

Сергій Попов

завідувач кафедри гуманітарних та соціально-політичних наук
ОРИДУ НАДУ при Президентові України, д.держ.упр., професор
ORCID ID: 0000-0002-0729-9581

Інна Вошко

директор комунального некомерційного підприємства
«Центр первинної медико-санітарної допомоги»
Новоград-Волинської міської ради, Житомирська обл.
ORCID ID: 0000-0002-4939-4018

РЕФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАКОРДОННОГО ДОСВІДУ

Розглянуто досвід здійснення медичної політики за кордоном. Ця політика є одним із найважливіших пріоритетів збереження, функціонування і розвитку суспільства. Його цінність полягає у сприянні покращенню побудови «державної» моделі надання медичної допомоги в Україні. Привабливими аспектами для її побудови є: обґрунтування переваг «державної» моделі, особливості її фінансування з бюджету країни і накопичень медичного страхування, регулювання державою ціноутворення медичних послуг; пріоритети кадрової політики; децентралізації медичної галузі, автономізації медичних закладів, лібералізації фармацевтичного ринку; посилення стратегічної спроможності державного управління шляхом запровадження Концепцій, Державних програм, інноваційних стратегій, інструментів державно-приватного партнерства у формуванні і реалізації медичної політики в Україні.
Ключові слова: закордонний досвід; державне управління; державне регулювання; медична політика; медична реформа; медична послуга; медична допомога; система охорони здоров'я; модель.

Serhii Popov

Head of the Department of Humanities and Socio-Political Sciences
of the ORIPA NAPA under the President of Ukraine,
Doctor of Science in Public Administration, Professor
ORCID ID: 0000-0002-0729-9581

Inna Voshko

Director of the municipal non-profit enterprise
«Center of Primary Health Care» Novograd-Volyn City Council,
Zhytomyr region, Novograd-Volynskiyi
ORCID ID: 0000-0002-4939-4018

REFORMING NATIONAL HEALTH SYSTEMS: CURRENT ASPECTS OF FOREIGN EXPERIENCE

Ukraine's medical policy is one of the most important tools for ensuring the proper preservation, functioning and development of domestic society. This policy is socially significant, relevant for statesmen, politicians, public servants, doctors, and public figures. For its successful implementation it is useful to take into account the positives and negatives of foreign practices. This experience is valuable for Ukraine, ensuring the construction and successful implementation of a rational model of the health care system. The article describes the aspects of foreign experience of medical reforms that are attractive for Ukraine, namely the following issues: financing of health care from the budget and health insurance; decentralization of the medical industry, autonomy of medical institutions, liberalization of the pharmaceutical market; substantiation of the advantages of the "state" model and state regulation of pricing, implementation of personnel medical policy; strengthening the strategic capacity of public administration through the introduction of Concepts, State programs, innovation strategies, tools of public-private partnership in the formation and implementation of health policy. The formation of medical care began with its primary link in the V – X centuries. Its development was accompanied by the adoption of three main models of financing medicine (insurance, state (budget) and paid) in the twentieth century. This path was ensured by: broad approval of institutional mechanisms at the global level; implementation of the Health for All in the 21st Century Program, aimed at improving access to primary care in the EU. In Ukraine, the state (budget) model has been chosen. It is used in Australia, Great Britain (founder), Greece, Spain, Canada, Sweden, Finland, as well as in the CIS countries. The peculiarity of this model is: the joint responsibility of the state and society for the implementation of personnel policy; contract-competitive approach to the appointment of heads of medical institutions; availability of management education for candidates for the head of this institution; training and retraining of family doctors (general practitioners who should treat 80% of diseases); the workload of the family doctor should be approximately 2000 patients; providing doctors with housing in the area where patients live.
Key words: foreign experience; public administration; state regulation; medical policy; medical reform; medical service; medical care; health care system; model.

© Попов С. А., Вошко І. В., 2021.

Постановка проблеми

В Україні медична політика держави є одним із найактуальніших пріоритетів щодо належного збереження, функціонування і розвитку суспільства.

Вона є суспільно значущою, актуальною для перших посадових осіб країни, державників, політиків, публічних службовців, медиків, науковців, професійних громадських організацій. Вивчення і запозичення кращих світових практик сприятиме більш успішному реформуванню системи охорони здоров'я (далі – ОЗ) в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Аналіз останніх досліджень і публікацій висвітлює концептуальне уявлення про іноземний досвід впровадження різних видів надання медичної допомоги (далі – МД), зокрема шляхом надання первинної медичної

допомоги (далі – ПМД). Медичну політику, як об'єкт публічного управління та адміністрування вивчає широке коло визнаних вітчизняних і закордонних науковців, зокрема привертають увагу напрацювання М. Білінської, Я. Радиша, Л. Бондаревої, В. Воробйова, Д. Гайдаша, Т. Камінської, Н. Карпишин, Н. Коби, О. Коваленко, Г. Муляр, К. Руських, М. Співака, А. Тітової, В. Чорномаз, Н. Піроженко, О. Худоби, Н. Юристовської, О. Яремчука, Х. Огата, М. Олещика, В. Річела.

Мета

Мета статті полягає у формуванні узагальненого теоретико-прикладного уявлення про зарубіжний досвід впровадження надання ПМД. У дослідженні опрацьовано розробки визнаних вітчизняних і зарубіжних науковців; використано методи аналізу, узагальнення, систематизації і моделювання.

Виклад основного матеріалу

Виклад основного матеріалу розпочнемо зі стислої характеристики напрацювань зазначених вище науковців, а саме:

- М. Білінська, Я. Радиш, інші дослідники [1] висвітлили зарубіжний досвід щодо розвитку державної медичної політики до 2020 року; медичного забезпечення дітей; інформаційних медичних технологій тощо;
- Л. Бондарева [2] дослідила досвід державного регулювання організації надання МД населенню в країнах ЄС в аспекті забезпечення її доступності і якості; довела доцільність цього досвіду для застосування в Україні, зокрема шляхом створення спеціалізованих підрозділів у складі райдержадміністрацій – замовників медичних послуг; запровадження державно-приватного партнерства; залучення ринкових і саморегулюючих інститутів;
- В. Воробйов [3] проаналізував правову політику багатьох країн світу щодо соціального страхування при втраті працездатності; він доводить, що механізм фінансового забезпечення ОЗ можна успішно удосконалювати, як в рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування;
- Д. Гайдаш [4] дослідив механізми реформування системи ОЗ в Польщі в умовах підготовки до вступу в ЄС; запропонував модель та напрями державної політики України щодо реформи цієї системи і шляхів її удосконалення;

- Т. Камінська [5] розкрила цінні для України аспекти медичних реформ в Канаді, Великобританії, Німеччині, Сінгапурі; обґрунтувала необхідність децентралізації медичної галузі, посилення автономізації закладів ОЗ, їх фінансування і лібералізації фармацевтичного ринку;
- Н. Карпишин [6; 7] характеризує визнані у світі моделі надання медичних послуг, визначає переваги «державної (бюджетної)» моделі, вносить пропозиції щодо фінансового забезпечення в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг;
- Н. Коба і інші [8] характеризують особливості державної політики щодо підготовки керівників для медичної галузі;
- О. Коваленко [9] аналізує шляхи досягнення світових стандартів з професійного навчання керівництва ОЗ України;
- В. Лазоришинець та інші [10] здійснили порівняльний аналіз принципів фінансування вітчизняної і зарубіжних медичних галузей, охарактеризували світовий досвід державного регулювання ціноутворення тощо;
- Г. Муляр [11] аналізує зарубіжний досвід реалізації права на ОЗ щодо рівня якості надання МД і функціонування системи ОЗ загалом (доступність МД, адмінефективність, результати ОЗ, фінансування) доводить, що єдиної досконалої моделі її фінансового забезпечення не існує; її вдосконалення можливо у рамках бюджетного фінансування і медичного страхування;
- А. Паршикова [12] аналітично охарактеризувала реформи систем ОЗ в країнах ЄС, основні національні моделі і особливості медичних реформ в Австрії, Естонії, Великобританії, Польщі, Словенії, Німеччині;
- К. Руських [13] аналізує розвиток ПМД в країнах Центральної та Східної Європи, які досягли більших, менших успіхів або невдачі; найбільш успішні з них, зокрема Естонія, забезпечили достатній рівень доступності і організації МД, задоволеності пацієнтів; також автор сформулював уроки для України;
- М. Співак [14] проаналізував зарубіжну політику здоров'язбереження, її стан, тенденції і перспективи; наголосив на необхідності запровадження таких інструментів реалізації медичної політики, як: Концепції, Державні програми, інноваційні стратегії, державно-приватне партнерство;
- А. Тітова [15], досліджуючи досвід зарубіжних країн (Австрії, Австралії, Великобританії, Канади, Німеччини, Нідерландів, США, Швейцарії, Японії, ін.), обґрунтовує необхідність використання: медичними ЗВО України потужних освітніх веб-порталів для підготовки сімейних лікарів; їх онлайн-навчання, соціальних мереж Facebook і Twitter, технологій мобільного навчання і викладання, ін. інструментів, що формують е-систему ОЗ;
- О. Худоба [16] порівнює критерії вибору для дослідження зарубіжних систем ОЗ; доводить, що їх досвід проблематично адаптувати до реалій України у повному обсязі; вважає привабливими новітні медичні стратегії окремих країн;

- В. Чорномаз, Н. Піроженко [17] характеризують роль надання ПМД, світовий досвід його функціонування; пропонують напрями вдосконалення відповідної державної політики;
- Н. Юристовська [18] узагальнює досвід успішних країн у здійсненні медичних реформ; визначила інструменти забезпечення рівноправного доступу до МД сільського населення; внесла пропозиції до їх впровадження в Україні;
- О. Яремчук [19] аналізує досвід ПМД Німеччини, США, Франції, Австралії, Канади, Туреччини, Македонії та інших країн як приклад для медичної галузі України;
- Х. Огата [20] характеризує систему надання медичної допомоги в Японії, котра має давні традиції приватної моделі, вважається найкращою у світі і є жорстко регульованою державою і раціональною за витратами;
- М. Олещик та інші [21] досліджує стан сімейної медицини в системах ОЗ Центральної та Східної Європи та Росії; характеризує професійний склад лікарів, що задіяні до ПМД в Естонії, Румунії, Чехії, Словенії, Польщі, Болгарії і Литві;
- В. Річел та інші [22], вивчаючи медичні реформи в країнах Центральної Азії, стверджує, що: ці країни не надають належної уваги прогнозуванню факторів успіху і невдач; реформи в країнах з перехідною економікою мають бути комплексними, наголошує на гострій потребі в професійних кадрах, фінансових ресурсах і міжнародних проєктах, підкреслює, що по їх завершенню здобутки можуть бути нестійкими.

Проведений аналіз висвітлив основні зарубіжні напрацювання щодо медичних реформ. Вони є цінними для подальшого просування медичних реформ в Україні. Нині вважається, що ПМД в Україні вже запроваджена. Тому, цілком актуальними є питання її удосконалення, зокрема шляхом порівняння її теперішнього стану з основних зарубіжними досягненнями. Таке порівняння неодмінно висвітлить головні напрями удосконалення ПМД в Україні.

Історичний шлях становлення і розвитку політики надання ПМД започатковано одночасно із зародженням медицини взагалі: (V – X ст.). До середини XX ст. розвинені країни світу побудували власні національні моделі ПМД, основні з них засновані на: страховому, державному (бюджетному) утриманні і платній медицині. Для XX ст. характерним є стрімке утвердження у світі ПМД, як одного із пріоритетних видів надання МД, а саме:

- закріплено принципи побудови цієї політики, утворено Всесвітню асоціацію сімейних лікарів (WONCA, 1972), яка визначила первинні засади цієї МД;
- прийнято Алма-Атинську декларацію (1978 р.), де сформульовано значущість ПМД у забезпеченні здоров'я суспільства та шляхи її розвитку;
- ВООЗ підтримала цю декларацію і визнала ПМД, як суспільно значущий здобуток для розвитку ОЗ всіх країн світу, що сприяло її активному і глобальному впровадженню. Про це свідчить: декларація Люблянської конференції ВООЗ (1996 р.); розроблення і прийняття відповідної Хартії, прийняття Всесвітньої декларації

ВООЗ (1998 р.); запровадження нею Програми «Здоров'я для всіх у XXI ст.», спрямованої на покращення доступу до ПМД у просторі ЄС.

Змістовне наповнення національних політик щодо ПМД сформувалися під впливом особливих для них внутрішніх і зовнішніх історичних, соціально-політичних, економічних, інших факторів. Еволюційним шляхом світове суспільство обґрунтувало декілька підходів до вироблення і реалізації цієї політики. Цей досвід узагальнила ВООЗ, наголосила на його актуальності і невідкладності, підкреслила, що саме ця політика забезпечить загальну доступність населення до надання ПМД. Для прикладу: у більшості країн світу вона охоплює майже 90 % їх населення. Вартість ПМД послуг значно нижча, ніж на вищих рівнях МД, оскільки передусім спрямована на збереження здоров'я – здоров'язбереження. Протягом тривалих реформаторських пошуків суспільство виробило три, нині загально визнані, відносно самостійні моделі: страхову модель (модель Бісмарка); модель державного фінансування («бюджетна (державна)» модель Беверіджа) і приватну модель. Вони відмінні, проте ці моделі мають і спільні риси: поєднують медичних суб'єктів різних форм власності; солідарне фінансування з різних джерел, одне з яких домінує у кожній моделі. Саме тому в їх найменуваннях головною є фінансова ознака.

У страховій моделі (моделі Бісмарка) домінує частка (біля 74 %) оплати послуг за рахунок медичного страхування, яке є гарантованою для кожного громадянина, незалежно від величини поточної суми загально внеску. Ця модель продемонструвала свою практичну надійність (живучість), є соціально визнаною і прийнятою і поширеною у світі (обслуговує приблизно 70 % населення у світі), зокрема в країнах Європи: Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії, інших. У Франції закон зобов'язав працедавців фінансувати оплату послуг ПМД через лікарняні каси. Здійснюється суворий державний контроль за діяльністю страхових фондів. Сімейні лікарі укладають угоди з Державною страховою установою, якими визначається цінова політика.

Приватна модель заснована на домінуванні в оплаті послуг ПМД власних коштів громадян. В основу її функціонування покладено медичне підприємництво. Ця модель поєднує сукупність приватних закладів ОЗ. Утвердилася вона переважно в США і Японії. В США до 60 % оплати медичних послуг здійснюється за рахунок власних коштів платоспроможних громадян. Ця сума розподіляється на дві частини (орієнтовно по 50 %; тобто, по 30 % від загальної частини (60 %), що сплачується коштом громадян). Одна з цих частин є прямою оплатою, а інша сплачується за рахунок страхування. Також, у оплаті послуг можуть брати участь інституції різних форм власності, у тому числі – державні установи і організації. Незахищеним верствам населення медичні послуги надаються безоплатно державними і комунальними закладами ОЗ.

«Державна (бюджетна)» модель (модель Беверіджа, переважно фінансується з бюджету держави) характерна для Австралії, Великобританії (засновниця), Греції, Іспанії, Канади, Швеції, Фінляндії, а також для країн СНД (СРСР є засновником моделі Семашко). Ця модель запроваджена і в Україні, тому є привабливою для розгляду її особливостей, а саме ця модель:

- відмінна більш вищою гуманністю, справедливістю і економічністю; держава організовує медичну галузь і її фінансує, де домінує Державний бюджет (85 %), решта – страхова медицина (12,5 %) і особисті кошти громадян (2,5 %); також має місце «медичний» податок для всіх громадян незалежно від їх стану здоров'я;
- утворена сукупністю державних, комунальних і приватних медичних закладів, що забезпечує формування конкурентного середовища; у цій моделі домінує ПМД, для якої, у порівнянні з іншими моделями, характерна відносно стабільна цінова політика з надання послуг (попередньо обговорюється і утверджується); домінуюча участь бюджету держави у оплаті медичних послуг створює значну залежність цієї моделі від спроможності Державного бюджету країни; медичні послуги є доступними, медичні заклади є неприбутковими, лікарі є професійно незалежними щодо можливості одночасно працювати в закладах різних форм власності.

Характерною особливістю «бюджетної» моделі, як і інших, є:

- кадрова медична політика зарубіжжя ґрунтується на солідарній відповідальності держави і суспільства, включаючи суб'єкти медичної громадськості. Держава зобов'язана ефективно регулювати питання визначення і задоволення реальних кадрових потреб, а також ресурсно забезпечувати їх підготовку, її контролювати і результативно використовувати медичні кадри;
- контрактно-конкурсний підхід до призначення керівників закладів ОЗ, зокрема впроваджено у Польщі, у т. ч. щодо надання ПМД. На ці посади можуть також претендувати менеджери, економісти і адміністратори. Медична освіта не є обов'язковою для керівника;
- в країнах ЄС існує вимога щодо наявності управлінської освіти для кандидатів на керівника медичного закладу, яка у більшості країн – бажаною; у зарубіжних країнах ЗВО формують широку пропозицію з підготовки медичних керівників за управлінською спеціальністю. Приміром, у Польщі відповідне професійне навчання здійснює Вища школа державного управління або Вища школа бізнесу. Термін навчання, наприклад у Франції, складає 27 місяців за відповідною програмою;
- особливість професійної діяльності сімейних лікарів полягає у тому, що вони є лікарями широкого профілю (мають лікувати 80 % хвороб на первинному, більш дешевому рівні). Головним чином їх діяльність спрямована на профілактику захворювань, що обумовлює необхідність отримання специфічної підготовки цих лікарів. Наприклад, в Голландії термін їх перепідготовки складає три роки. Також, їх успішне ліцензування можливо за наявності постійного підвищення рівня кваліфікації.

Особливість праці сімейних лікарів полягає у наданні послуг орієнтовано 2000 пацієнтів. Як правило, це сімейний підхід, тому лікар, зазвичай, має проживати у місцевості, де мешкають пацієнти, і володіти необхідними їх персональними даними.

Висновки

В Україні медична політика держави є одним із найактуальніших інструментів із належного збереження, функціонування і розвитку вітчизняного суспільства. Ця політика є суспільно значущою, актуальною для державників, політиків, публічних службовців, медиків громадських організацій. Для успішної її реалізації корисно врахувати позитивні і негативні зарубіжні практики. Цей досвід є цінним для забезпечення конструювання і успішного втілення досконалого прообразу вітчизняної моделі системи охорони здоров'я. В статті охарактеризовано привабливі для України аспекти зарубіжного медичного досвіду до 2020 року щодо: фінансування медицини з бюджету і страхових внесків; децентралізації медичної галузі, автономізації медичних закладів, лібералізації фармацевтичного ринку; обґрунтування переваг державної моделі і державне регулювання ціноутворення, реалізація кадрової медичної політики; необхідність запровадження управлінських інструментів – Концепцій, Державних програм, інноваційних стратегій, інструментів державно-приватного партнерства, інше.

Вивчення шляху становлення надання медичної допомоги загалом свідчить, що вона започаткована її первинною ланкою у V–X ст. Її розвиток супроводжувався утвердженням трьох основних моделей фінансування медицини (страхова, державна (бюджетна) і платна) у XX столітті. Цей шлях забезпечувався: широким утвердженням інституціональних механізмів на всесвітньому рівні; впровадженням Програми «Здоров'я для всіх у XXI ст.», спрямованої на покращення доступу до первинної медицини у просторі ЄС. В Україні обрано державну (бюджетну) модель. Вона використовується в Австралії, Великобританії (засновниця), Греції, Іспанії, Канаді, Швеції, Фінляндії, а також в країнах СНД. Особливістю цієї моделі є: солідарна відповідальність держави і суспільства за здійснення кадрової політики; контрактно-конкурсний підхід до призначення керівників медичних закладів; наявність управлінської освіти для кандидатів на керівника цього закладу; підготовка і перепідготовка сімейних лікарів (лікарів широкого профілю), які мають лікувати 80 % хвороб; сімейний лікар має обслуговувати приблизно 2000 пацієнтів; забезпечити житлом лікарів у місцевості, де проживають пацієнти.

Література.

1. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радих ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
2. Бондарєва Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: дис. ... канд. наук з держ. упр. Івано-Франківськ, 2014. 263 с. URL: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf
3. Воробійов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. С. 139–146. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf>
4. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: дис. ... канд. наук з держ. упр. Запоріжжя,

2019. 23 с. URL: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf

5. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. № 1(20) 2015. URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>

6. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <http://dSPACE.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%d0%97%d0%b0%d1%80%d1%83%d0%b1%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b8%d0%b9%20%d0%b4%d0%be%d1%81%d0%b2%d1%96%d0%b4%20%d1%84%d1%96%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.pdf>

7. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг. автореф. дис. ... канд. економ. наук. Тернопіль, 2006. 23 с. URL: <http://dSPACE.wunu.edu.ua/bitstream/316497/901/1/%d0%b0%d0%b2%d1%82%d0%be%d1%80%d0%b5%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b0%d1%82.pdf>

8. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. № 2. – С. 16-22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmmj_2012_2_5

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

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

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

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

13. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України: проект «Популярна економіка: моніторинг реформ (№ 8) 12. 12. 2012 року: Місячний звіт. URL: https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf

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

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

16. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я: порівняльний аналіз. Державне управління та місцеве самоврядування. 2014. Вип. 1(20)

17. Чорномаз В. Ц., Пироженко Н. В. Удосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги: світовий досвід. *Державне будівництво*. 2011. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2011_1_45.

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

19. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*: електрон.вид. № 11 2018, 30.11.2018. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>.

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

21. Oleszczyk, M. et. al. Family medicine in post-communist Europe need a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC family practice* 2012.

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

References

1. Derzhavna polityka u sferi okhorony zdorovia : kol. monohr.: u 2 ch. / [kol. avt. ; uporiad. prof. Ya. F. Radysh ; peredm. ta zah. red. prof. M. M. Bilynskoi, prof. Ya. F. Radysha]. Kyiv: NADU, 2013. Ch. 1. 396 s.

2. Bondarieva L. V. Zabezpechennia dostupnoi i yakisnoi medychnoi dopomohy na bazovomu rivni: mekhanizmy derzhavnoho rehuliuвання: dys. ... kand. nauk z derzh. upr. Ivano-Frankivsk, 2014 . 263 s. URL: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf

3. Vorobiov V. V. Dosvid providnykh krain svitu v upravlinni sferoiu okhorony zdorovia. *Forum prava*. 2011. № 2. S. 139–146. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf>

4. Haidash D. S. Derzhavno-upravliniski mekhanizmy reformy systemy okhorony zdorovia Polskoi Respubliki v umovakh pidhotovky do vstupu v YeS: dosvid dlia Ukrainy: dys. ... kand. nauk z derzh. upr. Zaporizhzhia, 2019. 23 s. URL: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf

5. Kaminska T. Uroky zarubizhnykh krain dlia reformuvannia okhorony zdorovia v Ukraini. *Ekonomichna teoriia ta pravo*. № 1(20) 2015. URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>

6. Karpysyn N. I. Zarubizhnyi dosvid finansovoho zabezpechennia okhorony zdorovia ta mozhlyvosti yoho vykorystannia v Ukraini. URL: <http://dSPACE.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%d0%97%d0%b0%d1%80%d1%83%d0%b1%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b8%d0%b9%20%d0%b4%d0%be%d1%81%d0%b2%d1%96%d0%b4%20%d1%84%d1%96%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.pdf>

be%20d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.pdf

7. Karpushyn N. I. Finansove zabezpechennia okhorony zdorovia v realizatsii derzhavnykh funktsii na rynku medychnykh posluh. avtoref. dys. ... kand. ekonom. nauk. Ternopil, 2006. 23 s. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/901/1/%d0%b0%d0%b2%d1%82%d0%be%d1%80%d0%b5%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b0%d1%82.pdf>

8. Koba N., Isaienko R. M., Korolenko V. V., Hlushanytsia O. F., Remennyk O. I., Lazoryshynets V. V. Osnovni problemy derzhavnoi kadrovoi polityky z pidhotovky kerivnykiv okhorony zdorovia. Ukrainskyi naukovo-medychnyi molodizhnyi zhurnal. 2012. № 2. – S. 16-22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unmmj_2012_2_5

9. Kovalenko O. Nablyzhennia zasad pidhotovky suchasnykh kerivnykh kadrov z okhorony zdorovia Ukrainy do svitovykh standartiv. Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriaduvannia. 2016. Vyp. 2(29). S. 143–146.

10. Lazoryshynets V., Slabkyi H., inshi. Derzhavne upravlinnia okhoronoiu zdorovia Ukrainy: monohrafiia. Kyiv, 2014. 312 s.

11. Muliar H. Zarubizhnyi dosvid funktsionuvannia systemy okhorony zdorovia v konteksti zabezpechennia realizatsii prava na okhoronu zdorovia. Visnyk APSVT, 2020. № 1-2.

12. Parshykova A. Mizhnarodnyi dosvid reformuvannia systemy okhorony zdorovia (dosvid krain Yevropeiskoho Soiuzu): informatsiina dovidka: Yevrop. Infor.-doslid. tsentr. Prohrama USAID «Rada: pidzvitnist, vidpovidalnist, demokratyчне parlamentske predstavnytstvo», Fond «Skhidna Yevropa». URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>

13. Ruskykh K. Reformy pervynnoi medychnoi dopomohy v krainakh Tsentralnoi ta Skhidnoi Yevropy. Uroky dlia Ukrainy: proekt «Populiarna ekonomika: monitorynh reform (№ 8) 12. 12. 2012 roku: Misiachnyi zvit. URL: https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf

14. Spivak M. V. Derzhavna polityka zdoroviazberezhennia: svitovi dosvid i Ukraina: monohrafiia. Kyiv: In-t derzhavy i prava im. V. M. Koretskoho NAN Ukrainy; Vydavnytstvo «Lohos», 2016. 536 s.

15. Titova A. Formuvannia profesiinoi kompetentnosti maibutnikh simeinykh likariv iz vykorystanniam VEB-tehnolohii: dysertatsiia. ... d-a filos Poltava, 2020.

16. Khudoba O. Zarubizhnyi dosvid derzhavnoho upravlinnia systemoio okhorony zdorovia: porivnialnyi analiz. Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriaduvannia. 2014. Vyp. 1(20)

17. Chornomaz V. Ts., Pirozhenko N. V. Udoskonalennia derzhavnoi polityky shchodo nadannia pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy: svitovi dosvid. Derzhavne budivnytstvo. 2011. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2011_1_45.

18. Yurystovska N. Zarubizhnyi dosvid derzhavnoho zabezpechennia rivnopravnosti u dostupi do medychnykh posluh silskoho naseleння u protsesi reformuvannia systemy okhorony zdorovia. Efektyvnist derzhavnoho upravlinnia. 2017. Vyp. 3(52). Ch. 1. 192-199 s.

19. Yaremchuk O. Krashchi zarubizhni praktyky v simeinii medytsyni: dosvid dlia Ukrainy. Derzhavne

upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok: elektron.vyd.

№ 11 2018, 30.11.2018. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>.

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

21. Oleszczyk, M. et. al. Family medicine in post-communist Europe need a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC family practice 2012.

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