

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Юридичний факультет

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

В.о. завідувача кафедри публічного
управління та адміністрування,
д. держ. упр., професор

Володимир ЄМЕЛЬЯНОВ

«_____» _____ 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД СІНГАПУРУ ТА МОЖЛИВОСТІ
ВИКОРИСТАННЯ В НАЦІОНАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ**

Керівник:

д. держ. упр., професор

Андріяш Вікторія Іванівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

ст. викладач

Верба Світлана Миколаївна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав:

студент VI курсу групи 639МЗ

Глушков Андрій В'ячеславович

(П.І.Б.)

Спеціальності:

281 «Публічне управління та
адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Публічне управління закладами
охорони здоров'я»

Миколаїв – 2025 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1. Теоретичні підходи щодо питань фінансування сфери охорони здоров'я.....	9
1.2. Особливості структури фінансування сфери охорони здоров'я Сінгапуру.....	19
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ВИТРАТ ТА ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СІНГАПУРІ.....	28
2.1. Особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі.....	28
2.2. Аналіз основних механізмів функціонування сфери охорони здоров'я.....	37
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СІНГАПУРІ: МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ УКРАЇНИ.....	46
3.1. Основні проблеми фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я.....	46
3.2. Перспективи використання досвіду Сінгапуру в національній практиці.....	55
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВВП – внутрішній валовий продукт

ЗКС – загальний коефіцієнт смертності

НСЗ – Національної служби охорони здоров'я

ОТЖ – очікувана тривалість життя

СПС – стандартизовані показники смертності

ВСТУП

Актуальність дослідження. На сучасному етапі уряди розвинених країн надають великого значення соціальним питанням, ключовим серед яких виступає питання щодо організації надання медичної допомоги населенню. З такими питаннями, особливо після останньої пандемії, стикається не лише будь-яка окремо взята країна, а й світова спільнота загалом. Сфера охорони здоров'я являє собою галузь, що динамічно розвивається: постійно розробляються нові лікарські препарати та методи лікування, з'являється можливість лікувати раніше невиліковні хвороби. Однак все це призводить до подорожчання медичних послуг. Демографічні зрушення, що відбуваються в суспільстві в переважній більшості розвинених країн світу, характеризуються зростанням очікуваної тривалості життя, а також зниженням смертності й народжуваності. Результатом цих процесів є старіння населення та зростання коефіцієнта демографічного навантаження, що, у свою чергу, також призводить до додаткового навантаження на бюджет відповідної держави, оскільки потребує щорічного збільшення коштів, що виділяються на соціальне забезпечення та, зокрема, на медичне обслуговування. У цій ситуації особливої актуальності набувають питання підвищення ефективності системи фінансування сфери охорони здоров'я. Як наслідок уряди більшості розвинених країн усвідомлюють неможливість нескінченного збільшення державних витрат на сферу охорони здоров'я, оскільки ресурси навіть найбагатших і економічно розвинених країн обмежені. Разом з тим, у розвинених країнах неможливе також скорочення державних гарантій у цій сфері, оскільки певний рівень медичного обслуговування населення став невід'ємною частиною суспільного життя і його погіршення викличе різкий протест з боку населення. Результатом описаних вище процесів стало те, що розвинені країни зіткнулися з необхідністю реформування системи фінансування охорони здоров'я,

спрямованого насамперед на підвищення ефективності витрачання коштів та скорочення загальних витрат. Подібне реформування відбувається у провідних зарубіжних державах протягом останніх десятиліть. Цікавим за таких умов стає й досвід реформування сфери охорони здоров'я Сінгапуру, в якому на момент здобуття незалежності у 1965 р. (у статусі самоврядної держави у складі Британської імперії – з 1959 р., складі Федерації Малайзія – з 1963 р.) у Сінгапурі діяла бюджетна система охорони здоров'я, організована на засадах британської моделі: безкоштовна для населення медична допомога, що надається мережею державних лікарень. Практично відразу після набуття статусу самоврядної держави уряд Сінгапуру визнав бюджетну модель охорони здоров'я неефективною й заявив про необхідність поетапного переходу до переважно приватного фінансування охорони здоров'я. У 1993 р. з урахуванням результатів першого десятиліття реформи було підготовлено програмну доповідь «Доступна охорона здоров'я», яка доповнила Національний план розвитку сфери охорони здоров'я новими напрямками, включаючи можливість прямого державного втручання у випадках, коли ринок неспроможний стримувати зростання витрат. У відповідь на проблеми, пов'язані зі зростанням витрат на сферу охорони здоров'я, через зростання попиту, поряд з фінансуванням медичних послуг з бюджету, через страхування чи платежі з кишень споживачів, з'являється нове джерело фінансування – медичні ощадні (депозитні) рахунки Medisave, вперше вони з'явилися в Сінгапурі в 1984 р. Стимулом для розробки цього підходу у 1981 р. було занепокоєння Міністерства охорони здоров'я Сінгапуру з приводу старіння населення та необхідність мобілізації додаткових позабюджетних ресурсів для оплати очікуваного збільшення видатків на сферу охорони здоров'я. Поступові й виважені кроки реформування дозволили за досить короткий час перетворити сферу охорони здоров'я Сінгапуру на одну з найкращих у цілому світі, що потребує ґрунтовного вивчення для подальшого використання кращих кроків у практиці інших зарубіжних країн.

Теоретичну базу дослідження склали роботи вітчизняних та закордонних вчених, присвячені проблемам сфери охорони здоров'я в Сінгапурі. Вітчизняні дослідження функціонування сфери охорони здоров'я представлені роботами О. Арцатбанова, О. Баєва, З. Гладун, Т. Желюк, М. Клименко, С. Маулік та ін. Питанням дослідження державної політики Сінгапуру в сфері охорони здоров'я стали роботи І. Булах, А. Гачкевич, О. Длугопольський, Едді Н. Орінда та ін. Особливу увагу приділено порівняльному аналізу державного фінансування сфери охорони здоров'я Сінгапуру та інших зарубіжних країн приділено в роботах М. Бучкевич, Я. Радиш, М. Білинська, В. Зеленевиц, А. Кузьмін та ін.

Нормативна база дослідження представлена нормами Конституції й законів України, міжнародно-правовими нормативно-правовими актами, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України та відомчими нормативними актами, що регламентують питання фінансування сфери охорони здоров'я.

Емпіричну базу дослідження становлять статистичні й аналітичні матеріали регламентації процесів державного регулювання та фінансування сфери охорони здоров'я, що мають позитивний досвід. Зібрані матеріали включають правові акти, статистичні дані, наукові дослідження та порівняльні аналізи міжнародних практик, що дозволяє комплексно проаналізувати управлінські механізми фінансування сфери охорони здоров'я в Україні порівняно з кращими практиками.

Об'єктом дослідження – є сфера охорони здоров'я Сінгапуру.

Предметом дослідження – є особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі з можливістю використання в інших державних практиках.

Мета дослідження – розглянути досвід фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі та сформулювати сукупності пропозицій впровадження у практику фінансування сфери охорони здоров'я України.

Досягнення поставленої мети дослідження зумовило необхідність вирішення наступних завдань:

- розглянути особливості фінансування зарубіжних сфер охорони здоров'я;
- проаналізувати особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі;
- порівняти систему охорони здоров'я України та Сінгапуру;
- сформулювати рекомендації щодо покращення якості та/або доступності медичних послуг для населення.

Методи дослідження. Під час написання роботи використовувалася ціла низка загальнотеоретичних та спеціально-наукових методів, а саме: метод теоретичного аналізу спеціальної літератури, аналітичний метод, аналіз статистичних показників та даних, а також науковий метод. Теоретичні аспекти дослідження здійснювалися за допомогою діалектичного методу. Крім того збір та систематизація отриманого матеріалу для дослідження здійснювався шляхом спрямованого відбору. На різних етапах дослідження використовувалися методи: соціологічний, математико-статистичний, організаційний, історичний тощо. Зокрема, використовувався історичний метод для простеження еволюції медичних реформ, емпіричний аналіз для збору статистичних даних щодо впливу реформ на якість та доступність медичних послуг, системний підхід для дослідження взаємодії між елементами національної системи охорони здоров'я тощо.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у розробці теоретичних та практичних рекомендацій у розкритті сутності фінансування сфери охорони здоров'я, а також розгляд досвіду Сінгапуру в умовах нашої країни; в сучасних умовах фінансування сфери охорони здоров'я потребує ретельного переосмислення з позиції додаткового залучення фінансових засобів та їх ефективного використання.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості використати результати проведеного аналізу у розвитку різноманітних

програм, спрямованих на профілактику хвороб населення, розвитку вітчизняної державної політики у галузі охорони здоров'я.

Результати дослідження можуть бути використані у навчальному процесі при підготовці курсів та спецкурсів з проблем місцевого самоврядування та публічного управління в Україні, зокрема, при підготовці курсів «Публічна політика в сфері охорони здоров'я», «Публічне управління», «Менеджмент охорони здоров'я» тощо.

Структура дослідження. Специфіка теми, сформульовані мета і завдання визначили послідовність викладення матеріалу і структуру роботи. Робота загальним обсягом 76 сторінок, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні підходи щодо питань фінансування сфери охорони здоров'я

Побудова ефективних систем охорони здоров'я в розвинених країнах викликає підвищений інтерес у сучасних умовах реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Системи організації сфери охорони здоров'я різних країн характеризуються різноманітністю та національною специфікою. Однак, проходячи безліч реформ, вони постійно видозмінюються і збагачуються запозиченими один в одного ідеями. Відповідно, жорстко класифікувати такі моделі практично неможливо [40, с. 76]. Варто наголосити, що останні два десятиліття у Європі ознаменувалося зростанням вартості медичного обслуговування. У зв'язку з цим багато країн переглядають свої системи охорони здоров'я, розробляють альтернативні стратегії фінансування та надання медичного обслуговування більш ефективним і справедливим чином (табл. 1.1) [26, с. 480].

У країнах Центральної та Східної Європи реформи стали проводитися під впливом політичних змін, що відбулися наприкінці 80-х рр. XX ст.

Деякі країни, наприклад, Франція, Бельгія, Італія до останніх років не зробили серйозних спроб реалізації ринкової реформи. Інші, як, Нідерланди, Швеція, Німеччина, Ізраїль розпочали здійснення реформи в урізаному вигляді – або на рівні регіональних експериментів (Швеція), або відмовившись від найбільш радикальних пропозицій (Нідерланди). У повному обсязі намічена концепція реформи практично повністю реалізувалася у Великобританії [25].

Таблиця 1.1

Основні моделі фінансування сфери охорони здоров'я

Модель фінансування	Переваги	Недоліки	Приклад країни
Модель Беверіджа (бюджетна або державна модель)	Безкоштовні медичні послуги Держава є основним джерелом фінансування.	Відсутність стимулу для розвитку медичних працівників Повільне зростання розвитку медичних послуг, обладнання та т.п. Використання старих та нерозвинених медичних технологій. Обмеженість у медичних послуг	Великобританія Італія Данія Австралія Україна Казахстан
Модель Бісмарка (модель соціального страхування)	Рівність отримання медичних послуг Широкий вибір Висока якість медичних послуг	Відсутність фінансування від держави Неможливість отримання безкоштовної медичної допомоги Високі витрати на страхові компанії	Німеччина Франція Японія Корея
Приватна модель (ринкова або модель «з власної кишені»)	Широкий вибір Зростання якості медичних послуг Впровадження нових технологій та обладнання Пошук нових продуктів Кваліфікація медичних працівників.	Відсутність гарантії населенню від отриманих послуг. на медичні послуги Нерівність у отриманні медичних послуг Відсутність контролю з боку держави.	США Ізраїль Південна Корея

Незважаючи на реформи в сфері охорони здоров'я (перехід від фінансування на основі оподаткування до моделі, в якій акцент зроблено на

національну систему медичного страхування з фінансуванням за рахунок податків на зарплату), країни Центральної та Східної Європи продовжують багато в чому покладатися на бюджетне фінансування в сфері охорони здоров'я [41, с. 124].

Під час розгляду результатів реформи Національної служби охорони здоров'я (далі – НСЗ) Великобританії, яка розпочалася у 1991 р. можна простежити, що було задіяно широкий спектр питань щодо управління й фінансування сфери охорони здоров'я. При цьому не відкинуті базові принципи побудови фінансової системи забезпечення (загальнодоступність і безкоштовність надання медичної допомоги для всього населення), а також основні форми організації НСЗ. До того ж, не було відкинуто принцип фінансування Національної служби охорони здоров'я переважно із загальних бюджетних надходжень. Пропозиції перейти на страховий принцип формування коштів в сфері охорони здоров'я були відкинуті. Найважливішим питанням у ході реформ було визначено питання щодо характеру взаємодії між фінансуючою стороною та постачальниками медичних послуг [45].

Переважна частина фінансових ресурсів НСЗ (83%) надходить із бюджетів усіх рівнів. Додатковим джерелом є внески на соціальне страхування, що обчислюються у вигляді відсотка фонду оплати праці. На відміну від вітчизняної практики, цільовим цей внесок назвати важко, оскільки він «розчиняється» загалом в системі соціальних податків і розподіляється залежно від пріоритетів, що склалися з розподілу на потреби пенсійного забезпечення, страхування з безробіття, охорони здоров'я та ін. Слід зазначити, що виділена сфері охорони здоров'я частина «соціального пирога» надходить під прямий контроль Міністерства охорони здоров'я, зливаючись з бюджетними надходженнями. На долю цього внеску припадає 12% надходжень НСЗ. Приблизно 4% коштів Національної служби охорони здоров'я формуються із платежів населення (головним чином за виписку та оплату частини вартості ліків в аптечній мережі). За рамками фінансових зобов'язань НСЗ населення може придбати медичні послуги в державні та

приватні установи охорони здоров'я, оплачуючи їх безпосередньо або через систему приватного соціального страхування [1]. Загальне співвідношення між суспільним та приватним фінансуванням медичної допомоги становить відповідно майже 85 та 15% [9, с. 140]. При цьому система охорони здоров'я залишається жорстко централізованою та зберігається державне фінансування. Податкові надходження централізуються та розподіляються спочатку у регіони, а потім у райони.

Слід зазначити, що британська сфера охорони здоров'я характеризується трьома ключовими особливостями:

- по-перше, оплата медичних послуг заснована на системі подушного фінансування з урахуванням нормативів;

- по-друге, профіль медичного обслуговування визначається приватно практикуючим лікарем загальної практики, який покликаний забезпечити первинне медичне обслуговування, давати направлення на консультацію спеціалістам, а також надавати дозвіл на госпіталізацію (за винятком екстрених);

- по-третє, вся стаціонарна служба є власністю держави, а лікарі фахівці – державними службовцями [21, с. 106].

Вважається, що завдяки такій системі існує можливість регіонального регулювання фінансових потоків, що надходять у сектор охорони здоров'я, а також планування бюджету охорони здоров'я, принаймні на найближчу перспективу.

У порівнянні з Великобританією система охорони здоров'я Канади, фінансується на основі цільового оподаткування та здійснюється на рівні окремих провінцій, а також на рівні федерального уряду. При цьому внесок федерального уряду становить близько 40%, інша частина медичних послуг оплачується з бюджету провінцій [68, р. 33]. Важливою особливістю канадської системи є те, що її фінансування ніяк не асоційовано із зайнятістю. Практично всі громадяни Канади отримують однаковий пакет медичних послуг, незалежно від того, чи працюють вони чи ні, а також

незалежно від регіону проживання. Це досить об'ємний пакет, який включає широкий спектр госпітального та амбулаторного обслуговування. Іншою особливістю канадської системи є заборона приватним страховим компаніям покривати ті послуги, які покриваються за рахунок державного страхування.

У Канаді не прийнято систему подушного фінансування як у Великій Британії, основна форма оплати – це безпосередня виплата за індивідуальну медичну процедуру. Вартість цих процедур суворо регламентована, встановлюється на підставі періодичних переговорів між асоціаціями лікарів та адміністраціями провінцій, які керуються можливостями бюджету сфери охорони здоров'я. Крім того, Канада використовує єдиний бюджет для контролю фінансових ресурсів лікарень, цін, амбулаторних послуг з різним ступенем успіху [26; 36].

Порівняно зі США де витрати на охорону здоров'я становлять 14,5% ВВП, а в Канаді аналогічні витрати становлять 9,6% [36]. Виділяють три основні механізми контролю за вартістю медичного обслуговування у Канаді:

- по-перше, – це низькі адміністративні витрати, що взаємопов'язані з існуванням єдиного платника медичних послуг – адміністрації провінцій;

- по-друге, через обмеження технологічного оснащення вартість ліжко-місць у стаціонарах є відносно низькою;

- по-третє, оплата приватних послуг також лімітована, хоч й є нижчою, ніж у США [36].

Варто наголосити, що витрати на сферу охорони здоров'я в Канаді залишаються порівняно вищими, ніж у багатьох європейських країнах. Багато хто бачать основну причину такого стану речей у відсутності системи фінансування окремої людини (такий, як у Великобританії) або регламентованої системи бюджетного фінансування (такої, як у Німеччині) [26, с. 480].

Американська охорона здоров'я, представляє собою одну з найбільших галузей у країні, де витрати на сферу охорони здоров'я зростають найбільш

швидкими темпами. Варто зазначити, що витрати на охорону здоров'я у США становлять 14,2% ВВП, порівняно, наприклад, з Німеччиною, Великобританією та Канадою, де зазначені цифри становлять 10,4%, 6,9%, та 9,6% відповідно. Наприклад, такий факт, що в абсолютному вимірі витрати на сферу охорони здоров'я в США зросла з 800 мільярдів у 1995 р. до більше ніж 1 трильйона доларів США у 2020 р. При цьому близько 42 мільйонів американців позбавлені медичного страхування й не мають адекватного доступу до медичного обслуговування [83].

У США застосовуються два типи приватного медичного страхування: індивідуальне та групове [26]. В останньому випадку підприємець та всі його робітники та службовці набувають єдиного страхового полісу. Груповим страхуванням охоплено 74% робітників та службовців приватного сектору економіки, та 80% державного сектора. Уряд цієї країни оплачує понад 40% витрат на охорону здоров'я (де в 1960 р. – 21%). Очевидно, що за останні роки (особливо після пандемії COVID-19) відбулося значне зрушення у бік зростання державні витрати на охорону здоров'я [64].

Крім того, уряд оплачує витрати на охорону здоров'я через дві основні програми – «Медікейд» і «Медікер» [26]. Відповідно до програмою «Медікер» здійснюється страхування всіх американців віком від 65 років, а також тих, хто наближається до цього віку та має серйозні порушення здоров'я, такі як, наприклад, захворювання нирок. Програма «Медікер» частково фінансується через особливий податок на всіх працівників, певну частку якого вони платять самі, іншу ж – роботодавець. Загалом цей податок становить близько 15% прибутку зайнятих американців. Інша частина «Медікер» фінансується із загальних надходжень прибуткового податку [26]. Програма «Медікейд» передбачає страхування нужденних американців, переважно жінок та дітей із бідних сімей. Крім того, у рамках цієї програми оплачується перебування в будинках для літніх людей, хто вимагає постійного догляду і не може обходитися без щоденної сторонньої допомоги [15, с. 29].

Також слід зауважити, що програма «Медікейд» фінансується федеральним урядом й органами управління штатів. Федеральний уряд оплачує свою частку витрат на «Медікейд» з надходжень від загального податку. Загалом величезні витрати на сферу охорони здоров'я в США не приносять адекватних результатів. Число нужденних громадян медичної допомоги з кожним роком зростає, та проблема доступності медичних послуг досих пір залишається невирішеною до кінця [55, р. 25].

Система фінансування охорони здоров'я Швеції характеризується політичною, соціальною та економічною стабільністю в протязі багатьох десятиліть, тому шведська модель визнана однією з найкращих у світі. Основою вражаючих успіхів у охороні здоров'я Швеції є демократія, яка забезпечується на трьох рівнях:

- Парламент та Національний уряд;
- Регіональний уряд – 26 Рад Кантин (регіонів) з проблем охорони здоров'я, соціальних проблем, транспортних питань та ін.;
- Місцевий уряд – 286 муніципалітетів (освіта, громадська здоров'я, служби соціального забезпечення тощо) [30].

Система податків у країні визначається національним урядом, вона є прогресивною. Основи медичного обслуговування на державній основі, яка забезпечує 3/4 всіх витрат на сферу охорони здоров'я [45]. Також, основна частина доходів центрального Уряду забезпечується оподаткуванням. Джерела надходжень (розташовані по значимості):

- 1) податку додану вартість, що становить до 23,5% вартості більшості наявних над ринком товарів та послуг;
- 2) прибутковий податок та податок на капітал;
- 3) обов'язкові внески наймачів до національної схеми соціального страхування;
- 4) особливі податки на певні товари та послуги (тютюн, алкогольні напої, бензин, енергія, користування дорогами тощо) [45].

Жителі Швеції мають право обирати сімейного лікаря для надання первинної медичної допомоги. При цьому сімейні лікарі можуть обслуговувати 1000-3000 пацієнтів та можуть отримувати кошти з Ради кантин на основі встановленого нормативу на кожного свого пацієнта, який може варіювати в залежність від пацієнта.

На фінансування охорони здоров'я обласними радами виділяється понад 80% прибуткового податку, що збирається з мешканців області. Місцеві рада є власниками клінік, медичних центрів та координаторами їх діяльності. В основному тягар витрат на медичну допомогу несе держава, проте приблизно 10% послуг оплачує саме населення. Так, наприклад, візит до лікаря обходиться пацієнту в 100-300 шведських крон, а день перебування в стаціонарі – приблизно 80 крон. При покупці ліків, виписаних лікарем, медична страховка з урахуванням їхньої загальної вартості повертає хворому від 50 до 90% витрат. В результаті нікому не доводиться витрачати на ліки більше 1300 крон на рік. Аптеки отримують відшкодування безпосередньо з фондів медичного страхування [26].

Національна система страхування гарантує грошові компенсації за хвороби всім жителям Швеції, чий річний дохід (залежно від того, працюють за наймом чи не по найму) становить, принаймні, 6000 шведських крон. Право на оплату періоду тимчасової непрацездатності не поширюється на тих, чий річний дохід перевищує базову суму 7,5 рази; це стеля для доходів, при перевищенні якої система соціального страхування вже не діє (поняття «базова сума» введено для того, щоб забезпечити гнучкий зв'язок між розміром допомоги і доходів та змінами рівень життя; щорічно ця сума визначається урядом) [59].

Всім відомо, що показник економічного добробуту – обсяг виробленого валового національного продукту (ВНП), від нього залежать витрати на сферу охорони здоров'я. Так, наприклад, США витрати на галузь становлять 14,2%, Великобританії – 6,9%, у країнах Європейського союзу у середньому – 8% [59].

Таким чином можна виділити три базові моделі фінансування охорони здоров'я:

- державну, що фінансується переважно (до 90%) із бюджетних джерел: діє у Великій Британії, Данії, Швеція;
- бюджетно-страхова, що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, працюючих громадян і субсидій держави: при цьому фінансування із позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%);
- приватнопідприємницька, фінансована головним чином за рахунок внесків з добровільного медичного страхування та реалізації платних медичних послуг населенню: діє у США, Ізраїль, Південна Корея, Нідерланди [26].

Вивчаючи зарубіжний досвід системи фінансування деяких індустріально розвинених країн було виявлено, що за останні 10-15 років різко зросли витрати на сферу охорони здоров'я, причому в багатьох державах збільшення видатків випереджає темпи зростання валового внутрішнього продукту (ВВП) (рис. 1.1) [46].

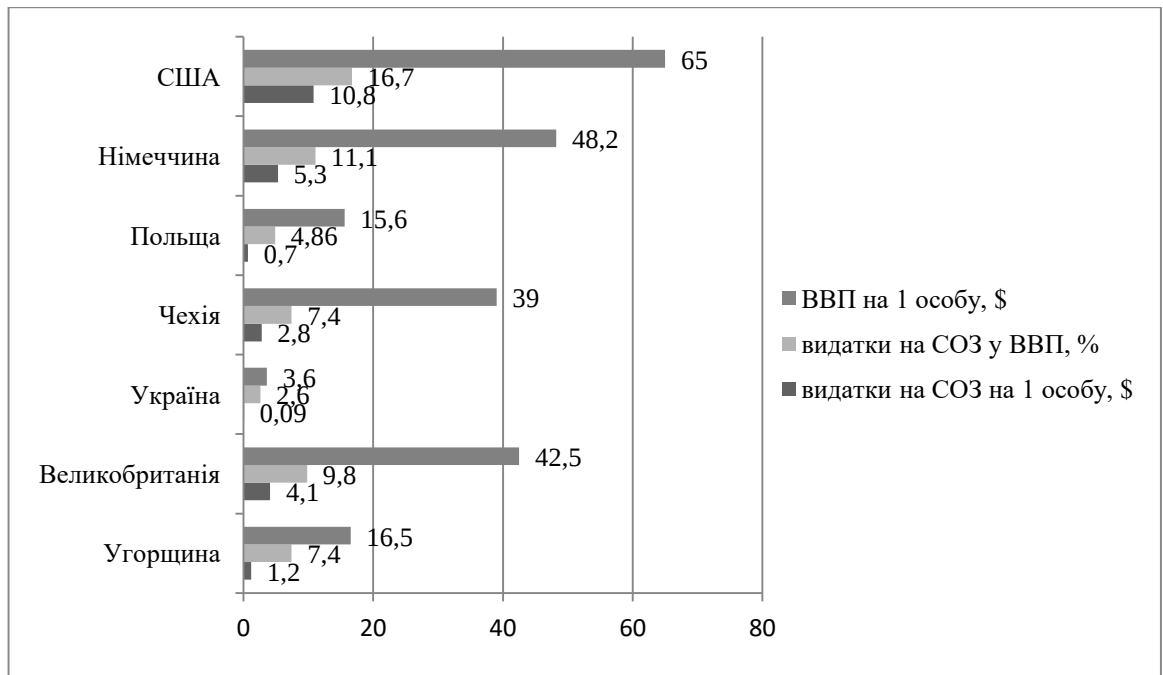


Рис. 1.1. Видатки на сферу охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах

Основними факторами підвищення витрат, для різних країн послужили:

- збільшення непрямого фінансування – обов'язкового страхування під егідою держави;
- зростання технічної оснащеності медичних служб, підвищення інтенсивності та якості лікування;
- інфляція;
- демографічні зрушення у структурі населення у бік збільшення частки літніх і людей похилого віку, яким потрібен обсяг медичної допомоги у 11 разів більше, ніж особам працездатного віку;
- зростання споживання ліків [85].

У тих випадках, коли охорона здоров'я фінансується місцевою владою (Данія, Швеція), центральний уряд може зменшити розміри виділених субсидій. Однак за бажання місцева влада може компенсувати нестачу коштів за рахунок підвищення місцевих податків. Тим не менш, як показує практика, бюджетні обмеження можуть бути ефективним важелем стримування зростання витрат [85].

На прикладі розвинених країн можна виділити основні моделі сфери охорони здоров'я такі як: національна система охорони здоров'я, соціальне страхування охорони здоров'я, місцева (регіональна) система прямих платежів та модель добровільного приватного страхування (табл. 1.2) [79].

Таблиця 1.2

Моделі систем охорони здоров'я у розвинених країнах

Національна система охорони здоров'я (наприклад, Великобританія, Скандинавські країни)	Місцева/регіональна система прямих платежів (наприклад, Канада, деякі регіональні служби Іспанії)
Соціальне страхування охорони здоров'я – система Бісмарка (наприклад, Німеччина, Японія)	Модель добровільного приватного страхування (наприклад, США)

Таким чином, розглядаючи світовий досвід розвитку фінансування сфери охорони здоров'я можна сформулювати такі висновки:

– системи надання послуг та механізми матеріального стимулювання постачальників є лише додатковими інструментами, які можуть сприяти вирішенню очевидних проблем неефективності, властивих сфері охорони здоров'я зарубіжних країн. Проблеми сфери охорони здоров'я тісно взаємопов'язані, й для їх вирішення потрібна добре продумана і широкомасштабна стратегія реформ, що включає конкретні програми, чітку структуру управління, професійних і відданих справі організаторів та керівників охорони здоров'я, а також підтримку ідей та цілей реформ з боку всієї медичної спільноти загалом.

– удосконалення систем оплати постачальників медичних послуг, що пов'язані з проблемами розвитку, в тому числі, проблемами неформальних платежів та децентралізації громадських засобів охорони здоров'я.

– у порівнянні із зарубіжними країнами більшість пострадянських країн все ще відстають у розробці нових механізмів оплати. Проте досвід цих країн є більш різноманітним, оскільки вони різняться як на макроекономічному рівні, так і за фінансовим потенціалом та можливостями управління новими інститутами й фінансовими механізмами.

1.2. Особливості структури фінансування сфери охорони здоров'я Сінгапуру

На момент здобуття незалежності Сінгапур мав сферу охорони здоров'я, організовану на основі британської моделі: безкоштовна для населення медична допомога, що надається мережею державних лікарень. У той же час, для нового незалежного уряду незабаром стало очевидним, що бюджету країни, що розвивається, не під силу утримувати цю систему в повному обсязі без зовнішньої підтримки, у зв'язку з чим було прийнято політичне рішення про відмову від повністю безкоштовної державної

системи надання медичної допомоги. В якості першого кроку в цьому напрямі вже 1960 р. запроваджуються обов'язкові сплати населення: S\$ 0,50 за відвідування лікаря у будні дні та S\$ 1 – за відвідування у святкові та вихідні дні [77, р. 75]. Незважаючи на явну невідповідність плати й державних субсидій, цей захід став важливим сигналом для населення, що попереджав про перехід до платної медичної допомоги.

Загальна реформа сфери охорони здоров'я починається лише в 1983 р., з ухваленням першого Національного плану розвитку сфери охорони здоров'я (далі – План), який заклав основи сучасної моделі організації надання медичної допомоги:

- орієнтація на стимулювання здорового способу життя;
- пріоритет профілактичних заходів;
- підвищення ефективності видатків [77, р. 75].

План також передбачав реструктуризацію лікарняної системи через надання значної автономії державним лікарням, що фактично зрівнювала їх за обсягом повноважень з приватними медичними організаціями. Водночас формально власником державних лікарень залишається Міністерство охорони здоров'я Сінгапуру, яке здійснює управління ними в частині прийняття стратегічних рішень (через окрему керуючу компанію) [72].

Система фінансування охорони здоров'я Сінгапуру відома як С+3М, складається з чотирьох основних компонентів – державні субсидії, Medisave, MediShield Life (та інші види страхування, у тому числі ElderShield) та Medifund (рис. 1.3) [32, с. 42]. Іншими словами в Сінгапурі сфера охорони здоров'я утримується за рахунок державних субсидій та коштів, що акумулюються на рахунках громадян та фондах соціального забезпечення. Крім того, пацієнти оплачують послуги лікарів як у державних, так і у приватних лікарнях [14].

На сьогодні Сінгапур намагається проводити кластерну інтеграцію державної та приватної охорони здоров'я, об'єднуючи кілька установ різних форм власності й благодійних організацій (наприклад, Сестринський корпус

Армії Спасіння) для комплексного вирішення проблем захисту громадського здоров'я, яке більше не сприймається як активні дії для підтримування здоров'я хворих людей, але як запобіжна робота щодо покращення якості сфери охорони здоров'я, поєднуючи профілактику, первинну, невідкладну, амбулаторну, стаціонарну допомогу, реабілітацію, соціалізацію, спочатку всередині кластерів, потім із державою [32, с. 98].

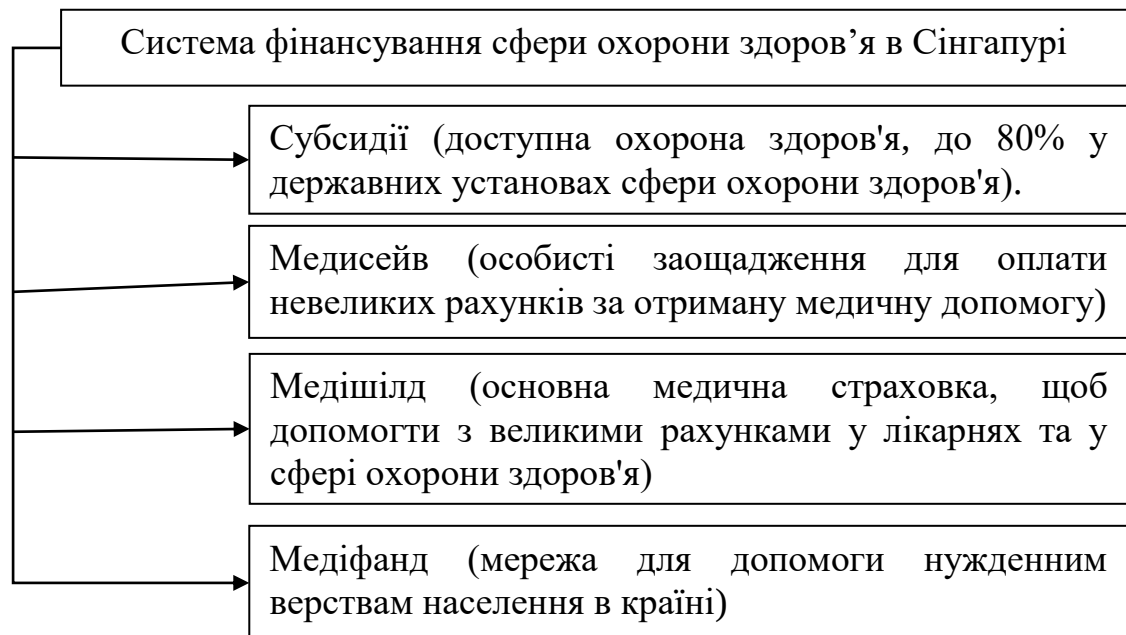


Рис. 1.3. Система фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі (S+3M)

Сінгапур пропонує громадянам універсальне медичне страхування із системою фінансування, заснованою на поєднанні принципів індивідуальної відповідальності та універсального доступного медичного обслуговування. Завдяки використанню ринкових механізмів для заохочення конкуренції й прозорості, та розвитку технологій для підвищення якості медичних послуг, Сінгапур домогся відмінних результатів у сфері охорони здоров'я, при цьому національні витрати на охорону здоров'я становлять близько 4% ВВП, що є низьким для розвинених країн, але зростає у міру старіння населення [13].

Що стосується сфери охорони здоров'я в Сінгапурі, то вона має змішану систему фінансування, з кількома рівнями захисту для забезпечення

переваги громадянам та постійним резидентам країни. Державна сфера охорони здоров'я надає до 80% послуг у секторі невідкладної допомоги. Приватний сектор займає 80% ринку первинної медичної допомоги. Патронажний догляд вдома, робота будинків для людей похилого віку, громадських лікарень та хоспісів здійснюються багатьма волонтерськими організаціями, більшість із яких фінансуються урядом [8].

Перший рівень захисту, доступний усім громадянам Сінгапуру та постійним резидентам, надає потужні урядові субсидії до 80% від суми рахунку послуг державних лікарень. Уряд надає субсидії громадянам, які були перевірено на кошти субсидії та постійним мешканцям для стаціонарного обслуговування. Ці субсидії покривають від 20 до 80 % вартості лікування. Перевірені субсидії також надаються для проміжного та довгострокового догляду, в той час як універсальні субсидії надаються тим, хто отримує допомогу лікаря загальної практики в державних поліклініках. Приватні сімейні лікарі надають основну частину медичної допомоги (близько 80% лікарів загальної практики в Сінгапурі відносяться до приватного сектору), але літні громадяни, що пройшли тестування, можуть подати заявку на участь у програмі Community Health Assist Scheme (CHAS), яка дозволяє їм отримувати субсидовану допомогу, у приватних клініках загальної практики [18, с. 13].

Державні субсидії (що фінансуються за рахунок загального оподаткування), доки відіграють вирішальну роль у фінансуванні витрат на стаціонари. Ступінь державних субсидій відрізняється за типами лікарняних палат, які можна класифікувати за 4 категоріями залежно від якості неклінічних аспектів наданої допомоги. Ця політика, як стверджується, «робить державні субсидії доступними головним чином для тих, хто її потребує» [2]. Щодо іноземців, то в Сінгапурі не застосовуються диференційовані розцінки для іноземних пацієнтів – вони просто не мають права на субсидії. Тим самим іноземці платять за всі медичні послуги за допомогою розширених страхових полісів або з власної кишені.

Варто вказати, що медичні заклади Сінгапуру в основному конкурують за якістю, а не за ціною, що призводить до більш складних і дорогих послуг, і, відповідно, закупівлі дорогих технологій. Оскільки в пацієнтів немає спеціальних знань, вони можуть зрозуміти реальну необхідність окремих послуг. З 12% державного бюджету, витрачених на розвиток охорони здоров'я, наприкінці 90-х років майже 70% від цієї суми було витрачено на послуги, що надаються державними лікарнями та установами [2, с. 49]. При цьому частка уряду у загальному обсязі всіх витрат на сферу охорони здоров'я (включаючи готівкові платежі та ін.) залишалася в межах 30-40% загальних витрат на охорону здоров'я.

Уряд допомагає приватним особам оплачувати їх догляд за допомогою системи субсидій. Мета субсидій – забезпечення загального догляду в поєднанні з індивідуальною відповідальністю. Уряд надає кошти безпосередньо державним лікарням, поліклінікам та іншим постачальникам, щоб відшкодувати свої витрати на лікування пацієнтів. Субсидії надаються через систему блочних грантів та фінансування casemix лікарням. Casemix – це спосіб класифікації та опису «результатів» роботи лікарні. Для первинної медико-санітарної допомоги послуги, що надаються в державних клініках, «субсидуються приблизно на половину вартості, а інша половина оплачується пацієнтами з власної кишені» [3, с. 94].

Більше того, уряд Сінгапуру надає субсидії добровільним соціальним організаціям, некомерційним приватним організаціям, які надають довгострокову допомогу бідним. Так само уряд розробив план субсидування довгострокового медичного обслуговування для тих, хто страждає від трьох конкретних хронічних станів: діабет, високий кров'яний тиск та високий рівень холестерину [4, с. 47].

Найважливішим нововведенням Національного плану розвитку сфери охорони здоров'я, стало створення системи медичних ошадних рахунків Medisave (МНС), першою з 3М, що становлять левову частку сфери охорони здоров'я Сінгапуру на сьогодні. Вибір форми було продиктовано з одного

боку прагненням до подальшого розвитку відповідальності пацієнтів та мотивації до економного споживання, з іншого – наявністю успішного попереднього досвіду використання цільових заощаджень. Медичні накопичувальні рахунки (Medisave) – це «індивідуальні накопичувальні рахунки, на які люди депонують гроші в обов'язковому порядку, а гроші мають витратитися лише на медичні витрати» [6, с. 179].

Варто вказати, що одним із серйозних недоліків медичного страхування є моральний ризик (надлишкове споживання послуг), а також його вплив на витрати на сферу охорони здоров'я. Економічна теорія стверджує, що «медична страховка забезпечує стимули до надмірного споживання та надмірної пропозиції» [6, с. 180]. Крім того Medisave використовують для поняття поділу витрат, коли більшість витрат на охорону здоров'я несе індивід. Таким чином, теоретично, морального ризику немає. Оскільки власник МНС є споживачем і покупцем медичних послуг одночасно, створюється стимул для більш низького споживання та вибору послуг для отримання нижчих цін. Крім того, не варто забувати і про мобілізацію додаткових засобів для сфери охорони здоров'я. Також МНС зменшує фінансове навантаження на молоде покоління, що стає особливо важливим в умовах стрімкого старіння населення. Таким чином, медичні депозитні рахунки мають допомогти подолати низки проблем, властивих ринку медичного страхування: негативний відбір, моральний ризик, зростання адміністративних витрат тощо.

Друга складова системи охорони здоров'я Сінгапура – програма Medishield була створена пізніше, на початку 1990-х рр. Участь у ній беруть усі власники рахунків CPF, крім тих, хто прийняв рішення про відмову від неї, а також їхні утриманці (на практиці у програмі бере участь понад 90% населення). Мета MediShield – надати підтримку людям з хронічними захворюваннями, витрати на які можуть виявитися занадто важкими для пацієнта та його сім'ї, і призвести до вичерпання коштів Medisave. На відміну від Medisave MediShield є різновидом медичного страхування, що

включається при «катастрофічних» захворюваннях, надто дорогих для оплати послуг із власних коштів чи коштів ощадного рахунку. Варто наголосити, що щорічні страхові внески є досить невеликими (від S\$ 33 для осіб молодше 30 років до S\$ 372 для осіб віком 65-70 років. Програма також передбачає обов'язкову сплату від 20 до 10 % залежно від суми рахунку для стаціонарної медичної допомоги, 20 % – для амбулаторно-поліклінічних послуг [62]. Крім того оплата стаціонарної медичної допомоги включає в себе обов'язкове відрахування, залежно від обраного класу палати. Кошти MediShield можуть бути використані для придбання дорожчих страхових планів із розширеним покриттям з числа схвалених Міністерством охорони здоров'я переліком таких послуг.

MediShield (MediShield Life) – недорога та добровільна система страхування від катастрофічних хвороб, створена в 1990-х рр., коли уряд усвідомив необхідність додаткового охоплення людей з хронічними захворюваннями, яким потрібно дороге або тривале лікування, і є занадто дорогим для Medisave [62]. З 1 листопада 2015 р. з метою кращого покриття витрат та охоплення населення на заміну MediShield прийшла програма MediShield Life, яка пропонує більше переваг для застрахованих та є обов'язковою для всіх громадян, активно субсидується державою [66].

MediFund або 3«М» сінгапурської сфери охорони здоров'я – благодійний фонд, заснований урядом у 1993 р. для надання допомоги громадянам, які не можуть сплатити стаціонарну медичну допомогу навіть у лікарнях із найвищим рівнем державних субсидій. Початковий урядовий внесок у MediFund склав S\$200 мільйонів, надалі держава здійснювала додаткові внески. Наразі основний капітал фонду становить близько S\$2 мільярдів. На виплати населенню витрачається лише дохід, що генерується основним капіталом. Для отримання цих коштів пацієнт повинен відповідати наступним критеріям: бути громадянином Сінгапуру, звертатися за медичною допомогою, що підлягає субсидіювання, до лікарні, що співпрацює з MediFund, бути не в змозі сплатити рахунок за лікування навіть

з урахуванням допомоги сім'ї та інших державних програм. Пріоритет мають громадяни похилого віку з низьким залишком коштів на рахунках Medisave [20, с. 54].

Витрати Сінгапуру на охорону здоров'я становлять менше ніж 4 % ВВП, частка державних витрат тривалий час не перевищувала 1% ВВП, до 2010 року році досягла 1,5%. У розрахунку на одну особу річні витрати на охорона здоров'я у 2009 році склали \$ 2000 (для порівняння США – \$ 7000, більшість розвинених країн близько \$ 3000) При цьому, ВООЗ у дослідженні 2017 року поставив систему охорони здоров'я Сінгапуру на шосте місце у світі, попереду більшості розвинених країн, за більшістю показників здоров'я населення Сінгапур відповідає чи перевищує середній рівень європейських держав [20, с. 71].

Варто також згадати й систему ElderShield – спеціальну схему страхування для людей похилого віку, яка була запущена у вересні 2002 р. на додаток до системи (Medisave, MediShield, Medifund). Вона охоплює довгостроковий догляд, пов'язаний із важкими формами інвалідності у літньому віці [82, р. 9]. Участь у програмі передбачає здатність виконувати хоча б три з шести основних повсякденних процесів: вмивання, одягання, харчування, відвідування туалету, здатність пересуватися та переміщати предмети. Участь у програмі пропонується громадянам та постійним резидентам Сінгапура після досягнення ними 40 років, які, у разі інвалідності, мають право на страхові виплати протягом максимум 72 місяців без продовження сплати внесків. В даний час поліси ElderShield пропонують три страховика на однакових умовах, і кожен громадянин та постійний резидент випадково прикріплений до одного з трьох, за три місяці до 40-річчя отримуючи від нього поштою свій страховий пакет. Ці ж страховики пропонують інші опції ElderShield за додаткову плату. У застрахованого завжди є 60-денний період відмови від полісу та повного повернення коштів. Застрахований може також змінити страховика або відмовитися від полісу ElderShield протягом 90 днів без штрафу. Для отримання страховки з

громадян можуть вимагати знову пройти медичне обстеження. Отже, ElderShield – це система страхування від тяжкої інвалідності, яка страхує від вартості приватних будинків для людей похилого віку і пов'язаних з цим всім витратами [82, с. 11].

З 2002 року учасники з обліковим записом CPF Medisave автоматично реєструються в програмі віком від 40 років, якщо вони вирішили не відмовлятися від участі в ній. Три приватні страховики, Aviva, Great Eastern та NTUC Income були вибрані для керування ElderShield. Станом на 2020 рік вказана програма мала 1,2 млн. власників полісів, з яких 2,6 млрд. доларів було зібрано у вигляді премій, близько 100 млн. доларів – у вигляді вимог виплат та 130 млн. доларів – у вигляді премій у період до 2020 року [84; 86].

Таким чином, зважаючи на вказане можемо стверджувати, що в основу філософії національної сфери охорони здоров'я Сінгапуру з самого початку становлення незалежної держави покладено забезпечення якісних і доступних базових медичних послуг для всіх громадян країни. Державою було запропоновано універсальне медичне страхування населення із системою фінансування, що ґрунтувалася на індивідуальній відповідальності громадян за власний стан здоров'я. Водночас Міністерство охорони здоров'я активно займається профілактичними програмами й пропагандою здорового способу життя. Як наслідок, саме завдячуючи змішаній системі фінансування, запровадженню ринкових механізмів, конкуренції й прозорості в діяльності вказаної сфери, а також використанню сучасних технологій сфера охорони здоров'я Сінгапуру може похвалитися значними успіхами.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ВИТРАТ ТА ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СІНГАПУРІ

2.1. Особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі

На сьогодні сфера охорони здоров'я в Сінгапурі вважається однією з найефективніших систем охорони здоров'я у світі й стрімко розвивається завдяки постійним та активним інвестиціям, спрямованим на усунення прогалин у медичній інфраструктурі, що надає можливість орієнтуватися на надання якісних медичних послуг (рис. 2.1) [60].

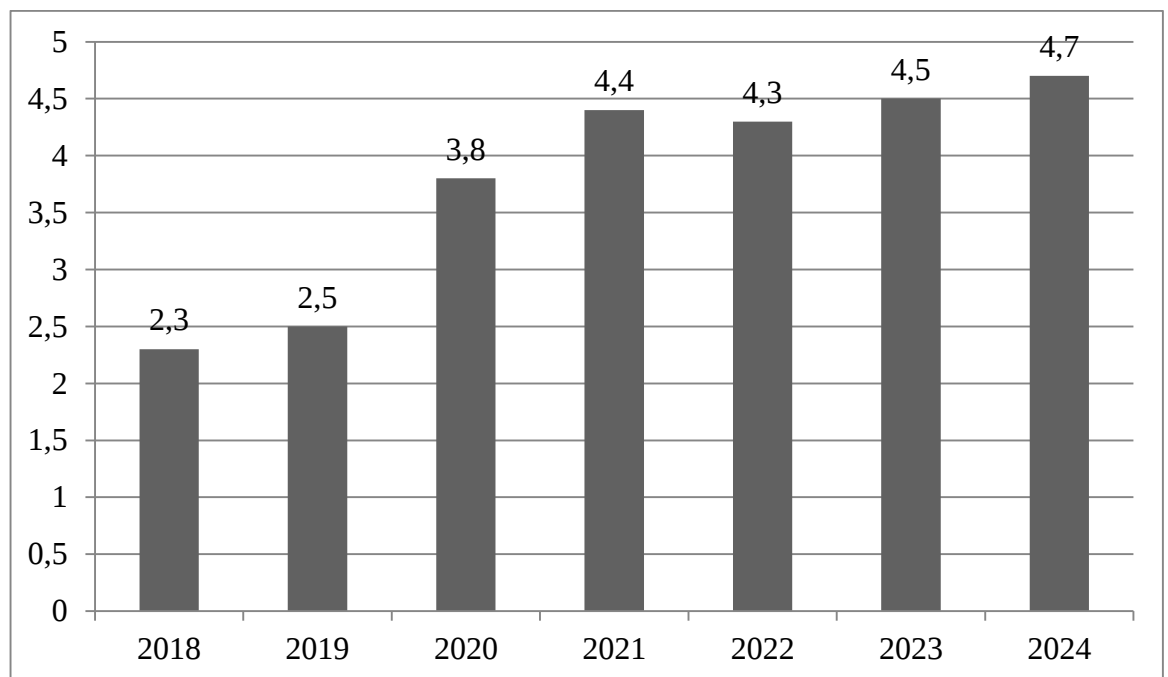


Рис. 2.1. Витрати на сферу охорони здоров'я у Сінгапурі (% від ВВП)

Особливості динаміки витрат є результатом зміни пріоритетів фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі. Після стабільного зростання з 2012 по 2016 р. загальні витрати уряду на сферу охорони здоров'я фактично скоротилися з 10,48 млрд. доларів у 2016 р. до 9,82 млрд. доларів у

2017 р., що може створити неправильне враження щодо скорочення асигнувань на сферу охорони здоров'я, незважаючи на попит, що швидко зростає, на медичні послуги. Варто вказати, що «ковідні роки» призвели до необхідності збільшення витрат урядом на сферу охорони здоров'я. Однак, якщо проаналізувати дані щодо операційних витрат і витрат на розробку, операційні витрати фактично збільшилися на 10% у 2017 р. з 8,2 млрд. доларів США до 9,02 млрд. доларів США, тоді як витрати на розвиток скоротилися на 10% рік до року у 2017 р. з 1,62 млрд. доларів США до 1,46 млрд. доларів США [60]. Варто вказати, що вказана тенденція зберігалася й в «ковідні роки».

Крім того, тенденція збільшення операційних витрат відображає збільшення чисельності літнього населення і, як наслідок, збільшення використання медичних послуг державних установ сфери охорони здоров'я та установ тривалого догляду. Зниження витрат на розвиток може бути пов'язане із завершенням кількох інфраструктурних проєктів, спрямованих на збільшення кількості лікарень (рис. 2.2) [69].

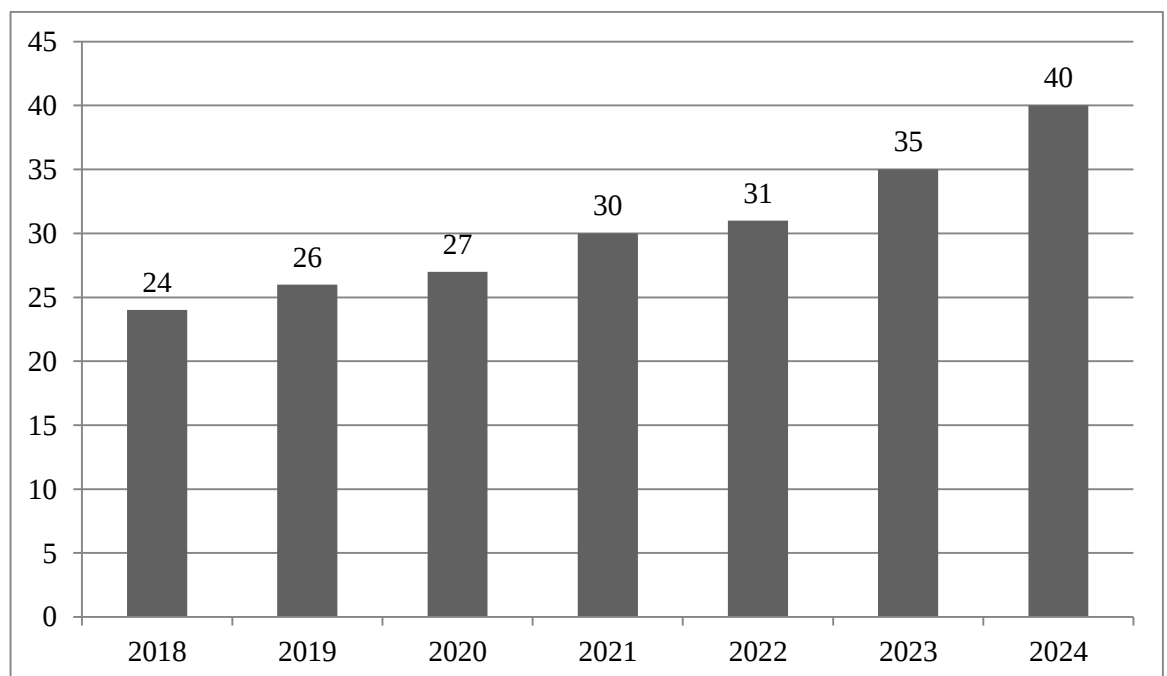


Рис. 2.2. Кількість лікарень в Сінгапурі

Варто наголосити, що деякі дослідники стверджують, що однією з причин збільшення кількості лікарень – є достатньо низький рівень витрат на сферу охорони здоров'я в Сінгапурі, а також той факт, що в Сінгапурі проживає відносно молоде населення. На сьогодні лише близько 8,8% населення Сінгапуру становлять люди у віці 65 або більше років у порівнянні з 10-15% у США, Канаді, Великобританії, Австралії, Нової Зеландії та Західної Німеччини. Варто згадати Україну, в якій вказана частка взагалі становить практично 20% від кількості населення (станом на 1 половину 2025 р.) (рис. 2.3) [43].

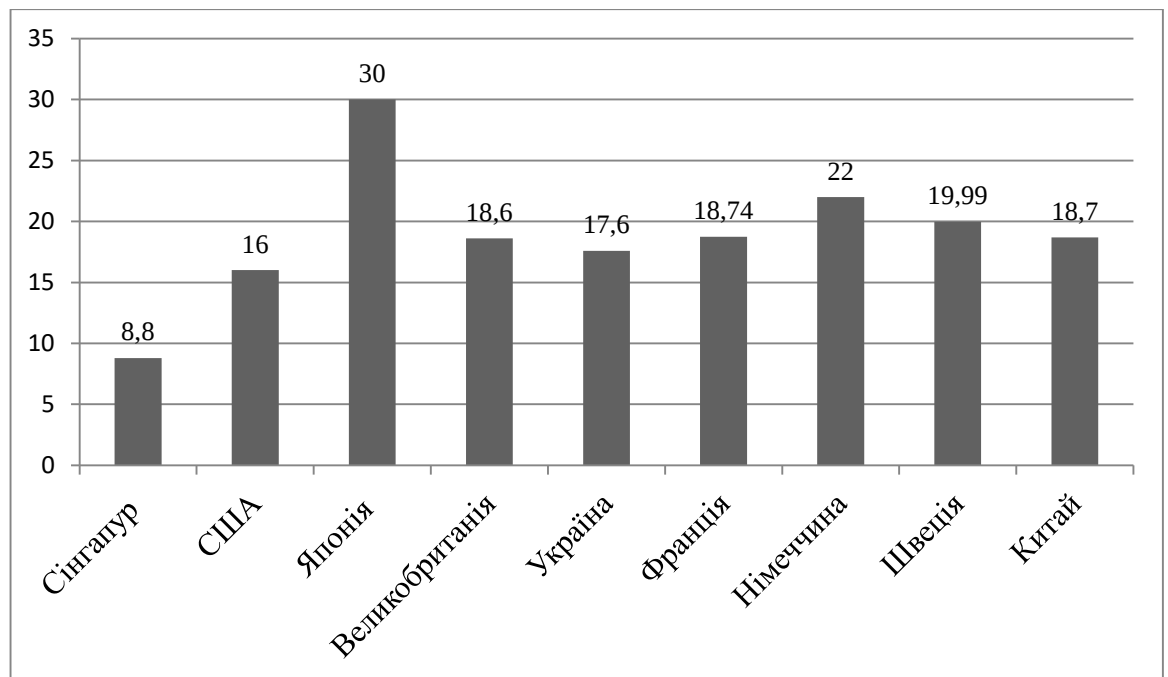


Рис. 2.3. Кількість осіб похилого віку (у % від загальної кількості)

Однак, аналіз, що контролює як дохід, так і частку людей похилого віку в населенні (65 років і старше), як і раніше показує, що рівень витрат на сферу охорони здоров'я в Сінгапурі на душу населення значно нижча, ніж у інших країнах [60]. Варто вказати, що саме завершення комплексного розвитку лікарні загального та суспільного значення Sengkang, а також лікарні загального профілю Changi у 2017 р. сприяло зниженню витрат на розвиток сфери охорони здоров'я [60]. Можемо стверджувати, що загальний бюджет сфери охорони здоров'я має певну тенденцію на зниження

(незважаючи на високі медичні потреби в «ковідні часи»); вказана тенденція скорочення значною мірою пов'язана з більш низькими прогнозованими витратами на розвиток сфери охорони здоров'я, здебільшого через менші грошові потоки, оскільки великі проекти, такі як Національний центр інфекційних захворювань та Комплексний розвиток лікарні загального профілю та лікарні Sengkang, наближаються до свого успішного завершення. Наголосимо, що в останні роки Сінгапур нарощує інвестиції у медичну інфраструктуру в очікуванні підвищеного попиту, особливо у зв'язку з тим, що, згідно з оцінками уряду, кількість осіб похилого віку до 2030 р. подвоїться та перевищить 900 000 осіб [60].

Отже, на сьогодні в Сінгапурі в сфері охорони здоров'я існує чотири види платників: приватна особа; роботодавець; страховик; уряд. Приватна особа сплачує за медичні послуги у формі прямої оплати, доплати або франшизи, страхової премії та внеску Medisave. Варто вказати, що фінансування урядом безпосередньо і опосередковано через схеми страхування класифікується як фінансування сфери охорони здоров'я. Фінансування приватними особами або організаціями прямо та опосередковано сприймається як приватне фінансування охорони здоров'я. Роботодавець сплачує внески за програми медичного страхування співробітників та вносить внески до Medisave. Уряд як роботодавець також сприяє Medisave. Крім того, він субсидує надання медичних послуг тим, хто може дозволити собі оплатити ці послуги (табл. 2.1) [69].

Згідно вказаних даних у табл. 2.1 фінансування сфери охорони здоров'я у Сінгапурі включає MediShield Life, Medifund, Medisave і ElderShield. Важливо ще раз наголосити, що після 2015 р. Medishield було замінено на MediShield Life, а тому всі жителі Сінгапуру автоматично перейшли на MediShield Life. Крім того, проміжний та довгостроковий догляд (ILTC) було віднесено до тієї ж категорії за останні роки. Починаючи з 2012 р. заявки на Medifund щодо послуг ILTC почали поділятися на три окремі категорії чи типи, в тому числі: послуги із середньострокового проживання через

надходження, послуги з надання нежитлового обслуговування через відвідування та послуги з довгострокового проживання протягом ліжко-місяців. Це було зроблено, щоб краще відбивати різну природу пропонованих послуг.

Таблиця 2.1

Фінансування сфери охорони здоров'я в Сінгапурі*

Medisave	2015	2016	2017	2018	2019
Кількість індивідуальних рахунків	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7
Загальний баланс Medisave	75,9	82,1	88,6	90,3	95,4
Середній залишок на рахунку	22,700	24,200	25,600	26,100	26,800
Знята сума на прямі медичні витрати	900	931	964	979	992
MediShield Life & Integrated Shield Plans					
Кількість користувачів полісів MediShield Life	Всі громадяни та резиденти Сінгапуру	Всі громадяни та резиденти Сінгапуру	Всі громадяни та резиденти Сінгапуру	Всі громадяни та резиденти Сінгапуру	Всі громадяни та резиденти Сінгапуру
Кількість страховиків	2,548	2,619	2,686	2,782	2,828
ElderShield					
Кількість страховиків	1,194	1,249	1,295	1,313	1,323
Кількість страховиків з ліками	398	437	474	489	497
Medifund					
Кількість затверджених заявок	1,097	1,136	1,142	1,145	1,149
Гранти, надані медичним закладам	162,6	161,1	160,5	160,3	160,1

*дані до початку пандемії

Варто також вказати, що в кожній схемі чи плані вказаних у табл. 2.1 спостерігається значне збільшення кількості жителів Сінгапуру, які схвалили свою заявку. Це той самий випадок щодо кількості фінансів, доступних у кожному випадку. Вказане є ілюстрацією того, що система охорони здоров'я Сінгапуру, надаючи безліч схем захисту, здатна ефективно керувати вартістю охорони здоров'я, задовольняючи фінансові потреби своїх громадян у галузі охорони здоров'я. Внаслідок різних державних субсидій громадяни Сінгапуру можуть дозволити собі базову медичну допомогу. Завдяки фінансованим державою схемам нужденним і бідним можуть бути надані різні медичні послуги, але тільки для тих, хто здатний сплатити за послуги охорони здоров'я [33, с. 119].

Саме тому варто звернути увагу на основні моменти фінансування сфери охорони здоров'я, а саме:

- система охорони здоров'я Сінгапуру фінансується за рахунок державних та приватних витрат;
- уряд допомагає людям оплачувати витрати на лікування через систему субсидій;
- мета субсидій – забезпечення загального догляду в поєднанні з індивідуальною відповідальністю;
- уряд надає кошти безпосередньо державним лікарням, поліклінікам та іншим постачальникам, щоб відшкодувати їх витрати на лікування пацієнтів;
- субсидії (державна субсидія) надаються за допомогою системи блокових грантів та фінансування Casemix лікарням;
- Casemix – це спосіб класифікації та опису «результатів» роботи лікарні;
- операційна частина бюджету становить трохи більше 4 млрд. дол. США;
- бюджет розвитку становить близько 650 мільйонів доларів;

- уряд ретельно корегує свої бюджети охорони здоров'я з урахуванням змінних умов;
- поточне коригування – це рух до надання високоякісного довгострокового догляду за літніми людьми за допомогою розширення установ та пов'язаних з цих субсидій;
- Сінгапур став провідним напрямком для іноземців, звертаються за медичною допомогою;
- медичні туристи, які шукають якісну допомогу, стали важливими джерелом доходу;
- уряд заохочує розвиток галузі охорони здоров'я [78].

Варто наголосити, що медичний туризм є зростаючою галуззю в Сінгапурі. На сьогодні медичний туризм перетворився на провідний напрямком для іноземців, які шукають високоякісну допомогу за цінами, значно меншими, ніж ті, які їм доведеться платити у своїх країнах. Зокрема, компанії активно пропонують туристичні пакети «сонце та хірургія» й організовують медичне обслуговування в лікарнях Сінгапуру, а також в Індії, Таїланді та інших міжнародних напрямках [57]. Крім того досить активно приїждять туристи з менш розвинених країн регіону, таких як Індонезія та Малайзія саме до Сінгапуру для надання високоякісної спеціалізованої допомоги, якої немає у їхніх країнах [56]. Як наслідок стає зрозумілим, чому саме Азія стала важливим пунктом призначення для пацієнтів, що потребують більш дешевого медичного лікування. Для прикладу, плата за загальні процедури, такі як шунтування серця, може коштувати 11000 доларів США в Таїланді проти 130 тис. дол. в США. Операція із заміни колінного суглоба може коштувати 13 тис. доларів США в Сінгапурі, на відміну від 40 тис. доларів США у Сполучених Штатах. У 2015 році понад 700 тис. медичних туристів приїхали до Сінгапуру і витратили в країні приблизно 940 млн. доларів США [51]. Зважаючи на вказане, можемо стверджувати про наявність значного потенціалу для майбутнього зростання медичного туризму у вказаному регіоні. За оцінками консалтингової компанії

KPMG, світова індустрія медичного туризму зростає на 20-30 % на рік та становить сьогодні більше ніж 100 млрд. доларів США [51]. Саме тому Сінгапур ставить перед собою мету перетворитися на регіональний центр медичних послуг і заохочує розвиток спеціалізованих послуг приватного сектору для підтримки промисловості [60]. Варто також вказати, що біомедична ініціатива Сінгапуру, крім інших переваг, призвела до прогресу в дослідження стовбурових клітин, які зупинилися в інших країнах. Ці зусилля привели до ряду передових методів лікування, особливо для лікування раку, які є недоступними в інших місцях. Підтвердженням вказаних дій є кількість більш ніж в 400 тис. медичних туристів із 60 різних країн, що звернулися за лікуванням до Сінгапуру [58, р. 35]. Першими країнами, що активно відправляють пацієнтів, є Індонезія, Малайзія, Сполучені Штати / Канада та Великобританія [57]. Приватні лікарні є основними гравцями в медичному туризмі, але державний сектор також відіграє важливу роль. Відповідно з результатами досліджень Nomura Asia Healthcare, близько 30 % пацієнтів у приватних лікарнях Сінгапуру Parkway та від 60 до 40 % у лікарні Raffles є іноземцями [56].

Крім очевидної вигоди від вкладення іноземних інвестицій в економіку, медичний туризм важливий і з інших причин. З невеликою чисельністю населення Сінгапуру було б набагато важче підтримувати витрати на підтримку його високоякісної системи догляду без притоку іноземців. За наявності більшої кількості пацієнтів сфера охорони здоров'я набуває можливості знижувати обсяги витрат й водночас надавати більшу кількість послуг для всіх, хто потребує відповідних медичних послуг. Обслуговування іноземних пацієнтів також дозволяє лікарям підвищувати свій рівень здібностей. Також ключовим є той факт, що дорогі, передові технології стають більш рентабельними, якщо їм дозволено обслуговувати більшу кількість пацієнтів. По суті, самі сінгапурці виграють, коли відчиняють двері медичним туристам.

Варто вказати, що успіх медичного туризму викликав певну напруженість у країні, оскільки сінгапурці бачать іноземців у своїх державних лікарнях та вважають, що вони субсидують їхнє лікування. Вони також відчують більше тривале очікування у лікарнях, у денних хірургічних клініках та амбулаторно-поліклінічних установах та хочуть звернути увагу на себе, яку тепер приділяють іноземцям. Чи впливає медичний туризм на якість їхнього лікування? Урядовці мали вирішити ці проблеми та запевнити громадськість у їх прихильності громадянам щодо медичних послуг. Колишній міністр охорони здоров'я Кхав Бун Ван заявив у парламенті: «ми ніколи не будемо нехтувати місцевими пацієнтами і просто контролюватимемо навантаження щодо іноземних пацієнтів». Крім того він наголосив, що державні лікарні не були включені в закордонні маркетингові кампанії та що іноземні пацієнти становлять менше 3% від загального навантаження пацієнтів у державних лікарнях [54]. Варто вказати, що у Сінгапурі не застосовуються диференційовані розцінки для іноземних пацієнтів – вони просто не мають права на субсидії. Тим самим іноземці платять за всі медичні послуги за допомогою розширених страхових полісів або зі своєї кишені.

Таким чином, можемо стверджувати, що на сьогодні Сінгапур досяг вагомих успіхів у сфері охорони здоров'я, й при цьому демонструє одні з найкращих показників економічної ефективності фінансування охорони здоров'я. В організації функціонування та фінансування сфери охорони здоров'я у Сінгапурі можна виділити такі важливі особливості:

- персоналізація витрат на медичні послуги для заохочення турботи про своє здоров'я та підвищення відповідальності за своє майбутнє;
- скорочення надлишкового споживання за рахунок використання сплати з боку споживачів;
- активна роль та регулювання процесу надання медичних послуг з боку держави для запобігання надмірному споживанню (за рахунок пропозиції з боку лікарів);

- підтримка нужденних з боку держави та підвищення справедливості за рахунок субсидування послуг;
- підвищення стійкості та незалежності системи охорони здоров'я завдяки нагромадженню значних фінансових ресурсів;
- додаткові фінансові ресурси для інвестування в економічний розвиток країни.

2.2. Аналіз основних механізмів функціонування сфери охорони здоров'я

У Сінгапурі є комплекс заходів політики, що дозволяє контролювати загальні витрати на сферу охорони здоров'я. Одна з ключових політик введених у дію в 1980-х рр. XX ст., полягала в тому, щоб вимагати від населення оплачувати власне медичне обслуговування замість того, щоб покладатися на уряд у наданні безкоштовних медичних послуг. Допмагаючи громадськості оплачувати витрати на охорону здоров'я, уряд розробив різні схеми фінансування охорони здоров'я (Medisave та Medishield) за участю у CPF. Уряд обмежив свою роль постачальником останньої інстанції у наданні безкоштовної чи сильно субсидованої медичної допомоги незаможним верствам населення. Уряд Сінгапуру також ясно дав зрозуміти, що він без вагань втрутиться в різні аспекти системи доставки, від постачання лікарів до встановлення цін та встановлення критеріїв обслуговування.

У «Білій книзі», під назвою «Доступна охорона здоров'я: Біла книга», опублікованій у 1993 р. уряд Сінгапуру заявив: «одних тільки ринкових сил недостатньо для того, щоб знизити до мінімуму медичні витрати. Система охорони здоров'я є прикладом провалу ринку. Уряд повинен втручатися безпосередньо, щоб структурувати та регулювати систему охорони здоров'я» [48]. Крім того у «Білій книзі» зазначається, що залежно від того, який шлях

вибере країна для фінансування витрат на сферу охорони здоров'я, тягар зрештою лягає на людей: страхові внески в кінцевому підсумку оплачуються людьми, медичні допомоги працівникам складають частину витрат на заробітну плату, а податки – платники податків. Тому питання не у тому, хто платить, а у тому, який компроміс потрібно зробити між конкуруючими цілями, такими як рівний доступ, свобода вибору та доступність тощо.

Варто вказати, що уряд Сінгапуру переклав фінансовий тягар сфери охорони здоров'я на приватний сектор починаючи з 1980-х рр. XX ст. Протягом багатьох років йому вдавалося підтримувати свою частку фінансування приблизно до 30% загального обсягу фінансування охорони здоров'я, а менше 10% всіх державні витрати витрачається на охорону здоров'я. Уряд залишається з ресурсами для інших областей політики та надання безкоштовних чи субсидованих медичних послуг для бідних.

Крім того, уряд провів досить плідну роботу щодо формування високого рівня індивідуальної відповідальності серед громадян – наріжного каменя філософії фінансування охорони здоров'я у країні. Крім самої людини, сім'я несе «основну» відповідальність щодо догляду за людьми похилого віку. Надання доступного медичного обслуговування всім сінгапурцям є важливим компонентом схеми фінансування охорони здоров'я, сприяючи індивідуальній відповідальності за допомогою використання систему співплатежів.

Варто зазначити, що в Сінгапурі внески, які, зокрема, йдуть на МНС, є обов'язковими. Від працюючих громадян потрібно, щоб вони щомісяця відкладали частку свого доходу (37%) на накопичувальні рахунки, табл. 2.2 (звичайний ощадний рахунок, спеціальний рахунок, медичний рахунок) резервний фонд (CPF). Частину вносить працівник, а частина роботодавця, технічно, роботодавець вносить обидві частини. Самозайняті громадяни самостійно вносять обидві частини внеску. Крім того, людина може самостійно вносити та додаткові суми [69].

Звичайний ощадний рахунок (Ordinary Account) використовується для придбання житла, оплати освіти, додаткових інвестицій у пропонуванні державою спеціальні доходні інструменти.

Таблиця 2.2

Відсоток відрахувань із заробітної плати до CPF та їх розподіл за рахунках залежно від віку

Вік (роки)	Розподіл відрахувань					
	Роботодавець (% від зп)	Працівник (% від зп)	Всього (% від зп)	Звичайний ощадний рахунок (% від зп)	Спеціальний рахунок (пенсійний), (% від зп)	Медичний рахунок (% від зп)
35 й нижче	17	20	37	23	6	8
36-45	17	20	37	21	7	9
46-50	17	20	37	19	8	10
51-55	17	20	37	15	11,5	10,5
56-60	13	13	26	12	3,5	10,5
61-65	9	7,5	16,5	3,5	2,5	10,5
більше 65	7,5	5	12,5	1	1	10,5

Спеціальний рахунок (Special Account) використовується для накопичення пенсії, але частину коштів також можна інвестувати самостійно.

Медичний рахунок (Medisave) – рахунок призначений для покриття медичних витрат, але за винятком більшості первинних звернень. На цей рахунок надходить від 8 до 10.5 відсотків від зарплати, а ставки варіюються залежно від віку людини. Щодо внесків, то вони підлягають податковому відрахуванню [69; 70].

Варто вказати, що Medisave є додатковим джерелом для приватних осіб щодо фінансування їхніх медичних послуг, який практично не потребує додаткового вкладу від власників рахунків. Приблизно від 6% до 8% вкладу у CPF виділяється Medisave з 1984 р. Також немає потреби створювати окрему структуру для адміністрування схеми, оскільки Medisave є частиною CPF.

Medisave покладає на людину та сім'ю відповідальність за дбайливе зберігання та використання коштів на сферу охорони здоров'я та отримання

необхідних медичних послуг. Заходи щодо поділу витрат, такі як франшизи та спільне страхування, запобігають непотрібному споживанню медичних послуг. Приватні особи та роботодавці разом фінансують близько 60% загальних витрат на охорону здоров'я, в той час як Medisave фінансує близько 10% витрат.

Medisave зберігає за собою свободу вибору лікарні та палати. Ця схема полегшує для багатьох людей оплату їхніх лікарняних рахунків, у тому числі за приватні та напівприватні палати в державних лікарнях або за приватні лікарні. Крім того, Medisave може спонукати людей витратити на сферу охорони здоров'я більше, ніж вони можуть собі дозволити. Результати окремих досліджень демонструють, що з більшості тих, хто використовував Medisave для оплати за вхід до класу А близько 24% мають щомісячний дохід, достатній тільки для оплати 40% рахунків [71, р. 49].

Варто наголосити, що незважаючи на той факт, що витрати на сферу охорони здоров'я в деякі роки (наприклад, 1990, 1991, 1992 та 1995 рр.) зростали швидше, ніж економіка, частка ВВП, що витрачається на сферу охорони здоров'я, залишалася лише на рівні близько 5%. Це дуже низький рівень у порівнянні з іншими зарубіжними країнами. Наприклад, середній відсоток ОЕСР становить 10 % [71, р. 49]. Як наслідок, можемо стверджувати, що в найближчому майбутньому проблем з фінансовою стійкістю в Сінгапурі не повинно виникати. Крім того, уряд Сінгапура дуже свідомо стримує ціни в сфері охорони здоров'я, контролюючи постачання медичних послуг.

Однак існуючі механізми фінансування можуть бути не в стані фінансувати довгострокову медичну допомогу людям похилого віку, оскільки Medisave та Medishield в основному використовуються для надання невідкладної медичної допомоги. Є випадки, коли пацієнти з тривалим медичним доглядом виснажували свої рахунки та рахунки своєї сім'ї. Вони відчують труднощі у наданні довгострокової допомоги. До 2030 року 18% населення Сінгапуру матимуть вік 65 років і старше, порівняно з 7% 1997

року. Це означає, що одну літню людину будуть підтримувати лише три працюючих дорослих, а не кожен десятий як це є на сьогодні. Міністерство охорони здоров'я Сінгапуру вивчає, як фінансувати довгостроковий догляд. Однією з пропозицій є створення системи страхування на випадок тривалого догляду відповідно до схеми Medishield. Крім того варто наголосити, що більшість пацієнтів в Сінгапурі можуть одержати лікування протягом короткого часу (табл. 2.3) [72].

Таблиця 2.3

**Середній час очікування у службах сфери охорони здоров'я в
Сінгапурі**

Послуга	Час очікування
Спеціаліст в амбулаторному відділенні	6 днів
Консультація в спеціалізованих поліклініках	20 хвилин
Вибіркові хірургічні операції	8 днів
Консультації у відділенні невідкладної допомоги	26 хвилин
Консультації в поліклініках	21 хвилина

Крім того, варто вказати, що час очікування консультації у спеціалізованих амбулаторних і поліклінічних установах становить менше 30 хвилин, а час очікування планової операції – вісім днів [72].

Сінгапур досяг хороших результатів у сфері охорони здоров'я з відносно низьким рівнем витрат на сферу охорони здоров'я. Одним з основних факторів досягнення є активна роль, яку уряд відіграє в регулювання пропозиції та цін на медичні послуги. Уряд також встановив та дотримується чіткої політичної мети, щоб ніхто, крім бідних, не мав право на безкоштовне медичне обслуговування. Для тих, хто може дозволити собі платити за медичні послуги, уряд очікує, що вони сплачуватимуть відсоток від вартості послуг.

Варто вказати, що уряд Сінгапуру також зміг покласти основний фінансовий тягар сфери охорони здоров'я на окремих осіб та організації. Частка уряду в фінансуванні сфери охорони здоров'я залишилася на рівні близько 30% від загальної кількості фінансування сфери охорони здоров'я.

Люди, які несуть основну частку в фінансуванні сфери охорони здоров'я, уважно стежать за своїм споживанням медичних послуг, щоб уникнути дорогих та невиправданих рахунків. Уряд також вжив різних заходів, щоб нагадати громадськості, аби вони зберігали своє здоров'я та уникали непотрібного використання медичних послуг. Один із заходів полягає в тому, щоб вимагати від населення розділити вартість медичних послуг, таких як оплата франшиз, сумісне страхування тощо.

Впровадивши систему обов'язкових заощаджень Medisave в 1984 р., уряд надав додаткове джерело фінансування для приватних осіб на оплату лікарняної допомоги. Ця схема дозволила державним лікарням підвищувати плату та збори для відшкодування частини видатків без шкоди для платоспроможності населення. Medisave був побудований на CPF, який має довгу історію в управлінні та накопиченні коштів. Це позбавляє необхідності створювати нову організацію для управління Medisave.

Отже, в той час як вартість, якість та доступ до послуг довгий час були головними складовими обговорень системи охорони здоров'я, протягом останніх років увагу звернули й на ще одну важливу характеристику – стійкість. Цю стійкість можна розглядати у двох вимірах:

- стійкість до різких стрибків у потребах громадського охорони здоров'я, таких як спалах інфекційних захворювань;
- стійкість до коливань державних витрат на сферу охорони здоров'я [51].

Останнє десятиліття наочно продемонструвало важливість цього атрибуту. Епідемія атипової пневмонії у 2003 р., пандемія Covid-19 стала болючим нагадуванням про те, наскільки жахливо непередбачуваними є більшість країн до боротьби з епідеміями інфекційних захворювань, з нестачею масок, недостатньою кількістю вентиляторів, ізоляторів тощо. Сінгапур засвоїв наданий урок, і Міністерство охорони здоров'я оголосило про створення спеціальної інфекційної лікарні. Тобто, здатність продовжувати надавати основні медичні послуги в умовах значного

скорочення державних видатків є ключовим показником фінансової стійкості, а не просто теоретичними міркуваннями.

На додаток до фінансування державних схем фінансування сфери охорони здоров'я (Medisave та Medishield), приватні особи та організації також фінансують частину видатків на охорону здоров'я за допомогою приватного медичного страхування. Приватне медичне страхування охоплює близько 1 млн. співробітників та їх утриманців у Сінгапурі та включає групове страхування, яке оплачується роботодавцями індивідуально відповідно до набутої страховки. Медичні пільги, що надаються роботодавцями, розглядаються як комерційні витрати та повністю звільняються від корпоративного податку. Однак ще у 1994 р. було введено межу в розмірі 2% від заробітної плати на суму медичних витрат, які можуть бути звільнені від податків, оскільки уряд боявся, що безподаткові медичні послуги для роботодавців приведуть до збільшення видатків на сферу охорони здоров'я [51]. Іншими словами, уряд заохочує роботодавців конвертувати медичні пільги на додатковий внесок Medisave. У той час як приватні страхові компанії можуть вільно пропонувати схеми медичного страхування населенню в Сінгапурі, однак потрібен дозвіл Міністерства охорони здоров'я, якщо вони хочуть надати схему, в якій застрахованій особі дозволяється використовувати Medisave для сплати страхового внеску.

Запропонована схема повинна включати функції, які підтримують національні цілі в галузі охорони здоров'я, такі як співоплата та гарантоване продовження політики під час оплати страхових внесків. Сінгапур буде складну національну систему електронних медичних карток. Система збирає, повідомляє та аналізує інформацію, щоб допомогти у формулюванні політики, моніторингу реалізації та обміні записами про пацієнтів. Довгострокова мета – надати медичним працівникам доступ до клінічних даних про лікування та безпеку пацієнтів. Можливості системи включають:

- головний індекс, який зіставляє записи пацієнтів з різних джерел і включає унікальний ідентифікатор, а також іншу ідентифікаційну інформацію пацієнта;
- короткий звіт щодо догляду за кожним пацієнтом, який пропонує огляд нещодавньої медичної діяльності;
- доступ до оглядів конкретних подій, таких як госпіталізація;
- доступ до даних про здоров'я у реєстрах Сінгапуру для імунізації, медичних попереджень та алергій [61, р. 182].

Після повної розробки система дозволить медичним працівникам, пацієнтам та дослідникам отримувати доступ до даних та переглядати їх у відповідних форматах. Джерела даних включатимуть електронні системи медичної документації державних лікарень та поліклінік. Існують також плани, що дозволять пацієнтам переглядати та, можливо, робити внесок у їхні особисті медичні записи.

Таким чином, крім вагомості ролі у витратах на сферу охорони здоров'я, держава бере активну участь в управлінні охороною здоров'я. Як вказано в урядовій книзі «Доступна охорона здоров'я», уряд наголошує, що він має відігравати активну роль у багатьох відношеннях, щоб забезпечити доступність та якість базових послуг в сфері охорони здоров'я для сінгапурців (Міністерство охорони здоров'я Сінгапуру). Уряд Сінгапуру, незважаючи на ключові принципи індивідуальної відповідальності та використання доплати, що перешкоджає надмірному споживанню медичних послуг, погоджується з тим, що ринкові механізми навіть у поєднанні з механізмами зниження попиту, такими як сумісне платіж, недостатні для досягнення цих цілей. У цьому документі чітко говориться, що «у сфері охорони здоров'я пропозиція має тенденцію створювати власний попит, тим самим збільшуючи витрати на охорону здоров'я. Тому уряду необхідно втрутитися, щоб запобігти надмірному споживанню, зменшити непотрібний попит і, зрештою, контролювати витрати». Дії уряду в цій області включають положення про впровадження технологій та спеціальних норм у державних

лікарнях. Кількість лікарів та лікарняних ліжок, включаючи їх розподіл у країні також знаходиться під жорстким контролем. Крім Міністерство охорони здоров'я регулює ціни на медичні послуги у державних лікарнях, які є основними постачальниками стаціонарної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ФІНАНСУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СІНГАПУРІ: МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ УКРАЇНИ

3.1. Основні проблеми фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я

На сьогодні загальноновизнано, що стан здоров'я населення є найважливішою передумовою національного процвітання й добробуту. Інвестиції в людський капітал не тільки впливають на економічний розвиток, а й характеризуються високою прибутковістю та об'єктивною необхідністю. Зважаючи на сказане, пріоритети національної політики почали поступово зміщуватися від технічного виробництва, яке було життєво важливо в минулому, до освіти та охорони здоров'я в ході розробки та реалізації цілей сталого розвитку. Цьому рішенню передував важкий перехідний період в нашій країні, що характеризується тривалим реформуванням наявної моделі охорони здоров'я та погіршенням демографічної ситуації в країні. В даний час практично всі державні заходи спрямовані на запобігання наслідкам демографічної кризи, особливо для сфери охорони здоров'я. Традиційно сфера охорони здоров'я у нашій країні визначається як «комплекс суспільних, соціальних, економічних та медичних заходів щодо захисту та покращення здоров'я населення» [7]. Варто вказати, що сьогодні ситуація змінюється – вважається, що охорона здоров'я є «складною системою соціально-економічних взаємовідносин та особливим сектором економіки» [38, с. 44]. Більше того, інтерес уряду до національної сфери охорони здоров'я зростає й стає структурно складним. Більшість сучасних державних програм спрямовані на забезпечення доступного медичного обслуговування та покращення здоров'я [22]. А відповідні медичні послуги, за своїм обсягом,

видами та якістю повинні відповідати рівню захворюваності населення, потребам і досягненням медицини. Тобто, незважаючи на певну різноспрямованість програм щодо подальшого розвитку сфери охорони здоров'я, можемо об'єднати їх в певні задачі кількох загальних напрямів, зокрема:

- підвищення ефективності існуючих служб (надання) першочергової уваги профілактиці в сфері охорони здоров'я та розвитку первинної медико-санітарної допомоги, підвищення ефективності високотехнологічних медичних послуг і служб швидкої допомоги, удосконалення служб акушерства й охорони дитинства, підвищення ефективності й прозорості регуляторних функцій у сфері охорони здоров'я, розвиток сфер реабілітації населення та систем санаторно-курортного лікування);

- впровадження та розвиток інновації в існуючих структурах (розроблення й впровадження інноваційних методів діагностики, профілактики та лікування в персоналізованій медицині, надання паліативної допомоги пацієнтам з невиліковними захворюваннями);

- вирішення проблеми нестачі кадрів і ресурсів (забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованим та мотивованим персоналом, забезпечення планомірного розвитку галузі) [53].

На сьогодні у вітчизняній сфері охорони здоров'я, незважаючи на деякі досягнення попередніх років, існують проблеми, які необхідно вирішити для покращення здоров'я населення, підвищення доступності та якості медичної допомоги. На думку більшості експертів, основними проблемами є такі, як:

- кадрові проблеми в сфері охорони здоров'я, такі як: відсутність достатньої кількості кваліфікованих спеціалістів (13,0%), проблеми у кадровій політиці (рівень заробітної плати, умови праці) (11,0%), а також неякісна і погіршена підготовка нового персоналу (10,4%);

- зниження впливу та контролю сучасної політики (17,5%);

- відсутність адекватного фінансування для системи охорони здоров'я (11,7%) [38, с. 45].

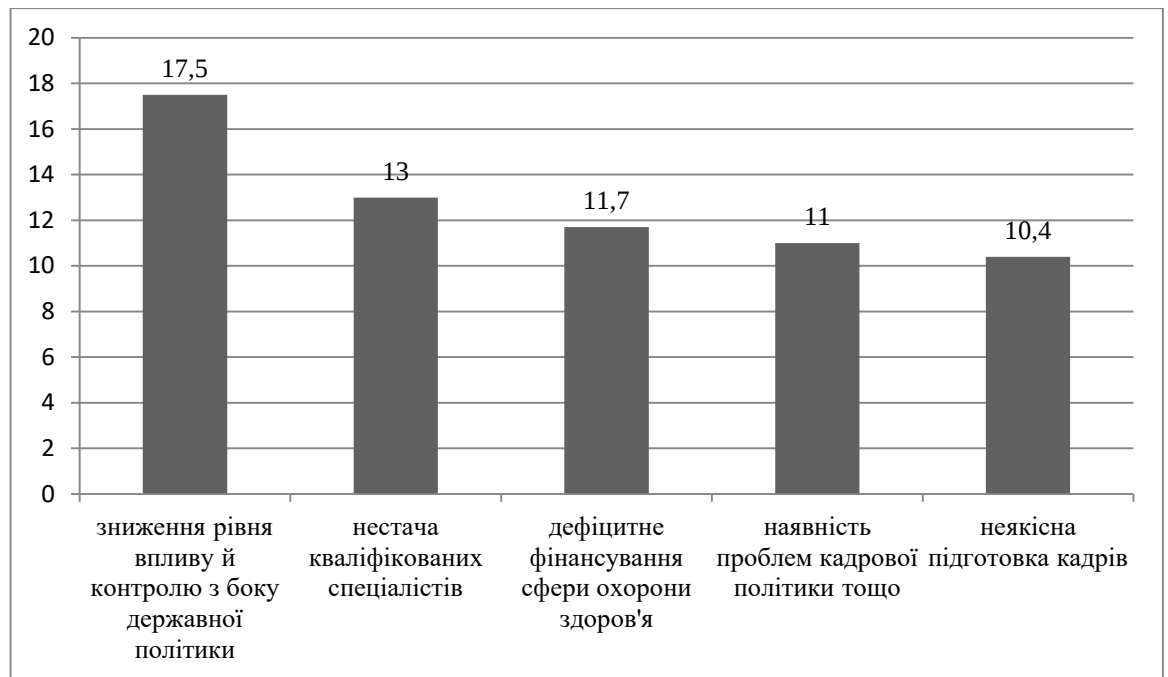


Рис. 3.1. Основні проблеми розвитку сфери охорони здоров'я, у %

Вказані проблеми зазвичай знаходять своє місце в більшості програм, спрямованих на покращення розвитку сфери охорони здоров'я в нашій державі. А на вирішення окремих із них навіть створюються відповідні програми та приймаються відповідні рішення та нормативно-правові акти. Для прикладу, будь-яка система охорони здоров'я оцінюється за медичними й демографічним показникам, включаючи очікувану тривалість життя (ОТЖ – число років, протягом яких людина повинна жити в гіпотетичному поколінні, за умови, що протягом усього життя цього покоління рівень смертності у всіх вікових групах залишається таким же, як і в тому році, якого був розрахований цей показник) та загальний коефіцієнт смертності (ЗКС – кількість смертей від усіх причин на тисячу осіб). Для порівняльного аналізу народжуваності, смертності, захворюваності, неоднорідних за віком та статтю, використовуються стандартизовані показники смертності (СКС) (СВС – проста середня вікова смертність за частками вікової групи у стандартній популяції. Стандартизований коефіцієнт смертності – це не що інше, як математичне очікування дискретної випадкової величини зі значеннями, рівними віковим коефіцієнтам смертності. Відповідні частки

(відносні частоти) стандартної популяції служать змінними) [42]. В 2024 р. в Україні було зафіксовано 495 090 смертей, що в 2,8 рази перевищує кількість народжень (176 780). Варто наголосити, що смертність в Україні є дуже високою, й за останні роки спостерігається постійна тенденція до зростання. Також варто вказати, що й COVID-19 мав значний вплив на структуру смертності, однак найпоширенішою причиною залишаються хвороби системи кровообігу, зокрема ішемічна хвороба серця тощо. Також наголосимо, що незважаючи на очікуване зростання ВВП та витрати на охорону здоров'я (табл. 3.1) [24; 35], прогнозується низьке зростання тривалості життя при народженні з дуже помірним, майже лінійним приростом (рис. 3.2) [34; 39].

Таблиця 3.1

Показники фінансування охорони здоров'я України в 2015-2023 рр.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Видатки на охорону здоров'я, млрд грн (дані держбюджету)	56,9	75,2	86,9	97,7	133,2	172,2	196,8	178,4
Частка видатків на охорону здоров'я у Держбюджеті України, %	8,3	8,9	8,8	8,9	10,5	11,9	6,5	5,3
Видатки на охорону здоров'я, % ВВП	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,2	3,3	2,8

Варто наголосити, що за даними Bloomberg на основі даних ООН, Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку, що базується в США й надає глобальну ділову та фінансову інформацію, представив рейтинг країн щодо ефективності їх систем охорони здоров'я у 2024 р.

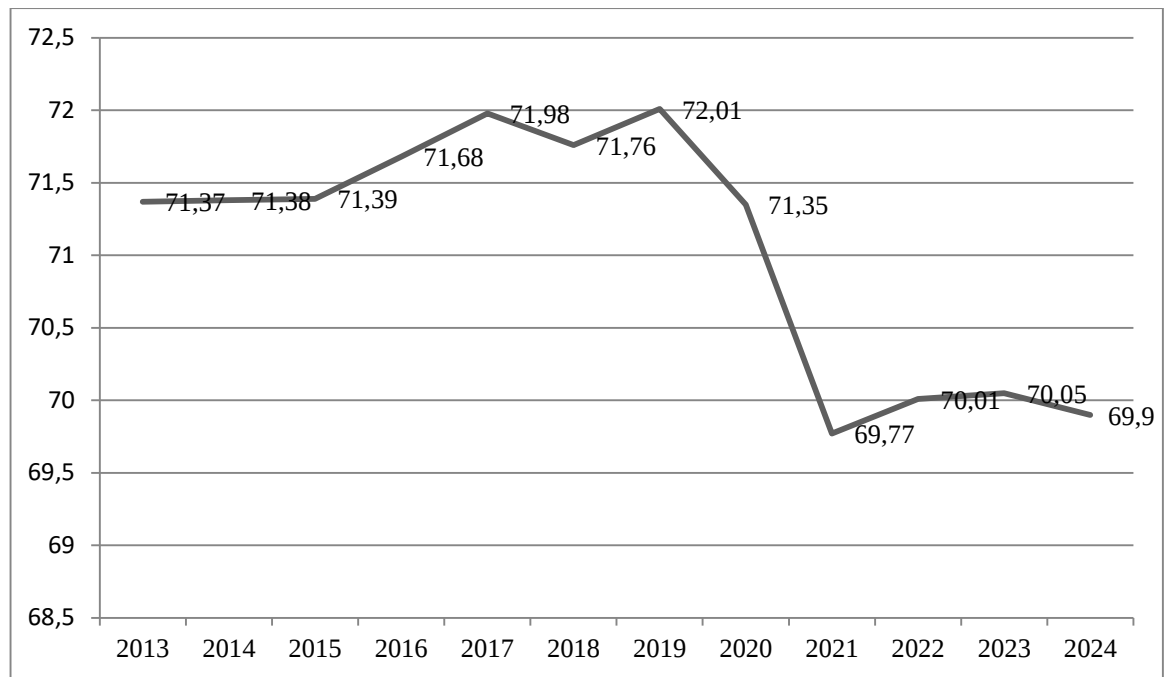


Рис. 3.2. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні (років)

Щорічний рейтинг ефективності національної системи охорони здоров'я Україна опинилася на 80 місці [44]. Критерії оцінки стану сфери охорони здоров'я такі: очікувана тривалість життя, витрати на охорону здоров'я на душу населення, вплив видатків на охорону здоров'я на співвідношення ВВП країни. На нашу думку варто порівняти кілька країн: Сінгапур, Італію, Німеччину, Україну та США, із Сінгапуром на чолі (табл. 3.2). Без сумніву, очікувана тривалість життя є домінуючим показником ефективності системи охорони здоров'я у будь-якій країні. З наведених у таблиці 3.2 даних видно, що сьогодні вітчизняну систему охорони здоров'я можна охарактеризувати як недосконалу в порівнянні з розвиненими країнами.

Як видно, очікувана тривалість життя в заявлених країнах, є вищою ніж в Україні, на 8,2 року, а витрати на душу населення більш ніж у 10 разів вищими. Італію з очікуваною тривалістю життя на 4,2 роки довше, а витрати на душу населення майже втричі менші, то очевидно, що фінансування системи охорони здоров'я не може абсолютно гарантувати суттєве

збільшення тривалості життя. Сьогодні, на думку експертів, система охорони здоров'я США є однією з найдорожчих, але найменш ефективною серед розвинених країн (особливо вказане проявилось під час «ковідних років») [76].

Таблиця 3.2

Показники ефективності сфери охорони здоров'я

Місце в рейтингу	Країна	Показники		
		Очікувана тривалість життя (роки)	Витрати на сферу охорони здоров'я, % до ВВП	Витрати на медичні послуги на одну людину, \$
1	Сінгапур	82,1	4,7	2624
24	Німеччина	80,9	9	3032
32	США	78,7	17	4683
44	Італія	77,7	11	8895
	...			
80	Україна	70,5	6,3	885

Для вирішення вказаних проблем в системі охорони здоров'я нашої держави варто сформувати такі пріоритетні напрямки:

- модернізація первинної медичної допомоги та амбулаторного лікування. На думку окремих дослідників, додаткові інвестиції в цей сектор повинні бути як мінімум у 3 рази вищими, ніж витрати на високотехнологічну допомогу. Тільки навівши порядок у цій сфері, зможемо вирішити інші питання національної системи охорони здоров'я, і, на думку вчених, на це піде щонайменше 10-15 років [53];

- спрощені інструменти фінансування зі зменшеною кількістю фінансових потоків у медичній промисловості: перехід до принципів одноканального фінансування та створення на цій основі повного тарифу на медичні послуги;

- максимальне використання методів фінансово-економічного управління, орієнтованих на мотивацію підвищення ефективності суб'єктів системи. Ця проблема може бути вирішена за допомогою покращених

механізмів оплати медичних послуг та роботи медичного персоналу, що створить стимул для структурних реформ, підвищення якості обслуговування, посилення профілактики тощо. Йдеться про перспективні та проспективні способи оплати, серед яких пріоритетним є подушене фінансування та поетапне впровадження системи фондотримання;

– усунення нерівних масштабів, якості та доступності медичних послуг для міських та сільських мешканців. Доступність розуміється не як додаткова плата спеціалізованим спеціалістам, яка є одним із «висновків» сучасної модернізації сфери охорони здоров'я та вирішення «парамедичних проблем»: дорожньо-транспортна інфраструктура, безбар'єрне середовище, розміщення під час обстеження та лікування, інтеграція з соціальними службами тощо [31].

Варто наголосити, що основною проблемою залишається брак кваліфікованих кадрів. Якщо порівняти кількість вакансій, в січні 2022 р. та квітні 2025 р., кількість пропозицій зросла у понад 5 разів. Це може бути зумовлено низкою причин: насамперед дефіцит кадрів серед медиків та фармацевтів може бути наслідком відтоку населення за кордон через бойові дії, а також мобілізацію. Попри зростання кількості вакансій, ситуація, що склалася, свідчить не про подолання кризи на ринку праці. Навпаки, нестача фахівців настільки велика, що неможливо закривати вакансії з такою швидкістю, як раніше, і вони накопичуються [49]. Варто зауважити, що точна кількість медичних працівників у Сінгапурі не наведена у відкритих джерелах. Однак, відомо, що Сінгапур має високорозвинену систему охорони здоров'я, яка характеризується великою кількістю лікарів, медсестер та інших медичних працівників [74, р. 10].

Друга серйозна проблема – це проблема у кадровій політиці (рівень заробітної плати, умови праці) (табл. 3.3) [50].

Однак на зарплату медичних працівників сильно впливає високий відсоток внутрішніх комбінацій, що становить чверть загальної зарплати. Це означає, що збільшення середньої заробітної плати працівників охорони

здоров'я викликано не фактичним збільшенням заробітної плати, а збільшенням навантаження на одного працівника, коли лікар працює 12 або більше, замість 8 годин.

Таблиця 3.3

Середня заробітна плати медичної сестри в Україні в 2025 р.

Спеціалізація	Приблизна зарплата (грн)	Особливості роботи
Терапевтичне відділення	12 000-16 000	Стандартне навантаження
Реанімація / інтенсивна терапія	17 000-25 000	Високий рівень відповідальності
Педіатрія	13 000-18 000	Часто потребує додаткових навичок
Операційна медсестра	16 000-24 000	Складна робота з хірургами
Медсестра у стоматології	15 000-22 000	Залежить від клініки та обов'язків

Зі зростанням заробітної плати також знизилася міжрегіональна диференціація рівня заробітної плати працівників охорони здоров'я. Якщо порівняти рівень оплати праці лікаря в Україні з аналогічним рівнем оплати праці лікаря в «нових» країнах ЄС, то в цих країнах лікар отримує в 1,5-2,5 рази більше порівняно із середньою оплатою праці у цих країнах. Варто вказати, що заробітна плата медичних працівників у Сінгапурі коливається від 3120 до 8872 сингапурських доларів на місяць. Точна сума залежить від досвіду, кваліфікації, посади та конкретного роботодавця. Лікарі, спеціалісти та досвідчені медсестри, ймовірно, отримують вищі зарплати, але конкретні цифри не вказані в наявних джерелах [67, р. 97].

Третя важлива проблема – це неякісна підготовка кваліфікованих кадрів. Погана підготовка та недостатня кваліфікація медичного персоналу призводить до низької якості надання медичних послуг. Недостатня кваліфікація медичного персоналу виявляється у негативних показниках якості медичної допомоги. Наприклад, виживання хворих на рак молочної залози, коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності, частка пацієнтів, які

отримали інфекційні ускладнення в стаціонарах, в Україні в 2 рази вище, ніж у середньому в інших зарубіжних країнах [37, с. 4].

Четверте важливе питання – рух фахівців у приватний сектор. Експерти відзначають тенденцію до руху професіоналів у приватний сектор. Населення України почало користуватися платними послугами; обсяг платних медичних послуг постійно зростає та розширює свій асортимент. Зростання платних медичних послуг у поєднанні з нижчою доступністю медичної допомоги для населення може вказувати на заміну безкоштовної медичної допомоги на платну [73].

Крім вказаних проблем варто вказати й на існування інших проблемних аспектів сфери охорони здоров'я (рис. 3.3).

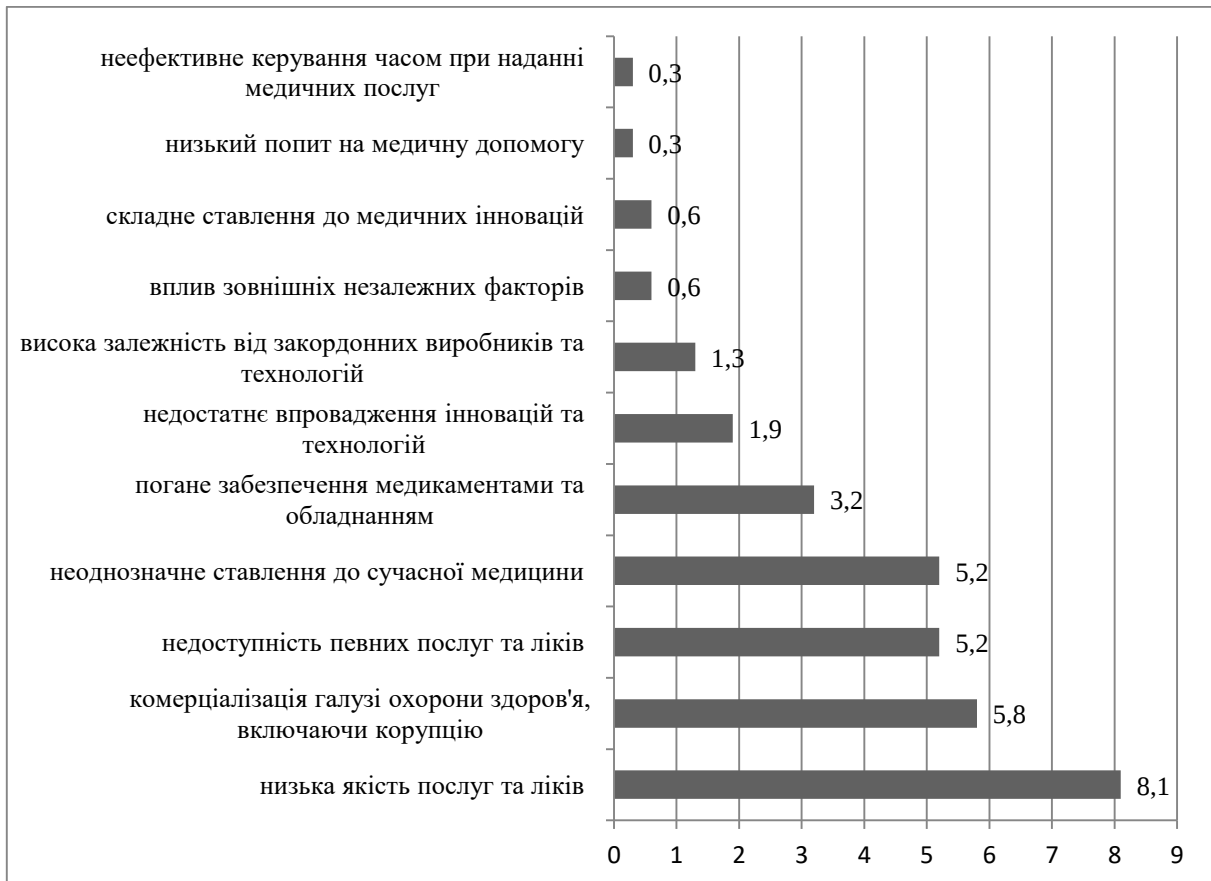


Рис. 3.3. Проблемні аспекти вітчизняної сфери охорони здоров'я

Таким чином, найбільш ефективні заходи спрямовані на розвиток та підвищення ефективності вітчизняної сфери охорони здоров'я можемо вважати: необхідність вдосконалення невідкладної медичної допомоги,

включаючи невідкладну спеціалізовану медичну допомогу та медичну евакуацію; розробка та впровадження інноваційних методів діагностики різноманітних захворювань. Реалізація принципів персоналізованої медицини, укомплектування системи охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог та забезпечення населення паліативною допомогою вважаються найменш ефективними заходами. Ці області мають бути в центрі уваги під час планування подальшого розвитку сфери охорони здоров'я. Отже, можемо погодитися, що у вітчизняній сфері охорони здоров'я існує багато проблемних аспектів, зокрема:

- недостатнє фінансування;
- низька якість медичних послуг;
- недоступність медичної допомоги для деяких верств населення;
- корупція;
- неефективне управління системою тощо.

Крім того, існує проблема низької правової та економічної свідомості населення, що призводить до відчуження від держави та недовіри до системи. Також, не завжди враховуються принципи обов'язкового медичного страхування та роль державно-приватного партнерства. Уникнення вказаних проблем та проведення реформ у сфері охорони здоров'я є важливим завданням для покращення здоров'я та добробуту населення з використанням кращих практик зарубіжних країн.

3.2. Перспективи використання досвіду Сінгапуру в національній практиці

Сучасні потреби нової якості життя вимагають нових методів діагностики й лікування, заснованих на принципах персоналізованої медицини, надійних неінвазивних експрес-технологій моніторингу вдома,

дистанційних методів надання медичної допомоги, що характеризуються профілактикою, безпекою та високою ефективністю. Ключові наукові та технологічні галузі, що забезпечують конкурентоспроможність продукції (робіт, послуг) у сфері охорони здоров'я, включають:

- технологічний розвиток персоналізованої медичної допомоги, що дозволяє індивідуалізувати діагностичні процеси, надавати цілеспрямований медичний та інший терапевтичний ефект, що значно підвищить переваги лікування та скоротить витрати на лікування;

- поширення «розумних» ліків, ефективність яких модулюється їх середовищем або конкретними інгредієнтами ліків, націлених на підвищення ефективності, специфічності та точності локалізації;

- застосування неінвазивних («без хірургії», «малотравматичних») методів діагностики;

- створення систем моніторингу та постійного спостереження за певними групами пацієнтів та/або певними групами діагнозів для надання належної допомоги у критичних станах;

- надання паліативної допомоги населенню в нашій країні (паліативна медична допомога є комплексом медичних втручань, спрямованих на порятунк від болю та полегшення інших тяжких проявів захворювання, з метою покращення якості життя невиліковно хворих громадян) [23, с. 170].

Зазначені заходи забезпечать сценарій мобілізації для розвитку національної сфери охорони здоров'я та будуть ефективно знижувати захворюваність та смертність від раку, серцево-судинних захворювань та захворювань, пов'язаних із порушеннями метаболічного процесу (діабет, ожиріння тощо). Такий сценарій конкурентного розвитку повинен обов'язково включати зміну існуючої моделі управління, залучення приватних інвестицій та розробку конкурентних принципів для всіх постачальників послуг і галузевих ресурсів. Намічені тенденції до імпортозаміщення на ринках послуг потребують зміни регіональних підходів до розміщення державних закупівель.

Конкурентоспроможна модель державно-приватної охорони здоров'я пов'язана з інвестиціями в проекти з розвитку високих технологій та людського капіталу з поверненням інвестицій, що значно перевищують середньострокові межі поточного ринку. Основні перешкоди спричинені недоліком конкурентоспроможних професійних кадрів у корпоративному та державному управлінні та неефективними механізмами координації зусиль [75].

Можливі заходи щодо покращення якості та/або доступності медичних послуг для населення:

- перехід медичних працівників на «ефективний контракт», створення стимулів для медичного персоналу;
- розвиток фундаментальної науки в галузі доказової медицини, біостатистики, фармакоекономіки, економічного аналізу із залученням експертів та професорів з інших країн;
- перегляд системи показників, що відображають стан здоров'я (очікувана тривалість життя, рівень смертності коливаються з показниками середньої заробітної плати лікарів);
- розробка систем санаторно-курортного лікування, у тому числі для дітей;
- розробка науково обґрунтованої методології оцінки ефективності витрат;
- створення незалежної системи експертизи для прийняття рішень, пов'язаних із бюджетними видатками;
- розробка бізнес та інвестиційних програм, спрямованих на розвиток сектору охорони здоров'я;
- перетворення клінічного обстеження на ефективні програми профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань;
- удосконалення механізмів відшкодування та доплати витрат на ліки;
- забезпечення належного нагляду за виробництвом та обігом наркотиків;

– включення до системи показників тих значень, які використовуються ВООЗ у їхньому рейтингу [80].

Крім того варто звернути увагу й на здійснення таких необхідних речей:

- інтеграція механізму медичного страхування;
- ефективний державний контроль;
- достатня фінансова підтримка;
- уникнення перевантажень медичних закладів;
- медицина спрямована на підготовку висококваліфікованих медичних фахівців, а не на закупівлю обладнання та перегляд системи взаємодії між системою обов'язкового медичного страхування й закладами охорони здоров'я;
- перегляд галузевих термінів обстеження пацієнта;
- підвищення престижу та покращення організації амбулаторної допомоги;
- вирішення проблеми нестачі кваліфікованих працівників охорони здоров'я;
- збільшення державного фінансування галузі;
- покращення навичок топ-менеджменту [81, р. 59].

Необхідний розвиток нових механізмів спів фінансування сфери охорони здоров'я державою, населенням, роботодавцями, зокрема:

- запровадження механізму співплати послуг приватних медичних організацій із засобів ЗМС та пацієнтів;
- запровадження механізмів поєднання ОМС та ДМС;
- запровадження спів-платежів для частини пацієнтів за види медичної допомоги, засновані на принципово нових медичних технологіях (що не входять до існуючих гарантій);
- запровадження спів-платежів за медичні послуги для заможних працюючих громадян [12].

Варто звернути увагу й на можливість введення до існуючої практики співплати послуг приватних медичних організацій:

- пацієнт добровільно обирає приватну медичну організацію для отримання медичної допомоги, включеної до програми ЗМС;
- медична допомога, надана пацієнту у приватній медичній організації, що оплачується за рахунок коштів ЗМС за тарифами, що діють у системі ЗМС;
- пацієнт доплачує різницю між тарифом приватної організації та тарифом ЗМС (співплатіж пацієнта) запровадити сплати пацієнтів за частину видів медичної допомоги, що є загальнопоширеною;
- сплата за ті види медичної допомоги, які отримають розвиток у майбутньому на основі принципово нових медичних технологій;
- забезпечення спеціальної підтримки найменш платоспроможних груп населення [65].

Лікарське забезпечення під час амбулаторного лікування також потребує певних змін, зокрема:

- поетапне створення системи пільгового лікарського забезпечення під час амбулаторного лікування для цільових груп громадян (понад діючі програми лікарського забезпечення, для дітей, пенсіонерів та всього населення);
- держава компенсує від 25% до 50% витрат на ліки, включені до переліку відшкодовуваних [16].

Доступність лікарського забезпечення розглядається населенням як найбільш пріоритетний напрямок додаткових витрат у сфері охорони здоров'я.

Варто вказати, що сьогодні в нашій країні активно дискутується ідея запровадження нового методу оплати стаціонарної медичної допомоги – за закінчені випадки лікування, класифіковані за клініко-статистичними групами, обов'язкове інформування медичними організаціями громадян про вартість наданих їм за рахунок державних коштів медичних послуг,

додаткове медичне страхування та ін. Вказані заходи покликані сприяти підвищенню її ефективності, але заходи для їх реалізації поки не вжито [11].

Наголосимо, що значна кількість показників системи охорони здоров'я, згідно сінгапурської системи охорони здоров'я, в нашій країні не вимірюється, за деякими показниками є приблизні оцінки експертів та різних авторів [79]. Наприклад, важливими показниками результативності медичної допомоги вважаються:

- очікувана тривалість життя;
- дитяча, перинатальна, материнська смертність;
- запобігання смертності (втрачені роки потенційного життя для населення від 0 до 69 років);
- частка осіб віком 65-74, які мають обмеження у фізичній активності через проблеми зі здоров'ям;
- показники захворюваності населення;
- показники летальності, у тому числі внутрішньолікарняної;
- частка населення, задоволеного якістю та доступністю медичної допомоги [47].

Варто вказати, що за показником очікуваної тривалості життя, як уже зазначалося, Україна значно відстає від багатьох розвинених країн, а відмінність з Сінгапуром становить більше 15 років. Показник дитячої смертності відрізняється у 9 разів, показник запобігання смертності – в 5,1 рази, частка осіб з обмеженнями фізичної активності в Україні взагалі не вимірюється. Ступінь задоволеності населення послугами медичного персоналу в Україні становить 24% (за показником частки населення), в Сінгапурі – 90% [21, с. 110]. За показником ефективності лікування – невідповідність лікування встановленим стандартам та клінічним рекомендаціям професійних товариств – за оцінками експертів становить 46%, що є неприпустимо високим показником, тобто половина лікування призначається некваліфіковано. Високі показники летальності, більше того вони постійно зростають, про що говорилося вище. Близько 50% пацієнтів

заявило про наявність лікарської помилки при призначенні та проведенні їх лікування [19].

Отже, необхідність збереження здоров'я нації є стратегічним орієнтиром державного регулювання у сфері охорони здоров'я, що визначає цільові установки державного регулювання вказаної системи. Як показує статистика та більшість досліджень, рівень здоров'я населення знижується, незважаючи на зростання загальної чисельності населення, зростання народжуваності та очікуваної тривалості життя (при народженні), динаміка деяких показників свідчить про наявність серйозних проблем у системі охорони здоров'я [26]. Досягнення мети підвищення рівня здоров'я населення можливе лише за умови підвищення ефективності процесів управління медичними установами. При оцінці ефективності системи охорони здоров'я необхідно орієнтуватися на кінцевий результат, а не на досягнення процесних показників – зниження тривалості стаціонарного лікування, зайнятості ліжок, рівень госпіталізації та ін. До найважливіших показників результативності медичної допомоги належать:

- показники захворюваності населення (первинної та вторинної);
- показники летальності в медичних закладах;
- показники інфікування хворих за умов стаціонару;
- показники оцінки ефективності лікування та адекватності призначеного лікування, його відповідності встановленим стандартам;
- очікувана тривалість життя;
- дитяча, перинатальна, материнська смертність;
- попереджувана смертність (Втрачені роки потенційного життя для населення від 0 до 69 років);
- частка осіб у віці 65-74 років, які мають обмеження у фізичній активності через проблем зі здоров'ям;
- частка населення, задоволеного якістю та доступністю медичної допомоги та ін.

Щодо сфери охорони здоров'я в Україні, то останніми роками стало очевидно, що проблемою вітчизняної сфери охорони здоров'я є не лише недолік виділених коштів, а й низька ефективність використання цих коштів. Існуюча система фінансування не відповідає збільшеним потребам населення і не здатна подолати дефіцит бюджету, що складається у сфері охорони здоров'я. Більшість розвинених країн вже розпочали реформи, спрямовані на підвищення ефективності використання бюджетних коштів на сферу охорони здоров'я (у тому числі за рахунок зниження адміністративних витрат на здійснення оплати медичної допомоги). Центром нової системи фінансування медичного забезпечення стає пацієнт, який приймає свою частку відповідальності за збереження здоров'я [22]. Активна участь пацієнта в лікуванні та, що ще більш важливо, участь у профілактичних заходах і підтриманні здорового способу життя, є значно більш ефективним, ніж подальше вдосконалення спеціалізованої медичної допомоги, орієнтованої на лікування занедбаних випадків захворювань. Перетворення пацієнта на самостійного учасника системи охорони здоров'я проявляється також у зміні форм оплати медичної допомоги – тепер пацієнт не зберігає жорстку прикріпленість до певної лікарні, а фінансові ресурси закріплюються за пацієнтом. Тим самим формується конкурентний механізм, заснований на праві вільного вибору пацієнтом медичної організації та лікаря; одночасно механізм контролю за якістю. Частково, вказані механізми вже втілені в нормах вітчизняного законодавства щодо сфери охорони здоров'я громадян, але за умов хронічної недостатності тарифів, конкуренція за прикріплене населення не зможе розвинути до рівня, здатного впливати на поведінку постачальників медичних послуг. Співплатежі та, зокрема, медичні рахунки можуть дати реальне наповнення даного механізму. Зрештою, медичні рахунки є додатковим джерелом необхідних коштів для дефіцитної системи охорони здоров'я. Важливо, що таке збільшення фінансування є неінфляційним та стимулює покращення якості медичної допомоги на відміну від простого збільшення тарифів. На відміну від сплати за рахунок

особистих коштів населення, медичні рахунки більшою мірою відповідають принципам соціальної справедливості.

Отже, впровадження медичних рахунків у вітчизняній сфері охорони здоров'я сприятиме виконанню трьох ключових завдань:

- створення економічного стимулу для зміни ставлення людей до збереження власного здоров'я (повна інформація про ціну послуги, прозорість ціноутворення та оплати, передача контролю за витратами безпосередньо пацієнту);

- забезпечення реальних прав пацієнта шляхом забезпечення його платоспроможності (розширення можливостей вільного вибору медичної організації та конкретного спеціаліста, формування накопичувального соціального капіталу);

- формування економічно ефективних механізмів залучення додаткових коштів у сферу охорони здоров'я (збільшення фінансових ресурсів на душу населення, зниження інфляційного ризику, розвиток реального платоспроможного попиту та, як наслідок, підвищення якості послуг) [25].

Таким чином, на поступове покращення показників системи охорони здоров'я за вітчизняною методикою (з орієнтацією на процесний підхід та економію бюджетних коштів), показники кінцевого результату (ті, на основі яких формується статистика чи оцінки) знижуються. Насамкінець можна сказати, що існують як проблеми, так і потенційні шляхи підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Наша система охорони здоров'я показує досить широкий спектр пріоритетних областей, на які слід звернути увагу при прийнятті рішень у галузі розвитку охорони здоров'я. Всі ці області мають бути взаємопов'язані та супроводжуватися фінансовими, економічними, медичними, управлінськими механізмами та інструментами, що дозволяють їм формувати системний підхід до розвитку та модернізації системи охорони здоров'я в нашій країні.

ВИСНОВКИ

У Сінгапурі побудована високорозвинена ефективна економіка, рівноважно інтегрована у світову по регіонах, тому стійка. У політиці та економіці Сінгапур поєднує широке міжнародне співробітництво із опорою на власні сили. Система охорони здоров'я поєднує всі економічні, політичні та соціальні плюси та всі потенційні, закладені у самій системі, мінуси. Досвід Сінгапуру в побудові, у тому числі, розвиненої охорони здоров'я, затребуваний в більшості країн Америки, Європи, й, безумовно, буде корисним в Україні зважаючи на ситуацію в країні.

1. З точки зору організаційно-фінансових особливостей можна виділити дві основні моделі фінансування сфери охорони здоров'я: страхову та бюджетну. Однак внаслідок того, що з часом кожна держава була змушена вдосконалювати діючу систему, в жодній країні ці моделі не представлені у чистому вигляді. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я у більшості країн є внески на обов'язкове медичне страхування, що відраховуються на паритетній основі роботодавцями та найманими працівниками. Дефіцит фондів обов'язкового та приватного медичного страхування покривається за рахунок державних кредитів (наприклад, у Бельгії). На фінансування охорони здоров'я спрямовуються також кошти від добровільного медичного страхування за рахунок роботодавців чи з власних коштів громадян. Найбільшого поширення ДМС набуло у таких європейських країнах, як Німеччина та Нідерланди. У багатьох державах оплата медичних послуг та медикаментів може також здійснюватися із власних коштів пацієнтів. Це обумовлено тим, що медичне страхування не завжди покриває всі витрати на надання медичної допомоги. Структура особистих витрат пацієнтів на співфінансування охорони здоров'я не має однорідного характеру. Так, досить висока їхня частка у таких країнах, як Італія та Греція, пояснюється превалюванням індивідуальних доплат

громадян на придбання ліків та оплату медичних послуг, а в Німеччині, Франції та Бельгії основна частина витрат акумулюється у фондах страхових медичних компаній, які надають послуги у рамках ДМС. Це зумовлено розвиненим ринком ДМС, чисельністю конкуруючих між собою приватних страхових компаній, а також стабільністю фінансового ринку, що дає можливість страховим медичним компаніям здійснювати успішну інвестиційну діяльність.

2. Сінгапур досяг вражаючих успіхів в сфері охорони здоров'я, і при цьому показує одні з найкращих показників економічної ефективності фінансування охорони здоров'я. В організації та фінансуванні сфери охорони здоров'я у Сінгапурі можна виділити такі важливі особливості:

- персоналізація витрат на медичні послуги для заохочення турботи про власне здоров'я та підвищення відповідальності за своє майбутнє;
- скорочення надлишкового споживання за рахунок використання сплати з боку споживачів;
- активна роль та регулювання процесу надання медичних послуг з боку держави для запобігання надлишковому споживанню (за рахунок пропозиції з боку лікарів);
- підтримка нужденних з боку держави та підвищення справедливості за рахунок субсидування послуг;
- підвищення стійкості та незалежності системи охорони здоров'я завдяки нагромадженню значних фінансових ресурсів;
- додаткові фінансові ресурси для інвестування в економічний розвиток країни (кошти на рахунках Medisave складають млрд. дол., що десятки разів перевищують бюджет на охорону здоров'я Сінгапуру).

Уряд Сінгапуру, незважаючи на ключові принципи індивідуальної відповідальності та використання співоплати, що запобігає надмірне споживання медичних послуг, погоджується з тим, що ринкові механізми, навіть у поєднанні з механізмами скорочення попиту, такими як співплата, недостатні для досягнення цієї мети. Чітко говориться, що в секторі охорони

здоров'я пропозиція має тенденцію створювати свій власний попит, тим самим збільшуючи витрати на охорону здоров'я. Тому уряду необхідно втрутитися, щоб запобігти надмірне споживання, зменшити непотрібний попит і, зрештою, контролювати витрати. Дії уряду в цій галузі включають положення про впровадження технологій та спеціальних стандартів у державних лікарнях.

3. Системи охорони здоров'я України та Сінгапуру значно відрізняються за структурою, фінансуванням та доступністю. Україна має систему, що поступово переходить на страхову модель, тоді як Сінгапур використовує унікальну модель, що поєднує обов'язкове медичне страхування з державним фінансуванням і особистими накопиченнями. Крім того суттєва різниця в доступності медичних послуг, зрозуміло, що в нашій державі вона є обмеженою, особливо в сільській місцевості. Доступність, вірніше її певна відсутність суттєво впливає на якість наданих медичних послуг, яка також бажає кращого зважаючи на відсутність необхідного обладнання, брак кадрів, відсутності ліків тощо. Вказана ситуація є також результатом відсутності виважених дій вітчизняного уряду та його політики, зокрема, тривалий реформаційний період в сфері охорони здоров'я, з відсутністю виважених, послідовних кроків та дій. Не варто забувати й про наявність високого рівня корупції у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Як наслідок, Сінгапур демонструє більш ефективну та доступну систему охорони здоров'я, ніж Україна, завдяки унікальній комбінації фінансових механізмів, чіткій організації та високій якості послуг.

4. Зважаючи на отримані результати проведеного дослідження можемо стверджувати, що ефективне державне управління сферою охорони здоров'я (в нашому випадку щодо фінансування) можливе в умовах розвинених ринкових взаємовідносин, але за умови дотримання учасниками своїх обов'язків щодо надання населенню доступної та якісної медичної допомоги. В іншому разі настає протиріччя соціальних пріоритетів суспільства з економічною діяльністю сфери охорони здоров'я. Досвід зарубіжних країн

щодо фінансування й врегулювання діяльності системи охорони здоров'я, забезпечення якісної та доступної медичної допомоги підтверджує можливість та результативність поєднання економічної та соціальної сфери у медичних послугах. Незважаючи на те, що становлення та досвід функціонування певних моделей фінансування ринку медичних послуг у кожній країні безпосередньо пов'язаний зі ступенем розвитку та рівнем організації в такій країні, спільними напрямками державного врегулювання та контролю у системі охорони здоров'я різних країн, є зниження витрат на охорону здоров'я, забезпечення якісних, кваліфікованих, адекватних та доступних медичних послуг. В цілому, основними напрямками регулювання фінансування системи охорони здоров'я у зарубіжних країнах, у тому числі спрямованого на забезпечення якості медичних послуг населенню, які можуть бути застосовними і в Україні, є:

- забезпечення проведення наукових розробок, розвитку інновацій, науково-технічного процесу та створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг;
- створення ефективної системи контролю за якістю медичних послуг;
- проведення заходів щодо посилення мотивації праці медичних працівників та ефективного використання їх праці;
- створення ефективних програм навчання, підвищення кваліфікації для медичного персоналу, а також, пріоритетне вжиття заходів, спрямованих на підтримання здоров'я населення, мотивація громадян на збереження й зміцнення свого здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арцатбанова О. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – К. : Центр учб. л-ри, 2008. – 640 с.
3. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні // Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93-97.
4. Борисюк О. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду // Регіональна економіка та управління. 2020. Вип. 1 (27). С. 45-50.
5. Булах І. Сучасні світові тенденції архітектурно-містобудівної організації мережі лікувально-профілактичних закладів // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Архітектура. 2019. Vol. 1, Iss. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VNULPARX_2019_1_1_7.
6. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах // Науковий вісник НЛТУ України. 2011. Вип. 21.10. С. 178-184.
7. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/alth-ukr.pdf
8. Бюттнер Ден Блакитні зони. 9 правил довголіття від людей, які живуть довше за усіх URL: <http://garmonya.in.ua/den-byuttner-blakytnei-zony-9-pravyl-dovgolittya-vid-lyudej-yakizhyvut-dovshe-za-usih>
9. Воробйов В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я // Форум права. 2011. № 2. С. 139-146.

10. Гачкевич А. О. Організаційно-правове забезпечення впровадження штучного інтелекту в Сінгапурі // Аналітичне-порівняльне правознавство/редкол.: Ю. М. Бисага (голов. ред.), В. В. Заборовський, Д. М. Бєлов, С. Б. Булеца та ін.; ДВНЗ «УжНУ» – Ужгород, 2024. – №2. URL <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/303556/295612>

11. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія. Тернопіль. 2005. URL: http://library.wunu.edu.ua/files/EVD/mg_dprou.pdf

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. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. – Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. – 396 с.

13. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова [та ін.]; за заг. ред. проф. М. М. Білінської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

14. Длугопольський О.В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ : міжнародні порівняння. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/28471/07-Dlugopolskiy.pdf>

15. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Черненка, В. Рудого. – К. : Вид-во «Академпрес», 2002. – 112 с.

16. Едді Н. Орінда Генезис міжнародно-правового співробітництва в боротьбі з епідеміями та пандеміями. European political and law discourse. 2016. № 3(4). URL: <https://eppd13.cz/wp-content/uploads/2016/2016-3-4/07.pdf>

17. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я // Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2019_1_5

18. Журавка О. С., Босак І. Л. Теоретичні аспекти функціонування основних моделей фінансування охорони здоров'я у світі // Проблеми та перспективи розвитку фінансово-кредитної системи України : матеріали

Міжнародної науково-практичної конференції, м. Суми, 22-24 листопада 2021 р. Суми : Сумський державний університет, 2021. С. 12-15.

19. Зеленеви́ч В. О., Кузьмін А. І. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я. XIV Міжнародна наукова інтернет-конференція «ADVANCED TECHNOLOGIES OF SCIENCE AND EDUCATION». URL: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhnyi-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya>.

20. Карлін М. І., Івашко О.А, Фінансові системи країн Європейського Союзу: підручник. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 384 с.

21. Клименко М. О. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування // Чернігівський науковий часопис Чернігівського державного інституту економіки і управління. Сер. 1: Економіка і управління. 2017. № 1. С. 104-112.

22. Козлова Л., Малікіна О., Полякова О., Андріяш В. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні // Публічне управління та регіональний розвиток. 2020. № 9. С. 689-713.

23. Костенко Н., Марцинковський В. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід // Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка. 2018. № 3. С. 170.

24. Кужелєв М., Нечипоренко А. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід // Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій. № 1(13). URL: <https://journal.eae.com.ua/index.php/journal/article/view/252/205>

25. Лободіна З. М. Форми та методи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дітей. URL: http://www.rusnauka.com/2_SND_2007.doc.htm

26. Малікіна О., Полякова О., Андріяш В. Міжнародний досвід фінансування реформ у сфері охорони здоров'я // Публічне управління та регіональний розвиток. № 5. 2019. С. 474-492.

27. Маулік С.С. Трансформації соціальних структур під впливом соціальних інновацій // Науковий журнал «Габітус». Херсон, Видавничий дім «Гельветика», 2018. – № 7. – 76 с.

28. Маулік С. Застосування соціальних інновацій у державному управлінні Сінгапуру // Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 21-22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2020_21-22_30.

29. Медицина Сінгапуру: витрати – невеликі, успіхи – значні URL: <https://thepharma.media/publications/articles/12839-medicina-singapuru-vitrati-neveliki-uspihi-znachni>

30. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США URL: <http://forinsurer.com/public/04/05>.

31. Мороз М. Ми живемо на 10 років менше за європейців і вмираємо від хвороб, які можна було вилікувати. URL: <http://expres.ua/news/2017/08/14/257121-myzhyvemo-10-rokiv-ty>.

32. Москаленко М. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : моног. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.

33. Оганян А. А., Савичук Н. О. Правове управління реформуванням охорони здоров'я у країнах центральної, східної Європи та СНД: порівняльний аналіз // Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 5. С. 117-123.

34. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

35. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL: <https://www.mof.gov.ua/uk/>

36. Охорона здоров'я Канади URL: <http://www.Canada.ru.ca/uk/archives/450>.

37. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я // Український медичний часопис. 2017. № 2. С. 1-6.

38. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх

реформування // Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія : Економіка і управління. 2021. № 2. Том 32(71). С. 43-49.

39. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні (років) URL: <http://db.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/view.asp?ma=7&tg=1=uk>

40. Скріпкін С. В. Правове регулювання видатків у галузі охорони здоров'я України: дис. ... канд. юрид. наук. – Запоріжжя. 2019. – 187 с.

41. Скріпкін С. Правові проблеми трансформації кошторисно-бюджетного методу фінансування у програмно-цільовий при фінансуванні видатків закладів охорони здоров'я // Проблеми захисту суб'єктів правовідносин у сфері охорони здоров'я в контексті медичної реформи: збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 25 травня 2018 р.). ЗДМУ, 2018. С. 123-127.

42. Смертність в Україні URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/p>

43. Теслюк Р., Бідак В. Старіння населення України та соціальна вразливість людей похилого віку // Економіка та суспільство. 2023. № 56. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-56-14>

44. Топ країн з найкращою системою охорони здоров'я по всьому світу URL: <https://visitworld.today/uk/blog/2580/top-ayut-na-vibir-naikrashhoi-kraini-za-rivnem-rozvitku-sistemi-oxoroni-zdorovya>

45. Філіпова Н. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я // Вісник Хмельницького національного університету. 2020. № 6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2020_6_54

46. Чорна В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського союзу // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1 (87). URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/12142>

47. Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В., Висоцький А., Шеїн Д. Правове забезпечення трансформації сфери охорони здоров'я у світлі медичної реформи з огляду на євроінтеграційні процеси // Аналітично-порівняльне правознавство. 2021. № 3. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/anopr>

48. Ю Л.К. Сингапурська історія. Із третього світу в перший. Том 1 і 2. – К.: О. Капусти, 2011. – 1050 с.
49. Як війна трансформувала попит на медиків та фармацевтів в Україні URL: <https://www.apteka.ua/article/719067>
50. Яка зарплата медсестри в Україні 2025 URL: <https://medleader.top/yaka-zarplata-medsestry-v-ukrayini/>
51. Abeysinghea T., Himania, Lim J. Singapore's Healthcare Financing : Some Challenges, Department of Economics, National University of Singapore. URL: <http://www.nus.edu.sg/uawards/2014/Augustus-John-Rush.php>.
52. Barroy H., Gupta S. From overall fi scal space to budgetary space for health: connecting public financial management to resource mobilization. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 2020. URL: <https://www.cgdev.org/event/overall-fiscal-spacebudgetary-space-health>
53. Barroy H. From overall fi scal space to budgetary space for health Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 2022. URL: <https://www.cgdev.org/event/overall-fiscal-spacebudgetary-space-health>
54. Booming Medical Tourism Industry KPMG Issues Monitor». URL: <http://www.kpmg.com/CH/en/Library/Articles-Publications/Doc-en.pdf>.
55. Carey David, Bradley Herring and Patrick Lenain Health Care Reform in the United States. Baltimore : OECD Publishing, 2009 // OECD Economics Department Working Papers. № 665. 45 p.
56. Central Provident Fund. Medishield-life. URL: <https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medishield-life>
57. CPF Contribution / Central Provident Fund Board. URL: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contri/Contri-Ra.htm>.
58. Dixon A. Are medical savings accounts a viable option for funding health care? Croatian Medical Journal. 2014. №. 43. P. 33-43.
59. Eurostat : official web-site. 2020. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/>
60. Financing for health: alternatives for Europe. URL: http://mt-choice.ru/docs/articles/mt_26_2016-4_20-25.pdf.

61. Haseltine, William A. Affordable excellence: The Singapore healthcare story: how to create and manage sustainable healthcare systems. Singapore: Ridge Books, 2013. P. 182.

62. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems. Princeton Health Public Review. 2017. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory/>

63. Health Care Systems – Four Basic Models. PNHP. URL: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_bls.php

64. Health insurance coverage status by state for all people. U.S. Census Bureau. URL: <http://www.census.gov/hhes/www/cpstables/032011/health/h060.xls>

65. Hertling M., Dennis M., Bartlett R. Study: Approaches to Leadership Training at Top Nonprofit Hospitals. November, 2018. American Association for Physician Leadership. URL: <https://www.physicianleaders.org/news/study-approaches-leadership-training-top-nonprofit-hospitals>

66. International Health Care System Profiles/ Taiwan. The Commonwealth Fund. 2020. URL: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/taiwan>

67. Kuzheliev M., Zherlitsyn D., Rekunen I., Nechyporenko A., Nemsadze G. The impact of inflation targeting on macroeconomic indicators in Ukraine // Banks and Bank Systems. 2020. №15(2). P. 94-104.

68. Marchildon, Gregory P. Health system performance in Canada: the good, the bad and the ugly // Eurohealth. 2013. Vol. 19. №2. P. 32-35.

69. Ministry of health Singapore, Healthcare institution statistics URL: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/healthcare_iocs.html

70. Ministry of Health Singapore. Withdrawal limits URL: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financin.html.

71. Nomura Asia Healthcare Research Team, «Healthcare: Asia Pacific» Anchor Report. P. 49.

72. Nur Syafiqah Abd Mutalib, L.C. Ming. Medical Tourism: Ethics, Risks and Benefits // Ethical Practices and Medicine Promotion. April, 2016. URL: https://www.researchgate.net/publication/303400340_Medical_Tour

73. Parliamentary Debates Singapore – Official Report. URL: <https://web.archive.org/web/2017102>.

74. Rekunenko Discretionary budget expenditure in the system of state regulation of the country's socioeconomic development // Public and Municipal Finance. 2018. №7. P. 8-18.

75. Roberta E Sonnino. Health care leadership development and training: progress and pitfalls // Journal of Healthcare Leadership. 2016. № 8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741005/>

76. Singapore – Health expenditure. Health expenditure, private (% of GDP). URL: <https://www.indexmundi.com/facts/singapore/health-expenditure>

77. Subhadra Ganguli, Ahmed Husain Ebrahim. A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness // Tourism Management Perspectives. Volume 21, January 2017. P. 74-79.

78. The World Bank, Singapore URL: <http://data.worldbank.org/country/sing>

79. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations. 2015: URL: <https://sustainabledevelopment.un.org>

80. Villani L, Frisicale E M, Parente P, Cacciatore P, Carini E, A Gentili, Grossi A, Pezzullo A M, Favaretti C, Ricciardi W. 1st European Academy for Healthcare Leaders: high training on leadership to manage health systems // European Journal of Public Health, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019. URL: https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supplement_4/ckz186.691/5623761

81. Walters R., Coghlan M. Data Protection and Artificial Intelligence Law: Europe Australia Singapore – An Actual or Perceived Dichotomy? // American Journal of Science, Engineering and Technology. 2019. Vol. 4. № 4. Pp. 55-65.

82. William C. Hsiao, Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore, Peer Review, Summer 2015. 26 p.

83. Woolhandler S., Campbell T. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada // The new England journal of medicine. 2003. URL: <http://www.pnhp.org/publications/nejmadmin.pdf>.

84. World Health Organization Global Health Expenditure database. URL: <http://apps.who.int/nha/database>

85. World health organization. URL: <https://www.euro.who.int/en/home>

86. World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. URL: <https://www.who.int/whr/2000/en>.