

УДК 351.72

А. А. Оганян,  
слухач магістратури кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування,  
Національний університет охорони здоров'я України імені П. А. Шупика

ORCID ID: 0000-0002-8925-6648

Н. О. Савичук,

д. мед. н., професор, профектор з наукової роботи,

Національний університет охорони здоров'я України імені П. А. Шупика

ORCID ID: 0000-0001-9532-665X

DOI: 10.32702/2306-6814.2021.5.117

# ПРАВОВЕ УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КРАЇНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ, СХІДНОЇ ЄВРОПИ ТА СНД: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

A. Ohanian,

Master's student of the Department of Management health care and public administration,

Shupyk National Healthcare University of Ukraine Kyiv, Ukraine

N. Savychuk,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector for Science,

Shupyk National Healthcare University of Ukraine Kyiv, Ukraine

## LEGAL MANAGEMENT OF HEALTHCARE REFORM IN CENTRAL EASTERN EUROPE AND CIS COUNTRIES: COMPARATIVE ANALYSIS

*У статті було досліджено основні системи охорони здоров'я у світі. Коротко охарактеризовано системи охорони здоров'я Бісмарки, Беверіджа та Семашко. Описано три системи охорони здоров'я у відповідності до їх фінансування. Визначено структуру реформування медичної сфери в Німеччині. Зазначено загальні принципи обов'язкового медичного страхування Німеччини. Окреслено основні нормативно-правові акти, відповідно до яких здійснюється законодавче регулювання сфери охорони здоров'я Німеччини. Зазначено переваги Естонської реформи охорони здоров'я. Описано два етапи реформування сфери охорони здоров'я Естонії та їх особливості. Досліджено хронологію прийняття основних нормативно-правових актів, що безпосередньо регулювали сферу реформування охорони здоров'я Естонії. Визначено головний контролюючий орган у сфері надання медичних послуг Естонії та описано критерії оцінки результатів діяльності медичних закладів. Встановлено етапи та законодавчі ініціативи Словенії в процесі реформування національної сфери охорони здоров'я. Описано основні закони, що регулювали хід проведення медичної реформи у країні. Визначено основні завдання Інституту медичного страхування Словенії. Окреслено основні дотичні з Українським законодавством схожості реформування медичної сфери Словенії. Досліджено структуру реформування та нормативно-правові підстави регулювання структури охорони здоров'я Болгарії. Визначено три основні закони, відповідно до яких відбувалось медичне реформування в Болгарії. Окреслено основні функції в роботі Болгарської медичної асоціації. Визначено поняття клінічних алгоритмів в структурі медицини Болгарії. Окреслено особливості медичної сфери Польщі до реформування та після. Визначено основні цілі, що стояли перед новою системою охорони здоров'я*

**Польщі. В статті зроблено висновок на основі проведеного порівняльного аналізу законодавчого регулювання реформування охорони здоров'я досліджуваних країн та встановлені основні переваги та можливі недоліки в сучасних медичних системах досліджуваних країн та їх правової значимості.**

**The article examines the main health care systems in the world. The health care systems of the Bismarck, Beveridge and Semashko Institutions are determined in accordance to their funding.**

**The structure of medical reform in Germany has been determined. The general principles of compulsory health insurance in Germany are stated. The main normative-legal acts are out-lined, according to which the legislative regulation of the sphere of health care in Germany are in operation. The benefits of Estonian health care reform are noted and two stages of Estonian healthcare reform and their features are also described.**

**We involve general scientific, philosophical and special scientific methods in the methodological component of the study (systemic and institutional methods, synergetics, social dialectics, comparative analysis and synthesis, identification, etc.). The chronology of the adoption of the main legal acts that directly regulate the field of health care reform in Estonia have been studied, the main controlling body in the field of medical services in Estonia has been identified and the criteria for evaluating the performance of medical institutions have been described.**

**Stages and Legislative initiatives are in the process of reforming the national healthcare sector of Slovenia. The basic laws regulating the course of medical reform in the country have been defined, the main tasks of the Slovenian Health Insurance Institute have been identified. The main similarities with the Ukrainian legislation of reforming the medical sphere of Slovenia are outlined. The structure of the reform and the legal basis for regulating the structure of health care in Bulgaria are studied. Three main laws have been identified, according to which medical reform has taken place in Bulgaria. The main functions in the work of the Bulgarian Medical Association are outlined. The concepts of clinical algorithms in the structure of Bulgarian medicine are defined. The peculiarities of the Polish medical sphere before and after the reform are outlined. The main goals of Poland's new healthcare system have been identified. As a result, a conclusion was made on the basis of a comparative analysis of the legislative regulation of health care reform in the studied countries and identified the main advantages and possible shortcomings in modern medical systems of the studied countries and their legal significance.**

*Ключові слова: реформа, медицина, закон, охорона здоров'я, Східна Європа, реформи охорони здоров'я, медичне право.*

*Key words: reform, medicine, law, health care, Eastern Europe, health care reforms, medical law.*

## ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

У сучасних умовах, коли планету сколихнула пандемія COVID-19, у центрі уваги опинилася світова медицина, а саме неспроможність ефективної її боротьби із невідомою хворобою. Попри високий рівень медицини окремих розвинених країн, боротьба із пандемією не була в достатній мірі ефективною. Ми не можемо стверджувати, однак припустимо, що одним із факторів не достатньо ідготовленої медицини в Європі є досить давнє її еформування, яке у розвинених країнах центральної Європи відбулось на початку 90-х, у деяких країнах східної Європи на початку 2000-х років, а в Україні, медична система взагалі знаходиться на етапі реформування (фактично за стандартами реформи 90-х років).

Головним запитанням, окрім змісту самих медичних реформ було, звісно, їх правове регулювання. Так, якщо у країнах центральної Європи, медична система є чимось більш незалежним від державних процесів, то у країнах східної Європи, зокрема колишніх членів Радянського Союзу, спостерігається значний вплив ролі держави на процес реформування медичної системи.

У численних законодавчих та підзаконних нормативно-правових актах і базується законодавча основа системи охорони здоров'я, будь-якої країни. Правові норми, що містяться в таких актах регулюють суспільні відносини, які складаються у сфері надання медичної допомоги й охорони здоров'я як окремої особи, так і певної групи осіб (наприклад, працівників підприємства чи якоїсь окремої сфери — водіїв транспортних засобів,

шахтарів, державних службовців та ін.) чи населення (села, міста, району, області, країни) загалом.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Основними дослідниками в області теоретичних проблем використання регулюючих засобів впливу держави на реформування системи охорони здоров'я займалися О.А. Гаркуша, З.С. Гладун, Е.А. Греков, Р.А. Майданчик, А.О. Олефір, І.Я. Сенюта. Серед науковців, роботи яких присвячені проблематиці правового забезпечення охорони здоров'я у зарубіжних країнах, варто виділити Ю.Н. Шанина, О.В. Длугопольського, Е.С. Ковжарова, В.И. Фильєва, О.Є. Губара, С.Г. Стеценко, В.Г. Черненко, О.В. Щербенко, Н.Б. Новікова, Р. Салмана.

## МЕТА СТАТТІ

Метою статті є теоретичний аналіз правового регулювання реформування охорони здоров'я з точки зору міжнародного досвіду (від країн центральної Європи до країн східної Європи). Ми ставимо на меті не лише проаналізувати правову ефективність реалізації даних реформ, а і визначити найбільш оптимальні правові відносини в сфері охорони здоров'я при впровадженні медичної реформи в Україні.

## ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Загалом є три типи організації системи охорони здоров'я у світі:

— Система Бісмарка (модель соціального страхування) — система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Споконвічно створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

— Система Беверіджа (універсалістська) — система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища. Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою.

— Система Семашко — система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави. Модель заснована на заміні ринкової органі-

зації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто є система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи [1].

Також можна поділити на інші три основні системи охорони здоров'я, хоча жодна з них не працює в чистому вигляді:

— державна система охорони здоров'я (поряд з Республікою Білорусь переважає в Великобританії, Австралії, Канаді, Італії, країнах Скандинавії та ін.)

— бюджетна модель, основним джерелом фінансування є загальне оподаткування, гарантує загальне охоплення населення медичною допомогою; страхова система (переважає в Росії, Німеччині, Франції, Голландії, Австрії, Бельгії, Швейцарії, в деяких державах Латинської Америки, Японії та ін.)

— соціальне медичне страхування, що фінансується за рахунок обов'язкових солідарних внесків держави, роботодавців і працівників; приватна (Платна) система (переважає в США) — приватний медичний страхування, що фінансується за рахунок добровільних внесків роботодавців або самих працівників [12].

Найбільш розвинутою системою охорони здоров'я серед європейських країн вважається Німеччина. Мабуть, одним із головних досягнень у Німеччині є впровадження системи обов'язкового медичного страхування, яка вперше ввела і оформила медичне страхування співробітників від нещасного випадку на виробництві. Від самого початку, реформа медичного страхування була відокремленою від інститутів держави, таким чином, працівники самі сплачували за себе страхові внески.

Загалом, початок більш масштабного соціального страхування із залученням федеративних коштів відбулося ще у 1880 році. У 1883 році започатковується страхування по інвалідності та старості, у відповідності з яким, працівник, який отримував заробітну плату менше встановленого тарифу, зобов'язаний був застрахуватися. при цьому фонди формувались ще і за рахунок відрахувань роботодавців [11]. Вище зазначена система, отримала назву "бісмарська" (зокрема і через те, що запропонував дану систему вперше Отто фон Бісмарк).

Отже, система страхування у Німеччині включає в собі: страхування від нещасного випадку; страхування у випадку виникнення захворювання; пенсійне страхування; пенсійне страхування осіб, що не працюють за наймом.

Таким чином, медичне страхування громадян Німеччини не лише виконує завдання забезпечення життєвих потреб громадян, а і гарантує основні соціальні права у відповідності із принципами Конституції [3].

У Німеччині не існує страхових медичних організацій, натомість діють так звані лікарняні каси (Krankenversicherung). Зазначені каси виконують функції медичних організацій, що стосується виплати застрахованим особам по хворобі чи оплата медичного обслуговування при загальних хворобах чи пологах.

Нормативно-правове регулювання обов'язкового медичного страхування і діяльності лікарняних кас відбувається в межах соціального кодексу Німеччини Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) — Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzesv. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [14]. Фінансування обов'язкового медичного страхування Німеччини відбувається безпосередньо через функціонування об'єднаного резерву фінансів — Фонду здоров'я (Gesundheitsfond). Поповнення Фонду відбувається за рахунок страхових внесків громадян та їх роботодавців, а також дотацій із державного бюджету. Розподіл фінансів між лікарняними касами, відбувається по чітко визначеним критеріям, яких у загальній сукупності нараховується 152 (вік, стать, вид та тяжкість захворювання). Додаткові витрати також передбачені для тяжкохворих, нужденних у значних витратах на лікування.

Проте майже досконала система медичного страхування має фінансово-правовий недолік, який представляє собою мимовільне підвищені виплати у лікарняну касу. Таким чином, у разі недостатніх коштів у лікарняній касі, які отримані із Фонду здоров'я для покриття власних витрат, вона має право додатково збирати із застрахованих додаткові внески, що йдуть безпосередньо на рахунок каси. Рішення про підвищення страхового внеску лікарняні каси приймають самостійно (адміністративна рада каси за ініціативою управління).

Додатковий внесок представляє собою частину страхового внеску, який застраховані особи повинні оплачувати в обов'язковому порядку. Особи, що не сплачують обов'язковий внесок спочатку отримують повідомлення про необхідність оплати внеску, а далі виплати утримуються виконавчими органами [13].

Після окупації Естонії СРСР (1940 рік), у країні, як і в усьому Союзі, почалося впровадження системи Семашко в охорону здоров'я з централізованим плануванням і управлінням, а також державним фінансуванням. За досить короткий термін було змінено принципи фінансування (започаткування страхової медицини) і надана автономія медичним клінікам, що у свою чергу спровокувало перебудову всієї системи і, відповідно, її реформування.

Реформа в Естонії, проводилась із 1990 року у кілька етапів. Відповідно до першого етапу (радикального) курс медичної допомоги був пацієнтоорієнтовний. Таким чином, впроваджувалося фінансування медичної допомоги за рахунок цільового податку на медичне страхування у відповідні фонди медичного страхування. Між фондами та медичними закладами впроваджувалася система на основі договорів між фондами і ме-

дичними закладами з оплатою в залежності від обсягу наданих послуг для розділення функцій виробників та покупців медичних послуг [7].

За даними першого етапу реформування було досягнуто автономію медичних закладів, становлення свободи їх фінансової та кадрової політики.

Основою правового регулювання реформ в Естонії, стало прийняття низки медичних законів, зокрема:

- 1991 року Закон про медичне страхування;
- 1994 року Закон про організацію надання медичних послуг.

Саме вищезазначені закони, утворювали правове регулювання діяльності медичних фондів.

Під час другого етапу реформування відбувалось поступове перетворення системи охорони здоров'я Естонії.

Так, починаючи з 2000 року відбувалось підвищення ефективності медичних закладів, раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів, підвищення відповідальності медичних закладів.

Таким чином, в Естонії було чітко встановлено правовий статус медичних закладів, відповідно до яких на медичні установи було делеговано частину фінансових ризиків і забезпечення якості медичних послуг. У 2000 році Естонський фонд медичного страхування отримав статус самоуправляючої публічно-правової організації [4].

Естонський фонд медичного страхування акумулює надходження від цільового соціального налогу і перерозподіляє фінансові надходження на оплату медичної допомоги, ліків, виплату по безробіттю, вагітності та пологів.

У 2001 році був прийнятий новий закон про організацію надання медичних послуг, відповідно до якого і оцінювалася та регулювалася якість надання медичних послуг. Крім цього в цьому ж році був прийнятий Зобов'язуючо-правовий закон, що встановлював нові правові відносини між постачальниками медичних послуг і пацієнтами, вперше такі відносини почали визначатися як юридично законні відносини, відповідно до яких відповідальність несуть обидві сторони. Закон про медичне страхування в Естонії почав функціонувати лише із 2002 року [2].

Не менш важливим у правовому регулюванні системи охорони здоров'я Естонії був перехід у 2008 році на загальнонаціональну систему електронного надання послуг у сфері охорони здоров'я. У 2012 році було проведено централізація закладів надання первинної медичної допомоги.

Головним контролем якості медичної допомоги в Естонії є проведення клінічних аудитів, тобто комплексної оцінки результатів діяльності медичних закладів. Об'єктом оцінки — не окремий випадок лікування, взятий на основі випадкової вибірки, а сукупність випадків. Визначаються результати медичних втручань (наприклад рівень лікарняної летальності, частота ускладнень тощо). Клінічні аудити проводяться спеціалізованими лікарняними асоціаціями на основі договорів з Фондом. Таким чином, об'єктивність і компетентність оцінки якості медичної допомоги визначаються не кваліфікацією конкретного лікаря-експерта, а колективним органом, що об'єднує лікарів певної спеціальності [7].



Кардинальні зміни в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я Словенії почалися в 1992 році. Було введено обов'язкове державне і приватне страхування для громадян країни. Розвиток приватного сектора в медицині дозволив підвищити якість послуг. У 2004 році "Закон про медичне страхування" був приведений у відповідність до директив ЄС, що стало показником його прогресивності та ефективності. Реформа системи охорони здоров'я ставила перед собою ряд цілей:

- проголошення загальної доступності медичних послуг — кожен громадянин Словенії має доступ до медичної допомоги;

- солідарність — всі громадяни вносять свій внесок у фінансування системи в залежності від їх доходів і використовують медичні послуги за потребами;

- рівність — доступ до медичної допомоги визначається виключно потребою пацієнта і не залежить від інших чинників (етнічної приналежності, статі, віку, соціального статусу або платоспроможності) [11].

У 1992 році було запроваджено медичне страхування і створено Інститут медичного страхування Словенії (Health Insurance Institute of Slovenia, HIIS). HIIS є єдиною організацією, відповідальною за надання обов'язкового медичного страхування. HIIS має 56 філій у країні, в тому числі 10 на регіональному рівні та 46 на місцевому рівні [7].

До завдань Інституту медичного страхування входять:

- 1) забезпечення обов'язкового медичного страхування;

- 2) укладання договорів медико-санітарної допомоги;

- 3) надання правової та іншої професійної допомоги застрахованим особам;

- 4) ведення бази даних і статистики по медичному страхуванню;

- 5) встановлення ставок для внесків.

Більшу частину коштів медичні установи отримують за договорами, укладеними з Інститутом медичного страхування, а їх витрати обмежені рамками затвердженого бюджету [7].

У 2001 р. було прийнято схему оплати за клінічними групами, що передбачає 9 основних груп. Більш точний розрахунок проводиться для кожної лікарні окремо, виходячи з середньої вартості лікування хворого даної групи. У різних лікарнях ця вартість може бути різною. На сьогодні впроваджується схема оплати за клініко-витратним групам.

Центри первинної медичної допомоги отримують кошти від регіональних фондів медичного страхування в залежності від чисельності населення, що обслуговується і від обсягу наданих послуг.

Лікарі центрів первинної медичної допомоги та медичних пунктів крім роботи на твердому окладі можуть займатися приватною практикою (як за договором з Інститутом медичного страхування, так і незалежно).

Приватні медичні послуги оплачуються хворими або покриваються добровільним медичним страхуванням; ціни на послуги, які не передбачені договором добро-

вільного страхування, лікар встановлювати самостійно [3].

Досвід реформування охорони здоров'я Словенії цікавий для України в декількох аспектах: по-перше, низький рівень якості та невеликі можливості для надання медичних послуг у Словенії наприкінці минулого століття дуже схожі на ситуацію в Україні; по-друге, оперативністю проведення реформи та досягненням цілей, поставлених перед нею [7].

Не менш цікавим досвідом реформування системи охорони здоров'я є досвід Болгарії. Після Другої світової війни протягом п'яти десятиліть система охорони здоров'я Болгарії розвивалася за соціалістичною схемою, держава керувала цією моделлю. Однією з основних характеристик цієї моделі був екстенсивний розвиток, показником якого була кількість медичних закладів, заснованих на території країни. Усі заклади знаходились у державній власності, що реально означало повну залежність від Міністерства охорони здоров'я в питаннях бюджету, капітальних інвестицій, медичного обладнання та зарплат персоналу. Через зрівнювання на всіх рівнях та низькі зарплати працівників (особливо лікарів) наприкінці 1970-х років у системі почали з'являтися перші ознаки колапсу. Це відобразилося головним чином на декапіталізації закладів, багато з яких зараз не функціонують взагалі, та зростаючому незадоволенні медичного персоналу. Цей процес поглибився внаслідок економічних проблем, від яких потерпала країна з середини 80-х і аж до початку 1990 р., коли розпочалися основні політичні зміни. У 2000 р. розпочато повну реформу галузі, відповідно до якої знизилася роль держави і державно-приватна модель замінила стару систему, запроваджену Семашком [1]. Законодавча основа для нової моделі сформована на базі трьох основних законів:

- Закону про медичне страхування.

- Закону про лікувальні заклади.

- Закону про професійні організації.

Одним із перших кроків, зроблених після революції у 1990 р., було відновлення Болгарської медичної асоціації (БМА) — організації лікарів Болгарії, забороненої у 1946 р. комуністичним режимом. З самого початку її відновлення основною темою обговорення стало реформування системи охорони здоров'я. У 1997 р. новий демократичний уряд розпочав ґрунтовні зміни у всіх секторах економіки країни, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. На основі трьох законів — Закону про медичне страхування, Закону про лікувальні заклади та Закону про професійні організації — було створено модель, що базувалася на контрактах між надавачами та отримувачами медичних послуг. Надавачі медичних послуг були представлені БМА, що мала управлінські права та обов'язки (включаючи обов'язкове членство). Отримувачі послуг були представлені новоствореним Національним фондом медичного страхування (НФМС) [4].

Закон про медичне страхування вимагав обов'язкового страхування усього населення країни, але не виключав можливості додаткового добровільного медичного страхування. Фінансування лікарень базується на клінічних алгоритмах (КА). КА — алгоритм медичних

дій відповідно до певного діагнозу або медичної проблеми.

Закон про лікувальні заклади встановлює економічну та юридичну автономію лікарень, зареєстрованих як юридичні особи комерційного права. Спеціалізована амбулаторна допомога приватна — надається лікарями приватних практик, у медичних центрах або більших об'єднаннях, таких, як діагностично-консультаційні центри (ДКЦ). Первинна медична допомога надається лікарями загальної практики. Кількість лікарень, амбулаторій та лікарів загальної практики зазначена у Національній карті здоров'я (НКЗ). Кожні п'ять років цей документ оновлюється і теоретично відіграє роль інструмента для планування ресурсів згідно з визначеними потребами [12].

До реформування охорони здоров'я Польща діяла за радянською системою Семашко. Соціально спрямована модель охорони здоров'я забезпечувала хоч і невисокий, але все одно доступний рівень медичної допомоги кожному. Про необхідність реформ в цій сфері заговорили ще в 80-х минулого століття. Говорили про те, як зробити медичну галузь багатого, зарплати лікарів — пристойними, а лікувальні послуги — якісними, сучасними і доступними. Вихід уряд бачило в загальнодержавному страхуванні. Паралельно обговорювалися також ідея комерційного страхування, а також — фінансування медицини на регіональному рівні [5].

Фінансування системи здійснюється не тільки за рахунок внесків на обов'язкове медичне страхування. Значна частка фінансування за рахунок коштів бюджетів. Сьогодні реформа зосередилася навколо якості послуг. Використовуються різні механізми для підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів). Однак вживані заходи підвищили вартість медичних послуг, що відбилося на їх доступності для населення.

Основні цілі, які стояли перед новою системою охорони здоров'я, були такі:

- децентралізація системи;
  - фінансування охорони здоров'я незалежними фондами медичного страхування і згодом Національним фондом охорони здоров'я;
  - поліпшення первинної медико-санітарної допомоги з новим акцентом на сімейну медицину;
  - впровадження системи акредитації лікарень.
- Реформа включала в себе такі методи:
- удосконалення інформаційної системи;
  - підвищення доступності медичної допомоги (наприклад, законодавство, що забезпечує гарантований державою обсяг медичної допомоги);
  - поліпшення організації та фінансування сектора стаціонарної допомоги (наприклад, ініціативи щодо переведення лікарень на комерційну основу);
  - боротьба з корупцією в секторі охорони здоров'я;
  - посилення прав пацієнтів;
  - поліпшення системи фінансування сектора охорони здоров'я (кілька спроб ввести добровільне медичне страхування не мали успіху);
  - удосконалення механізмів відшкодування витрат постачальникам Національним фондом охорони здоро-

в'я (введення DRG [2] / КСГ [3] в різних областях медичної допомоги);

- підвищення якості медичної допомоги (наприклад, Закон про акредитацію в системі охорони здоров'я (2008); розробка медичних стандартів);
- вирішення питань нестачі і міграційного відтоку медичних працівників [7].

## ВИСНОВОК

Отже, після Другої світової війни країни східної Європи та країни СНД перебували під впливом соціалістичного політичного режиму. На основі політичних правил міжнародної політики, майже у всіх країнах, які перебували під впливом Радянського Союзу переважала система охорони здоров'я, що повністю контролювалася державою, тобто система Семашко. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги, спостерігалось поступове (в деяких країнах ледь не до краху) зниження показників розвитку медичної допомоги, відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги, низький рівень заробітної платні медичних працівників. Через розпад Радянського Союзу, майже всі (окрім Німеччини) досліджувані нами системи охорони здоров'я перейняли досвід системи охорони здоров'я Бісмарка та його модель соціального страхування. Як в Естонії, Словенії так і Болгарії вона опирається на трьох законах: Закон медичного страхування, Закон про лікувальні заклади та Закон про контролюючі органи медичного функціонування. Кожна країна використовує власний понятійно-категоріальний апарат, однак суть нормативно-законодавчої бази це не змінює.

Попри високу популярність моделі Бісмарка, існує думка, що вона досить застаріла для сучасних реалій. Оскільки модель медичного страхування розрахована на випадки гострих станів ушкодження здоров'я, які були актуальні у 19—20 ст. Однак сучасні реалії клінічної картини захворюваності сучасності свідчать про перевагу хронічних захворювань. Відтак, страхування в сфері медичному може в майбутньому стати не так актуальним, що в свою чергу може спровокувати глобальне реформування системи охорони здоров'я на законодавчому рівні у світі.

## Література:

1. Баєва О.В. (2008). Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник. Київ: Центр учбової літератури. 640.
2. Бевеликова Н.М. (2011). Правовое обеспечение реформ здравоохранения: опыт Китая, России, США. Медицинское право. № 3. 7—16.
3. Бит-Шабо И.В. (2017). Правовой анализ роли страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования некоторых стран: финансовый аспект. Журнал юридических исследований. Т.2. № 2. 64—78.
4. Журавель В.И. (2003). Системе здравоохранения — новые организационно-управленческие модели. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: материалы 1-й Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 16 мая 2003 г. Москва: Изд. группа "Юрист". 189.

5. Курс адміністративного права України: підручник (2013). В. К. Колпаков [та ін.], 2-ге вид., переробл. і допов. Київ: Юрінком Інтер. 872.

6. Новий тлумачний словник української мови: у 4 т. Т. 2. (1999). уклад.: В. В. Яременко, О. М. Сліпушко. Київ: Аконті. 142.

7. О международном опыте реформирования системы здравоохранения. URL: <http://bit.ly/2qDMkML>

8. Ожегов С. И. Словарь русского языка: Ок. 70 000 слов. (1991). 23-е изд., испр. Москва: Рус. яз. 231.

9. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII. Відом. Верхов. Ради України. 1993. № 4. С. 19.

10. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: проект закону № 1040-1. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal>

11. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. (2008). Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. 86 с.

12. Четыркин Е. Медицинское страхование на Западе и в России. (2008). Мировая экономика и международные отношения. 12. 30—34.

13. Public law 111-148-MAR. 23, 2010. URL: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW111publ148/pdf/PLAW111publ148.pdf>

14. Versicherungsrecht. Textausgabe der Rechtsnormen und Vertragsbedingungen für die Sach-, Haftpflicht- und Personenversicherungen in der Deutschen Demokratischen Republik mit Anmerkungen und Sachregister. Berlin: Staatsverlag der DDR, 1970. S. 13.

References:

1. Baeva, O.V. (2008), Menedzhment u galuzi ohoroni zdorov'ya: Navch. poslbnik. Kyiv: Tsentr uchbovoYi lteraturi. 640. [in Ukrainian].

2. Bevelikova, N.M. (2011), Pravovoe obespechenie reform zdavoohraneniya: opyt Kitaya, Rossii, SShA. Meditsinskoe pravo. № 3. 7—16.

3. Bit-Shabo, I.V. (2017), Pravovoy analiz roli strahovyih meditsinskih organizatsiy v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strahovaniya nekotoryih stran: finansovyy aspekt. Zhurnal yuridicheskikh issledovaniy. T. 2. № 2. 64—78.

4. Zhuravel, V. I. (2003), Sisteme zdavoohraneniya - novyye organizatsionno-upravlencheskie modeli Aktualnyie problemyi pravovogo regulirovaniya meditsinskoy deyatel'nosti: materialyi 1-y Vseros. nauch.-prakt. konf., Moskva, 16 maya 2003 g. Moscow: Izd. gruppy "Yurist". 189.

5. Kurs admInstrativnogo prava UkraYini: pldruchnik. V. K. Kolpakov [ta In.] (2013). Kyiv: Yurlnkom Inter. 872. [in Ukrainian].

6. Noviy tлумachniy slovník ukraYinskoYi movi: u 4 t. T. 2 (1999). uklad.: V. V. Yaremenko, O. M. Silpushko. Kyiv: Akonlt. 142. [in Ukrainian].

7. mezhdunarodnom opyite reformirovaniya sistemyi zdavoohraneniya [Elektronniy resurs]. Rezhim dostupa: <http://bit.ly/2qDMkML>

8. Ozhegov, S. I. (1991), Slovar russkogo yazyika: Ok. 70 000 slov. 23-e izd., ispr. Moscow: Rus. yaz. 231. [in Russian].

9. Osnovi zakonodavstva UkraYini pro ohoronu zdorov'ya (1993): Zakon UkraYini vld 19 listop. 1992 r. 2801-XII. Vidom. Verhov. Radi UkraYini. № 4. 19.

10. Pro zagalnoobov'yazkove derzhavne sotsialne medichne strahuvannya: proekt zakonu № 1040-1 [Elektronniy resurs]. Rezhim dostupu: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal>

11. Rukovodstvo po razrabotke strategiy obespecheniya kachestva i bezopasnosti s pozitsii sistem zdavoohraneniya (2008), Evropeyskoe regionalnoe byuro Vsemirnoy organizatsii zdavoohraneniya. 86.

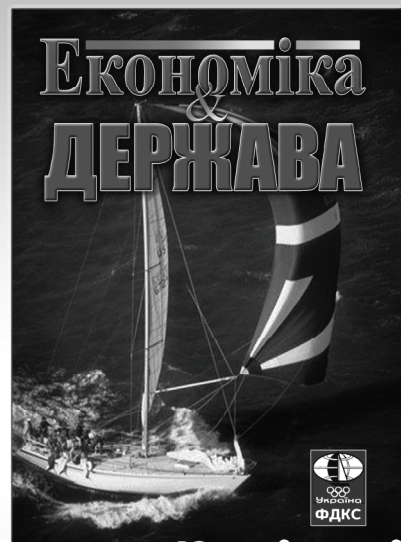
12. Chetyrkin, E. Meditsinskoe strahovanie na Zapade i v Rossii. (2008), Mirovaya ekonomika i mezhdunar. otnosheniya. 12. 30—34.

13. Public law 111-148-MAR. 23, 2010 [Elektronniy resurs] URL: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW111publ148/pdf/PLAW111publ148.pdf>.

14. Versicherungsrecht. Textausgabe der Rechtsnormen und Vertragsbedingungen für die Sach-, Haftpflicht- und Personenversicherungen in der Deutschen Demokratischen Republik mit Anmerkungen und Sachregister. Berlin: Staatsverlag der DDR, 1970. S. 13. [in Germany].

Стаття надійшла до редакції 01.03.2021 р.

Науково-практичний журнал  
«ЕКОНОМІКА ТА ДЕРЖАВА»



Передплатний індекс: 01751

**Виходить 12 разів на рік**

наукове фахове видання України

**3 ПИТАНЬ ЕКОНОМІКИ**

(Категорія «Б»)

Наказ Міністерства освіти і науки України від 28.12.2019 № 1643

Спеціальності – **051, 071, 072, 073, 075, 076, 292.**

**www.economy.in.ua**

e-mail: [economy\\_2008@ukr.net](mailto:economy_2008@ukr.net)

тел.: (044) 223-26-28

(044) 458-10-73