

Костюк В.С.,*к.е.н., доцент,**доцент кафедри економіки,**Уманський національний університет садівництва*

РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ОРІЄНТАЦІЇ

Анотація. У статті досліджено питання функціонування різних систем охорони здоров'я у світі для окреслення принципів побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні. Зазначено ідеальні цілі політики в галузі охорони здоров'я, досягти яких прагнуть економічно розвинені країни світу. Визначено основні перспективи національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: система охорони здоров'я, модель Бісмарка, модель Беверіджа, Національна система охорони здоров'я (NHS), реформування охорони здоров'я.

Постановка проблеми. Нині в Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі: і громадяни, і медичні працівники, і уряд, і Верховна Рада. Українська система охорони здоров'я не здатна повною мірою задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити її доступність і належну якість, необхідний рівень профілактики захворюваності, зниження смертності, збільшення тривалості життя населення. Медична реформа не лише назріла, а й певним чином перезріла. Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює спрямування політики держави в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Виконанню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними. Руйнація системи охорони здоров'я Семашка (бюджетне утримання медичної інфраструктури) в Україні дає нашій державі унікальний шанс створити нову модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховувати позитивний досвід організації охорони здоров'я світового співтовариства.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичною основою дослідження стали праці вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені вивченню особливостей розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн світу. Основні моделі систем охорони здоров'я вивчали зарубіжні дослідники У. Беверідж, Р. Салтман, Дж. Фігейрас, М. Філд, М. Фотакі та ін. Проблемам реформування в медичній сфері присвятили увагу багато українських учених. Зокрема, дослідженням проблем охорони здоров'я та реформування цієї галузі займалися Н. Авраменко [1], В. Лехан [5], З. Лободіна [6], Г. Слабкий [5], М. Шевченко [5], О. Фірсова [10], О. Заглада [4], Н. Кризина [4] та ін. Однак, незважаючи на значну увагу вчених до проблем функціонування та фінансування охорони здоров'я, питання визначення національної моделі розвитку системи охорони здоров'я досі залишаються актуальними.

Мета статті полягає в аналізі успішних соціальних практик у медичній сфері провідних країн світу та розробленні на цій основі рекомендацій щодо вибору найбільш ефективної національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Проблема здоров'я належить до глобальних проблем, вирішення яких сприяє подальшому розвитку нашої держави. Вчені, лікарі, філософи, економісти, соціологи, представники інших наук робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визнати його сутність, щоб навчитися вміло керувати ним, економічно використовувати здоров'я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження.

У соціально-економічній, філософській та медичній літературі здоров'я частіше трактується з різних методологічних і теоретичних позицій. Преамбулою Статуту ВООЗ здоров'я визначається як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб чи фізичних вад». З економічного погляду здоров'я розглядають як «певний потенціал якості людської особистості, що характеризується властивістю його фізичних, психічних, духовних сил виробляти у процесі праці протягом робочого дня і всього річного робочого періоду матеріальні та духовні цінності чи надавати необхідні для виробництва або побуту всілякі трудові послуги» [3]. Кожен трудовий день людини являє собою процес зношення її людського капіталу, а потім надолуження у поза робочий час витраченої фізичної, нервової енергії за допомогою повноцінного харчування, відпочинку, сну.

На всіх етапах формування здоров'я людини витрачаються кошти, тому інвестиції у здоров'я акумулюються у вигляді певної частки людського капіталу як сума затрат на формування фізично та психічно здорового працівника. Джерело інвестицій у людський капітал – здоров'я – це щоденні витрати, передусім, сім'ї, фірми та держави. Всі країни, як бідні, так і багаті, намагаються збільшити об'єми коштів, що спрямовуються на фінансування медико-санітарних послуг, необхідних і затребуваних населенням. Проте жодна країна, якою би багатою вона не була, не спроможна забезпечити абсолютно все населення наявними технологіями і втручаннями, які здатні покращати здоров'я та продовжити життя. Насамперед це пояснюється як збільшенням частки населення похилого віку і скороченням кількості робочої сили, так і розробленням нових медикаментів, процедур і технологій.

У країнах із високим доходом фінансові вливання в охорону здоров'я залишаються досить високими. США і Норвегія витрачають більше 7 тис. дол. США на душу населення, Швейцарія – більше 6 тис. дол. США. Країни – члени ОЕСР витрачають у середньому 3 600 дол. США на одну людину. А 31 найбідніша країна витрачає менше 35 дол. США на рік на душу населення [7]. Кожен рік Верховна Рада України затверджує національний бюджет та окрему його частину, яка йде на охорону здоров'я. У ній є часточка податків кожного українця. Українська медицина отримає в 2017 р. 88 млрд. 673 млн. грн., на 18% більше порівняно з 2016 р. Проте це всього лише близько 80 дол. США на одного українця [11].

Країни – члени Всесвітньої організації охорони здоров'я в 2005 р. взяли на себе зобов'язання розвивати національні системи фінансування охорони здоров'я так, щоб усе населення мало доступ до медико-санітарних послуг і при цьому не було фінансових проблем з їх оплатою [8]. Тобто мова йде про справедливе загальне охоплення населення медико-санітарними послугами, які включають у себе формування здорового способу життя, профілактику, лікування та реабілітацію.

У світі існує безліч класифікацій моделей організації охорони здоров'я, проте, як правило, експерти зводять їх до чотирьох класичних (які відрізняються, в першу чергу, джерелами фінансування):

- 1) модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська);
- 2) модель Бісмарка – медичне страхування (німецька);
- 3) модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська);
- 4) модель Семашка (колишня радянська).

Кожна з моделей має свої переваги і вади. Одна з них передбачає обов'язкове соціальне медичне страхування: все населення відраховує певну частку доходів на медицину, оплачуючи таким чином лікування тих, хто його потребує. За іншою моделлю, яка діє у таких країнах, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Португалія, потребу громадян у медичній допомозі повністю задовольняє держава.

У сучасних умовах у низці країн Європи, таких як Італія, Греція, Іспанія та Великобританія, державна система охорони здоров'я успішно поєднується зі страховою, при цьому для фінансування медичного обслуговування використовуються також і кошти добровільного медичного страхування. У країнах, що визнані ВООЗ кращими з ефективності і доступності медичної допомоги, обов'язковим соціальним медичним страхуванням охоплено майже 80% населення.

Перевагами бюджетно-страхового фінансування охорони здоров'я є те, що страхові внески мають цільовий характер і захищені від політичних маніпуляцій. Розмір цих внесків не залежить від ризику хвороби, об'єм медичних послуг є універсальним для всіх застрахованих, не залежить від розміру внеску і визначається лише потребами конкретної людини. Внески здійснюються з бюджету, а також за рахунок працюючих і роботодавців. Роботодавцям не лише важливі здорові й ефективно працюючі співробітники, а й за допомогою пакету соціальних послуг вони сподіваються утримати найбільш цінних працівників. Страхові відрахування є неоподаткованими витратами.

Приватне фінансування охорони здоров'я, що здійснюється з коштів окремих осіб чи групи засновників-акціонерів, регулюється відповідним законодавством. У багатьох країнах намагаються не допускати чи суттєво обмежити безпосередню оплату медичної допомоги пацієнтами. На тлі приватного медичного страхування в США витрати на медицину становлять 2,26 трлн. дол., або 7 439 дол. на людину (16% ВВП) [7].

Прихильники державної медицини апелюють до аргументів Всесвітньої організації здоров'я, яка декларує, що доступ до системи охорони здоров'я є невід'ємним правом людини незалежно від її можливості платити за послуги лікарів та ліки. Противники цієї системи використовують інші аргументи. Насамперед націоналізовані системи охорони здоров'я уражені бюрократією, неефективно використовують кошти та погано управляються, пацієнти не мають можливості вибору лікаря.

Нині системи охорони здоров'я економічно розвинених країн повною мірою не вкладаються в жодну із цих моделей. Реформи еволюціонують, запозичуючи один в одного ідеї та

окремі елементи. Сучасні системи охорони здоров'я стали, по суті, настільки гібридними, що часом важко сказати, яка модель взята за основу. Якщо у Сполучених Штатах останні кілька десятиріччів переважала тенденція до «європеїзації» системи охорони здоров'я, то Старий Світ, навпаки, рухається в «американському» напрямі. Національні системи охорони здоров'я в різних країнах не відповідають якомусь єдиному зразку. Міждержавні розходження у цій сфері настільки великі, що самі поняття «державна охорона здоров'я» і «загальне медичне страхування» складно вписати в якусь стандартну колективну модель. Система охорони здоров'я в кожній країні – це продукт її унікальних умов, історії, політичного життя та національного характеру. «Задоволення потреб більшості людей залежить від функціонування економічної системи, політичного правління і взаємодії між ними, причому й економічна система, і політичне правління визначаються моральними цінностями суспільства» [2].

Також важливо відзначити, що ідеальної системи охорони здоров'я не існує в жодній країні, навіть у тій, де вона вважається найкращою. Невдоволення системою охорони здоров'я власної країни спостерігається повсюдно. Наприклад, американцям не подобається нинішній стан їхньої медицини: за даними останнього опитування, проведеного Commonwealth Fund, цілих 82% громадян США вважають, що ця система вимагає або фундаментального реформування, або повної перебудови. У Нідерландах 58%, у Німеччині 78% населення виступає за фундаментальні реформи або повний перегляд своїх систем охорони здоров'я.

Прикладом може слугувати й те, що президент США Дональд Трамп незабаром після інавгурації підписав свій перший указ, в якому доручив федеральним відомствам послабити обмеження, пов'язані з масштабною реформою охорони здоров'я, розпочатою колишнім президентом Бараком Обамою. Ця реформа охорони здоров'я і захисту пацієнтів Obamacare вважається головним досягненням президента Обами та стала одним із найбільш великомасштабних проєктів в історії США від середини 1960-х років. Головною метою реформи було зробити саму систему охорони здоров'я та медичного страхування більш доступною широким верствам населення, а також менш дискримінаційною порівняно з наявною до цього системою та скоротити кількість людей, які не мають можливості купити собі медичну страховку. Також реформа передбачає субсидії малозабезпеченим на медичну страховку. Водночас усіх американців зобов'язали купувати медстраховку.

За показниками якості послуг, включаючи дієвість, безпечність, координацію, організацію допомоги, доступність, продуктивність системи загалом та забезпечення рівності в доступі до послуг, одним із лідерів є Великобританія. У країні вдалося налагодити роботу медичної галузі без посередників (страхових компаній), унаслідок чого її вважають найпродуктивнішою у світі. Для реформування системи охорони здоров'я в Україні можна використати такі переваги британської системи, як доступність медичної послуги, зручність її отримання й намагання найбільш ефективно використати наявні ресурси.

«Ми впроваджуємо щось більш схоже на британську систему (NHS), коли кожен громадянин Британії має державне страхування. Вони не мусять нікуди записуватися, шукати якусь страховку. Вона просто працює автоматично з кожним візитом до лікаря чи викликом швидкої», – заявляють чиновники з Міністерства охорони здоров'я. Що ж являє собою ця британська модель, яку вибрали прототипом для української реформи, і чому саме вона?

Система охорони здоров'я, що увійшла в історію як система Беверіджа, народилася в Англії в 1911 р. і збереглася там у класичному вигляді (хоча й зазнає суттєвих реформ упродовж останніх десятиліть). Із 1948 р. у Великій Британії діє Національна система охорони здоров'я (NHS). Після завершення Другої світової війни міністр охорони здоров'я в уряді Лейбористської партії на чолі із К. Аттли, що з великою перевагою виграв парламентські вибори, одержав завдання втілити нову систему охорони здоров'я в життя. Ця система фінансується з коштів платників податків і надає безкоштовно більшість медичних послуг будь-кому, хто легально живе у цій країні. Фінансовою основою NHS є надходження від податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів. NHS надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування. Слід зазначити, що не всі послуги Національної системи охорони здоров'я є безкоштовними. У вигляді прямих платежів пацієнти оплачують приватне лікування в установах NHS, безрецептурні лікарські засоби, офтальмологічну та стоматологічну допомогу. За стоматологічні послуги і рецептурні препарати, що надаються в рамках NHS, із пацієнтів стягуються співплатежі, від яких звільнені громадяни віком до 16 і понад 60 років, а також незможні верстви населення. Щодо ліків, то за рецептом лікаря будь-які з них мають стандартну ціну, незважаючи на собівартість. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ NHS і 100% зарплати лікарів, медичних сестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18%) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS.

Медичні послуги у Великій Британії поділяють на первинні, що надаються в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах, та вторинні – спеціалізовані медичні послуги в госпіталях, медичних центрах, а також робота психологів і психіатрів. Більшість (95%) амбулаторної допомоги в країні надається неза-

лежними лікарями загальної практики, які найчастіше працюють групами. Основний принцип оплати – «гроші йдуть за пацієнтом» – надає пацієнтам право вільного вибору лікаря, гонорар якого залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку. Звернення до лікаря загальної практики (який у разі необхідності дає направлення до «вузьких» фахівців) безкоштовне для пацієнта. Якщо ж хворий вирішить звернутися на «вторинку» із власної ініціативи, йому доведеться платити за такий візит із власної кишені (крім випадків невідкладної допомоги).

Функціонування Національної системи охорони здоров'я у Британії не виключає й приватної медицини, що фінансується з приватного страхування людей, яким охоплено близько 8% населення країни. В останні роки національна система охорони здоров'я все більше залучає приватний сектор, аби розширити свою пропускну спроможність.

Порівнюючи параметри української й британської систем охорони здоров'я, можна оцінити переваги та недоліки кожної з них (табл. 1), що дасть можливість визначитися зі шляхами реформування вітчизняної медицини.

Реформування охорони здоров'я в Україні неможливе без визначення пріоритетів. Спираючись на досвід Британської системи охорони здоров'я, враховуючи досвід інших розвинених країн, а також власний, можна виділити такі першочергові завдання: запровадження механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступність ліків та увага громадському здоров'ю.

Держава змінює підходи до фінансування охорони здоров'я: не орієнтуватися передусім на оплату стін медзакладів та комунальних послуг, а на надання медичних послуг, яких потребують пацієнти. Зазвичай це базові види медичної допомоги (первинна й екстрена), які мають стати локомотивом змін на вторинному та третинному рівнях. Ще в 1978 р. в Алма-Атинській декларації ВООЗ було ініційовано проведення реформ у галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах світу, зокрема й в Україні. Нині провідні експерти Європи стверджують, що

Таблиця 1

Порівняльна таблиця параметрів української та британської систем охорони здоров'я

	Великобританія	Україна
Фінансування з коштів платників податків і надання безкоштовно більшості медичних послуг	+	+
Бюджетне утримання медичної інфраструктури, орієнтується передусім на оплату стін медзакладів та комунальних послуг, а не на надання медичних послуг	-	+
Основний принцип оплати медичних послуг – «гроші йдуть за пацієнтом»	+	-
Функціонування приватної медицини, що фінансується з приватного страхування людей	+	-
Будь-які ліки за рецептом лікаря мають стандартну ціну, незважаючи на собівартість.	+	-
95% амбулаторної допомоги в країні надається незалежними лікарями загальної практики	+	-
35% амбулаторної допомоги в країні надається незалежними лікарями загальної практики	-	+
Спеціалізована допомога (нейрохірургія, шунтування серця, пересадка органів) надається в декількох медичних центрах країни	+	+
Недостатня кількість лікарів, що не відповідає потребам кількість стаціонарних ліжок	+	+
Жорстке розмежування видатків на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів	-	+
Тривалі (багатомісячні) черги на операції, черги на планову госпіталізацію та консультацію фахівців	+	-
Право пацієнта вільного вибору лікаря і медичного закладу	+	-
Гонорар лікаря залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку	+	-
Недостатня доступність для населення лікарів загальної практики у вечірній час та вихідні дні	+	+
Широка участь громадськості у прийнятті управлінських рішень із різних проблем охорони здоров'я.	+	-

первинна медична допомога має бути стрижнем добре організованої системи охорони здоров'я. Досвід переважної кількості європейських країн розглядає сімейну медицину як таку, що забезпечує тривалу опіку здоров'ям людини та всіх членів її родини незалежно від характеру захворювання, стану органів та систем організму в усі періоди її життя. Процес упровадження на наших теренах сімейної медицини тривалий і непростий і розпочався він з експерименту в Дрогобичі Львівської області, коли тут у 1987 р. було відкрито першу амбулаторію загальної практики – сімейної медицини. І лише з 1995 р. розпочато підготовку сімейних лікарів за програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України.

Успіх галузі охорони здоров'я у цілому і здоров'я кожного пацієнта зокрема залежать від якості та доступності лікарських засобів. Нині понад 90% лікарських засобів на ринку купуються за кошти населення. При цьому пацієнти споживають ліки, які не відповідають показникам поширеності хвороб, і надають пріоритет другорядним препаратам, тому ліки мають бути доступними, їх повинно бути достатньо, лікарі виписуватимуть саме ті, які необхідні пацієнтам, відповідно до змін у національному переліку. Крім того, ліки будуть доступні за цінами, бо ціни будуть референтовані з п'ятьма країнами – членами Євросоюзу. У рамках реформування медичної галузі буде запроваджено систему реінбурсації ліків (установлення гранично допустимих оптово-відпускних цін) по трьох напрямках захворювань: серцево-судинних, цукрового діабету II типу і бронхіальної астми.

Важливим завданням медиків є приділення більше уваги громадському здоров'ю – збільшенню тривалості життя громадян. Це забезпечення якісної вакцинації наших дітей, профілактична медицина, вжиття заходів для недопущення епідемій. За даними Світової статистики охорони здоров'я, тривалість життя людей у всьому світі виросла. На основі глобальних середніх оцінок очікувана тривалість життя дівчинки, яка народилася в 2012 р., становить близько 73 років, а хлопчика – 68 років. Це на шість років більше порівняно з 1990 р. Очікувана тривалість життя хлопчика, який народився в 2012 р. в країні з високим рівнем доходу, становить близько 76 років – на 16 років більше, ніж у хлопчика, який народився в країні з низьким рівнем доходу. Для дівчаток ця різниця ще більша: у країнах із високим рівнем доходу – 82 роки, а низьким рівнем доходу – 63 роки, що становить 19 років [9]. Ситуацію в Україні можна прослідкувати за табл. 2, з якої видно, що тривалість життя жінок на три роки вище світових показників та, на жаль, чоловіків нижче на два роки.

Таблиця 2

Середня очікувана тривалість життя при народженні за статтю в 2010–2015 рр. в Україні, років

Роки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
2010	70,44	65,28	75,50
20110	71,02	65,98	75,88
20120	71,15	66,11	76,02
20130	71,37	66,34	76,22
2014	71,37	66,25	76,37
2015	71,38	66,37	76,25

Джерело: складено за даними [9]

Ще більше відставання українських показників можна прослідкувати за порівнянням з 10 країнами (табл. 3). Найбільш висока очікувана тривалість життя у світі (87 років) у жінок Япо-

нії, за якою йдуть Іспанія, Швейцарія. У дев'яти країнах очікувана тривалість життя чоловіків становить 80 років і більше, а очолюють цей список Ісландія, Швейцарія і Австралія.

Таблиця 3

Очікувана тривалість життя при народженні за статтю в 10 країнах (дані на 2012 р.)

Чоловіки			Жінки		
Місце	Країна	Тривалість життя	Місце	Країна	Тривалість життя
1	Ісландія	81,2	1	Японія	87
2	Швейцарія	80,7	2	Іспанія	85,1
3	Австралія	80,5	3	Швейцарія	85,1
4	Ізраїль	80,2	4	Сінгапур	85,1
5	Сінгапур	80,2	5	Італія	85
6	Нова Зеландія	80,2	6	Франція	84,9
7	Італія	80,2	7	Австралія	84,6
8	Японія	80	8	Республіка Корея	84,6
9	Швеція	80	9	Люксембург	84,1
10	Люксембург	79,7	10	Португалія	84

Джерело: складено за даними [9]

Медична реформа в Україні має забезпечити кожному пацієнту надання первинної й екстреної медичної допомоги, яка буде на 100% оплачена державою. Причому передбачено реалізацію цієї системи вже в 2017 р. А протягом 2018 р. буде запроваджено страхову медицину, що передбачає виділення бюджетних коштів на медичне страхування. Завдяки цьому будуть оплачені послуги вторинної і третинної ланок медичних послуг. Так поступово до 2020 р. цілком буде змінено систему фінансування охорони здоров'я, підвищено якість послуг, а також ліцензування лікарів та здійснено зміни в підготовці медичних кадрів у вищих.

Висновки. Кінцева мета реформування національної системи охорони здоров'я – збільшення тривалості життя українців.

У порядку реформування вітчизняної системи охорони здоров'я доцільними для запровадження є ті моделі, в основі яких лежать фундаментальні принципи: відповідальність держави, доступність та якість медичної послуги, зручність її отримання, забезпечення рівності в доступі до послуг і намагання найбільш ефективно використати наявні ресурси. Цим принципам найбільше відповідає британська система, яку вважають найпродуктивнішою у світі.

Концепція реформування медичної галузі на найближчі три роки передбачає механізм оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступність ліків та увагу громадському здоров'ю.

Перспективи подальших досліджень убагаються в пошуку та обґрунтуванні шляхів залучення додаткових коштів із власних джерел держави для більш ефективного функціонування системи охорони здоров'я.

Література:

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : [монографія] / Н.В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
2. Гаврилишин Б. До ефективних суспільств: Дороговазми в майбутнє : доп. Римському клубові / Б. Гаврилишин ; упоряд. В. Рубцов ; вид. 3-є, доп. – К. : ПУЛЬСАРИ, 2009. – 248 с.

3. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. – 2004. – № 2. – С. 83–89.
4. Заглада О.О., Кризина Н.П. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони здоров'я України / О.О. Заглада, Н.П. Кризина // Інвестиції: практика та досвід. – 2012. – № 7. – С. 108–112.
5. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К. : Четверта хвиля, 2009. – 353 с.
6. Лободіна З. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З. Лободіна // Фінанси України. – 2010. – № 4. – С. 88–97.
7. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2010
8. Резолюція WHA58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. В кн.: Fifty-eighth World Health Assembly, Женева, 16–25 May, 2005. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010.
9. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/>
10. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України / О.Д. Фірсова // Економіка та держава. – 2011. – № 1. – С. 100–104.
11. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nbnews.com.ua/ru/news/193447/>

Костиук В.С. Реформирование здравоохранения в Украине в условиях европейской ориентации

Аннотация. В статье исследован вопрос функционирования разных систем здравоохранения в мире для очертания принципов построения эффективной системы здравоохранения в Украине. Указаны идеальные цели политики в сфере здравоохранения, достичь которых желают экономически развитые страны мира. Определены основные перспективы национальной модели развития системы здравоохранения Украины.

Ключевые слова: система здравоохранения; модель Бисмарка, модель Бевериджа, Национальная система здравоохранения (NHS), реформирование здравоохранения.

Kostiuk V.C. Reform of the public health in the face of European orientation

Summary. The article investigates the functioning of the various systems of health care in the world for determining the principles of building an effective system of health care in Ukraine. Indicated the ideal goals of policy in the field of health care, which is aspiring to the economically developed countries of the world. The main prospects for the national development model of the health system in Ukraine are determined.

Keywords: health system, Bismarck model, Beveridge model, National Health System (NHS), health care reform.