

УДК 351.77:416.2

DOI: <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-3-22-31>

**Максим ДОЛГІХ,**

*доктор філософії у галузі «Публічне управління та адміністрування»,  
лікар стоматолог, Київ, Україна*

**Maksym DOLHIKH,**

*Doctor of philosophy in the field of «Public management and administration»,  
dentist, Kyiv, Ukraine*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7333-4595>

[max.dolgh1@gmail.com](mailto:max.dolgh1@gmail.com)

## **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В США ТА ВЕЛИКОБРИТАНІЇ**

## **THEORETICAL ASPECTS OF THE FORMATION OF PUBLIC MANAGEMENT MECHANISMS OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE USA AND GREAT BRITAIN**

*Анотація.* У статті проаналізовані теоретичні аспекти формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в США та Великобританії.

Зазначено, що здоров'я – показник рівня, образу та якості життя людей, і в цій своїй якості найтіснішим чином пов'язане з цілями розвитку людського потенціалу. Громадське здоров'я, як і здоров'я кожного громадянина, представляє стратегічну мету держави, умову її національної безпеки. Воно також є необхідним для підтримки здорового трудового потенціалу країни, критерієм ефективності державного управління.

Проаналізувавши державно-управлінське, правове та організаційне забезпечення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я у США та Великобританії, ми можемо констатувати, що безоплатне надання всіх видів та у будь-яких обсягах медичної допомоги для громадян – недосяжна мрія, у загальному. Тому що навіть високорозвинені країни не можуть дозволити собі розкіш надавати цілком безкоштовні медичні послуги.

Водночас варто зазначити, що аналіз глобальних трендів розвитку та реформування системи охорони здоров'я показує, що в світі немає ідеальної моделі системи охорони здоров'я. Отже, для організації ефективної системи охорони здоров'я населення необхідно перейняти досвід розвинених країн на основі державного регулювання системи охорони здоров'я з урахуванням різних трендів ринкової економіки.

Досвід цих країн вважаємо актуальним з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей довгострокового розвитку та покращення інституційного та організаційного середовищ України у рамках міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн, також, є дуже корисним для України і може бути застосований після його відповідної адаптації до українських реалій. Це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, включаючи сімейну медицину, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження у пілотних проєктах на конкретних територіях.

**Ключові слова:** публічне управління, система охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування, медичні послуги, якість медичних послуг, медичний персонал.

**Abstract.** *The article analyzes the theoretical aspects of the formation of mechanisms of public management of the health care system in the USA and Great Britain.*

*The author states that health is an indicator of the level, image and quality of people's lives, and in this capacity is most closely related to the goals of developing human potential. Public health, like the health of every citizen, is a strategic goal of the state, a condition of its national security. It is also a necessary condition for maintaining a healthy labor potential of the country, a criterion for the effectiveness of public administration.*

*Having analyzed the state-management, legal and organizational support of the mechanisms of public management of the health care system in the USA and Great Britain, we can state that the free provision of all types and in any amount of medical care for citizens is an unattainable dream, in general. Because even highly developed countries cannot afford the luxury of providing completely free medical services.*

*At the same time, it should be noted that the analysis of global trends in the development and reform of the health care system shows that there is no ideal model of the health care system in the world. Therefore, in order to organize an effective public health care system, it is necessary to adopt the experience of developed countries on the basis of state regulation of the health care system, taking into account various trends of the market economy.*

*The experience of these countries should be considered relevant from the point of view of forming a strategy for the development of health insurance in Ukraine: defining the mission, goals of long-term development and improving the institutional and organizational environment of Ukraine, within the framework of international cooperation. The experience of functioning of health care systems of European countries is also very useful for Ukraine and can be applied after its appropriate adaptation to Ukrainian realities. This requires strategic planning for the development of mechanisms for public management of the healthcare system in Ukraine, including family medicine, taking into account international experience and analysis of the results of its implementation in pilot projects in specific territories.*

**Key words:** *public administration, health care system, mandatory medical insurance, medical services, quality of medical services, medical personnel.*

**Постановка проблеми.** Епоха глобалізації створила умови для величезного позитивного стрибка у сфері нових технологій, розвитку світової торгівлі та інвестицій. Нинішнє покоління людей сподівається бути багатшими, здоровішими і освіченішими, ніж їхні батьки. Практично у всьому світі успішно вирішуються проблеми загальної початкової освіти, зниження дитячої смертності. Зростає тривалість життя людей. Разом з тим, глобалізація не вирішила всіх проблем, пов'язаних з розривом між бідними та багатими країнами, а окремих випадках навіть посилила таке становище. Загрозу людському розвитку становить не тільки розрив між багатими та бідними країнами в рівні економічного розвитку, а й широке поширення небезпечних хвороб, що становлять загрозу життю людей, таких як ВІЛ-інфекція, туберкульоз, коронавірус та ін.

Основна мета людського розвитку полягає у створенні такого навколишнього політичного, економічного, соціального, культурного та екологічного середовища, яке б дозволило забезпечити людям матеріальний достаток та можливість довго насолоджуватися здоровим і творчим життям.

Здоров'я – показник рівня, образу та якості життя людей і в цій своїй якості найтіснішим чином пов'язані з цілями розвитку людського потенціалу.

Громадське здоров'я, як і здоров'я кожного громадянина, представляє стратегічну мету держави, умову її національної безпеки. Воно також є необхідним для підтримки здорового трудового потенціалу країни, критерієм ефективності державного управління.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** На сьогодні проблеми реформування та

розвитку системи охорони здоров'я аналізують політологи, юристи, економісти, фінансисти, фахівці з державного управління. Так, розв'язанням проблем реформування системи охорони здоров'я, механізмами державного управління реформуванням медичної сфери займалися М. Білинська, О. Вашев, Я. Зима, Д. Карамішев, О. Павленко, О. Прокопчук, І. Рожкова, В. Рудий, Я. Радиш та ін.

**Метою статті** є системний аналіз теоретичних аспектів формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в США та Великобританії.

**Виклад основного матеріалу.** Світова практика надання медичних послуг свідчить, що втілення гуманітарної, людино центричної парадигми глобального економічного розвитку та соціального прогресу, передумовами яких є якість людського потенціалу, має сприяти реалізації основного права людини на життя та здоров'я, а отже, і забезпеченню довголіття населення [1].

Міжнародні організації, такі як: Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом, приділяють значну увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу в цілому.

Підхід міжнародних експертів до вивчення питань механізмів публічного управління системою охорони здоров'я базується на аналізі та порівнянні ефективності функціонування трьох галузей – політичної (рівень демократії у ній); економічної (ВВП на душу населення); медичної, яка відповідає політичному та економічному становищам у країні [2].

Аналіз наукових джерел показав, що деякі питання вивчення міжнародного досвіду інших країн щодо функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я актуалізуються у працях багатьох вчених. Однак, незважаючи на наукову та практичну цінності опублікованих праць, основні питання, пов'язані з вибором критеріїв оцінки рівня розвитку зарубіжних країн у системі охорони здоров'я, досі залишаються невирішеними [3].

У цілому, формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я проводиться відповідно до стратегічних напрямів, окреслених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, основні з яких були визначені на 17-ій (1963 р., Нью-Йоркській) та 35-ій (1983 р.) сесіях. Також були обговорені 12 принципів реалізації механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, що впливають з позиції повної відповідальності уряду за забезпечення прав людини на охорону здоров'я та розроблені для більшості національних систем державного управління [4] (див. Рис. 1).



Рис. 1 Принципи реалізації механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, затверджені Всесвітньою організацією охорони здоров'я

На основі проведеного аналізу можна визначити три кращі країни за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність та інші) серед яких:

Японія, Німеччина та США [5]. Нижче пропонуємо детальніше зупинитися на огляді особливостей функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я у двох останніх країнах.

Приватна форма фінансування охорони здоров'я є типовою для *Сполучених Штатів Америки*, де медичні послуги оплачуються, переважно, державою. Близько 90% американців користуються приватними страховими компаніями, витрачаючи на їх послуги більше 10% сімейного доходу. Розмір медичної допомоги, у переважній більшості, залежить від розміру внеску. Більшість американців страхуються своїми роботодавцями, або через такі організації, як професійні товариства або об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже кілька десятиліть. Вона підтримується у межах штатів такими організаціями як Синій хрест і Синій щит, які зобов'язані страхувати всіх, хто сам цього забажає [6].

США витрачають 16,4% ВВП на охорону здоров'я. Це майже найбільший показник у світі. Зауважимо, однак, що великий розмір фінансування не завжди гарантує рівний та належний доступи всім громадянам до медичної допомоги.

У 2018 р., понад 15% американців, взагалі, були незастраховані. Причиною цього була висока вартість страхування, втрата роботи або неможливість отримати страхову субсидію. При цьому, громадяни без страхування можуть скористатися послугами некомерційних медичних центрів та невідкладних стаціонарів у лікарнях. Однак, часто вони їдуть звідти, не отримуючи належної допомоги. Такі установи можуть лише оцінити загальний стан пацієнта та стабілізувати його, а не лікувати людину. Страхування також не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків.

Більшість американців користуються певними програмами страхування і отримують так звану «керовану» допомогу. Через мережу посередників їх направляють до лікарів поліклінік, аптек, лабораторій, рентгенівських кабінетів та інших установ. Деякі програми страхування не охоплюють лікування хронічних захворювань.

Третина американців отримує медичну допомогу за програмами страхування Медікейр та Медікейд, що фінансуються платниками податків.

Медікейр – це національна програма страхування для людей, старших 65 років, та деяких людей, які знаходяться «за межею бідності». У 2017 р. Медікейр надала послуги та ліки на суму близько 514 мільярдів доларів. Медікейд – це спільна програма державних і федеральних урядів, яку вони спонсорують. 23% американців використовують цю програму. Робота програми також спрямована на надання страхування певним категоріям людей. Покриття Медікейд трохи ширше, ніж Медікейр, але не відповідає потребам кожного. Кожна держава вирішує, хто підпадає під цю програму [7]. У Сполучених Штатах Америки первинна допомога, зазвичай, надається сімейними лікарями, які працюють поодиночці або як частина групи. Сімейні лікарі складають третину від загальної кількості лікарів у країні. Більшість приватних лікарів первинної медичної допомоги працюють у невеликих клініках із чисельністю персоналу менше 5 осіб. Пацієнти можуть обирати лікаря із електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг [8].

При цьому, нами з'ясовано, що, в цілому, американцям не подобається сучасний стан розвитку їхньої медицини. Згідно з опитуванням, проведеним у 2017 р. Commonwealth Fund, 82% громадян Сполучених Штатів Америки вважають, що діюча система механізмів публічного управління охороною здоров'я потребує або проведення фундаментальної реформи, або її перебудови [9]. Розглядаючи організацію охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки, варто зазначити, що головним недоліком її системи механізмів публічного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах Америки становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Тому досвід Сполучених Штатів Америки показує, що запровадити приватне медичне страхування як основне джерело фінансування

недоцільно, оскільки, можливі серйозні фінансові розбіжності в охороні здоров'я [5].

Таким чином, можна виділити 4 основні напрями реформи: обов'язковість страхування для всіх громадян, державне регулювання тарифів страхових внесків та обсягів страхового покриття, полегшення процесу вибору громадянами страхового плану, регулювання цін на медичні послуги та підвищення якості медичної допомоги.

1. Розвиток системи обов'язкового медичного страхування для всього населення:

– Усі громадяни повинні мати медичне страхування або «мандат», як його назвали американці на страхування.

– Страхівка купується громадянином самостійно, якщо вона коштує не більше 8% від його щорічного доходу; якщо ж громадянин не страхується, то нього накладається штраф у вигляді від 1 до 2,5% від доходу.

– Якщо страхівка коштує дорожче 8% від доходу громадянина, і менше ніж 14 400 \$ на рік на людину або менше, ніж 29 330 \$ на сім'ю з 4-х осіб, то держава страхує таких громадян за рахунок програми Medicaid.

– Для громадян, які мають доходи від 14 400 до 43 320 \$ на особу на рік або від 29 330 до 88 200 \$ на сім'ю з 4-х осіб, передбачені податкові субсидії.

– Молодим людям віком від 19 до 26 років, які раніше віддавали перевагу не страхуватися, дозволено залишатися у страховому плані батьків.

– Для суб'єктів малого підприємництва (25 осіб і менше), якщо вони вирішують застрахувати своїх працівників за груповими планами, також передбачено податкові субсидії.

– Для роботодавців із чисельністю понад 50 працівників пропонується вибір – чи обов'язкове страхування всіх працівників, чи оплата додаткового податку кожного працівника у вигляді 2000 \$ на рік (ця сума складає близько 1/3 від щорічного внеску за страхування 1-го працівника у середньому у країні).

– Працівники середнього та малого підприємства мають право залишитись у груповому страховому плані роботодавця (якщо він їх влаштує).

2. Регулювання страхових тарифів та обсягів страхового покриття:

– Страхові компанії не мають права нікому відмовити у страхуванні та встановлювати більші тарифи страхування тим, у кого є високі ризики розвитку захворювання чи його наявність, тобто відбувається перехід на обов'язкове безризикове страхування.

– Страховий план повинен обов'язково покривати медичні заходи щодо профілактики захворювань та ранню діагностику захворювань, стаціонарне лікування, лікарське забезпечення в амбулаторних умовах та послуги з довготривалого догляду, тобто держава встановлює базовий пакет медичного страхування.

– Держава встановлює ліміти до 6 000 \$ на рік на «суплатежі» застраховані за медичну допомогу.

– Держава регулює доходи страхових компаній – вони мають витратити щонайменше 80–85% від суми коштів зібраних страхових внесків на оплату рахунків медичну допомогу, тобто не більше 15–20% коштів у них має залишатися на адміністративні витрати та прибуток.

3. Спрощення процесу відбору страхового плану для населення – створюється «біржа» страхових планів, на якій громадяни та роботодавці можуть на конкурентній основі вибрати страховий план найбільш оптимальний для них та отримати консультації. Ця діяльність підтримуватиметься через Інтернет та call-центри.

4. Регулювання цін на медичні послуги та підвищення якості медичної допомоги – для цього запропоновано такі інструменти:

– Податок на «Кадиллак». Сьогодні більшість роботодавців у США мають податкові відрахування за медичне страхування, це їх стимулює формувати щедрі відрахування на

страхування та не замислюватися про вартість медичної допомоги з одного боку – це знижує податкові надходження до державного бюджету. З іншого – страхові компанії та постачальники медичних послуг формують високі тарифи свої послуги. Для того, щоб уникнути цієї ситуації, запроваджено додатковий податок на страхові компанії, які мають найвищі тарифи внесків.

– Організація «біржі» страхових планів та прозорої конкуренції між ними.

– Створення «Незалежної консультативної ради з фінансування» (IPAB – Independent payment advisory board). Рішення цієї ради повинні обов'язково розглядатися у Конгресі.

– Створення комісії, яка займатиметься «Порівняльною оцінкою медичних технологій» (CET – comparative effectiveness research). Іншими словами, оплата з державної кишені та приватних страхових компаній, які також зацікавлені у зниженні витрат, буде відбуватися лише за високоефективні медичні втручання.

– Включення медичних організацій до плану «Підзвітних медичних організацій» (ACO – Accountable care organizations). Суть цього полягає в тому, що якщо медична організація або приватний лікар (лікарі) вступили в цю програму, то вони зобов'язані звітувати перед державою за якість та результати надання медичної допомоги за встановленими показниками (всього 33 таких показника). Якщо значення цих показників будуть на належному рівні, та організація спромоглася заощадити від 2 до 4% від встановлених тарифів за послуги, то вона отримує від 60 до 70% від зекономлених коштів як бонус. Передбачається, що економія може бути досягнута за рахунок впровадження стандартів, зменшення дублювання процедур, інтеграції надання медичної допомоги пацієнтам. Таким чином, ця модель мотивує постачальників медичних послуг економити кошти державних програм за умови підтримання якості на високому рівні.

У **Великобританії** основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування допомагає «стримувати» зростаючі витрати на лікування. Однак, у державній системі охорони здоров'я є і недоліки, такі як: схильність до монополізму, відсутність у пацієнта вибору лікаря чи лікарні.

Система страхування базується на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість контролювати використання страхових фондів. Застраховані особи також можуть обрати лікаря та лікувальну установу. Фінансування таких систем здійснюється із трьох джерел [10]:

1. Страхові внески підприємців (відрахування із доходів).
2. Страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати).
3. Кошти з державного бюджету.

Система охорони здоров'я Великобританії складається із 3-х секторів:

I. Сектор первинної медико-санітарної допомоги (лікарі загальної практики, амбулаторно-поліклінічних установ, аптек, фармацевтів, зубних лікарів (не стоматологів), очних лікарів (не офтальмологів), тобто персонал установ системи первинної медико-санітарної допомоги;

II. Госпіталів, лікарняних служб, амбулаторій при госпіталях, лікарів спеціалістів, у тому числі стоматологів та офтальмологів та інших персоналів стаціонарів;

III. Громадських, підвідомчих муніципалітетів, медичних служб охорони здоров'я, включаючи санітарно-гігієнічні, організації так званих соціальних медичних працівників (медсестер з догляду, патронажних медсестер та ін.).

Крім цього, низка відомств, Міністерство праці, Військове міністерство мають медичні установи та персонал (санітарних інспекторів промислових підприємств тощо, які є державними службовцями).

Основним постачальником-надавачем послуг із охорони здоров'я є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом

(Міністерством) охорони здоров'я. Вона забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами на безоплатній основі. Пільги щодо соплатежу передбачені для соціально вразливих та нужденних груп населення. Так, громадяни, які не досягли 16 років, особи віком від 60 років і старше, студенти до 19 років, пацієнти з особливими хворобами, військові пенсіонери та інваліди війни повністю звільнені від соплатежів за ліки [8, с. 66].

Фінансова база Національної служби охорони здоров'я формується із податкових надходжень, які становлять 90% бюджету, виділеного на охорону здоров'я. Кожен британець платить за ліки відповідно до своїх доходів. Національна служба охорони здоров'я надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування. Слід зазначити, що не всі послуги Національної служби охорони здоров'я є безкоштовними. У формі прямих платежів пацієнти сплачують за приватне лікування у закладах Національної служби охорони здоров'я, безрецептурні ліки, офтальмологію та стоматологічну допомогу. Стоматологічні послуги та лікарські засоби, що відпускаються за рецептом, відшкодовуються пацієнтам. Що стосується ліків, то будь-який лікар має стандартну ціну за рецептом, незважаючи на собівартість. Фінансування, що отримується за рахунок загальних податкових зборів, забезпечує 82% витрат на утримання закладів охорони здоров'я та 100% зарплати лікарів, медсестер та незалежних лікарів. Додаткові джерела фінансування Національної служби охорони здоров'я (18%) надходять у вигляді пожертв, коштів від державного страхування та комерційної діяльності агентств Національної служби охорони здоров'я.

Медичні послуги у Великобританії поділяються на первинні, що надаються у кабінетах загальної практики, амбулаторно-хірургічних кабінетах, стоматологічних і офтальмологічних відділеннях та вторинні – надаються у лікарнях, медичних центрах та здійснюються у роботі психологів та психіатрів. Більшість (95%) амбулаторних медичних послуг у країні надаються незалежними лікарями загальної практики, які найчастіше працюють як групи. Основний принцип оплати – «гроші йдуть за пацієнтом» – дає пацієнтам право вільно обирати лікаря, плата за роботу якого залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку. Направлення до лікаря-терапевта, який у разі необхідності дає направлення до «вузьких» фахівців, для пацієнта є безкоштовним. Якщо пацієнт вирішить подати заяву на «вторинку», за власною ініціативою, йому доведеться заплатити за таке відвідування з власної кишені (крім випадків надання першої допомоги).

Функціонування Національної служби охорони здоров'я у Великобританії не виключає роботи закладів приватної медицини, що фінансуються за рахунок коштів від приватного страхування, яким охоплюється близько 8% населення країни. В останні роки Національна служба охорони здоров'я все активніше залучає приватний сектор з метою збільшення своїх ресурсних можливостей.

Що стосується якості медичних послуг, включаючи їх ефективність, безпеку, координацію, організацію, доступність, продуктивність системи, у цілому, Великобританія є одним із лідерів. Країна змогла створити медичну галузь без посередників (страхових компаній), що зробило її однією із найефективніших у світі. Для реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні можна скористатися такими перевагами британської системи, як: доступність медичних послуг, зручність їх отримання та рівень прикладених зусиль, щоб максимально ефективно використовувати наявні ресурси [9, с. 40].

**Висновки.** Проаналізувавши державно-управлінське, правове та організаційне забезпечення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я у США та Великобританії, ми можемо констатувати, що безоплатне надання всіх видів та у будь-яких обсягах медичної допомоги для громадян – недосяжна мрія, у загальному. Тому що навіть



високорозвинені країни не можуть дозволити собі розкіш надавати цілком безкоштовні медичні послуги.

Водночас слід зазначити, що аналіз глобальних трендів розвитку та реформування системи охорони здоров'я показує, що в світі немає ідеальної моделі системи охорони здоров'я. Отже, для організації ефективної системи охорони здоров'я населення необхідно перейняти досвід розвинених країн на основі державного регулювання системи охорони здоров'я з урахуванням різних трендів ринкової економіки.

Досвід цих країн слід вважати актуальним з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей довгострокового розвитку та покращення інституційного та організаційного середовища України, у рамках міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн також є дуже корисним для України і може бути застосований після його відповідної адаптації до українських реалій. Це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, включаючи сімейну медицину, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження у пілотних проєктах на конкретних територіях.

#### **Список використаних джерел:**

1. Поворозник М.Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7).
2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш, передм. Т.Д. Бахтеєвої; за заг. ред. Проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. 200 с.
3. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17).
4. Юристовська Н.Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18).
5. Гомон Д.О., Денисова А.В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Юридичні науки»*. 2016. № 4. С. 120–127.
6. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index.htm\\_2011\\_2\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23).
7. Трансформація. Як працює система охорони здоров'я в США 28 січня 2019. URL: <https://suprun.doctor/transmacziya/yak-pracyue-sistema-oxoroni-zdorovya-v-ssha.html?page408>.
8. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис. ... канд. наук з держ. управл.: 25.00.02. Харків, 2020. 210 с.
9. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24(2). URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29_11).
10. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.

## REFERENCES

1. Povoroznyk, M.Yu. (2017). Kompleksnyi analiz natsionalnykh modelei orhanizatsii system medychnykh posluh [Comprehensive analysis of national models of the organization of medical services systems], *Prychornomorski ekonomichni studii – Black Sea Economic Studies*, 14. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7) [in Ukrainian].
2. Bilynska, M.M. & Radysh, Ya.F. (2013). Derzhavne upravlinnia okhoronoiu zdorovia v Ukraini: heneza i perspektyvy rozvytku [State management of health care in Ukraine: genesis and prospects for development. Kyiv: NADU [in Ukrainian].
3. Khudoba, O. (2014). Zarubizhnyi dosvid derzhavnoho upravlinnia systemoiu okhorony zdorovia v Ukraini: porivnialnyi analiz [Foreign experience of state management of the health care system in Ukraine: a comparative analysis]. *Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriaduvannia – State management and local self-government*, 1. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17) [in Ukrainian].
4. Iurystovska, N.Ya. (2017). Teoretychni aspekty derzhavnoho zabezpechennia rivnykh mozhlyvostei dostupu do medychnykh posluh ta dostupnosti medychnoho obsluhovuvannia silskoho naselennia [Theoretical aspects of state provision of equal access to medical services and availability of medical care for the rural population]. *Efektivnist derzhavnoho upravlinnia – Effectiveness of state administration*, 2. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18) [in Ukrainian].
5. Homon, D.O. & Denysova, A.V. (2016). Zarubizhnyi dosvid orhanizatsii zabezpechennia okhorony zdorovia [Foreign experience of health care organization]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. Serii: «Iurydychni nauky» – Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: «Legal Sciences»*, 4 [in Ukrainian].
6. Vorobiov, V.V. (2011). Dosvid providnykh krain svitu v upravlinni sferoii okhorony zdorovia [Experience of the leading countries of the world in managing the sphere of health care]. *Forum prava – Law Forum*, 2. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index.htm\\_2011\\_2\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23) [in Ukrainian].
7. Transformatsiia. Yak pratsiuie systema okhorony zdorovia v SShA [Transformation. How the health care system works in the USA], 28 sichnia 2019. Retrieved from <https://suprun.doctor/transformacziya/yak-praczyue-sistema-okoroni-zdorovya-v-ssha.html?=-page408> [in Ukrainian].
8. Karlash, V.V. (2020). Mekhanizmy derzhavnoho rehuliuвання okhorony zdorovia naselennia Ukrainy: dys. ... kand. nauk z derzh. upravl.: 25.00.02. [Mechanisms of state regulation of health care of the population of Ukraine]. *Candidate's thesis*. Kharkiv [in Ukrainian].
9. Kostiuk, V.S. (2017). Reformuvannia okhorony zdorovia v Ukraini v umovakh yevropeiskoi oriientsatsii [Reforming health care in Ukraine in the conditions of European orientation]. *Naukovyi visnyk Mizhnarodnoho humanitarnoho universytetu. Serii: Ekonomika i menedzhment – Scientific Bulletin of the International Humanitarian University. Series: Economics and management*, 24(2). Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29_11) [in Ukrainian].
10. Parshykova, A. (2019). Mizhnarodnyi dosvid reformuvannia systemy okhorony zdorovia (dosvid krain Yevropeiskoho Soiuzu). Informatsiina dovidka, pidhotovlena Yevropeiskym informatsiino-doslidnytskym tsentrom na zapyt narodnoho deputata Ukrainy [International experience of reforming the health care system (experience of the countries of the European Union). Information document prepared by the European Information and Research Center at the request of the People's Deputy of Ukraine]. Retrieved from <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> [in Ukrainian].

Подано до редакції 16.02.2023 р.

Прийнято до друку 24.03.2023 р.