незавершений розподіл прав власності в бізнесі, спеціалізація. Зараз існує «Стратегія реформування охорони здоров'я України». І правильне використання комплексу методів державного управління, спрямованого як при збалансованому зростанні національної галузі охорони здоров'я, так і запобігання негативному впливу суміжних секторів і сфер національної економіки гарантує її успішну реалізацію. Продовження наукових досліджень з даної проблеми сприятиме подальшому розвитку національної галузі охорони здоров'я, у тому числі шляхом вдосконалення державного управління цією складовою національної економіки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Implementing health financing policies to overhaul the healthcare delivery system in Ukraine. URL: <https://jhmhp.amegroups.com/article/view/6656/html> (дата звернення: 14.11.2022).

2. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0439-5> (дата звернення: 14.11.2022).

3. Система Бевериджа (универсалистская). URL: [https://studbooks.net/37395/meditsina/sistema\\_bismarka\\_model\\_sotsialnogo\\_strahovaniya](https://studbooks.net/37395/meditsina/sistema_bismarka_model_sotsialnogo_strahovaniya) (дата звернення: 16.11.2022).

4. Модель Бисмарка. Википедия. URL: [https://wiki5.ru/wiki/Bismarck\\_Model](https://wiki5.ru/wiki/Bismarck_Model) (дата звернення: 16.11.2022).

5. National health insurance. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/National\\_health\\_insurance](https://en.wikipedia.org/wiki/National_health_insurance) (дата звернення: 16.11.2022).

6. 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](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: 13.11.2022).

7. 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](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). (дата звернення: 15.11.2022).

8. Универсальное здравоохранение - Universal health care: веб-сайт. URL: [https://ru.qaz.wiki/wiki/Universal\\_health\\_care](https://ru.qaz.wiki/wiki/Universal_health_care) (дата звернення: 16.11.2022).

9. 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: 15.11.2022).

10. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. URL: <https://cost.ua/352-med-australia/> (дата звернення: 16.11.2022).

11. Система здравоохранения Германии. URL: <https://www.insure.travel/de/health/german-healthcare-system> (дата звернення: 16.11.2022).

12. Здравоохранение Германии: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення: 13.11.2022).

13. Statistisches Bundesamt. Federal Health Monitoring System. Wiesbaden, 2004: веб-сайт. URL: <http://www.gbe-bund.de>. (дата звернення: 11.11.2022).

14. Медицина в Чехии. URL: <https://abroadz.com/medicizina-v-chehii/> (дата звернення: 15.11.2022).

15. Системы здравоохранения: время перемен. Словакия. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/155556/E94972sumR.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/155556/E94972sumR.pdf) (дата звернення: 16.11.2022).

16. Казахстан – обзор системы здравоохранения. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332396/HiT-14-4-2012-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 16.11.2022).

17. Медреформа по-українски: с больной головы на здоровую. URL: <https://commons.com.ua/uk/medreforma-po-ukrainski/> (дата звернення: 28.10.2022).

18. State medical provision and health financing in Ukraine as compared to the experience of Western European countries. URL: [https://www.researchgate.net/publication/332857200\\_](https://www.researchgate.net/publication/332857200_) (дата звернення: 10.11.2022).

19. Japans Healthcare System - An Overview for Expats. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/japan.php> (дата звернення: 06.11.2022).

20. Healthcare System in Italy – Servizio Sanitario Nazionale. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/italy.php> (дата звернення: 06.11.2022).

21. French Healthcare System . URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/france.php> (дата звернення: 06.11.2022).
22. Gross Domestic Product (GDP) Definition . URL: <https://www.investopedia.com/terms/g/gdp.asp> (дата звернення: 06.11.20220).
23. Spain Health Care System: Spanish Health Advice. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/spain.php> (дата звернення: 06.11.2022).
24. Healthcare System in Portugal: Options for Expats. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/portugal.php> (дата звернення: 06.11.2022).
25. UK Healthcare System: What Foreigners Need to Know. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/uk.php> (дата звернення: 06.11.2022).
26. Здравоохранение Великобритании: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2022).
27. Здравоохранение Франции: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2022).
28. Medical cards. URL: <https://www2.hse.ie/medical-cards/> (дата звернення: 06.11.2022).
29. GP visit cards. URL: <https://www2.hse.ie/services/gp-visit-cards/gp-visit-cards.html#General-GP-visit-card> (дата звернення: 06.11.2022).
30. The European health Insurance Card. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/europe/ehic.php> (дата звернення: 06.11.2022).
31. Здравоохранение Швеции: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2022).
32. Sweden's Healthcare System - International Citizens Insurance. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/sweden.php> (дата звернення: 15.12.2020).
33. Система здравоохранения Германии. URL: <https://www.insure.travel/de/health/german-healthcare-system> (дата звернення: 16.11.2022).

34. German Healthcare System – GKV. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/germany.php> (дата звернення: 16.11.2022).

35. Здравоохранение Канады: веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua/> (дата звернення 13.11.2022).

36. Medicare (Canada). URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_\(Canada\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(Canada)) (дата звернення: 06.11.2022).

37. Copayment - Wikipedia <https://en.wikipedia.org/wiki/Copayment> Ranking Best Health Care Systems in the World by Country. URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/> (дата звернення: 05.10.2022).