

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)
на тему: **ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В**
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконав: студент 639 мз групи

галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування

Пахоляк Анатолій Миколайович

Керівник: доктор наук з державного
управління, професор

Ємельянов Володимир Михайлович

Рецензент: кандидат наук з державного
управління, доцент

Шульга Анастасія Алімівна

м. Миколаїв - 2022 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Аналіз літератури з питань вивчення зарубіжного досвіду щодо організації та управління медичними системами	7
1.2. Забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні.....	15
РОЗДІЛ 2. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ДОСВІДУ ОКРЕМИХ КРАЇН.....	24
2.1. Особливості системи охорони здоров'я в США та Японії (приватна модель охорони здоров'я)	24
2.2. Система охорони здоров'я в Австралії, Канаді та Великій Британії (модель Беверіджа)	32
2.3. Система охорони здоров'я в Німеччині, Швейцарії, Нідерландах (модель Бісмарка).....	40
РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ.....	50
3.1. Ліцензування діяльності медичних працівників	50
3.2. Можливості удосконалення фінансування медичних послуг в Україні на основі зарубіжного досвіду	58
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ	87

ВСТУП

Актуальність теми магістерської роботи визначається необхідністю вивчення кращих практик організації системи охорони здоров'я та забезпечення широкого охоплення медичними послугами більшої частини населення для розуміння процесів трансформації у вітчизняній медичній системі. Сучасні принципи функціонування систем охорони здоров'я, які рекомендуються міжнародними організаціями до впровадження у національних політиках різних країн, вказують на пріоритетність питань охорони здоров'я та визначають важливість цієї галузі для соціального, економічного та гуманітарного розвитку кожної країни.

Міжнародні організації такі, як ООН, Світовий банк, Організація економічного співробітництва та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я присвячують свої напрями роботи дослідженням та експертним оцінкам щодо підвищення ефективності управління в галузі охорони здоров'я, активно вивчають досвід як окремих країн на основі методів порівняльної оцінки, так і виділяють позитивні та негативні здобутки медичних систем в різноманітних країнах, визначають потенціал їх розвитку та подальші тенденції, що потребують регулювання на національному або світовому рівні. Загалом підходи щодо вивчення питань медичного забезпечення ґрунтуються на аналізі трьох компонентів: політичному, економічному та медичному. Визначаються основні показники та критерії, які дозволяють порівнювати системи охорони здоров'я, зокрема це такі як середня тривалість життя, смертність, вартість медичних послуг, рівень доступу до медичних послуг, рівність у доступі до системи охорони здоров'я, якість медичної допомоги та ін. Але зарубіжний досвід та вітчизняна практика ще раз підтверджують, що ключовими засадами функціонування та розвитку системи охорони здоров'я є саме фінансові ресурси.

Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, що на сьогодні в жодній країні світу не існує безоплатних медичних послуг, усі вони отримують належне фінансування на основі різноманітних джерел. Саме фінансова основа покладається в розмежування трьох класичних моделей організації системи охорони здоров'я. На нашу думку, слід брати до уваги моделі тих країн, досвід яких часто пропонується для запровадження в Україні на теоретичному та практичному рівнях, оскільки це може не враховувати рівні управління, систему страхування та фінансування, законодавчі засади та інші показники, які суттєво відрізняють соціально-економічні системи зарубіжних країн та України. Так, є загальносвітові тенденції та принципи, до яких наша країна долучається та втілює у національній політиці, але методи та механізми, які при цьому використовуються, – відображають власне національні традиції та особливості управління. Мета органів влади в більшості країн одна – досягти ефективності в медичному забезпеченні та гарантувати якість медичних послуг для населення країни, але на сьогодні така мета є достатньо складною.

На процеси трансформації медичної системи в нашій країні впливають як зовнішні, так і внутрішні фактори, ряд негативних факторів змушують систему працювати в надскладних умовах воєнного стану, але це також досвід, це випробовування на стійкість для нашої країни та медичної системи. Україна саме й відрізняється високою гуманністю медичної системи та лікарів, високими рівнями емпатії та гуманізму медичних працівників при виконанні своїх професійних обов'язків.

Аналіз наукових джерел свідчить про широке дослідження зарубіжного досвіду та можливостей його адаптації в Україні: ці питання знайшли своє відображення в роботах таких вчених як Баєва О.В., Білинська М.М., Бабченко В.Л., Безносенко Д.О., Бєлих А., Грабовський В.А., Данько В.В., Дмитрук О.В., Іваненко Є, Карамішев Д.В., Карпишин Н.І., Кризіна Н.П., Мельник Л.А., Пашков В.М., Радиш Я.Ф., Удовиченко Н.М. та інші. Але не достатньо приділена увага сучасним проблемам в галузі охорони здоров'я

різних країн. Більш детально хотілося б проаналізувати засади фінансування галузі та ліцензійні умови медичної діяльності, досвід окремих країн у відповідності до моделей організації системи охорони здоров'я.

Метою роботи є комплексне дослідження зарубіжного досвіду управління системами охорони здоров'я та можливості адаптації кращих практик у вітчизняній галузі охорони здоров'я.

Для досягнення мети визначені наступні **завдання**:

- систематизувати наукову літератури з питань вивчення зарубіжного досвіду щодо організації та управління медичними системами;
- дослідити концептуальні положення щодо забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні;
- визначити основні характеристики системи охорони здоров'я в різних країнах на основі моделей Бісмарка, Беверіджа та приватної;
- встановити особливості ліцензування лікарів та закладів охорони здоров'я;
- обґрунтувати можливості удосконалення фінансування медичних послуг в Україні на основі зарубіжного досвіду.

Об'єктом дослідження є системи охорони здоров'я в країнах світу та міжнародна політика в цій сфері.

Предметом дослідження є зарубіжний досвід публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Методологічна основа роботи. Методологічною основою роботи є системний та комплексний підходи. Науковий аналіз проводився на основі методу системного підходу та аналізу, що надало можливість вивчити особливості функціонування систем охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки, Канаді, Японії, Австралії, Нідерландах, Швейцарії та інших країнах. У магістерській роботі також використано бібліосемантичний метод для аналізу, порівняння та узагальнення інформації про системи фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах, а також досвіду їх реформування.

На основі статистичного методу було проведено аналіз зібраних емпіричних даних функціонування систем охорони здоров'я у світі та в Україні. Усі зазначені методи дослідження доповнюють один одного і в сукупності надали можливість всебічно розглянути предмет дослідження.

Також було проведено контент-аналіз наукової літератури та Інтернет-ресурсів, баз даних міжнародних організацій (ВООЗ, Світового Банку, Організації співробітництва та економічного розвитку та ін.), які містять інформацію про управління та фінансування медичної допомоги.

Інформаційною базою дослідження є наукові публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, нормативно-правові засади з питань державного управління в медичній галузі, публікації органів місцевого самоврядування та міжнародних організацій.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що у роботі науково обґрунтовано теоретико-методологічні засади зарубіжного досвіду управління системами охорони здоров'я та можливості адаптації кращих практик у вітчизняній галузі охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні узагальнення, висновки та пропозиції є певним внеском до теорії і практики публічного управління в галузі охорони здоров'я, отримані висновки можуть бути використані в практичній діяльності органів публічного управління в медичній сфері, на рівні закладів охорони здоров'я, під час навчально-методичних методів роботи з медичним персоналом та ін.

Робота має таку структуру: вступ, три розділи, висновки, додатки, загальний обсяг роботи складає 88 сторінок. Список використаних джерел складається зі 105 посилань.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Аналіз літератури з питань вивчення зарубіжного досвіду щодо організації та управління медичними системами

Підрозділ спрямований на систематизацію наукових джерел з проблематики вивчення зарубіжного досвіду організації та управління медичними системами в світі, для формування узагальненого теоретичного уявлення про досвід впровадження та надання медичних послуг, особливості фінансування та трансформації медичної галузі в різних країнах світу. В ході проведення дослідження було проаналізовано значний масив літератури як серед вітчизняних, так і зарубіжних науковців.

Отже, вітчизняні науковці Білинська М., Радиш Я. та інші дослідники зверталися до зарубіжного досвіду з питань розвитку державної політики, удосконалення медичного забезпечення різних вікових категорій громадян, особливостей запровадження інформаційних медичних технологій [12, 13]. Систему трансформації та реформування медичної галузі в Республіці Польщі досліджував Гайдаш Д., виділив основні риси моделі публічного управління системою охорони здоров'я Польщі та особливості в контексті процесів вступу та діяльності в ЄС [5]. Науковцю це надало можливість сформулювати модель управління в галузі охорони здоров'я в Україні та обґрунтувати шляхи удосконалення управління медичною галуззю.

Співак М. також досліджував державну політику охорони здоров'я, основні механізми формування та реалізації, перспектив подальших напрямів удосконалення державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні, визначив важливість формування державної політики на основі Концепцій та програм з їх реалізації, запровадження інноваційних стратегій та публічно-

приватного партнерства [54].

А. Паршикова дослідила засади реформування галузі охорони здоров'я на основі досвіду країн ЄС, охарактеризувала основні національні особливості моделей охорони здоров'я та реформування галузі. Її дослідження ґрунтувалися на основі вивчення досвіду Австрії, Естонії, Великобританії, Польщі, Словенії, Німеччині [43].

Камінська Т. досліджувала особливості медичних систем Великобританії, Німеччині, Канади та Сінгапуру і доводила на основі вивчення організації та управління медичними системами необхідність процесів децентралізації в медичній сфері, що стосується сучасних процесів автономізації закладів охорони здоров'я, принципів лібералізації та демократизації ринку медичних послуг, а також фармацевтичного ринку [19].

Худоба О. на засадах порівняльного аналізу дослідження систем охорони здоров'я різних країн наголошує на тому, що їх досвід неможливо та недоцільно повністю адаптувати до вітчизняних реалій, лише окремі напрями реформування галузі охорони здоров'я в зарубіжних країнах придатні та можливі для запровадження в нашій країні та можуть надати певні переваги та підвищити ефективність реформування та трансформації галузі [60].

Карпишин Н. вивчала моделі систем охорони здоров'я провідних країн світу, доводила необхідність бюджетного (державного) регулювання галузі та покриття медичних послуг для більшості населення, обґрунтовує пропозиції щодо фінансування та участі держави на ринку медичних послуг [21]. Ці питання також вивчали Лазоришинець В. та інші, на основі порівняльного аналізу методів фінансування вітчизняної і зарубіжних систем охорони здоров'я проаналізували досвід державного регулювання цін в медичній галузі [32]. Правові питання висвітлені з різних аспектів та характеризуються конкретикою досліджень, наприклад, Муляр Г. встановив характеристики зарубіжного досвіду щодо дотримання та забезпечення права на охорону здоров'я, ввів такі поняття як доступність медичних послуг, адміністративна ефективність, результати охорони здоров'я та ін. В працях

науковця доведено, що на разі не існує якоїсь універсальної та досконалої моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, єдиний шлях удосконалення функціонування медичної системи – бюджетне фінансування та медичне страхування [40].

Функціонування медичної системи з позицій нормативно-правового регулювання досліджували також Логвиненко Б, який проаналізував основні засади публічного управління в галузі охорони здоров'я [33]. Шевчук Н. присвятила праці питанням адміністративно-правового регулювання в контексті розвитку страхової медицини [63]. Руснак Л. досліджувала зарубіжний досвід розвитку та трансформації медичних систем в країнах ЄС: Німеччині, Бельгії, Франції, Іспанії, Португалії, Польщі, Чехії та ін. [51]. Гомон Д. присвятила праці дослідженню особливостей медичних систем таких країн як США, Японії, Німеччини, Грузії та Вірменії [6, 7]. В контексті фінансування та організації системи охорони здоров'я в різних країнах світу досліджували Теремецький В., Книш С., Стратонов В. [101].

Бондарева Л. досліджувала досвід державного регулювання надання медичних послуг в країнах ЄС в контексті їх якості та доступності, можливості адаптації кращих практик в Україні на основі утворення спеціальних підрозділів виконавчих органів влади як основних суб'єктів, що фінансують надання цих послуг населенню, запровадження ринкових та самоуправлінських інституцій, зокрема, розглядалися засади публічно-приватного партнерства тощо [2].

Вороб'їов В. у своїх працях приділив увагу нормативно-правовому забезпеченню соціального страхування при втраті працездатності в різних країнах світу, на основі чого ним актуалізовано питання фінансування цього механізму охорони здоров'я [4].

Юристовська Н. на основі узагальнення зарубіжного досвіду проведення медичних реформ визначає механізми надання рівного доступу до медичної допомоги для усіх категорій населення, незалежно від місця проживання, зокрема в її працях йдеться про сільське населення та створення

умов належного медичного забезпечення для жителів сільських територій [65].

Політиці управління персоналом та питанням підготовки відповідних фахівців в медичній галузі присвячені наукові дослідження Коби Н. та інших вчених [24]. Про професійне навчання та досягнення світових стандартів у підготовці керівників для медичної галузі також йдеться в роботах Коваленко О. [25].

Також Тітова А. на основі досвіду таких країн, як Австралія, Австрія, Великобританія, Канада, Німеччина, Нідерланди, США та інші, приділяє увагу підготовці кадрів та визначає необхідність використання сучасних методів управління в діяльності закладів медичного обслуговування України на основі створення потужних освітніх платформ та веб ресурсів для підготовки сімейних лікарів, он-лайн навчання, використання в професійній діяльності соціальних мереж, наприклад, Facebook і Twitter, мобільне навчання та викладання та інших методів, які повинні доповнити електронну систему охорони здоров'я нашої країни [57].

Значний обсяг літератури зосереджений на рівні первинної допомоги, зокрема, Черномаз В. та Піроженко Н. досліджують цей рівень в системі медичного забезпечення, визначають його необхідність та можливості розподілу повноважень на різних рівнях медичного забезпечення, визначають передумови для вдосконалення державної політики в цій сфері з урахуванням зарубіжного досвіду [61].

Яремчук О. присвячує дослідження аналізу зарубіжного досвіду організації ПМСД в таких країнах як США, Франція, Німеччина, Австралія, Канада, Туреччина, Македонія та інші [67]. Приказюк Н.В., Березіна С.Б., Романченко М.І. зосереджують дослідження на вивченні засад функціонування сімейної медицини в країнах Центральної та Східної Європи, зважаючи на професійність та компетентність лікарів цієї ланки, приділяє увагу питанням підготовки та мотивації персоналу в таких країнах, як Польща, Естонія, Литва, Латвія, Болгарія, Румунія, Чехія, Словенія [47].

Руських К. вивчала досвід надання ПМСД в країнах Центральної та Східної Європи, зробила порівняльний аналіз медичних систем, що дозволило вченій визначати основні негативні та позитивні сторони. Вона зазначала, що найбільш успішною в плані реформування медичної галузі була Естонія, реформування в медичній галузі в цій країні дозволило більш швидко досягти достатнього рівня доступності та надання медичної допомоги, підвищили задоволеність громадян від змін системи та покращення якості обслуговування в цілому [52].

Огата Х. присвячує праці розгляду особливостей системи охорони здоров'я Японії, де однією з головних особливостей є приватна модель управління та забезпечення медичних послуг, яка також вважається однією з найкращих у світі, проте яка достатньо жорстко регулюється державою та має фіксовані видатки [93].

Річел В. та інші вчені досліджують питання проведення реформування в різних зарубіжних країнах, зокрема в Центральній Азії, що надало можливість стверджувати, що в цих країнах не приділено належної уваги стратегічному управлінню в аспекті визначення факторів успіху та прогнозування можливих ризиків та невдач [97]. Тому в його дослідженнях доведено тезу, що в країнах з перехідною економікою реалізація реформування повинна мати чітке підґрунтя та шляхи впровадження, мати комплексний вияв, зважаючи на питання підготовки та управління персоналом, ефективність фінансових витрат та дотацій, міжнародну допомогу та політику в галузі. Слід орієнтуватися на стійкість результатів реформ [97].

Таким чином, аналіз літератури дозволяє систематизувати напрями наукових досліджень та визначати питання широко висвітлені та ті, які потребують більш детального вивчення. Усі наукові праці та думки авторів, висновки, до яких вони приходять, є корисними та цінними як з теоретичних позицій, так і практичної діяльності в медичній галузі, з метою забезпечення проведення подальших етапів реформування. Зважаючи, що перший етап

реформування в Україні вже пройшов, все одно залишається багато питань, які мають бути комплексно вирішені в контексті подальших змін та трансформації системи охорони здоров'я. Цілком корисно та доцільно продовжувати вивчати зарубіжний досвід, можливості кращих практик, а також вивчення тих механізмів, які не працюють в зарубіжних системах охорони здоров'я, що дозволить визначати шляхи удосконалення управління в галузі охорони здоров'я в Україні.

В цілому ми можемо сказати, що шлях становлення та розвитку системи охорони здоров'я та державної політики в цій галузі започатковано ще у давнину, починаючи з V-X ст. До середини XX ст. зарубіжні країни світу побудували власні моделі державного управління медичною галуззю на основі традицій та практики управління, цінностей та принципів, на яких побудована соціальна політика, уподобань та прагнень населення, фінансових можливостей держави та ін. Але переважна більшість систем побудовані на державному та страховому фінансуванні, а також засадах розвитку приватної медицини.

Трансформація медичних систем в країнах світу засвідчила поступовий розподіл медичної допомоги за певними рівнями, що дозволило у минулому столітті виділити первинний, вторинний та третинний рівні медичного забезпечення. Більшість країн запровадили в медичних системах рівень ПМСД на засадах сімейної практики, що має такі особливості:

- прийнято Алма-Атинську декларацію (1978 року), де сформульовано значущість ПМД у забезпеченні здоров'я суспільства та шляхи її розвитку;
- визначено та уніфіковано принципи організації ПМСД як одного з пріоритетних напрямів надання медичної допомоги, що відображено в документах ВООЗ;
- прийнято декларацію Люблянської конференції ВООЗ (1996 рік);
- розроблено та прийнято Всесвітню декларацію ВООЗ (1998 рік);
- запроваджено ВООЗ Програму «Здоров'я для всіх у XXI столітті»,

яка спрямована на покращення доступу до ПМД у просторі ЄС [34, с.7].

Перехід до розмежування рівня ПМСД в медичних системах пов'язаний із впливом внутрішніх та зовнішніх соціальних, політичних, фінансових, економічних та культурних чинників. В процесі еволюції людство обґрунтувало декілька основних підходів до формування та реалізації політики в галузі охорони здоров'я, флагманом цих процесів була і є ВООЗ, яка поєднала досвід різних країн та змогла стати єдиною платформою для обговорень, дискусій та координації політики в галузі медицини на світовому рівні. На сьогодні політика виділення рівня ПМСД забезпечує більшу доступність до медичних послуг та охоплення медичним забезпеченням більшої частини населення, що сягає 90% у країнах світу, при цьому вартість медичних послуг знижується внаслідок запровадження такої моделі управління, що також відповідає людиноцентричному підходу сучасної системи охорони здоров'я [19; 48].

Аналіз наукових праць дозволяє виділити три базові моделі охорони здоров'я в різних країнах світу, які звичайно що не існують у чистому вигляді, проте тяжіють до якоїсь із них (рис.1.1.):

- страхова модель або ще відома як модель Бісмарка;
- модель державного фінансування або модель Беверіджа;
- модель приватної медицини.

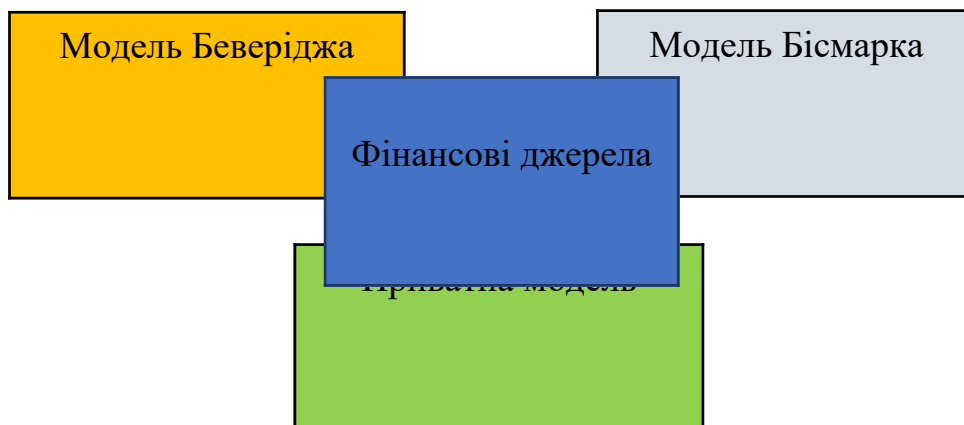


Рис.1.1. Основні світові моделі організації системи охорони здоров'я

В їх класифікації основним пунктом розмежування є засади фінансування (рис. 1.1.). Попри їх відмінності, вони мають й спільні риси: стосуються усіх суб'єктів медичної системи, в тому числі приватної форми власності, мають солідарне фінансування з різноманітних джерел, але яке є домінуючим для кожної з моделей, що власне їх й розмежовує. Наприклад, в моделі Бісмарка домінує 75% оплати послуг за рахунок медичного страхування, воно гарантується кожному громадянину, незалежно від суми його внеску. Вона є найбільш поширеною у світі – понад 70% країн побудували свою медичну систему на цій моделі, це такі країни як Австрія, Бельгія, Німеччина, Нідерланди, Люксембург, Франція, Швейцарія [9, с.195].

Модель Беверіджа або державна (бюджетна) була започаткована у Великій Британії і набула поширення в таких країнах як Австралія, Греція, Іспанія, Канада, Швеція, Фінляндія. Вона запроваджена також й в Україні. Вона характеризується вищими проявами гуманності, справедливості та економічності, держава організовує медичну систему і фінансує її, державний бюджет складає понад 86%, а решту – 12% страхова медицина та особисті кошти громадян (2%), також фіксується відповідний податок для усіх громадян незалежно від їх потреб у медичних послугах [9, с.195]. Система охоплює державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я. В такій системі відносно стабільна та фіксована вартість медичних послуг, провідна участь бюджету у фінансуванні галузі, але це створює велику залежність від бюджету країни, але загалом медичні послуги є доступними, лікарі професійно незалежними і можуть працювати в декількох закладах різних форм власності.

Приватна модель заснована на домінуванні в оплаті послуг ПМСД завдяки приватним коштам населення. Вона ґрунтується на засадах вільного ринку, конкуренції та медичного підприємництва. Вона охоплює сукупність приватних закладів системи охорони здоров'я. Ця модель поширена у США та Японії [35, 40]. У США майже 65% оплати медичних послуг здійснюються

за рахунок коштів громадян, ця сума може розподілятися на дві частини: 30% сплачується за рахунок страхування, а 35% – за власний кошт пацієнта, тобто прямою оплатою [40]. В оплаті медичних послуг можуть брати участь різноманітні організації та установи різних форм власності, в тому числі й державні та муніципальні. Але для незахищених верст населення медичні послуги надаються безкоштовно на базі державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Отже, в нашій країні використовується модель Беверіджа, яка характеризується такими рисами, як: солідарна відповідальність держави та суспільства, контрактно-конкурсний підхід в управлінні персоналом, виокремлення рівня ПМСД та забезпечення медичними послугами для більшої частини населення на цьому рівні, охоплення на одного сімейного лікаря становить до 2000 осіб та ін. Тому ми бачимо, як важливо при розгляді медичних систем та виробленні рекомендацій щодо адаптації кращих практик з державного управління в цій галузі для нашої держави, звертати особливу увагу на модель управління та її характерні особливості, специфічні риси, які роблять цю модель найкращою для певної країни, але ці найкращі механізми можуть не спрацювати в Україні через те, що в основі покладено зовсім іншу модель організації системи охорони здоров'я.

1.2. Забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні

На сучасному етапі розвитку медичних систем в різних країнах світу, їх здатність забезпечувати досяжний рівень здоров'я та безпеки залежать від діяльності різних міжнародних організацій та платформ. Однією із ключових проблем є забезпечення права громадян на охорону здоров'я. Водночас це питання є й найбільш дискусійним, безпосередньо стосується діяльності та здатності медичних систем забезпечувати доступ для населення до якісних медичних послуг. Водночас тенденції та показники медичного забезпечення

в країнах світу свідчать за матеріалами Світового банку та ВООЗ вказують на те, що половина населення планети не може отримати необхідні медичні послуги, більшість з людей не має доступу до послуг профілактичного та лікувального спрямування [8, с.216]. Країни, які розвиваються, продовжують боротьбу з інфекційними хворобами, маліріяєю, СНІД, з випадками зростаючої дитячої смертності, несуть тягар боротьби із супутніми факторами – поганою санітарією та іншими факторами зовнішнього та внутрішнього впливу. Провідні країни світу також мають ряд проблем – значне навантаження на системи охорони здоров'я через зростаюче старіння населення, зростання хронічних хвороб та супутніх захворювань, попит на доступ до інновацій та інноваційних медичних продуктів тощо [8, с.216]. Більшість питань медичного значення на сьогодні регулюється у міжнародних нормативно-правових актах: Загальній декларації прав людини (стаття 25) [15], Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (стаття 12) [37], Хартії основних прав Європейського Союзу (стаття 35) [59], Європейській соціальній хартії (стаття 11) [14], Конвенції про права дитини (стаття 24) [26], Міжнародній конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5) [36], Конвенції Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11) [26], Конвенції про права осіб з інвалідністю (Конвенції про права інвалідів) (стаття 25) [28], Африканській хартії прав людини і народів (стаття 16) [70] тощо.

Наприклад, у статті 25 Загальної декларації прав людини зазначено, що «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини» [15].

У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні

права вказано, що «держави, визнаючи право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я повинні вжити такі заходи, для повного здійснення цього права, які є необхідними для забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби» [37].

Відповідно до статті 35 Хартії основних прав Європейського Союзу кожній людині гарантується право на доступ до профілактичної медичної допомоги та лікуванням на умовах, що визначаються у національних законах та практиці [59]. В інших політиках ЄС приділяється значна увага захисту здоров'я та життя людини [76]. Таким чином, кожна держава, ратифікувавши хоча б один міжнародно-правовий акт про права людини та її права на охорону здоров'я, повинна захищати це право у внутрішньому законодавстві, виробляти такі національні системи охорони здоров'я, які б допомагали зберігати здоров'я нації та зміцнювати соціальний потенціал.

Кожна країна при реалізації права особи на охорону здоров'я визначає щонайменше три основні цілі для медичної системи (рис.1.2.)

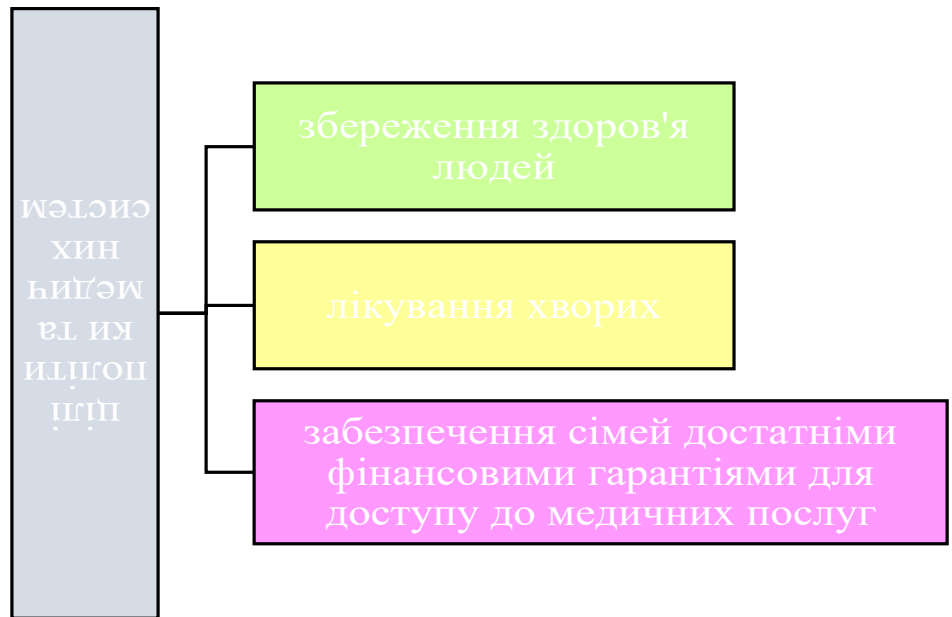


Рис.1.2. Основні цілі систем охорони здоров'я (складено автором)

У кожній країні реалізація права на охорону здоров'я безпосередньо залежить від публічної політики в цій галузі. В багатьох країнах світу національні політики в медичній галузі є основою для організації та надання медичних послуг, підвищення якості медичної допомоги та послуг, доступу до безпечних лікарських засобів та вакцин. Також в політиках відображені подальші планування різноманітних механізмів публічного управління щодо подолання проблем забезпечення ефективного й оптимального доступу до системи охорони здоров'я і медичних послуг для більшості громадян країни [11; 23, с.7; 53; 84].

Від ефективності роботи медичної галузі залежать загальні показники рівня здоров'я населення, тому головна мета будь-якої системи охорони здоров'я – максимальне забезпечення охорони здоров'я населення при мінімальних витрат. Нові умови соціально-економічного розвитку країн стосуються подолання проблем демографічного, епідеміологічного та фінансового характеру, визначають направленість державних політик на потреби людей та населення регіонів [11; 84].

Реалізація права громадян на охорону здоров'я полягає у вирішенні

ряду важливих чинників, що відображено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Основні чинники, що обґрунтовують реалізацію права громадян на охорону здоров'я

<i>Чинники</i>	<i>Зміст</i>
доступ до медичної допомоги	доступність та своєчасність
процес догляду	заходи профілактичної допомоги, безпечна допомога, скоординований догляд і зайнятість, переваги пацієнта
адміністративна ефективність, справедливість й результати охорони здоров'я	рівень здоров'я населення, смертність, пов'язана із охороною здоров'я і захворюваннями
фінансування	забезпечення фінансових гарантій та доступності медичної допомоги

Зазначені чинники впливають на показники та критерії ефективності медичного забезпечення, тобто вказують рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні.

Усі нормативні засади спрямовані на те, щоб медична допомога була своєчасною, безпечною, ефективною, справедливою та людиноорієнтованою [6, с. 35]. Все ж таки попри позитивні здобутки у медичних системах пацієнти часто не можуть отримати необхідну медичну допомогу, мають проблеми при оплаті отриманих медичних послуг, не завжди швидко можуть отримати невідкладну допомогу або інформацію про призначення.

Опублікований звіт ОЕСР у 2020 році «Здоров'я на перший погляд 2019: показники ОЕСР» засвідчив, що кожна п'ята людина у світі зазначає, що незважаючи на медичні потреби, не зверталася до лікаря [92, с. 30]. Ці тенденції ненормальні для провідних країн світу та світу в цілому, на нашу думку. Для функціонування систем охорони здоров'я необхідним є достатнє фінансове забезпечення. Якщо системи охорони здоров'я не пов'язані із належним рівнем фінансового забезпечення та захисту, особи, яким необхідна медична допомога, можуть відчувати великі труднощі при оплаті медичної допомоги або задоволенні інших базових медичних потреб.

Відсутність фінансових гарантій може негативно позначатися на стані здоров'я населення в цілому, зменшити охоплення медичними послугами, посилити бідність та нерівність у сфері охорони здоров'я. водночас існують тенденції в управлінні закладами охорони здоров'я, які свідчать, що збільшення обсягу фінансування галузі не призводить до покращення стану здоров'я населення, тому вважається, що важливу роль відіграє саме ефективність фінансових витрат [92, с. 35]. В більшості провідних країн запроваджують різноманітні схеми оптимізації фінансового забезпечення на основі максимального співвідношення ціни та якості [92, с. 15].

Аналіз зарубіжного досвіду та рейтингових оцінок в галузі охорони здоров'я показав, що не існує універсальної та найкращої моделі системи охорони здоров'я, не існує країни – світового лідера в цьому питанні. Частково це можна пояснити відсутністю показників оцінки на міжнародному рівні, частково – різними моделями та системами управління галуззю охорони здоров'я, про що ми вже зазначали в попередньому розділі. Наприклад, відповідно до рейтингу ефективності найкращою системою охорони здоров'я у 2019 році була Сінгапурська та Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України посіла 114 місце [95].

А наприклад, згідно Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році серед країн із найкращою системою охорони здоров'я належать США, Великобританія, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце [102].

Згідно звіту про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2018 рік перші місця отримали системи охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії, водночас в цьому ж документі зазначалося, що забезпечення прав пацієнтів найкраще організовано у Нідерландах та Норвегії, за доступністю медичних послуг перше місце посіла Швейцарія, за результатами лікування та стабілізацією стану хворих перші позиції зайняли Фінляндія, Норвегія, Швейцарія, за спектром медичних послуг на перших

місяцях опинилися Нідерланди та Швеція, а за показником щодо профілактики основних захворювань першість отримала Норвегія, за розвитком фармацевтичної індустрії та забезпеченням ліками на першому місці опинилися Нідерланди та Німеччина [80].

Що стосується нашої країни, то захист галузі охорони здоров'я задекларований цілим рядом міжнародних документів: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Європейська соціальна Хартія [37; 28; 27; 26; 14].

Задекларовані положення знайшли своє відображення в національному законодавстві, Конституції України, Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інших законах, постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах тощо.

Приєднавшись до Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, у відповідності до статті 12 Україна визнала право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, при чому базове поняття «найвищий досяжний рівень здоров'я» стосується як біологічних та соціально-економічних умов розвитку особистості, так і наявні можливості та ресурси країни [37]. Також звертається увага на існування певних чинників, які не можуть бути врегульовані виключно у відносинах між державою та особою, зокрема, забезпечення міцного здоров'я або захист від усіх можливих причин погіршення здоров'я, що не може забезпечуватися державою. Право на здоров'я слід розуміти як право на використання певних заходів, надання послуг і умов, які необхідні для забезпечення права на найвищий досяжний рівень здоров'я.

В міжнародному масштабі країни світу задекларували, що система охорони здоров'я кожної з них повинна гарантувати принаймні основні завдання нормативно-правового регулювання:

- наявність медичних послуг у кількості, що відповідає попиту на них з урахуванням рівня соціально-економічного розвитку країни;

- доступність медичних послуг, з недопущенням дискримінації, гарантуванням можливостей для фізичного та географічного доступу, з урахуванням запитів особливих груп та верств населення, забезпеченням доступу до інформації щодо можливих методів лікування;

- етичність та прийнятність медичних послуг (надання згоди, збереження лікарської таємниці та конфіденційності), повага до окремих осіб, меншин та вразливих верств населення;

- якість медичних послуг [37].

Принципи дотримання зобов'язань державами визначені у п. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, вони також забезпечуються в Україні: поступова реалізація та заборона регресу [37].

Принцип поступового здійснення стосується регулювання проблем фінансово-економічного характеру у зв'язку з обмеженістю бюджетних ресурсів. Цей принцип є зобов'язує держави рухатися якомога швидше і якнайефективніше з метою повної реалізації ст. 12. [37]. Державна політика має передбачати конкретні та націлені на повне здійснення права на здоров'я заходи. Принцип заборони регресу стосується недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров'я [37].

До основних обов'язків держав належать наступні:

- забезпечити доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для соціально вразливих груп населення;

- забезпечувати справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг;

- забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;

- ухвалити та реалізовувати національну стратегію в галузі охорони здоров'я, яка має бути ґрунтуватися на основі епідеміологічних даних і в якій увагу приділено вразливим групам населення [37].

У статті 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод визнається право кожного на життя, що охороняється законом. «Нікого не

може бути умисно позбавлено життя інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання» [76].

Європейська соціальна хартія визначає, що «країни, які ратифікують цей документ, з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я, зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб: усунути, по можливості, причини слабкого здоров'я; забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприятимуть поліпшенню здоров'я й підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я; запобігати, по можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам» [14].

Аналіз цих документів свідчить, що в нашій країні дотримуються основних зобов'язань в рамках міжнародної політики в галузі охорони здоров'я. Наприклад, реформування системи охорони здоров'я відбувається у відповідності до принципу поступового здійснення Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права: «процес переходу на нову модель фінансування галузі буде поступовим та розрахований на 3 роки з остаточним запровадженням у 2020 році» [37]. Також й принцип щодо заборони регресу та погіршення стану національної системи охорони здоров'я реалізовується на практиці навіть в жорстких умовах воєнного стану. Але тенденції, на які слід звертати увагу в цьому контексті: наприклад, доступ сільського населення до медичної допомоги за останні роки не поліпшився, медична допомога сільському населенню надається зі значними ускладненнями – закриття певної частини медичних установ та лікарень, значна відстань для отримання термінової медичної допомоги, також ціни на деякі ліки у 2020 роках були значно високими у порівнянні із середньоєвропейськими цінами та ін.

В Україні в контексті реформування запроваджено відносно нові механізми дотримання цих принципів: реімбурсація та референтне

ціноутворення. Реімбурсація – це механізм управління із запровадження повного або часткового відшкодування вартості лікарських засобів за переліком міжнародних непатентованих назв (МНН) лікарських форм аптечним закладам для лікування серцево-судинних хвороб, цукрового діабету II типу, бронхіальної астми та ін. Референтне ціноутворення – це механізм, який призначений для зниження цін на ліки, тобто це оптово-відпускні ціни на лікарські засоби (регулюються у відповідності до наказів МОЗ України). КМУ закуповував ліки за граничними (найнижчими) оптово-відпускними цінами, що розраховуються як найменша ціна у референтних країнах – Польща, Словаччина, Чехія, Латвія та Угорщина.

РОЗДІЛ 2

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ОСНОВІ ДОСВІДУ ОКРЕМИХ КРАЇН

2.1. Особливості системи охорони здоров'я в США та Японії (приватна модель охорони здоров'я)

Населення Японії вважається однією з найбільш здорових націй світу, а система охорони здоров'я цієї країни входить до десятки лідерів. Починаючи з середині 20 століття, в цій країні діє унікальна система державного медичного страхування, яка дозволяє охопити всіх громадян Японії [35; 62; 69; 75; 90]. Однією з важливих рис японської системи охорони здоров'я є забезпечення безкоштовного доступу до закладів охорони здоров'я.

Як зазначають науковці, у Японії наявна «сильна» система державного фінансування системи охорони здоров'я та регулювання медичного страхування, при чому рівень довіри населення до публічного управління в цій галузі достатньо високий, тому що громадськість переконана в

належному державному регулюванню системи охорони здоров'я. Наприклад, за результатами одного з опитувань (Health and Global Policy Institute) близько 62% респондентів зазначали, що задоволені станом надання медичних послуг та медичною системою в країні в цілому [90].

Система медичного забезпечення цієї країни створює необмежений доступ до медичних послуг і громадяни можуть отримувати медичну допомогу будь-де в країні у будь-якій лікарні чи іншому медичному закладі, вони самі можуть обирати частоту звернень та лікування незалежно від їх страховки, соціального статусу або тяжкості перебігу хвороби. Виключення є лише в тому плані, що інколи (в окремих визначених випадках) громадяни мають самостійно оплатити деякі види медичних послуг, в основному це стосується медичної допомоги третинного рівня, і то в разі, коли вони не мають направлення від лікаря первинної чи вторинної ланки [35].

В Японії цей принцип організації медичної допомоги отримав назву «система вільного доступу», тому що абсолютно усі пацієнти можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або внаслідок трудових отриманих ушкоджень у відповідності до фіксованого внеску при умові підтвердженого страхування [35; 62].

В цій країні медичне страхування охоплює близько 5000 видів медичної та стоматологічної допомоги, а також включає оплату ліків та інших фармацевтичних продуктів [75, с. 68]. Водночас медична система цієї країни є достатньо дорогою та високовартісною, але понад 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування. Державному страхуванню підлягають в обов'язковому порядку усі жителі країни, незалежно від громадянства, хто проживає більше трьох місяців в Японії. У відповідності до законодавства Японії громадянин не може самостійно обирати схему державного медичного страхування, вони визначаються на основі статусу зайнятості, віку та місця проживання. Можливі такі види медичного страхування: національне медичне страхування на основі місця проживання, на базі роботодавців, страхування літніх людей віком від 75

років. На пацієнта покладається до 30 % медичних витрат, а держава сплачує решту 70 %; для людей від 75 років медичне страхування здійснюється за рахунок державних коштів та внесків від медичного страхування на базі роботодавців та національного медичного страхування [69].

Але як свідчить практика, в Японії дві основні системи, які надають медичні послуги більшості населення:

- національна система страхування здоров'я, яка стосується малого та середнього бізнесу та їх сімей, інвалідів та інших соціально-незахищених верств населення;

- система страхування осіб найманої праці, яка є найбільшою в Японії і яка містить різноманітні програми страхування, деякі з яких належать державі, яка власне виступає «страховиком» здоров'я населення [69].

На відміну від програм системи страхування осіб найманої праці в програмах Національної системи страхування здоров'я страховиком є саме суспільство, створене адміністрацією й працівниками одного або декількох підприємств однієї галузі. Система характеризується широкими можливостями в доступі до медичних послуг і не має обмежень щодо вибору лікаря, виду лікарняного страхування, в більшості медичних послуг передбачено часткову участь пацієнтів в обсязі від 10 до 30% [75].

Щодо моделі публічного управління в медичній галузі, то система охорони здоров'я Японії ґрунтується на чотирьох основних рівнях: уряд, префектури, муніципальні органи влади та медичні центри. Діяльність усіх суб'єктів медичної системи регулюється та контролюється Міністерством охорони здоров'я та соціального забезпечення [75]. Уряд регулює усі аспекти загального медичного страхування, визначає та переглядає ціни на медичні послуги, встановлює прайс-листи, надає субсидії органами місцевого самоврядування, контролює діяльність страхових компаній та основних постачальників медичних послуг та ліків, встановлює умови їх функціонування на ринку послуг. Важливу роль в формуванні та реалізації

державної політики в галузі охорони здоров'я відіграє Міністерство фінансів, яке подає звіт Кабінету Міністрів Японії та займається формуванням бюджету на наступний рік на охорону здоров'я та медичне страхування [90].

Префектури Японії несуть відповідальність за виконання урядової політики та програм, на регіональному рівні здійснюють регулювання та забезпечення ліками, які покриваються за рахунок національних програм [90].

Органи муніципального управління організують заходи зі збереження та зміцнення здоров'я населення своїх громад та забезпечують довгострокове страхування місцевих мешканців. В муніципальних органах управління утворюються відділи з питань охорони здоров'я, які мають повноваження та відповідальність у сфері управління медичною системою у відповідності до місцевих програм розвитку охорони здоров'я [90].

У префектурах та великих муніципалітетах утворюються медичні центри, що фінансуються з національного та місцевих бюджетів, вони розраховані на забезпечення медичних послуг для 100 000 жителів [90].

Система охорони здоров'я Японії має достатньо розгалужену модель на місцевому рівні і пов'язана з діяльністю багаточисленних установ: бюро медичних послуг, бюро політики у сфері охорони здоров'я, бюро фармацевтичної продукції та продовольчої безпеки, бюро трудових стандартів, бюро жертв війни, бюро здоров'я й добробуту літніх людей, бюро медичного страхування, бюро пенсійного забезпечення [6, с. 106].

На разі в цій країні існує заборона на прибуток страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці медичних працівників, які припускаються серйозних помилок у лікуванні та догляді за хворими [69].

Що стосується первинної ланки, то в Японії, як і в більшості країн ЄС, ПМСД надають терапевти й сімейні лікарі, що надає можливості зменшити навантаження на лікарів основних медичних установ на регіональному рівні.

Протягом останніх років в Японії було сформовано три громадські організації сімейних лікарів:

- Академія сімейної медицини (поєднує близько 2100 членів);
- Товариство загальної медицини (4600 учасників);
- Товариство первинної медичної допомоги (1000 учасників) [35].

Керівники цих товариств порушують питання щодо створення об'єднаної структури – Федерації товариств первинної медичної допомоги [35]. Водночас питання удосконалення публічного управління системою охорони здоров'я Японії, особливо щодо профілактики здорового способу життя, достатньо актуальні. Наприклад, урядом Японії було прийнято Національну програму «Здорові люди – 21», яка спрямована на залучення населення та його активну участь підтримці власного здоров'я [90]. Основним механізмом реалізації програми визначено активну співпрацю громадськості та уряду.

Розглянемо досвід іншої країни з приватною моделлю охорони здоров'я – Сполучені Штати Америки, оскільки система значно відрізняється від японської. В цій системі медичні послуги оплачуються в основному державою, на охорону здоров'я витрачається до 17% ВВП, що становить найбільший показник у світі [64]. Але слід зважати, що великий розмір фінансування не пов'язаний з гарантіями всеохоплюючого доступу до медичного обслуговування для всіх громадян країни. Понад 90% населення користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на це 10% сімейного бюджету [64]. Розмір медичної допомоги визначається розміром страхового внеску. Для більшості громадян США передбачено страховку з боку роботодавців або організацій професійного спрямування чи різноманітних асоціацій (наприклад, об'єднання малих підприємців та ін.) [60, с.137].

Фактично, ми можемо описати цю модель, як відсутність національної системи охорони здоров'я, тому що немає універсальної допомоги з охорони здоров'я. Населення обирає страхові компанії та купує медичне страхування, щоб покрити більшу частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування дозволяє уникати заборгованості та покриває рахунки за

отримані медичні послуги, покриває обов'язкові медичні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом [58].

Страхові компанії пропонують різноманітні пакети медичного страхування. Для цього особі потрібно обрати план медичного страхування, пройти реєстрацію та розпочати регулярні платежі до страхової компанії. Населення, яке має медичне страхування, мають можливість обирати необхідні послуги серед достатньо широкого спектру запропонованого медичного обслуговування [58]. По-перше, це отримання швидкої та необхідної медичної допомоги, швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, використання сучасних інноваційних технологій та методів лікування.

Описана система існує в США достатньо тривалий час і також підтримується такими організаціями, як «Синій щит» або «Синій хрест», які зобов'язані проводити страхування усіх бажаючих [105]. Але в цьому контексті показники достатньо суперечливі: наприклад, у 2018 році понад 16% громадян США були не застраховані жодним чином через такі причини, як: висока вартість страхування, неможливість отримати страхову субсидію чи втрата роботи [105]. Громадяни без страховки можуть користуватися послугами державних медичних центрів та екстреної допомоги, але на практиці, такі пацієнти часто залишають ці заклади охорони здоров'я, так і не отримавши належної допомоги. В подібних випадках заклади охорони здоров'я констатують загальний стан людини, можуть стабілізувати його, але не лікувати [3, с.5; 56]. Як правило, заклади охорони здоров'я без попередньої оплати розглядають тільки екстрені випадки і мають право відмовитися від лікування без надання страхового полісу або грошових гарантій. Громадяни, які не мають страхування, зазвичай стикаються з дуже дорогими медичними послугами, тому найбільш вразливі категорії населення або відкладають звернення до лікарів, або відмовляються від медичної допомоги, що часто стає причиною серйозних наслідків. В середньому лікування перелому ноги може коштувати до 7500 доларів, а середня вартість триденного перебування в лікарні складає до 30000 доларів [1, с.94; 56; 103].

Також варто брати до уваги, що страхування не пов'язане з наданням необмеженої кількості ліків та фармацевтичних засобів. Більша частина населення користується програмами страхування та отримує фіксовану допомогу, через мережу опосередкованого лікування пацієнтів направляють до лікарів поліклінік, лабораторій, медичних кабінетів, аптек та інших закладів охорони здоров'я. Також деякі програми страхування не охоплюють лікування хронічних хвороб. Переважна більшість громадян США має медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцями та поширюється на членів сім'ї. Деякі страхові пакети можуть надаватися федеральними чи штатними урядами, профспілками або приватними особами [56].

Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicare, сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicaid [103; 104], ці програми фінансуються за рахунок податків.

«Медікейр» – національна програма страхування для людей старше 65 років і деяких груп людей, які не мають відповідних фінансових можливостей. У 2019 році «Медікейр» надала послуги й фармацевтичні засоби на загальну суму понад 500 мільярдів доларів [103].

«Медікейд» – спільна програма державних і федеральних органів публічного управління, яку вони фінансують, лише 25% громадян відповідають критеріям для користування цією програмою [104]. «Медікейд» має охоплення більшої кількості населення у порівнянні з «Медікейр», але не відповідає на запити усього населення країни.

Первинна допомога в США надається сімейними лікарями, які працюють поодиноці, або в групі. Сімейні лікарі становлять 1/3 від загальної кількості лікарів у країні. Переважна більшість приватних лікарів ПМСД працює у невеликих амбулаторіях з чисельністю до 5 осіб. Пацієнти можуть обирати лікаря у відповідному електронному реєстрі осіб, що надають медичні послуги [99].

В цілому за різноманітним експертним оцінками, населення США не зовсім задоволено сучасним станом медичної системи та медичних послуг. Наприклад, опитування, проведене Commonwealth Fund у 2020 році, засвідчило, що 79% громадян США вважали, що система публічного управління охороною здоров'я потребує реформування або значного перегляду [96].

На основі експертних досліджень, можемо наприклад, зазначити, що загалом по країні зростає кількість скарг від громадян в розрізі оплати за отримані медичні послуги. В 2020 році така кількість склала 350 скарг: одна особа скаржилася на отримання рахунку на 3600 доларів за довозення до лікарні, яка знаходилася за 7 км від місця проживання хворого, інший хворий отримав рахунок у 8600 доларів через те, що його спочатку привезли до однієї лікарні, де не змогли надати необхідну допомогу і вирішили доправити до іншої; потрапивши в автомобільну аварію для постраждалої особи було викликано додаткову команду травматологів, яка була не потрібна, але людина отримала рахунок у розмірі 26400 доларів США [96]. І в цілому такі суми та вартість медичної допомоги мають законні підстави. Але вони виникають тому, що медичне страхування не покриває медичні послуги будь-якої лікарні чи процедури чи медичного препарату. Кожна страховка містить мережу лікарень та лікарів, послуги яких вона покриває, але водночас є різні системи оплати медичних послуг. Тому швидка допомога може не входити до страхового полісу громадянина. Раніше (40 років назад) медична система США була безоплатною, тому що оплачувалася з податків і більшість послуг надавалися безкоштовно, але згодом медична система була приватизована, проте в деяких штатах діють обмеження на виставлення великих рахунків пацієнтам [94, с.223].

На нашу думку, до основних недоліків організації системи охорони здоров'я у США, слід віднести високу вартість медичної допомоги. Наприклад, витрати на особу становлять приблизно 8000 на рік, що майже вдвічі перевищує середній показник по інших розвинених країнах світу [105].

Тому досвід США швидше свідчить, що приватне медичне страхування як основний вид фінансування медичної системи, не зовсім відповідає уподобанням та прогнозам розвитку медичної системи нашої країни.

Але також слід сказати, що лікарні США займають лідируючі позиції в галузі досліджень та розробок, а також за механізмами публічного управління в цьому напрямку, в цій країні щороку розробляється багато ліків та технологій, які в подальшому використовуються в усьому світі.

2.2. Система охорони здоров'я в Австралії, Канаді та Великій Британії (модель Беверіджа)

Розглянемо досвід інших країн на основі іншої моделі організації системи охорони здоров'я. В Австралії на відміну від США охорона здоров'я являє собою керовану систему та характеризується поєднанням державних і приватних закладів охорони здоров'я та медичних послуг. Населення країни має широкий доступ до комплексу медичних послуг, починаючи від підтримання та профілактики здоров'я, так і до лікування складних станів та серйозних захворювань. Медична система поєднує два компоненти: державну та приватну медичну систему. В Австралії запровадження універсального покриття на основі програми страхування – Medicare, яка фінансується за рахунок податків у вигляді фіксованого відсотку від доходу особи з метою оплати вартості, що стосується більшості медичних послуг, включаючи послуги медичних працівників та закладів охорони здоров'я, а також медичні препарати, які відпускаються за рецептом [72]. Програма дозволяє забезпечувати високоякісну та доступну медичну допомогу, передбачає безкоштовне лікування в державних закладах охорони здоров'я, забезпечує безкоштовні або субсидовані виплати медичним працівникам приватного сектора за конкретно надані медичні послуги. В цій країні також є добровільне приватне медичне страхування, яке надає доступ до закладів охорони здоров'я приватної форми власності та до медичних послуг, які

державна система не може надати або профінансувати [72; 79, с.1].

Наступною для вивчення є Канада – країна, яка має два рівні влади: центральний (федеральний) та муніципальний. На центральному рівні уряд формує та реалізує державну політику в галузі охорони здоров'я, здійснює фінансування розробки та виготовлення медичних препаратів, фінансування медичних послуг для різноманітних категорій населення тощо. На другому рівні – реалізація державної політики покладається на 10 органів муніципального управління, які мають широкі повноваження в частині забезпечення та реалізації програм медичного спрямування [64].

Канадська система охорони здоров'я Medicare вважається однією з найкращих у світі [66]. Охорона здоров'я в Канаді фінансується переважно податками, як місцевими, так і державними – на прибуток та податками на прибуток підприємств. Деякі провінції використовують для фінансування системи охорони здоров'я податки з продажів і доходи від лотереї, але такі додаткові доходи не відіграють великої ролі у фінансуванні охорони здоров'я Канади [64]. Загалом майже 70 % витрат на охорону здоров'я формуються із загальних податків, які надходять від федеральних, провінційних та місцевих урядів. Більшість державних видатків покриває загальну безоплатну медичну допомогу й амбулаторне лікування [66].

Одним з найважливіших показників успіху існуючої системи охорони здоров'я є здоров'я громадян країни: тривалість життя тут становить 78,6 років (81,4 року для жінок і 75,8 років для чоловіків), що є одним з найвищих показників серед розвинених країн [66].

Medicare – це державний сервіс і кожна провінція має свою програму медичного страхування. Загалом програми не відрізняються суттєво, але існують деякі особливості щодо системи оплати, наприклад, в деяких провінціях виплачується щомісячний внесок на медичне страхування. У будь-якому випадку, усі громадяни мають картку медичного страхування – Health Insurance Card. Ця картка, як і водійські права, є документом, що засвідчує особу, надається кожному члену сім'ї, навіть дітям. Картку

медичного страхування видає та провінція, в якій мешкає застрахована особа. Паралельно можна відкрити страхування у комерційних страхових компаніях. Звичайна медична страховка не покриває послуги екстреної допомоги, стоматологічні послуги, рецепти ліків та окулярів [64].

Канадська Medicare охоплює приблизно 70% потреб населення країни у галузі охорони здоров'я, а решта 30% оплачуються через приватний сектор, це стосується послуг, які не покриваються або покриваються лише частково Medicare, таких як ліки, що відпускаються за рецептом, стоматологія та оптометрія [66]. Приблизно від 65 до 75% канадійців мають певну форму додаткового медичного страхування, пов'язаного з вищезазначеними причинами; багато хто отримує її через своїх роботодавців або використовує додаткові програми соціальних послуг, пов'язані з розширеним охопленням сімей, які отримують соціальну допомогу, або вразливих демографічних груп, таких як люди похилого віку, неповнолітні та люди з обмеженими можливостями [66].

Система охорони здоров'я Канади в основному складається з лікарів первинної медичної допомоги, які становлять понад 52% усіх практикуючих терапевтів в країні [66]. Вони є опосередкованою ланкою між пацієнтом і формальною системою охорони здоров'я, контролюють доступ до більшості вузьких фахівців, лікарняного догляду, діагностичних перевірок і виписують ліки за рецептом. За функціонуючою моделлю можна міняти необмежену кількість разів сімейного лікаря в разі необхідності.

Слід також зазначити, що більшість лікарів мають власну приватну практику і користуються високим ступенем автономії. Багато лікарів працюють в лікарнях або місцевих оздоровчих центрах (наприклад, в провінції Квебек існують поліклініки). Лікарям закладів приватної форми власності держава оплачує послуги в залежності від наданої допомоги, фінансування вони отримують з бюджету провінції або території безпосередньо. Терапевти, які не мають приватної практики, отримують фіксовану заробітну плату або плату в залежності від кількості наданих

медичних послуг.

Коли громадянин потребує медичної допомоги, він може звернутися до лікаря-терапевта або в клініку за своїм вибором, куди він має надати картку медичного страхування, яка видається всім жителям країни. Канадці не платять безпосередньо за надані медичні послуги, і їм не потрібно заповнювати різні форми на послуги, що покриваються страховим полісом. На такі послуги не існує меж в грошовому вираженні або додаткових платежів. Стоматологічна допомога надається незалежно від загальної системи охорони здоров'я, крім випадків, коли необхідна невідкладна допомога хірурга-стоматолога. Аптеки теж є незалежними від держави установами.

Понад 95% усіх лікарень країни працюють за принципом некомерційних приватних організацій, якими керує місцева рада директорів, волонтерські організації чи муніципалітети [66]. На додаток до загальнодержавної системи медичного страхування, провінції і території також забезпечують медичним обслуговуванням ту частину населення, яка потребує додаткових медичних послуг – літніх людей, дітей та безробітних. Ці додаткові пакети медичних послуг часто включають безкоштовні ліки, стоматологічну допомогу, послуги окуліста, різні пристосування для інвалідів та інше.

Канадський інститут медичної інформації у 2017 році оприлюднив аналітичні дані, де визначено, що витрати на охорону здоров'я становили 242 мільярди доларів, або 11,5% ВВП Канади за 2017 рік [66]. У 2019 році за витратами на охорону здоров'я на особу ця країна посіла 11 місце серед систем охорони здоров'я в ОЕСР [81]. У 2017 році Канада зайняла вище середнього за показниками часу очікування і доступу до медичної допомоги з середніми показниками якості медичної допомоги та використання ресурсів. Всебічне дослідження 2017 року з 11 провідних країн поставило систему охорони здоров'я Канади на дев'яте місце [66]. Виявленими слабкими сторонами канадської системи були наступні: порівняно високий рівень

дитячої смертності, поширеність хронічних захворювань, тривалий час очікування, погана доступність догляду в неробочий час, а також відсутність рецептурних ліків і стоматологічного обслуговування [66].

Наступна країна вивчення – Великобританія, яка посідає 16 місце в Європейському індексі здоров'я споживачів 2018 року (2018 Euro Health Consumer Index) [80]. Великобританія займає десяте місце серед країн з найбільшими витратами на охорону здоров'я в ЄС / ЄЕЗ / Швейцарії [80].

У Великобританії діє безкоштовна Національна служба охорони здоров'я (NHS), яка відрізняється від систем охорони здоров'я інших країн тим, що фінансується за рахунок податків, а не за рахунок системи медичного страхування [68]. Поряд з NHS у Великобританії існує приватне медичне страхування. У кожному регіоні Великобританії існує власний офіс NHS [68].

Різниця систем охорони здоров'я полягає в їх організаційній системі в порядку надання послуг. NHS в Англії контролюється Міністерством охорони здоров'я та відповідає за роботу первинної медичної допомоги (лікарі, стоматологи та фармацевти). За останні роки в структурі NHS відбулися зміни: багато приватних компаній та благодійних організацій брали участь у процесі надання медичних послуг [68].

З 2013 Clinical Commissioning Groups (CCG) несе відповідальність і за роботу служб вторинної медичної допомоги в конкретних регіонах [73]. Вони контролюють роботу в сфері: планової лікарняної допомоги; реабілітації; невідкладної допомоги; медичних установ в громадах; психічного здоров'я; надання підтримки осіб із затримкою розвитку тощо. Всі медичні послуги фінансуються за рахунок бюджету, уряд Великобританії несе відповідальність за надання звіту. Однак в реальності процес надання медичних послуг здійснюється в партнерстві з приватними організаціями [73].

Послуги NHS доступні жителям Великобританії на підставі їх статусу резидента країни, усі жителі Великобританії можуть отримати медичні

послуги безкоштовно [68]. Громадяни країн ЄС або країн Європейської економічної зони (ЄЕЗ) та Швейцарії отримують безкоштовну медичну допомогу в рамках NHS за наявності європейської картки медичного страхування (EHIC). Однак ситуація змінилася через вихід Великобританії зі складу ЄС. Громадяни країн, що не входять в ЄС або ЄАВТ (Європейську асоціацію вільної торгівлі), отримують безкоштовне медичне обслуговування в рамках NHS (як і британці) після отримання безстрокового дозволу на проживання (indefinite leave to remain) [68; 73].

Громадяни інших країн можуть безкоштовно отримати екстрену допомогу та медичні послуги з планування сім'ї, однак інші медичні послуги надаються за наявності полісу медичного страхування. З 2015 року особи, які не є громадянами ЄС, ЄЕЗ і Швейцарії, які перебувають у Великобританії більше шести місяців, зобов'язані оплачувати імміграційний внесок в систему охорони здоров'я (immigration health surcharge) в розмірі 150-200 фунтів стерлінгів [68]. Особи, які сплатили такий внесок, отримують доступ до медичних послуг в рамках NHS. Особи, які не сплатили внесок або не мають полісу медичного страхування, сплачують 150% стандартної вартості отриманої медичної послуги, встановленої NHS. Це стосується громадян країн, які не мають взаємної угоди між Великобританією та їх рідною країною.

Служба NHS фінансується за рахунок податкових відрахувань, у 2020 році Великобританія витратила 197,4 млрд фунтів стерлінгів на охорону здоров'я, що складає 9,6% від річного ВВП [68].

Для громадян Великобританії більшість медичних послуг надаються безкоштовно, проте існують додаткові витрати на деякі види послуг: витрати на стоматологічне обслуговування (dental treatment), які варіюються від 22,70 фунтів стерлінгів на екстрену допомогу і до 269,30 на набір послуг Band 3 treatment; стандартний платіж за покупку ліків, які відпускаються за рецептом – 9 (prescription charges) [68; 74].

У Великобританії реєстрація доступу до медичної допомоги

здійснюється через терапевта (GP), якого можна обрати самостійно. Однак деякі терапевти можуть відмовити пацієнтам з іншого району (регіону), а також у разі великої зайнятості.

Приватне медичне страхування у Великобританії в порівнянні з іншими європейськими країнами не так сильно розповсюджено: поліс приватного медичного страхування вибирає незначна частина населення – близько 11% [83, с.32]. Для осіб, у яких захворювання або травма вимагає невідкладної медичної допомоги, наявність полісу приватного медичного страхування може надати певні переваги. Пацієнти з полісом приватного медичного страхування можуть отримати доступ до фахівців швидше, використовувати більш якісні засоби обслуговування, а також їм надається палата зі зручностями.

Деякі з найбільших страхових компаній у галузі медичного страхування у Великобританії: IMG (програма Global Medical Insurance), Aetna International, Allianz Care, Cigna Global, Vupa Global, Swisscare [83, с.32]. Можливо застрахувати як себе самого, так і сім'ю. Страхова премія розраховується на основі набору ризиків, способу життя, віку та наявності хронічних захворювань. Програми медичного страхування в більшості випадків надаються з франшизою: застрахований самостійно оплачує частину вартості медичних послуг при настанні страхової події. Багато роботодавців у Великобританії включають поліси приватного медичного страхування в соціальні пакети працівників. Також, можливо оформити поліс приватного медичного страхування на одну медичну послугу, коли пацієнту потрібен конкретний вид лікування або операція, яку доводиться довго чекати в рамках NHS. Слід враховувати, що вартість такого полісу достатньо висока і залежить від виду лікування, який необхідний пацієнту [68].

Лікар загальної практики (GP) є першим, до кого звертаються для отримання медичної допомоги (за винятком екстреної допомоги). GP консультує пацієнта під час хвороби, призначає ліки або виписує направлення до лікаря-спеціаліста при необхідності.

Тривалість прийому лікаря загальної практики у Великобританії зазвичай становить 8-10 хвилин, тому слід коротко описати симптоми. Для направлення в госпіталь або до лікаря-спеціаліста лікар загальної практики надає рекомендаційний лист. Час очікування може змінюватися залежно від процедури.

У Великобританії в рамках NHS жінкам надається широкий спектр медичних послуг, які доступні у лікаря загальної практики або в спеціалізованих клініках. Безкоштовні медичні послуги для жінок у Великобританії:

- послуги гінеколога;
- послуги в області сексуального здоров'я;
- безкоштовна контрацепція;
- послуги з ведення вагітності та пологів;
- процедура ЕКО для жінок до 40 років, які відповідають певним критеріям;
- обстеження шийки матки і молочної залози для виявлення раку [68].

Медичне страхування дітей у Великобританії NHS тісно співпрацює зі службами місцевих органів влади, що відповідають за роботу з дітьми, і спеціалізованими установами, що надають медичні послуги дітям. Послуги педіатра надаються в рамках NHS. Медичні послуги для сім'ї та дітей надаються місцевими дитячими центрами (Children's Centers). Медсестри NHS та інші медичні працівники консультують матерів щодо харчування, ваги та грудного вигодовування дитини. У школах проводяться програми здорового харчування, фізичної активності та психічного здоров'я дітей (наприклад, програма MEND). Існує безкоштовна програма вакцинації дітей у Великобританії.

Стоматологічна допомога доступна або в рамках NHS, або за полісом приватного медичного страхування. Однак існує ряд стоматологічних послуг, які зазвичай пацієнти повинні оплачувати самостійно.

У Великобританії існує два типи лікарень: безкоштовні лікарні NHS та платні приватні лікарні, якими керують приватні або благодійні організації [83, с.33]. Лікарні надають послуги вторинного догляду, доступ до яких здійснюється за направленням від лікаря загальної практики (за винятком надання екстреної допомоги).

Лікарні NHS управляються відповідно до довіреності NHS (NHS Trusts). Більшість загальних лікарень надають екстрену допомогу при нещасних випадках та надзвичайних ситуаціях (A&E), хірургічну допомогу, послуги по вагітності та пологах, догляд за літніми людьми та амбулаторні послуги. Існує також ряд спеціалізованих лікарень (наприклад, офтальмологічні лікарні, ортопедичні лікарні і т.д.). У цій країні існує близько 80 NHS центрів, що надають медичні послуги протягом року цілодобово [68]. У NHS центр можна прийти без запису. У таких медичних центрах надають медичну допомогу в разі дрібних травм і нескладних захворювань.

2.3. Система охорони здоров'я в Німеччині, Швейцарії, Нідерландах (модель Бісмарка)

Система охорони здоров'я Німеччини – перша система охорони здоров'я в Європі, яка сформувалася ще у 1880-х роках [4]. На даний час лікарі, фахівці та медичні установи в Німеччині являють собою одну з найкращих систем охорони здоров'я в світі. На разі система охорони здоров'я цієї країни функціонує в рамках подвійної системи медичного страхування: державної та приватної [4].

Система державного управління охороною здоров'я Німеччини базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та страхування приватних фондів. Державне страхування має близько 89% населення; приватне – 9% громадян;

2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські) [10, с.80].

Фактичний внесок державного медичного страхування у загальні витрати на охорону здоров'я визначається на рівні 60%. Крім того, кошти надходять з інших фондів системи державного страхування: із фондів пенсійного страхування, страхування від виробничих травм, а також із державної скарбниці. Внески для державного медичного страхування збираються лікарняними фондами – незалежними органами самоврядування, чия діяльність контролює та керує нею урядове агентство [10, с.80].

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює федеральне Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення, яке також має загальну політику державного медичного страхування, перш за все щодо питання рівності, повноти, порядку надання й фінансування соціальних медичних послуг. Нормативно-правове регулювання німецької системи соціального страхування в основному базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого стосується державного медичного страхування. Відповідно до федерального законодавства відповідальність за планування роботи механізмів публічного управління системою охорони здоров'я покладається на землі (16 федеральних земель) [6, с.158]. Кожна земля повинна забезпечити стабільне фінансування лікарень, гарантуючи забезпечення суспільних потреб в охороні здоров'я. Тому в Німеччині формують власну нормативно-правову базу на основі специфіки регіону, його соціально-економічного розвитку тощо, що є основною причиною відмінностей в характері, обмеженнях і методах планування медичних програм у регіонах [6, с. 158-160].

Фонд охорони здоров'я – фінансується за рахунок обов'язкових внесків в рамках системи державного медичного страхування Німеччини. Але також не виключено укладення договору індивідуального медичного страхування – Private Krankenversicherung або PKV замість державного, або оформлення договору додаткового страхування для розширення страхового покриття, що

надається за державною програмою [7, с.122]. Існують чіткі вимоги щодо того, хто може зареєструватися в обов'язковій програмі державного медичного страхування, і хто може скористатися лише послугами приватного медичного страхування.

Наприклад, працівники в Німеччині із заробітною платою менше 57 600 євро на рік (у 2020 році) після підписання трудового договору повинні зареєструватися в державній системі охорони здоров'я – Gesetzliche Krankenversicherung або GKV і оформити поліс медичного страхування. За реєстрацію в програмі державного медичного страхування Німеччини відповідальні близько 110 некомерційних об'єднань – Krankenkassen, що стягують однаковий фіксований збір у розмірі 14,7% від заробітної плати, що не перевищує 4260 Євро на місяць (або 51200 євро на рік) у 2020 році. За умови більш високих доходів, сума збору також не перевищить 4250 євро в місяць [7, с.122].

Роботодавець покриває половину цього збору, що становить 7,3%. Термін дії страхового договору, що оформляється роботодавцем, зазвичай складає 18 місяців, після закінчення яких можлива зміна програми страхування. Працівники сплачують збір тільки при заробітній платі, що не перевищує 850 євро на місяць. GKV охоплює забезпечення медичної допомоги у лікарів загальної практики, стаціонарне та амбулаторне лікування, а також основне стоматологічне лікування. Члени сім'ї, зареєстровані в Krankenkasse, входять договір страхування без додаткової плати. У GKV не входять консультації приватних лікарів, приватні палати в лікарнях, альтернативні види лікування або методи нетрадиційної медицини, зубні імплантати, окуляри/контактні лінзи для дорослих [1, с.96].

Реєстрація в програмі Krankenkassen можлива в будь-якій страховій компанії, деякі з них – такі як АОК, ВЕК і ДАК обслуговують мільйони застрахованих, інші – лише декілька тисяч. Однак усі вони зобов'язані дотримуватися правил німецького уряду щодо запропонованого мінімального покриття. Роботодавці зазвичай відповідальні за оформлення

поліса медичного страхування працівників, проте оформлення поліса можливо і самостійно [1, с.96; 78].

У 2020 році встановлена ставка становила 2,55% від загальної заробітної плати, максимум 112 євро на місяць (або 122 євро для тих, хто не має дітей), причому роботодавець покриває половину вартості [20, с.118].

Відмова від полісу державного медичного страхування та оформлення полісу індивідуального медичного страхування (Private Krankenversicherung або PKV) можливі для: працівників, які заробляють більше 57,600 євро на рік (2020 рік); працюють не за наймом; працюють неповний робочий день і заробляють менше 450 євро на місяць; фрілансерів; діячів мистецтва; військових або інших державних службовців [20, с.118; 78].

Програми індивідуального медичного страхування (PKV), як правило, покривають витрати на більш широкий спектр медичних і стоматологічних послуг, в порівнянні з програмою державного медичного страхування (GKV). Компанії пропонують різні програми страхування з різними страховими преміями, що залежать від віку застрахованого, наявності хронічних захворювань. На відміну від програм державного медичного страхування, індивідуальне покриває тільки застрахованого (члени сім'ї не входять в договір). На частину вартості страхового полісу можна отримати податкове вирахування. Роботодавці в Німеччині також оплачують частину вартості полісу за програмою індивідуального медичного страхування – максимум до 318 євро на місяць [78]. Для тих, хто не має права на поліс державного медичного страхування, можливе оформлення полісу індивідуального медичного страхування в місцевій або іноземній страховій компанії [20, с.118].

Деякі з найбільших міжнародних страхових компаній в галузі медичного страхування: IMG (програма Global Medical Insurance), Aetna International, Allianz Care та інші.

У відповідності до законодавства Німеччини особи, які проживають тривалий час в Німеччині або працюють в Німеччині, зобов'язані

zareєструватися в органах влади за місцем проживання, (Einwohnermeldeamt), після цього, zareєстрованій особі присвоюється номер соціального страхування (sozialversicherungsnummer). Всі zareєстровані зобов'язані оплачувати страхові внески в систему державного медичного страхування Німеччини, яка надає право користування медичними послугами нарівні з громадянами країни [29, с.170; 78].

Серед переваг німецької системи охорони здоров'я – висока якість медичних послуг, сучасне медичне обладнання в лабораторіях та діагностичних центрах, висока кваліфікація медичних працівників і доступність медичної допомоги для всіх. Система медичного страхування надає доступ до широкого спектру безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне й стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, оплату проїзду до медичного закладу тощо [2, с. 158-160] .

Наступна країна – Швейцарія, має одну з найкращих систем охорони здоров'я в Європі. Водночас вона є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не ґрунтується на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями [81]. Вона ґрунтується на тому, що кожен громадянин самостійно сплачує внески й може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування. Багато людей воліють доповнити основне покриття на основі додаткового приватного медичного страхування [82, с.75].

Таким чином, доступ до системи охорони здоров'я, мають лише ті, хто має хоча б базове медичне страхування, яке покриває до 90 % витрат на охорону здоров'я і передбачає покриття внаслідок аварії, альтернативну терапію, психотерапію, реабілітацію після операцій чи серйозних захворювань, обстеження на онкологічні хвороби, надання екстреної медичної допомоги, термінової стоматологічної допомоги, загальні діагностики та обстеження, лікування (стаціонарне, амбулаторне та

невідкладне), лікування захворювань очей, ліки за рецептами. Крім того, базове медичне страхування охоплює й щеплення [55, с.168].

Система охорони здоров'я Швейцарії являє собою складну комбінацію державних і приватних структур. Наприклад, приватні компанії обов'язкового та додаткового медичного страхування працюють на ринку та суворо регулюються державними нормами та приписами. При цьому надавачі медичних послуг, тобто медичні працівники та заклади охорони здоров'я, можуть бути як приватними компаніям, так і державними – муніципальними і кантональними [55, с.168].

Варто зауважити, що Швейцарія є країною федералізму, де суб'єкти федерації, кантони, мають широкі права автономії. Питання охорони здоров'я в цілому знаходяться в Швейцарії в сфері компетенцій кантонів, водночас багато об'єктів в медичній галузі, включаючи тарифи і стандарти, регулюються нормами, що мають загальнофедеральне значення і розроблені на рівні федерального центру [81].

Ті громадяни, які мають відносно невисокі доходи, можуть отримувати значну знижку або фінансування за рахунок кантону або муніципалітету при виплаті страхових внесків. Страхові компанії в цій країні не мають права вибирати пацієнтів, а зобов'язані застрахувати будь-яку людину, в тому числі навіть тяжкохвору чи похилого віку, тому що згідно законодавства не можна позбавити людину базового медичного страхування на підставі його не зовсім доброго стану здоров'я. Таким чином, відбирати клієнтів страхові компанії не можуть, таке можливо лише в разі приватного додаткового добровільного страхування.

Застрахований житель країни може обирати для себе свій особистий план страхування з використанням такого гнучкого інструменту як «франшиза» або «розмір особистої фінансової участі» застрахованої особи в покритті витрат на ті чи інші медичні послуги. Часто населення країни обирають низьку франшизу і високі щомісячні внески, або навпаки, високу франшизу і низькі тарифи щомісячних страхових виплат [89]. Пропозиції

достатньо гнучкі, різні страхові компанії можуть пропонувати найрізноманітніші страхові плани з різним співвідношенням розмірів внесків і франшизи.

Проте, навіть всіх цих виплачуваних пацієнтами коштів все одно на покриття реальних витрат на охорону здоров'я може не вистачити. Держбюджетам доводиться здійснювати часткове фінансування, кантони забезпечують покриття витрат на 55%, а страхові компанії – 45% [89].

У сфері амбулаторного лікування компанії медичного страхування беруть на себе 100% витрат [89]. Тому внаслідок такої політики, кантони зацікавлені в тому, щоб зробити перебування пацієнта в лікарні якомога коротшим. Слід зазначити, що прагнення віддавати пріоритет амбулаторному лікуванню перед стаціонарним сприймаються в суспільстві достатньо суперечливо та викликає значну критику.

Кожен кантон складає перелік клінік, які мають право відшкодовувати надані ними послуги за рахунок страхових компаній. Ці клініки отримують в своє розпорядження певні додаткові фінансові ресурси з бюджетів цих суб'єктів федерації. Натомість ці лікувальні заклади зобов'язані забезпечувати надання медичної допомоги населенню на основі укладених з кантонами «угод про надання послуг в сфері стаціонарного та амбулаторного лікування» (Leistungsauftrag) [89].

Кантони також визначають, яка клініка, що працює на підставі цієї угоди, буде займатися лікуванням певних типів захворювань і які надавати послуги, контролюючи, щоб не виникала ситуація, коли одна клініка займається лікуванням усіх хвороб. В державній політиці кантонів легше забезпечити якість послуг [81]. Крім того, така спеціалізація дозволяє краще планувати витрати державного бюджету, що підвищує ефективність і забезпечує економію коштів у медичній галузі країни.

Система медичного забезпечення у Нідерландах – це поєднання приватних медичних планів із соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта. У

Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування (базове страхування) й необов'язкове додаткове страхування [91].

Основне медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування не охоплює деяких видів лікування, таких як стоматологічна допомога або фізіотерапія [91]. Громадяни з малим рівнем доходу можуть звернутися за фінансовою допомогою на основну медичну допомогу або, якщо вони хочуть отримати додаткові послуги, але не мають змоги їх оплатити [98].

В цій країні з метою реалізації свого права на охорону здоров'я громадянин має зареєструватися у своїй місцевій раді, щоб отримати номер служби обслуговування громадян (BSN), потім вибрати і зареєструватися на медичне страхування та у місцевого лікаря [98]. Крім того, якщо особа протягом чотирьох місяців не придбала базового медичного страхування, то уряд вживає всі заходи для викорінення незастрахованих осіб. Зокрема, спочатку уряд направить лист з проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Якщо особа протягом вказаного періоду знову не звертається, то на особу накладається штраф. Наприклад, сума штрафу у 2020 році становила понад 400 євро. Крім того, якщо особа не зверталася більше півроку, то буде виписано другий штраф на таку ж суму. І якщо з моменту першого листа уряду пройшло дев'ять місяців, то місцеві органи влади самі зареєструють у страховика особу і з неї буде стягуватися щомісячна компенсація із зарплати [91].

Вдаючись до історичного досвід цієї країни, слід сказати, що з початку 2000-х років в країні відбулося реформування охорони здоров'я. До 2006 року система охорони здоров'я Нідерландів була комбінованою: вона складалася з соціального страхування в поєднанні з багаторічною практикою індивідуального медичного страхування, яким користувалися тільки забезпечені громадяни країни. В результаті реформ 2006 року держава

відійшла від прямого контролю та регулювання різних аспектів охорони здоров'я населення та залучила на ринок медичних послуг приватні страхові компанії та приватний капітал, залишаючи за державними органами лише наглядові функції. В результаті цих реформ відбулася консолідація зусиль страхових компаній і постачальників медичних послуг, що призвело до посилення їх ролі і зміцненню їх позицій на ринку охорони здоров'я. При організації системи охорони здоров'я уряд поставив три головні цілі. Медичні послуги повинні бути: якісними, тобто ефективними, безпечними і пацієнт-орієнтованими; доступними, тобто прийнятними за ціною, по розташуванню і тривалості їх очікування; загальна вартість медичного страхування повинна бути доступною для всіх громадян [100, с.440].

У 2015 році пройшло реформування системи довготривалої медичної допомоги для пацієнтів з хронічними захворюваннями для стримування зростання її вартості [100, с.441]. Сьогодні людей, які потребують такої допомоги, намагаються залишати в звичній домашній обстановці під опікою родичів. При цьому за домашній догляд за хворими відповідають медичні страхові компанії, а соціальний (патронажний) догляд за пацієнтами – забезпечують муніципалітети.

Крім цього, в країні вживаються заходи з профілактики захворювань і пропаганди здорового способу життя. З 2008 року в країні заборонено куріння в ресторанах і барах, а з 2013 року вживаються заходи для обмеження вживання алкоголю в підлітковому віці. Але головними проблемами охорони здоров'я залишаються цієї країни, як і в інших європейських країнах, є старіння населення і зростаюча кількість людей з ожирінням [91].

Отже, особливості правового та фінансового забезпечення громадян різних країн, їх прав на охорону здоров'я та безпечні умови життєдіяльності підводить нас висновків, що на разі не існує єдиної правильної, універсальної моделі фінансового забезпечення та функціонування медичної системи. Зарубіжний досвід показує, що важливу роль у функціонуванні

охорони здоров'я відіграють історичні традиції, культура, цінності та соціальні орієнтири західних суспільств. Фінансові засади системи охорони здоров'я можуть бути удосконалені на основі бюджетного фінансування або медичного страхування.

З метою підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я в нашій країні доцільно запровадити особливу програму медичного страхування з урахуванням соціально-економічних розвитку України. Варто переглянути існуючу національну політику в цій сфері та зосередитися на вирішенні найважливіших проблем в системі медичного забезпечення, розробляти механізми публічного управління, які спрямовані на розвиток таких напрямів охорони здоров'я як: доступність та своєчасність медичних послуг, висока якість медичної допомоги, ефективність. Запровадження в Україні медичного обов'язкового страхування може надати перспективи поліпшення якості та процесу надання медичних послуг, зробить систему медичного забезпечення більш гнучкою та адаптивною, дозволить громадянам вільно обирати заклади охорони здоров'я приватного типу [30].

Дослідження публічного управління, нормативно-правового та організаційного забезпечення системи охорони здоров'я в Японії, США, Канаді, Німеччині, Великій Британії, Австралії, Нідерландів, Швейцарії доводить, що в різних країнах світу безоплатне надання всіх видів й у будь-яких обсягах медичної допомоги для громадян – все ж таки залишається недосяжною метою. Навіть досвід високорозвинених держав показує, що в цих, фінансово стабільних, країнах уряди та муніципальні органи влади не можуть дозволити надавати цілком безкоштовні медичні послуги. Для України актуальним та корисним досвідом є напрями та особливості медичного страхування як основного джерела фінансового підґрунтя для системи охорони здоров'я, де фінансові чинники є ключовими. Тим більше коли йдеться про розвиток приватної медицини.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

3.1. Ліцензування діяльності медичних працівників

В усіх зарубіжних країнах медичні працівники надають медичну допомогу на основі юридично встановленого документу – ліцензії, тобто свідчення про його професійну придатність, яка видається спеціально уповноваженим органом державної влади або відповідною структурою (асоціація лікарів та ін.) Ліцензії надаються на основі професійних досягнень та освіти, досвіду, пройдених курсів підвищення кваліфікації та усіх інших дій, які вказують, що медичний працівник є дійсно фахівцем у своїй галузі [64].

У Великій Британії ліцензування медичних працівників здійснює Загальна медична Рада (General Medical Council) у відповідності до діючого законодавства. Надання будь-якої медичної допомоги як в термінових випадках, так і в інших обставинах є легальним і не залежить від наявності чи відсутності ліцензії, але лікарі, які не мають відповідної ліцензії, позбавляються деяких прав, які пов'язані з медичною діяльністю: наприклад, не можуть вимагати оплати за лікування в суді, виписувати рецепти на медичні препарати, а також не можуть працювати за фахом у лікарнях державної форми власності та інших державних установах [95].

Британські лікарі, які працюють за кордоном, не повинні мати ліцензії, але можуть отримати реєстрацію GMC як підтвердження кваліфікації і належної репутації в Загальній медичній Раді. Медичні працівники, які пройшли реєстрацію та отримали відповідну ліцензію від GMC, автоматично зареєстровані у загальному реєстрі лікарів, що мають право на професійну діяльність у Великій Британії. В цій країні для продовження фахової праці

лікар повинен регулярно поновлювати ліцензію, підтверджувати, що відповідає кваліфікаційним вимогам. Як правило, рішення щодо відновлення ліцензії лікаря приймається кожні 5 років, також медичні працівники, яким була надана ліцензія чи реєстрація GMC, сплачують організаційні внески щороку. Але механізм ліцензування такий, що GMC наполегливо рекомендує медичним працівникам спочатку знайти місце роботи, перш ніж отримати ліцензію, у зв'язку з високою конкуренцією на ринку праці [87].

Також з 2014 року у відповідності до змін в законодавстві GMC має право перевіряти здатність лікарів спілкуватися англійською, мінімальними показниками є критерії та сама система ELTS (International English Language Testing System). Лікарі з країн ЄС, які можуть підтвердити своє громадянство та базову медичну освіту, мають право пройти повну реєстрацію GMC, на основі домовленостей між країнами про взаємне визнання освіти і кваліфікації. Лікарі з країн позаєвропейського економічного простору подають окреме прохання на отримання повної реєстрації, але при умові, що вони можуть підтвердити наявність медичного диплому та фаху, що визнається GMC, і досвід практичної діяльності протягом року. В іншому випадку лікарям з таких країн на початковому етапі може бути надана неповна реєстрація (provisional registration) [88].

Подібна система ліцензування діє в США: для того, щоб отримати дозвіл на роботу в медичній галузі без контролю наукового консультанта (тобто поза навчанням та інтернатурою) усі лікарі мають пройти процедуру ліцензування від ліцензійної ради штату, де вони планують розпочати свою професійну діяльність. Така вимога стосується абсолютно усіх лікарів – як тих, хто навчався у США, так і зарубіжних [86].

Процедура ліцензування складається із системи тестування USMLE (United States Medical Licensing Exam), що містить 4 види тестів. Медичні працівники, які навчалися за межами США, складають такі ж самі тести та оцінюються за тими самими стандартами, що і студенти, які навчались в лікарських навчальних закладах США. Тести USMLE були створені для

перевірки знань та навичок кандидатів, оцінки їх здібності вирішувати проблеми, а не тільки пам'яті. USMLE складається з трьох рівнів, що дають можливість оцінити здатність лікаря використовувати широкий спектр знань, концепцій та принципів, пов'язаних з базовими навичками взаємовідносин лікаря і пацієнта. Медичні працівники з міжнародним медичним ступенем (International Medical Graduates) повинні отримати сертифікат освітньої комісії для іноземних лікарів (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) [84]. Слід також зазначити, що в деяких штатах існують додаткові вимоги до кандидатів на отримання медичної ліцензії.

У Німеччині діє два види ліцензій: Approbation (для громадян країни, які пройшли навчання в Німеччині) та Berufserlaubnis – для іноземних спеціалістів. Після шести років навчання у вищому медичному навчальному закладі лікарі загальної практики мають пройти спеціалізацію протягом чотирьох років [82, с.114]. З 2000 років відбувається зростання попиту та підготовки лікарів сімейної медицини, що пов'язано з кращою підготовкою сімейних лікарів та їх постійним професійним розвитком, який є добровільним, але необхідною умовою подальшої професійної діяльності [82, с.114].

Berufserlaubnis (Беруфсерлаубніс) – це обмежена за часом – максимум до 2 років, ліцензія на лікарську медичну діяльність для фахівців (лікарів, стоматологів, ветеринарів), які отримали вищу медичну освіту за межами Євросоюзу. Крім обмеження за часом роботи в Німеччині, Berufserlaubnis може встановлювати додаткові обмеження на лікарську діяльність, в залежності від федеральної землі Німеччини, отриманої лікарем освіти та інших факторів [44].

Спочатку система допуску до роботи по Berufserlaubnis була розроблена лікарською палатою Німеччини для іноземних фахівців, які приїхали для тимчасової роботи або стажування, що передбачає не тільки спостереження за німецькими колегами, а й особисту участь в роботі з пацієнтами. Для стажування, яке обмежується наглядом за роботою, без

особистої участі, Berufserlaubnis не потрібно. Про стажування в Німеччині, як з правом участі в лікуванні пацієнтів, так і без нього, у нас є окрема стаття Hospitation. Спочатку отримання Berufserlaubnis передбачалося тільки для лікарів, які збираються тимчасово працювати в Німеччині. Зараз Berufserlaubnis отримують практично всі іноземні лікарі, які хочуть працювати в Німеччині довгостроково. Це пов'язано з тим, що видача постійної ліцензії лікаря, яка називається Approbation, з кожним роком для іноземних фахівців ускладнюється. Отримання Беруфсерлаубніс, як тимчасової ліцензії – це важливий, хоча і не обов'язковий, крок для отримання Approbation [44].

Що стосується Японії, то в цій країні системою охорони здоров'я управляє складна система центрального та місцевого контролю. На центральному рівні правила контролю встановлюються Міністерством охорони здоров'я, праці й добробуту, на регіональному рівні префектури відповідають за реалізацію регіональних програм здоров'я та медичного страхування, ліцензуючи діяльність закладів охорони здоров'я та здійснюючи контроль за угодами у відповідності до розпоряджень та інструкцій міністерств. Нагляд за регулюванням медичної допомоги щодо медичного страхування перебуває виключно у сфері відання центрального уряду. Це включає призначення і скасування договорів медичного страхування з постачальниками [35].

В системі ліцензування важливу ролі відіграє Японська медична асоціація – також відома як JMA, яка є найбільшою професійною асоціацією ліцензованих лікарів в Японії. JMA є членом Всесвітньої медичної асоціації з 1951 року і бере участь у всіх рівнях WMA. Регіональні медичні асоціації виникли дуже давно, ще на початку 20 століття, в період після 1906 року, але не існувало національної організації, яка б регулювала 30 000 лікарів, які практикували поза національним університетом та імператорськими військовими лікарняними системами [93, с.56]. Спроба організувати лікарів на національному рівні була зроблена під назвою Японська Союзна Медична

асоціація в 1914 році, але асоціації не вдалося залучити достатню кількість медичних асоціацій префектурного рівня. Восени 1916 року міністром внутрішніх справ була створена Медична асоціація Великої Японії, яка згодом була перейменована в японську медичну асоціацію в 1923 році. ЖМА вимагає, щоб усі японські лікарі, які практикують у клініках та лікарнях, що не входять до лікарняної системи національних та імперських Збройних сил, були членами цієї асоціації. Восени 1947 року асоціація відновила діяльність під назвою «Японська медична асоціація» як неурядова організація, яка раніше мала знаходитися під безпосереднім контролем імперського уряду. Новостворена ЖМА мала конституцію, яка була створена за зразком американської медичної асоціації, з добровільним членством, виконавчими органами, обраними всенародним голосуванням, та діяльністю асоціації, яка велася за допомогою демократичних процедур. Ці дії призвели до прийняття ЖМА до Всесвітньої медичної асоціації в 1951 році [93, с.56].

Основними напрямками діяльності ЖМА є вдосконалення програм університетської медичної освіти, сприяння та підтримка медичних досліджень, забезпечення професійного розвитку шляхом постійного навчання членів та співпраця з національними та міжнародними урядами в рамках спеціальних клінічних проектів охорони здоров'я, такі як медицина допомоги при стихійних лихах тощо [93, с.56].

ЖМА бере участь у політичному лобіюванні з моменту свого створення. Основні сфери інтересів – захист прав лікарів у клінічній практиці, політика, пов'язана з громадським здоров'ям, коригування плати за лікування, встановлену національним органом медичного страхування, та юридичні процедури, пов'язані із зловживанням службовим становищем.

Також протягом майже десяти років Асоціація захищала права лікарів випусувати, розробляти та продавати ліки, що уряд планував скасувати на основі парламентського законопроекту. ЖМА стверджувала, що дохід лікарів лише за системою медичного страхування не є економічно стійким, і тому лікарям потрібно створювати та продавати власні лікарські засоби і ЖМА

вдалося захистити цю практику. На сучасному етапі JMA продовжує лобіювати уряд щодо коригування плати за медичні послуги, яка отримана від національної системи медичного страхування, відповідно до вартості життя. Лобіювання фінансових домовленостей, пов'язаних з адмініструванням універсальної системи охорони здоров'я, також є регулярною областю пропаганди.

Центр сертифікації японської медичної асоціації займається організацією електронної ідентифікації громадян країни, він видає РКІ електронна ідентифікація та облікові дані фізичних осіб, що захищають від шахрайства, які є кібербезпечними для всіх ліцензованих лікарів. Картки, що посвідчують особу, були введені для практикуючих лікарів, щоб вони могли легко ідентифікувати себе під час національних катастроф та надати права доступу до загальнонаціональних безпечних клінічних досліджень та навчальних закладів.

Проект ORCA японської медичної асоціації, тобто комп'ютерні переваги онлайн-квитанції (ORCA) - це Національна інтегрована електронна медична карта пацієнтів JMA. ORCA відповідає за ведення записів приблизно в 15 000 клінік та лікарень [35].

Наступний проект асоціації – Доктор JAL. Це ініціатива японської медичної асоціації та Japan Airlines, яка автоматично реєструє лікарів, які мають ліцензію JMA, на борт літака [35]. Таким чином екіпажі літаків можуть легко ідентифікувати практикуючих лікарів за номером місця під час надання невідкладної медичної допомоги.

Система безперервної освіти японської медичної асоціації може надавати безперервну медичну освіту (СМЕ) і створює систему підвищення кваліфікації для лікарів. Комітет з просування СМЕ був створений в 1984 році як консультативний комітет при JMA, а потім офіційно запущений в 1987 році. Медична бібліотека JMA, в якій зберігаються Спеціалізовані медичні колекції в університетах, управляється через систему безперервної освіти [41, с.33].

Сертифікація японської медичної асоціації – медична система спортивного здоров'я (Nihon ishikai nintei Kenkō Supōtsu Iseido) – це спеціалізоване клінічне підтвердження для лікарів, які працюють у галузі спортивної медицини. Схвалення було введено в 1991 році і вимагає переатестації кожні п'ять років [25, с.144].

Станом на 2015 рік близько 167 000 членів асоціації були зареєстровані в єдиній системі на основі сорока семи префектурних медичних асоціацій. Самозайняті лікарі складають найбільшу кількість учасників, за ними йдуть лікарі в лікарнях або невеликих клініках та мешканці лікарень [25, с.144].

В Австралії діяльність у сфері охорони здоров'я жорстко регламентується за допомогою суспільного і державного регулювання. Для цього було утворено Австралійську раду із стандартів охорони здоров'я, яка проводить добровільну акредитацію лікарень, державні реєстраційні палати в кожному штаті займаються акредитацією медичних працівників [43].

Протягом останніх двадцяти років відбулася активна приватизація, державні заклади перейшли до приватного сектору, який широко задіяний у наданні послуг у державних установах. У більшості регіонів проводиться політика, спрямована на зменшення ролі держави у наданні медичних послуг за рахунок збільшення ролі недержавного і приватного секторів.

Що стосується нашої країни, то у відповідності до національного законодавства (Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та Постанови КМУ №285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики») медична діяльність може здійснюватися також на основі відповідної ліцензії, яка видається міністерством охорони здоров'я на підставі звернення та за умови відповідності кандидата визначеним вимогам [16; 46].

У країнах, де переважають приватні сімейні лікарі, ліцензування включає в себе професійний розвиток лікаря, що є обов'язковим для продовження медичної ліцензії. Це поняття було введено Всесвітньою федерацією медичної освіти у 2001 році замість терміну «безперервна

медична освіта», який використовувався раніше [25, с. 144]. Всесвітня федерація медичної освіти виділяє три етапи підготовки медичних працівників:

- інтернатура – система підготовки лікарів, де вперше здобуваються спеціальність та право на практику
 - післядипломна освіта, тобто навчання в інтернатурі, резидентурі чи на циклах спеціалізації, де отримують власне спеціальність;
 - безперервний професійний розвиток – освіта, яка триває все життя.
- Близькими до цієї універсальної лікарської моделі є схеми підготовки медичних сестер, фельдшерів, парамедиків, провізорів, фармацевтів, військових медиків [25, с. 144].

Кожен із трьох освітніх процесів передбачає постійне вдосконалення, усунення накопичених вад або незрозумілих моментів.

Вітчизняна система безперервного професійного розвитку існує багато років, але на законодавчому рівні офіційно цю дефініцію не визначено та немає стандартів для різних категорій медиків. Дехто із вчених, наприклад, Ю.В. Вороненко вважає, що в українських реаліях слід ввести професійне ліцензування кожного лікаря при отриманні ним нової спеціальності замість архаїчних кваліфікаційних категорій, які втратили свою мотивуючу функцію [41, с.33].

Для продовження дії ліцензії необхідно кожні п'ять років проводити атестацію з урахуванням щорічно накопичених лікарем навчальних кредитних балів, а для моніторингу безперервного професійного розвитку створити систему електронних портфоліо. До ліцензування можна залучити громадські професійні об'єднання [41, с. 33]. Необхідно також модернізувати перелік і значимість різних форм підвищення кваліфікації: крім традиційних передатестаційних циклів та тематичного вдосконалення, враховувати акредитовані майстер-класи, тренінги, самоосвіту через дистанційні освітні ресурси, в тому числі й зарубіжні.

3.2. Можливості удосконалення фінансування медичних послуг в Україні на основі зарубіжного досвіду

На основі аналізу особливостей систем охорони здоров'я в різних країнах світу, можемо узагальнити їх фінансову систему та засади фінансування галузі. Описаний вище досвід та проаналізований обсяг літератури свідчить, що найбільше лікарень мають такі країни, як Китай, Індія, В'єтнам, Нігерія, Японія, Єгипет, Південна Корея, Бразилія і США. Статистичні джерела на основі Medical Device-Network показали, що у країнах ЄС функціонує близько 7200 лікарень [88].

За формою власності лікарні розподіляються на державні (public) і приватні (private), які поділяються на комерційні (for-profit) і некомерційні (notfor-profit). Наприклад, 2/3 всіх міських лікарень у США – приватні некомерційні, 1/3 розподілена між комерційними і державними лікарнями. Державні лікарні перебувають у підпорядкуванні уряду США і мають спеціальні податкові пільги [86]. Але незалежно від форми власності, всі лікарні надають практично аналогічні види основних медичних послуг, управління персоналом здійснюється на одних і тих же засадах, залучають працівників з практично однаковим рівнем підготовки та функціонують у відповідності до стандартних положень та умов діяльності.

В країнах ЄС відбуваються певні зміни форми власності, що пов'язано зі зміною статусу лікарень та перехід до іншої форми управління – як некомерційні організації, а в деяких випадках як комерційні, що надає можливості для організації, управління та підвищення економічної діяльності в умовах розвитку ринкових відносин, підвищує доступність до ринку капіталу та інвестицій без необхідності погодження з власником, якими були уряди або муніципальні органи влади [71]. Наприклад, в Бельгії, Нідерландах, Португалії лікарням надано можливість залишати собі додатковий чи звичайний прибуток в повному чи частковому обсязі, з метою

подальшого використання для фінансування постійних або інвестиційних витрат [85, с.39].

В країнах ЄС відбувається зміна форми власності державних лікарень, які раніше знаходились у державній власності й передача регіональним або місцевим органам влади, наприклад, госпітальні трасти, регіональні госпітальні трасти, окружні ради, ради графств, що відображає подальші напрями в світлі формування нових госпітальних округів та консорціумів. З точки зору географічної доступності на територіальному рівні та у вигляді територіальних монополій підвищується конкурентоспроможність лікарень у наданні медичних послуг населенню [85, с.39-41].

З цього приводу цікавий досвід щодо об'єднання лікарень у Нідерландах, який ґрунтується на необхідності забезпечення ефективності і вертикальної інтеграції між замовником і лікарнями. М.Каной та В.Саутер зазначають, що «цей процес потребує зваженого підходу, оскільки отриманий результат значно залежить від державної політики (наприклад, протидія банкрутству чи попередження надмірного впливу медичних працівників)» [77, с.4].

Аналіз статистичних показників та фінансових звітів Організації економічного співробітництва і розвитку (OECD, Health System Characteristics Survey), Євростату, ВООЗ вказує, що державні видатки для забезпечення систем охорони здоров'я в таких країнах, як Австралія, Канада, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Ірландія, Італія, Іспанія, Нова Зеландія, Норвегія, Португалія та Велика Британія коливаються в межах від 50% (Кіпр) до 86% (Данія) у структурі загальних витрат цих країн на охорону здоров'я [58].

Системи охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Нідерландів, Чехії, Польщі, Угорщині, Японії, Кореї, Люксембурзі, Словаччині і Швейцарії фінансуються за рахунок фондів соціального страхування на рівні 50-80% від загальних витрат на охорону здоров'я [58].

В таких країнах як Греція, Мексика, Туреччина у фінансуванні системи

охорони здоров'я домінує тільки одне з фінансових джерел, вони фінансуються або за рахунок державних бюджетів, так і фондів соціального страхування. В Кореї, Мексиці, Греції та Швейцарії наявна достатньо велика частка приватних витрат у загальному обсязі витрат: 40%, 55%, 44% і 41% відповідно, що значно переважає нелегальні платежі від населення [58]. У більшості країн ОЕСР парламент як законодавчий орган здійснює керівництво розробкою та прийняттям відповідної політики, а також приймає державно-управлінські рішення щодо обсягів фінансування системи охорони здоров'я.

В інших країнах, наприклад, в Греції, Чехії, Японії, Люксембурзі, Нідерландах, Іспанії, Швейцарії, рішення щодо умов та особливостей фінансування медичної галузі приймаються парламентом та центральним або федеральним урядом, встановлюються податки та рівні соціальних внесків та страхування громадян. В Австралії, Канаді, Італії та Великій Британії рішення щодо бюджету на центральному, та і регіональному/муніципальному рівнях. У Австрії, Польщі та Швеції три рівні уряду беруть участь у цьому процесі. В Іспанії регіони приймають відповідні рішення, в той час як у Фінляндії – муніципалітети.

Федеральні уряди визначають бюджетну та податкову політику в частині системи охорони здоров'я в Канаді, Італії, Швеції та Великій Британії. Муніципальні органи влади Фінляндії і Швеції також беруть участь у процесі прийняття рішень щодо організації системи охорони здоров'я та розвитку фінансового забезпечення галузі.

Фонди соціального страхування також можуть виступати самостійними суб'єктами формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я: долучаються до діяльності уряду щодо визначення розміру соціальних внесків в Японії та Південній Кореї, у Люксембурзі фонди медичного страхування питання фінансування вирішують самостійно, в Швейцарії, Греції та Нідерландах окремі фонди встановлюють рівень внесків. Загалом і більшості країн формування бюджету та засад

фінансування медичної галузі є прерогативою центрального уряду.

Не менш цікаве питання щодо розподілу ресурсів між регіонами та секторами охорони здоров'я, оскільки така координація не завжди є результатом прийняття рішень. У країнах, які характеризуються системами обов'язкового медичного страхування, розподіл ресурсів між секторами охорони здоров'я здійснюється постфактум. Але в більшості країн ресурси розподіляються між регіонами, парламентом або центральним урядом. У Нідерландах та Словаччині фонди медичного страхування беруть участь у процесі прийняття рішень, особливо, що стосується розподілу ресурсів між секторами охорони здоров'я, такі рішення частіше приймаються спільно з фондами соціального страхування [55, с.171].

Визначення способів оплати лікарень, як правило, здійснюється більш централізовано, а відповідальність за встановлення методів оплати медичних працівників та закладів охорони здоров'я часто розподіляється між різними зацікавленими сторонами, у тому числі фондами медичного страхування і лікарями. Законодавчі органи або центральні органи влади найчастіше беруть участь в ухваленні рішень, які стосуються методів оплати праці лікарів: у Великій Британії цю відповідальність покладено на центральний і регіональні уряди; в Канаді та Іспанії рішення приймають провінційні або регіональні органи влади [52].

Питома вага видатків на лікарські засоби та вироби медичного призначення також відрізняється залежно від країни і коливається від 8,2 до 16%: Швейцарія, Швеція, Нідерланди, Данія, Люксембург, Кіпр, тільки до 42% в Болгарії [58]. Слід зазначити, що фінансування медичних закладів, які надають медичну допомогу при гострих станах, у більшості країн ОЕСР змішане: різноманітні комбінації методів оплати, однак усі вони забезпечують надання якісних та ефективних медичних послуг в разі екстрених випадків. Загалом медичні заклади фінансуються за методом оплати за пролікований випадок та проспективного глобального бюджету, призначеного для покриття конкретних категорій витрат. Фінансування на

основі глобальних бюджетів надає медичним установам гнучкість та адаптивність у розподілі ресурсів. Наприклад, лікарні в Португалії та Люксембурзі фінансуються виключно на основі глобальних бюджетів [49].

За висновками міжнародних експертів, обидва бюджети (постатейний та глобальний) не стимулюють до нарощення обсягів послуг, принаймні у короткостроковій перспективі, в деяких випадках виникає потреба у коригуванні попиту на послуги через запровадження листів очікування. Багато країн поєднує глобальні бюджети з оплатою за проліковані випадки, в такому разі глобальний бюджет використовується для покриття 50% і більше послуг лікарняного сектору (Канада, Австралія, Данія, Ірландія, Нідерланди, Норвегія, Чехія), водночас у Великій Британії і Швеції реалізується механізм оплати за пролікований випадок [49]. Рівень регулювання прийняття рішень щодо використання оплати за послугу як основного методу оплати відображено в Додатку Б. Медичні заклади, які забезпечують послуги інтенсивного лікування (у Фінляндії, Франції, Німеччині, Угорщині, Італії, Польщі і Словаччині) фінансуються виключно за методом оплати за пролікований випадок. В Японії і Південній Кореї, а також в Бельгії застосовують комбінації методів оплати: оплату за послугу/процедуру/ліжко-день для оплати лікарняних послуг лікарень інтенсивного лікування. У Швейцарії кантони обирають метод оплати лікарень – 2/3 кантонів використовують оплату за пролікований випадок, інші – глобальний бюджет [7, с.127]. У цілому оплата лікарняних послуг в країнах, де основним джерелом фінансування є кошти фондів загальнообов'язкового медичного страхування, і країн, що використовують як джерело фінансування медичної системи загальні податки, відрізняються. Зокрема у країнах із загальнообов'язковим медичним страхуванням державні і приватні некомерційні лікарні фінансуються за методом оплати на основі добровільної системи страхування, приватні комерційні лікарні – оплати за послуги (крім Іспанії).

Аналізуючи засади фінансування в галузі охорони здоров'я в різних країнах, ми не можемо не зважати на загальносвітові тенденції щодо уповільнення соціально-економічного розвитку протягом останнього десятиліття. Такі тенденції негативно позначаються на чутливій сфері як охорона здоров'я, визначають її здатність забезпечувати медичні послуги у відповідності до міжнародних принципів.

В попередніх розділах ми побачили, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в більшості країн є внески на обов'язкове медичне страхування, які відраховуються на паритетній основі роботодавцями та найманими працівниками. Дефіцит фондів обов'язкового і приватного медичного страхування покривається за рахунок державних кредитів або видатків. На фінансування охорони здоров'я направляються також кошти, які надходять від добровільного медичного страхування за рахунок роботодавців або за рахунок власних коштів громадян. Найбільшого поширення механізм добровільного медичного страхування отримав в Німеччині та Нідерландах.

В більшості держав оплата медичних послуг та медикаментів може також здійснюватися за рахунок власних коштів пацієнтів, що пов'язано з тим, що медичне страхування не завжди покриває всі витрати на надання медичної допомоги, водночас структура особистих витрат пацієнтів на співфінансування охорони здоров'я не характеризується уніфікованістю та однорідністю [31, с.189]. Досить висока їх частка в таких країнах, як Італія і Греція, що пояснюється превалюванням індивідуальних доплат громадян на придбання ліків і оплату медичних послуг, а в Німеччині, Франції та Бельгії основна частина витрат акумулюється у фондах страхових медичних компаній, що надають послуги в рамках добровільного медичного страхування [22]. Це обумовлено розвиненим ринком страхових компаній, їх численністю, зростанням конкуренції, що в цілому дає можливість страховим медичним компаніям здійснювати успішну інвестиційну діяльність.

Що стосується нашої країни, то в Україні достатньо тривалий час функціонувала модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає спрямування бюджетних коштів на утримання медичної інфраструктури [22].

Упродовж багатьох років в Україні функціонувала модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачала спрямування бюджетних коштів переважно на утримання медичної інфраструктури. Громадяни країни були обмежені в доступі до якісних медичних послуг, медичні заклади не були забезпечені необхідним медичним обладнанням. В цілому можемо визначити основні проблеми фінансового характеру в медичній системі України:

- низька якість та ефективність надання медичних послуг;
- фінансова незахищеність населення та відсутність фінансових гарантій медичного забезпечення;
- неефективне витрачання бюджетних ресурсів та ін. [38, с.169; 50].

Через зазначені проблеми Міністерство фінансів України активно долучилося до реформування медичної системи країни, спільна співпраця органів державної виконавчої влади центрального рівня дозволило сформулювати подальші напрями трансформації медичної системи країни (рис.3.1.)

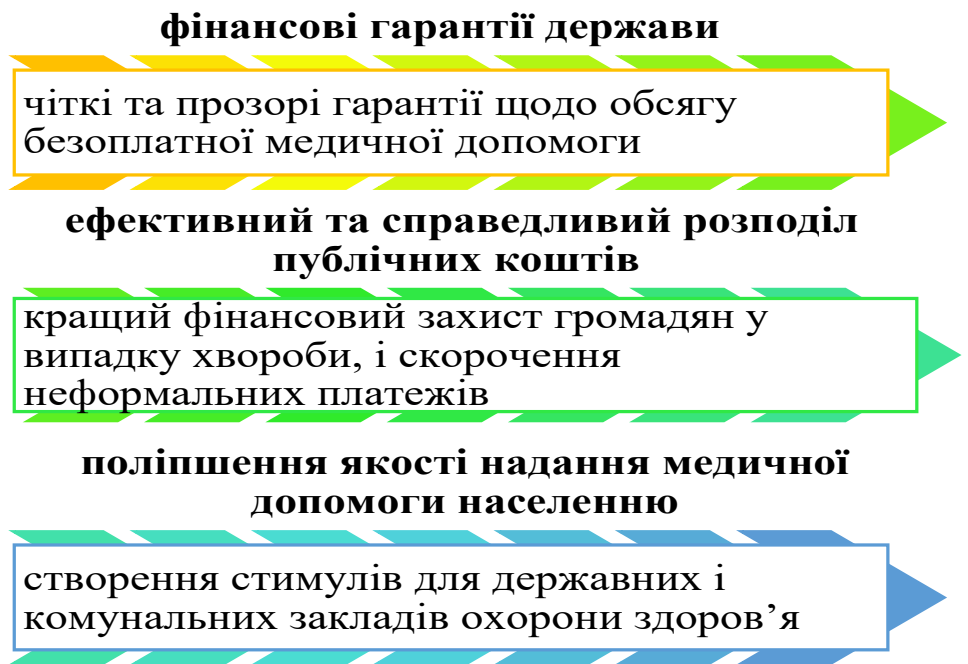


Рис.3.1. Основні напрями реформування фінансового забезпечення медичної галузі України

КМУ було прийнято відповідну Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка відобразила основні етапи та покроковий план впровадження реформи [50]. Серед основних завдань реформування медичної системи було обґрунтовано перехід від фінансування медичних послуг за статтями до фінансування за результатами діяльності. Цей напрям може сприяти підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я та оптимізувати підходи щодо схеми її фінансування. Серед основних змін, які передбачені в Концепції, можна виділити такі:

- запровадження єдиного національного замовника медичних послуг;
- впровадження гарантованого державою пакету медичної допомоги;
- обґрунтування нових механізмів та методів діяльності місцевої влади в сфері реалізації повноважень в галузі охорони здоров'я;
- автономізація закладів охорони здоров'я як основних постачальників медичної допомоги;
- реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

- розбудова сучасних електронних сервісів та удосконалення управління інформацією в системі охорони здоров'я [50].

Восени 2017 року було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [17], у відповідності до якого держава на основі Державного бюджету України у межах програми медичних гарантій повинна реалізовувати фінансування необхідних медичних послуг та лікарських засобів для населення.

Програма медичних гарантій – це пакет медичних послуг, який гарантується державою та ґрунтується на пріоритетах системи охорони здоров'я України, встановлений в межах обсягів та можливостей державного фінансування, і охоплює послуги екстреної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної допомоги, реабілітації, включає медичну допомогу дітям, яким не виповнилось 18 років, та медичний супровід вагітності та пологів [17]. Skorистатися програмою медичних гарантій може кожен громадянин України, а також особи, прирівняні до громадянства.

Фінансування програми медичних гарантій визначається Законом України про Державний бюджет України і складає не менше 5% ВВП держави, при цьому видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету [18; 39].

Протягом десятиліть видатки на медицину практично ніколи не перевищували 3%. При підготовці проекту державного бюджету на 2021 рік міністр фінансів С.Марченко зазначав, що збільшення фінансування охорони здоров'я до 5% може статися в 2023 році як результат поступової динаміки з закладених у 2021 році 4,2% ВВП [18; 39].

Для реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення було утворено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) відповідною постановою КМУ [42; 45]. Ця структура є основним замовником медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, і укладає договори про медичне обслуговування із закладами охорони здоров'я усіх форм власності та

фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію на провадження медичної практики.

Також з метою підвищення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я було запропоновано механізм зміни їх статусу та реорганізація у комунальні некомерційні підприємства, що було зроблено на принципах автономізації. Медичні заклади отримали можливість укладати договори з НСЗУ й отримувати пряме бюджетне фінансування за надані медичні послуги [42]. Такий механізм дозволив відійти від системи медичних субвенцій із Державного бюджету.

Договори про медичне обслуговування укладаються у відповідності до закладеної в бюджеті суми на певний період на основі вартості та обсягу медичних послуг, замовником яких виступає держава або органи місцевого самоврядування. Вартість такої медичної послуги розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для їх надання [42].

Таким чином, це дозволило НСЗУ реалізувати основний принцип медичної реформи – «гроші йдуть за пацієнтом», сплачуючи вартість реально наданих медичних послуг [42; 56]. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» дозволяє особі звернутися до конкретного лікаря за медичною допомогою, а держава оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнту. На основі таких заходів із зміни фінансування медичної системи вдалося відійти від фінансування оплати за ліжко-місця [39].

Громадяни України отримали можливість самостійно обирати лікаря та укладати з ним декларацію про співпрацю, комунальні медичні заклади, де працюють сімейні лікарі, перейшли на оплату послуг за контрактами з НСЗУ, таким чином заклади охорони здоров'я стали більш самостійними та фінансово незалежними та отримали можливість вільно розпоряджатися своїм бюджетом, незалежно від тарифної сітки та штатного розпису.

Керівники закладів охорони здоров'я почали опікуватися питаннями розвитку ввірених медичних закладів, залучення інвестицій, визначення пріоритетів у діяльності, закупівля медичного обладнання та ін.

Таким чином, практично всі комунальні медичні заклади усіх рівнів: районні, міські, обласні лікарні залучилися до реформи і почали отримувати кошти за договором з НСЗУ. У 2020 році НСЗУ уклала 3862 договори з 1675 закладами спеціалізованої та екстренної медичної допомоги та виплатила 56,2 млрд. грн. Відповідно до пріоритетних пакетів послуг заклади охорони здоров'я надали допомогу майже 29 тис. дітей за пакетом «неонаталогія»; 58 тис. пацієнтів отримали допомогу при інсульті; 16 тис. пацієнтів з інфарктом міокарда; 230 тис. пацієнтів отримали пацієнти на амбулаторному етапі з метою ранньої діагностики онкологічних захворювань; в рамках пакету «пологи» надали послуги 187 тис. жінок. За ці пріоритетні послуги у 2020 році НСЗУ сплатила 4,3 млрд. грн. [42].

Протягом 2020-2022 років триває черговий етап реформування медичної галузу України, у відповідності до Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» зі змінами та Бюджетного кодексу України з 1 квітня 2020 року, надання медичної субвенції місцевим бюджетам не передбачено [17; 18]. У 2020 році реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення визначила необхідність у коштах для забезпечення оплати послуг, пов'язаних з наданням медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 [42].

Слід зважати, що державний бюджет України до 2022 року виконувався в складних макроекономічних умовах, які були пов'язана з пандемією та карантинними заходами, однак завдяки послідовній фінансовій політиці КМУ було накопичено такі обсяги доходів бюджету, які надали можливість профінансувати медичну галузь у відповідних обсягах. У 2020 році касові видатки Державного бюджету на охорону здоров'я склали в сумі 124,9 млрд. грн., що становить 9,7% загальної суми видатків державного бюджету і на 86, 4 млрд. грн. (або 223%) більше, ніж у 2019 році [42]. Найбільшу частку в структурі видатків на охорону здоров'я становили

видатки на іншу діяльність (90%) та лікарні та санаторно-курортні заклади (6%). (Додаток А).

У 2021 році видаткова частина Державного бюджету України на охорону здоров'я зросла на 30,29%, порівняно з 2020 роком, і склала 172,9 млрд. грн. Таке зростання обумовлене зміною механізму надання медичних послуг, оскільки програма медичних гарантій 2021 стартувала у квітні цього року, яка передбачала пакет вакцинації від COVID-19, у зв'язку з цим бюджет Програми медичних гарантій у 2021 році порівняно із 2020 збільшився на майже 35 млрд. грн. і склав становить 124 млрд. грн. [42].

У відповідності до програми фінансові ресурси були розподілені за такими статтями: екстрена медична допомога – 14,0 млрд. грн., ПМСД – 20,7 млрд. грн., медична допомога пацієнтам з COVID-19 - 10,0 млрд. грн., лікування онкологічних захворювань – 4,7 млрд. грн., медична допомога вагітним, породіллям та новонародженим – 6,0 млрд. грн., лікування пріоритетних серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркти та інсульти – 3,7 млрд. грн., лікування пацієнтів із нирковою недостатністю в амбулаторних умовах – 3 млрд. грн. тощо. [42] На централізовану закупівлю ліків було передбачено 10,5 млрд. грн., що на 28% більше, ніж у 2020 році. Також слід сказати, що збільшилися видатки на підготовку і підвищення кваліфікації працівників в галузі охорони здоров'я та на розвиток екстреної медичної допомоги. У відповідності до Державного бюджету на 2021 рік було виділено 2,6 млрд. грн. на проведення вакцинації населення проти COVID-19, замість 15,1 млрд. грн., які було запропоновано МОЗ. Таку ж суму було виділено за статтею «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» [42].

Крім іншого заплановано фінансування модернізації й оновлення матеріально технічної бази, реконструкції споруд закладів охорони здоров'я, державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», лікування громадян України за кордоном.

Місцевим бюджетам була передбачена субвенція для підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в загальному обсязі майже 3 млрд грн. [42]

Згідно Державного бюджету на 2022 рік серед пріоритетів було визначено належне фінансування для надання якісних медичних послуг для усіх громадян, підвищення оплати праці медичним працівникам, на розвиток галузі у бюджеті було передбачено 192,5 млрд. грн., у тому числі на реалізацію Програми медичних гарантій – 157,5 млрд. грн. Також у бюджеті передбачено низку таких видатків:

- на забезпечення та розвиток трансплантації в Україні органів та інших анатомічних матеріалів і лікування громадян України за кордоном (1,5 млрд. грн.);
- на придбання дороговартісного медичного обладнання для створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я (2,7 млрд. грн.);
- на підвищення рівня заробітної плати лікарів. Базовий рівень заробітної плати в 2022 році у лікарів мав досягти рівня 20 тис. грн., у середніх медичних працівників 13,5 тис. грн. [42]. Серед інновацій було закладено виплати працівникам закладів охорони здоров'я у зв'язку з їх переїздом на нове місце роботи або, в разі необхідності, оплата перекваліфікації для забезпечення спроможної мережі лікарень у кластерних округах.

ВИСНОВКИ

В ході виконання визначених завдань магістерського дослідження було досягнуто мету щодо комплексного дослідження зарубіжного досвіду управління системами охорони здоров'я та можливості адаптації кращих практик у вітчизняній галузі охорони здоров'я, що також дозволило сформулювати наступні висновки та пропозиції.

1. Систематизація наукових праць, які присвячені вивченню зарубіжного досвіду щодо організації та управління медичними системами, дозволила констатувати, що достатньо широко висвітлені питання моделей організації систем охорони здоров'я, фінансові засади медичних систем, особливості управління в країнах ЄС, висвітлюється діяльність міжнародних організацій в медичній галузі. Водночас у вітчизняній літературі практично відсутні дослідження щодо реформування та трансформації вторинного рівня медичної допомоги, що наразі є актуальним питанням для України, а також питання кадрового забезпечення та управління закладами охорони здоров'я на засадах менеджменту.

2. Досліджено концептуальні положення щодо забезпечення права на охорону здоров'я в різних країнах світу та Україні. Україна запровадила систему охорони здоров'я, яка має риси моделі Беверіджа, тому що характеризується такими чинниками як спільна відповідальність держави та суспільства, солідарна система оплати медичної допомоги, виокремлення рівня ПМСД та ін. Ми побачили, що при виробленні рекомендацій щодо адаптації кращих практик з організації та розвитку медичної системи необхідно звертати особливу увагу на модель управління, оскільки методи, які притаманні певній медичній системі не можуть бути адаптовані у вітчизняних реаліях. В Україні дотримуються основних взятих зобов'язань в рамках міжнародної політики в галузі охорони здоров'я. Наприклад, це стосується принципу щодо заборони регресу та погіршення стану національної системи охорони здоров'я, що на нашу думку, забезпечується навіть в умовах воєнного стану. Реалізовується принцип реімбурсації та референтне ціноутворення в медичній галузі України. Але є негативні тенденції, що пов'язані зі доступом до медичних послуг, наприклад, для сільського населення.

3. Визначено основні характеристики системи охорони здоров'я в різних країнах на основі моделей Бісмарка, Беверіджа та приватної. Дослідження проводилося на основі вивчення досвіду таких країн як США,

Японія, Канада, Велика Британія, Німеччина, Швейцарія, Нідерланди. В Японії діє національна система страхування здоров'я та система страхування осіб найманої праці, яка є найбільшою. Медична система характеризується широкими можливостями в доступі до медичних послуг і не має обмежень щодо вибору лікаря. У більшості медичних послуг передбачено часткову участь пацієнтів в обсязі від 10 до 30%. Модель публічного управління в медичній галузі ґрунтується на чотирьох основних рівнях: уряд, префектура, муніципальні органи влади та медичні центри.

Модель США побудована таким чином, що громадяни самі обирають страхові компанії та оплачують медичне страхування, щоб покрити більшу частину своїх витрат на охорону здоров'я, що надає можливості уникати заборгованості та покривати рахунки за отримані медичні послуги. Але досвід США в Україні складно запровадити через відсутність таких потужних страхових компаній в медичній сфері. Наприклад, в США такі компанії надають достатньо широкий спектр фінансування різноманітних пакетів послуг. Але для нашої країни є цікавим досвід державних програм Medicare та Medicaid, які могли б бути цілком впроваджені та підвищити ефективність медичного забезпечення для окремих категорій населення. Також не можна не відзначити рівень інноваційного розвитку в медичній системі цієї країни.

В Австралії держава забезпечує високоякісну та доступну медичну допомогу і виступає гарантом для безкоштовне лікування в державних закладах охорони здоров'я, але це не виключає механізму добровільного приватного медичного страхування, ця система є найбільш цікавою для України. В Канаді існує декілька рівнів управління та надання медичної допомоги – центральний (федеральний) та муніципальний, фінансування здійснюється на основі податкових надходжень (понад 70% формується із податків). Канадська програма Medicare вважається однією з найкращих у світі, тому для України це міг би стати потужний напрям подальшого удосконалення системи медичного забезпечення.

Досвід Великобританії є корисним з точки зору вивчення діяльності Національної служби охорони здоров'я (NHS), на основі якої була утворена НСЗУ. Але у цій країні існує також й приватне медичне страхування. Слід також сказати, що у кожному регіоні Великобританії існує власний офіс NHS.

Система охорони здоров'я Німеччини сформувалася дуже давно – ще у 1880-х роках, в процесі розвитку медична система цієї країни вважається однією з найкращих моделей, сьогодні вона поєднує дві форми фінансування – державну та приватну. При чому найменш заможним верствам населення гарантується державний захист та фінансування медичних послуг.

У Швейцарії достатньо розвинутий рівень приватного страхування, але при цьому страхові компанії не мають права вибирати пацієнтів, а зобов'язані застрахувати будь-яку людину, обирати клієнтів страхові компанії можуть тільки в разі додаткового приватного добровільного страхування. В цій країні застрахованим громадянам надається можливість обирати для себе свій особистий план страхування на основі «франшизи» або «розміру особистої фінансової участі», дуже часто громадяни обирають низьку франшизу і високі щомісячні внески, або навпаки, високу франшизу і низькі тарифи щомісячних страхових виплат. Пропозиції достатньо гнучкі, різні страхові компанії пропонують широкий пакет послуг, що можна варіювати. У Нідерландах система медичного забезпечення поєднує приватну медицину із соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта. У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування та додаткове страхування.

4. Встановлено особливості ліцензування лікарів та закладів охорони здоров'я. В нашій країні відзначається значний прогрес у ліцензуванні медичної діяльності, оскільки сучасна система відповідає міжнародним вимогам щодо медичної діяльності. В українських реаліях, так само, як й в закордонних установах діють вимоги щодо приміщення кабінету

лікаря; щодо медичного обладнання; до медичного персоналу. У вітчизняному законодавстві визначено, що медичною практикою можуть займатися особи, які пройшли відповідне навчання та отримали спеціальну освіту, і при цьому відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам (рівень освіти, напрям підготовки, спеціальність або спеціалізація за фахом), що є уніфікованим вимогами на міжнародному рівні, але цей процес ще не завершений і потребуватиме подальшого удосконалення, оскільки в більшості країн ліцензійні вимоги достатньо складні і захищають національні освітні системи та ін. Цілком із зарубіжної практики взято розмежування посад в закладі охорони здоров'я на головного лікаря та медичного директора, лише недавно з'явилися кваліфікаційні вимоги до цих посад.

5. Обґрунтовано можливості удосконалення фінансування медичних послуг в Україні на основі зарубіжного досвіду. До основних напрямів оптимізації фінансування закладів охорони здоров'я на сучасному етапі слід віднести подальші напрями кластеризації та формування медичних кластерів, що повинно покращити доступ населення до медичних послуг, сприяти проведенню інфраструктурної моделі охорони здоров'я. А також переглянути систему оплати праці медичних працівників, що дозволить підвищити якість кадрового складу закладів охорони здоров'я, доцільно визначити надбавки результати інноваційної діяльності та використання експериментальних методів лікування, розширити перелік платних медичних послуг державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні // Причорноморські економічні студії. – 2018. – Вип. 27. – С. 93-97.
2. Бондарєва Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги

на базовому рівні: механізми державного регулювання: дис. ... канд. наук з держ. упр. Івано-Франківськ, 2014. - 263 с. // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf

3. Борисюк О.В. Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій // Молодий вчений. – 2017. – № 4. – С. 5-8.

4. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я // Форум права. – 2011. – № 2. / [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23.

5. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: дис. ... канд. наук з держ. упр. – Запоріжжя, 2019. – 23 с. // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf

6. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». – Одеський державний університет внутрішніх справ. – Одеса, 2018. – 215 с.

7. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Юридичні науки». – 2016. – № 4. – С. 120-131.

8. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки // Наукові записки. Серія «Економіка». Острог: Вид-во НУ «Острозька академія», 2013. – Вип. 23. – С. 216-221.

9. Горін В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах : висновки для України // Світ фінансів. – 2014. – № 1. – С. 195-204.

10. Гречківська Н. Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу // Медична наука та практика: виклики і сьогодення. –

2017. – С. 77-82.

11. Декларація Всесвітньої медичної асоціації «Декларація стосовно ролі лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем» від 01.09.1988 // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_036

12. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

13. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ : НАДУ, 2013. – 310 с. / Охорона здоров'я в Канаді, медицина. Усе про Канаду // <https://canadaua.ca/archives/450>.

14. Європейська соціальна хартія Ради Європи від 3 травня 1996 року. // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062

15. Загальна декларація прав людини Організації Об'єднаних Націй від 10 грудня 1948 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення 10.01.2020).

16. Закон України від 2 березня 2015 року «Про ліцензування видів господарської діяльності» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

17. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2168-19>

18. Закон України від 15 грудня 2020 року № 1082-IX «Про Державний бюджет України на 2021 рік» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text>

19. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні // Економічна теорія та право. – № 1(20). – 2015 /

[Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.Pdf>

20. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 «Механізми державного управління», Національний університет цивільного захисту України. — Харків, 2020. — 280 с.

21. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/8f.pdf>

22. Кнейслер О.В., Шупа Л.З. Вектор розвитку медичного страхування у контексті сучасної медичної реформи в Україні // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://sf.tneu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1077/1082>.

23. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. — Тернопіль, 2019. — 36 с.

24. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я // Український науково-медичний молодіжний журнал. — 2012. — № 2. — С. 16-22 / [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmmj_2012_2_5

25. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів // Державне управління та місцеве самоврядування. — 2016. — Вип. 2(29). — С. 143-146.

26. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18 грудня 1979 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207

27. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини від 20 листопада 1989 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу:

https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021

28. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13 грудня 2006 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

29. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід // Подільський науковий вісник. – Серія «Економіка, педагогіка». – 2018. – № 3. – С. 170.

30. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. – Серія «Економіка і менеджмент». – 2017. – Вип. 24 (2). / [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11.

31. Кропельницька С., Гринів Л., Гринів Н. Перспективи розвитку медичного страхування в умовах соціально-політичного становища України на шляху до євроінтеграції // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. – 2014. – Вип. 10. – С. 180-190.

32. Лазоришинець В., Слабкий Г., інші. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. – Київ, 2014. – 312 с.

33. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. – Київ, 2018. – 43 с.

34. Маркіна А.А. Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні. Автореф. дис.. канд. юрид. Наук за спец. 12.00.07. – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право.

35. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії // Медицина світу. – 2013. – № 11 / [Електронний ресурс]. — Режим доступу: URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.

36. Міжнародна конвенція ООН про ліквідацію всіх форм расової

дискримінації від 21 грудня 1965 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105

37. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права Організації Об'єднаних Націй від 16 грудня 1966 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042

38. Міщенко Д., Міщенко Л. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення // Економічний простір. – 2016. – № 106. – С. 168-177.

39. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку // Підприємництво, господарство і право. – 2019. – № 2. – С. 110-114.

40. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я // Вісник АПСВТ. – 2020. – № 1-2.

41. Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє / Ю.В. Вороненко // Медична освіта. – 2017. – № 3. – С. 32-35 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua>

42. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://nszu.gov.ua>.

43. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу): інформаційна довідка: Європ. Інфор.-дослід. центр. Програма USAID «Рада: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво», Фонд «Східна Європа» // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

44. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг // Причорноморські економічні студії. 2017. – Вип. 14. // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7.

45. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року

№1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

46. Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року №285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» // Офіційний вісник України. 2016. №30. Ст.1184

47. Приказюк Н.В., Березіна С.Б., Романченко М.І. Перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування на шляху реформування галузі охорони здоров'я України // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного Університету. Серія: Економіка і менеджмент. – № 21. – 2016. – С. 138-142.

48. Принципи Всесвітньої медичної асоціації «Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я» від 01.10.1963 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_004

49. Реформа больниц в новой Европе / Martin McKee and Judith Healy [eds.]. – Open University Press, 2020, World Health Organization, 2002. – 295 p.

50. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1013р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» // Електронний ресурс – [Режим доступу]: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013_2016%D1%80/page

51. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, – 2016. – 22 с.

52. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України: проект «Популярна економіка: моніторинг реформ (№ 8) 12.12.2012 року: Місячний звіт // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf.

53. Ситенко О.Р., Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/giirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/VSG_2014_2_5.pdf.

54. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. – 536 с.

55. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я // Часопис Київського університету права. – 2018/9. – № 2. – С. 168-173.

56. Трансформація. Як працює система охорони здоров'я в США. Блог Уляни Супрун // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczuyesistema-oxoroni-zdorovyua-v-ssha.html?=&page408>

57. Тітова А. Формування професійної компетентності майбутніх сімейних лікарів із використанням ВЕБ-технологій: дисертація. ... д-а філос. – Полтава, 2020.

58. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. Островок здоровья // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_A.html.

59. Хартія основних прав Європейського Союзу від 7 грудня 2000 року // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524

60. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2014. – Вип. 1. – С. 133-141 / [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17.

61. Черномаз В. Ц., Пироженко Н. В. Удосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги: світовий

досвід // Державне будівництво. – 2011. – № 1 // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2011_1_45.

62. Шевченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? Ваше здоров'я // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/medytsynayaponiyi-derzhava-usomu-golova/>.

63. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. – Київ, 2015. – 20 с.

64. Шекера О.Г. Міжнародний досвід організації медичної допомоги // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [/http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58](http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58).

65. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я // Ефективність державного управління. – 2017. – Вип. 3(52). – Ч. 1. – С.192-199.

66. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistemaohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 28.05.19).

67. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України // Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. вид. – № 11 – 2018 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>.

68. A decade of austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22: Research summary / A. Roberts, L. Marshall, A. Charlesworth. London: The Nuffield Trust, 2012. - 16 p.

69. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.mhlw>.

- go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryokuhoken/iryokuhoken01/index.html
70. African Charter on Human and Peoples Rights. URL: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>
71. Are personal budgets really the best way to personalise health care? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-bestway-personalise-health-care>.
72. Australian Government Department of Health. The Australian health system // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>
73. Bourne R. NHS Liberation. Socialist health association. 2013. 11 november // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sochealth.co.uk/2013/11/11/nhs-liberation/>.
74. Busse R. Paying for chronic disease care // Caring for people with chronic conditions. A health system perspective / Nolte E., McKee M. [Eds.]. – Berkshire: Open University Press, 2008. – P. 143-171.
75. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf
76. Charter of Fundamental Rights of the European Union 2012/C 326/02 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>
77. Canoy Marcel. Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands / Marcel Canoy, Wolf Sauter // Tilburg University. – 2009. – 12 p.
78. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>

79. Edwards N. The future role of the hospital / N. Edwards, M. McKee // J. Health Serv. Res Pol. – 2002. – № 7. – P. 1-2.
80. Euro Health Consumer Index 2018 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
81. GHS Index Map // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ghsindex.org/#1-section--map>
82. Governance for health in the 21st century / by Ilona Kickbusch, David Gleicher; The Regional Office for Europe of the World Health Organization. – Geneva, Switzerland, 2012. – 128 p.
83. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis / Farrar S., Yi D., Matt Sutton M. [et al.] // British Medical Journal. – 2019. – № 339. – P. 30-47.
84. Health at a Glance: Europe 2014, OECD [Electronic resource]. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: : <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
85. Hennamari M. DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden?/ M. Hennamari, K. Ilmo, H. Unto // Health Policy. – 2001. – № 59. – P. 37-51.
86. Hoo E. Medical Network and Payment Reform Strategies to Increase Health Care Value / E. Hoo, D. Lansky // American Health Policy Institute. 2016. – 17 p.
87. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows / Bernd Rechel, Stephen Wright, James Barlow, Martin McKee // Bulletin of the World Health Organization. – 2015. – № 88. – P. 632-636.
88. How many hospitals are there in Europe? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: : <https://www.reference.com/businessfinance/many-hospitals-europe-ebd8c28aa6dfd43d#>.
89. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

90. Japan Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8 No. 1 2018. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf

91. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2020. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/

92. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

93. Ogata H. Health care delivery system in Japan: features, challenges and perspectives. Fukuoka Igaku Zasshi. – 2012 – Mar,103(3): 49-58.

94. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies / Carman K., Dardess P., Maurer M. [et al.] // Health Affairs. – 2013. – № 32 (2). – P. 223-231.

95. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report of World Health Organization // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1

96. Protection from high medical costs // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/>

97. Rechel, B. et. al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia // Health policy and planning 2012. Pp. 281–287

98. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland>

99. Shelly D. Final hospital planning and lay out [Electronic resource] / D. Shelly // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.slideshare.net/iamsinghsandeep/final-hospital-planning-and-layout.ppt>.
100. Søren Rud Kristensen Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives / Søren Rud Kristensen, Mickael Bech, Jørgen T. Lauridsen // The European Journal of Health Economics. – 2016. – № 17 (4). – P. 435-442. doi: 10.1007/s10198-015-0690-0.
101. Teremetskyi V.I., Knysh S.V., Stratonov V.M. et al. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine // Wiadomości Lekarskie. 2019, T. 72. № 4. P. 711–715.
102. The legatum prosperity index 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.prosperity.com/rankings>
103. The Official U.S. Government Site for Medicare [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.medicare.gov/>
104. Medicaid - basic Health Program/[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.medicaid.gov/>
105. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hhs.gov/healthcare/index.html>