

Зоря Журавльова,
кандидат юридичних наук,
приватний нотаріус Київського міського
нотаріального округу

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СВІТОВИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Проаналізовано основні погляди науковців на формування соціальної держави, соціального забезпечення. Наголошено на впливі категорії «здоров'я» на функціонування та розвиток держави. Визначено термін «охорона здоров'я» з позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я. Проаналізовано поняття та визначено категорії, види соціального ризику. Виокремлено та проаналізовано види системи охорони здоров'я і визначено їхні позитивні та слабкі сторони. Акцентовано на їхній перспективності та частковості впровадження в медичну реформу України.

Ключові слова: здоров'я, охорона здоров'я, соціальна держава, соціальні ризики, системи охорони здоров'я, хвороба.

Журавлева З.

Общая характеристика мировых систем здравоохранения

Проаналізовані основні погляди учених на формування соціального государства, соціального забезпечення. Указано на вплив категорії «здоров'я» на функціонування та розвиток государства. Определено поняття здравоохранения с позиции Всемирной организации здравоохранения. Проаналізовані поняття та определены категорії, види соціального ризику. Выделены и проаналізовані види системи здравоохранения с определением их положительных и слабых сторон. Акцентовано на их перспективності и частности ввєдєння в медицинскую реформу України.

Ключевые слова: здоровья, здравоохранение, социальное государство, социальные риски, системы здравоохранения, болезнь.

Zhuravlyova Z.

General characteristics of world health systems

The article analyzes the main views of scientists on the formation of the welfare state, social security. The influence of the category «health» on the functioning and development of the state is indicated. The concept of health care is defined from the standpoint of the World Health Organization. The concepts are analyzed and categories, types of social risk are defined. The types of health care system are identified and analyzed to identify their strengths and weaknesses. Emphasis is placed on their prospects and partial implementation in the medical reform of Ukraine.

The domestic health care system ensures the realization of the right of citizens of Ukraine to health care, which includes, in particular: 1) standard of living, including food, clothing, housing, medical care and social services and provision necessary for maintaining health 'I man; 2) safe for life and health environment; 3) sanitary and epidemiological well-being of the territory and settlement where the person lives; 4) safe and healthy working, studying, living and recreation conditions; 5) qualified medical care, including the free choice of a doctor, the choice of treatment methods in accordance with his recommendations and the health care institution; 6) reliable and timely information on the state of their health and the health of the population, including existing and possible risk factors and their degree; 7) participation in the discussion of draft legislative acts and making proposals for the formation of state policy in the field of health care; 8) participation in health care management and conducting public expertise on these issues in the manner prescribed by law; 9) the possibility of joining public organizations in order to promote health care; 10) legal protection against any illegal forms of discrimination related to health; 11) compensation for damage to health; 12) appeal against illegal decisions and actions of employees, institutions and health care bodies; 13) the possibility of conducting an independent medical examination in case of disagreement of the citizen with the conclusions of the state medical examination, application of compulsory treatment measures and in other cases when the actions of health care workers may limit generally recognized human and civil rights; 14) the right of a patient who is in inpatient treatment in a health care institution, to admit other health workers, family members, guardian, trustee, notary and lawyer, as well as a priest to worship and religious rites.

Implementation of medical reform in Ukraine today has borrowed the best world practice in terms of implementing

and ensuring the rights of patients and providing quality medical services. However, only the full implementation of all components of health care reform in Ukraine and its testing will sometimes make it possible to identify both strengths and weaknesses that will need to be improved.

Keywords: *health, health care, welfare state, social risks, health care systems, disease.*

Постановка проблеми. З'ясовуючи питання, пов'язані з правовою природою та змістом такого важливого соціального інституту, як медичне забезпечення в організаційно-правовій формі обов'язкового соціального медичного страхування (страхова форма), варто окреслити у загальному вигляді не лише блоки явищ, які воно охоплює, а й сукупність зв'язків та відносин, що їх поєднують.

Медичне забезпечення за своїм соціальним спрямуванням належить до соціальної функції держави та ідей соціальної справедливості, в основу яких покладено позиції виконання обов'язку держави щодо турботи про матеріальний добробут своїх громадян, які потребують соціального захисту від наслідків настання соціальних ризиків (хвороб).

Виконання державою соціальної функції є підґрунтям формування її соціальної політики, яка акумулює у собі: принципів засади окремо узятій сфері політичної діяльності (соціальне медичне страхування), економічне обґрунтування обраної моделі відносин та її правового регулювання, інструментальну (практичну) частину блоків цієї моделі, форми та методи регулювання сукупності відносин та інтересів у межах обраної моделі, суб'єктний склад відносин, що охоплюються цією моделлю, джерела формування грошових фондів (ресурсне забезпечення), їхній правовий статус, форми здійснення надходження і витрачання коштів з цих фондів.

Тому предметне дослідження вказаних питань є неможливим без детального аналізу наукових теоретичних досліджень та положень, концепцій та теорій, які є основою будь-якої практичної діяльності з формування певної політики, розробки законодавства та створення соціально-правового механізму його реалізації.

Метою дослідження є виокремлення та аналіз систем охорони здоров'я в контексті медичного забезпечення як невід'ємної складової соціального захисту.

Аналіз наукових досліджень та публікацій. Дослідження складових медичного забезпечення та впровадження компонентів медичної реформи були предметом дослідження вітчизняних та зарубіжних науковців, зокрема: Я. М. Буздугана, Л. К. Воронової, Є. Ю. Грачової, А. С. Ємельянова, М. В. Карасьової, А. М. Козиріна, М. П. Кучерявенка, А. О. Монаєнка, О. А. Музики-Стефанчук, А. А. Нечай; вчених-адміністративістів: В. Б. Авер'янова, З. С. Гладуна, І. П. Голосніченка, Є. Б. Кубка, В. П. Петкова, Я. М. Шатковського; науковців науки соціального страхування: В. С. Андрєєва, Н. Б. Болотіної, Н. А. Вигдорчика, М. С. Жилкіної, М. А. Ковалевського, Є. Є. Мачульської; вчених науки медичного права: І. Я. Сенюти, О. М. Сидорчука, В. Ю. Стеценко, С. Г. Стеценка.

Виклад основного матеріалу дослідження. Ідея соціальної справедливості супроводжувала розвиток людства в усі часи, однак реальне втілення почала отримувати у XVIII ст. у законах про бідних, прийнятих у європейських країнах [1, с. 179], та остаточно закріпилася у вигляді поняття соціальної держави.

Вважаємо, що основою ідей про соціальну справедливість та державу благоденства є вчення про сукупність цінностей, які становлять основу людської цивілізації; однією з таких є здоров'я людини, що становить стрижень буття людини та її нормального існування. Вплив категорії «здоров'я» на функціонування й розвиток держави з економічного погляду полягає, перш за все, у формуванні такої суспільної цінності, як «праця» та можливість періоду її реалізації окремими групами населення (працездатний вік). У такому самому аспекті формування цілісної системи підтримки здоров'я фахівця працездатного віку в поєднанні з оплатою праці як її суспільною оцінкою створює в окремо узятих секторах економіки можливості для формування цілісних систем збереження знань, вмінь та навичок (якість, кваліфікація та професіоналізм), їхнє передання молодим фахівцям.

На наш погляд, наявність такої системи дає змогу забезпечити стабільний розвиток держави та добробуту її населення, закладає цивілізаційні основи суспільства. За висновками фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), здоров'я є одним з визначальних факторів формування якості популяції та охоплює фізичний, психічний та соціальний стан; інтелектуальний та освітньо-професійний потенціал; культурно-моральні й такі, що протистоять їм у суспільстві, девіації [2]. Очевидно, що за такої цінності людина буде обов'язково інвестувати у своє здоров'я, у лікування, оскільки ці затрати абсолютно необхідні для її життя та економічної діяльності [3].

На думку доктора та професора медицини Петра Скрабанка (Petr Skrabanek), політика здоров'я не похитно підійшла до парадигми, у якій держава, а не людина відповідальна за здоров'я; ця категорія стала темою, проблемою, політикою усього суспільства [3].

У контексті дослідження ці питання охоплюють одну з основних та найважливіших проблем – доступність охорони здоров'я для населення, що охоплює питання медичної допомоги, медичного забезпечення, медичного догляду та медичної охорони.

Ці питання тісно пов'язані зі складовими соціальної політики держави, вказаними вище, формуванням її соціального капіталу та охоплюють такі види фінансової діяльності держави, як дотації та субсидії окремим категоріям населення за соціальними програмами, допомога непрацездатним (постійно та тимчасово) категоріям населення (наприклад, інваліди, сироти, жінки-матері та люди похилого віку), прямі виплати з державного бюджету та пільги.

Вихідним моментом, який становить основу юридичного механізму соціального захисту, є категорія соціального ризику. Відомий вітчизняний вчений у галузі права соціального захисту Н. Б. Болотіна вказує, що у широкому розумінні усі ризики, з якими стикається людина протягом життя, є соціальними, оскільки вони зумовлені нашим суспільним буттям. У власному розумінні цього терміна світова практика розуміє під ним певні події в житті людини, які потребують її матеріальної підтримки.

У результаті тривалої боротьби трудівників за свої соціальні права, соціального прогресу, який є складовою нового міжнародного економічного порядку, соціальні ризики було визнано підставою для набуття людиною права на соціальне забезпечення та закріплено у національних законодавствах і міжнародній практиці.

Визнані міжнародною практикою соціальні ризики в аспекті забезпечення державою виплат у разі їхнього настання поділяють на традиційні й нетрадиційні. Відповідно до Європейського кодексу соціального забезпечення держави, які є Договірними Сторонами та денонсували його у встановленому порядку, повинні надавати соціальну допомогу щодо 9 традиційних соціальних ризиків – хвороби (ст. 6–18), безробіття (ст. 19–24), старості (ст. 24–30), трудового каліцтва/виробничої травми, професійної хвороби (ст. 31–38), утримання дітей (ст. 39–45), вагітності та пологів (ст. 46–52), інвалідності (ст. 53–58), втрати годувальника (ст. 59–64).

Залежно від суб'єктного складу охоплення системою соціального страхування, порядку здійснення внесків, виплат та інших чинників, у світовій практиці виокремлюють декілька основних систем (моделей) захисту населення на випадок настання соціальних ризиків.

За характером фінансування експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я виокремлюють три види систем охорони здоров'я, досвід функціонування яких необхідно враховувати у процесі розробки реформ в Україні [4, с. 527].

Державна модель фінансування (система Беверіджа¹) у Великобританії була закладена «Звітом Беверіджа» («Beveridge Report») у 1942 р. («Social Insurance and Allied Services»); у цій праці закладено ідею соціального страхування для створення загальної системи соціального забезпечення (у т. ч. допомогу багатодітним), універсальної, багатосторонньої та вільної системи національної служби охорони здоров'я.

Ця модель характеризується такими ознаками: центральне й регіональне планування; фінансування шляхом прямого оподаткування; управління системою через професійних (медичних) працівників, контроль якості з боку держави й професійних працівників відбувається згідно з визначеними державними стандартами; економічне використання ресурсів; низький рівень оплати праці персоналу, оплата праці медичним працівникам здійснюється відповідно до кількості вилікуваних хворих, за деякі медичні послуги платить пацієнт; низькі адміністративні витрати.

За системою Беверіджа (наприклад, Великобританія, Ірландія), кожен громадянин охоплений соціальною страховою допомогою на випадок хвороби, досягнення пенсійного віку, пологів тощо. Головним завданням держави є захист громадян з мінімальними доходами.

Головним джерелом фінансування галузі є державний бюджет. Наприклад, із загальних податкових надходжень для Національної служби охорони здоров'я Великобританії покривається 87% витрат, 10% – кошти соціального медичного страхування і 3% – платні послуги населенню.

Найбільш принципові проблеми цієї системи: недостатність стимулів для підвищення ефективності лікувальної роботи; стримування державою збільшення витрат за допомогою макроекономічних методів; обмеженість обліку думок і свободи вибору для пацієнтів; наявність черг, що є регулятором доступності забезпечення медичною допомогою і стимулом використання приватної практики привілейо-

¹ Беверідж Уільям Генрі (Beveridge William Henry) (1879–1963) – англійський політичний діяч, юрист і економіст.

ваними групами населення; недостатність вибору умов госпіталізації (з точки зору комфорту); нерівність доступу медичної допомоги для окремих соціальних груп або адміністративних територій, стримування новаторства й неврахування місцевих інтересів і інтересів споживачів у зв'язку з консерватизмом централізованого планування; пріоритетне фінансування і використання установ другорядної (спеціалізованої) медичної допомоги; тенденція до обмеження контактів пацієнтів і персоналу; державний патерналізм і монополізм у визначенні пріоритетів розвитку; слабкі зв'язки між центром і периферією; бюрократичне авторитарне управління.

Бюджетно-страхова модель фінансування (система Отто фон Бісмарка²) у Німеччині була закладена протягом 1878–1890 рр. та стосувалася обов'язкового страхування для окремих груп працівників (на випадок хвороби, каліцтва та пенсій у зв'язку зі старістю та інвалідністю).

У теорії її також називають неоконсервативною моделлю, коли наявне змішане державно-приватне рішення соціальних проблем. Характеризується такими ознаками: децентралізоване фінансування на трьохсторонній основі – цільові внески підприємців, громадян, а також цільові бюджетні субсидії; свобода вибору страхових фондів для споживачів і підприємців; конкуренція між різними страховими фондами й медичними службами; велика увага приділяється контролю за якістю і витратами з боку страхових фондів; розподіл функцій держави, органів фінансування і виробників медичних послуг (допомоги); широкий вибір умов госпіталізації з точки зору комфорту. Відповідальність роботодавців замінена системою обов'язкової колективної відповідальності під контролем держави.

Бюджетно-страхова модель з певними особливостями діє в Німеччині, Італії, Нідерландах, Франції, Японії, Австрії, Канаді, Швеції, Фінляндії, Ісландії та в інших країнах.

Найбільш принципові проблеми цієї системи: відсутність рівної доступності медичної допомоги для різних соціальних груп та адміністративних територій; простежується тенденція до невиправданого зростання вартості медичної допомоги, недостатній контроль за діяльністю персоналу, ігнорування інтересів пацієнтів, які входять у групу високого ризику, тривалий час перебувають у стаціонарі або залишилися поза системою соціального страхування (5–10% населення); низький рівень довгострокового планування тощо.

Державна і бюджетно-страхова моделі фінансуються із суспільних фондів споживання й виконують одну й ту саму соціальну функцію. Різниця між ними полягає в організаційно-економічній формі організації фондів. Важливою особливістю бюджетно-страхової моделі є децентралізований характер фінансування, який сприяє укріпленню ресурсної бази галузі.

Приватно-підприємницька модель фінансування охорони здоров'я. У теорії отримала назву неоліберальної моделі; проблеми соціального захисту переважно вирішуються між роботодавцями та профспілками (характерна для США). Фінансування галузі відбувається за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Зазначеній моделі фінансування притаманні такі ознаки: розгалужений перелік медичних послуг, доступність та оперативність їх для пацієнта, високий рівень якості послуг, у тому числі спеціалізованої допомоги, максимальне забезпечення збереження медичної таємниці тощо.

Найбільш принципові проблеми цієї системи: висока вартість лікування, низька доступність медичної допомоги для малозабезпечених громадян, часті судові процеси як один з інструментів контролю за якістю, неадекватний потребам населення територіальний розподіл медичних служб і відсутність механізму впливу на нього, низький ступінь використання капіталу й кадрових ресурсів, недостатня увага до надання допомоги вдома і профілактичним заходам, недостатня кількість допоміжного персоналу [5, с. 9].

Згідно із соціально-демократичною моделлю скандинавських країн, значну частину відповідальності за соціальний захист бере на себе держава, гарантуючи визначений рівень доходів і середньомісячних послуг кожному незалежно від особистого внеску.

Системи охорони здоров'я у змішаній економіці (реалізовані у Швейцарії та Сінгапурі) ґрунтуються на засадах індивідуального вибору. Так, у Швейцарії 66% витрат сплачують домашні господарства у вигляді соціальних внесків (35% усіх видатків), платежів за послуги, які не покриті страховкою або витрати, на які не скорочують страхові внески (31%). Ще 7% видатків покриває бізнес, а 27%, що залишилися, сплачуються податками (шляхом послуг охорони здоров'я, які надає держава, або субсидій зі сплати страхових внесків, які розподіляються урядом) [3]. Обов'язкове медичне страхування для всіх категорій

² Отто Едуард Леопольд фон Бісмарк Шенгаузен (1.04.1815–30.07.1898 рр.) – державний діяч і дипломат Пруссії та Німеччини, князь, перший канцлер Німецької Імперії.

громадян було запроваджене у Швейцарії у 1996 р.; воно покриває доволі великий список послуг, які затверджує уряд.

Ціни та компенсаційні виплати встановлюються поза бажанням людини відповідно до так званої Єдиної тарифної сітки (Tammed), яку визначають шляхом переговорів між медичними асоціаціями, лікарнями та страховиками, а потім її затверджує уряд. Тарифи Tammed запроваджуються на всі види амбулаторного лікування в лікарнях та медичних установах. Пацієнти стаціонарів перебувають на комунальному фінансуванні (кантони), 50% від усіх цих витрат покривають страховики. Соціалізована медицина зумовлює несприятливий результат: люди, сплачуючи високі страхові внески, намагаються якомога більше споживати, щоб компенсувати свої витрати.

Сінгапурська система передбачає наявність у кожного пацієнта (громадянина держави та інших громадян) індивідуальних медичних рахунків. Експерти вказують, що за рівних умов (тривалість життя у Сінгапурі така сама, як і в Швейцарії (80 років), а рівень смертності дітей ще нижчий) сінгапурська система у чотири рази дешевша (на душу населення) від швейцарської. Оплата медичних послуг у приватних клініках та лікарнях здійснюється за преїскурантом, ціни визначаються на ринкових засадах. Державні лікарні та клініки управляються як неприбуткові приватні організації, незалежні від держави; ціни на їхні послуги регулює держава. Трансакції (оплата медичних послуг) здійснюються між лікарями та пацієнтами, а не між урядом та посередниками в особі страхових компаній, у такий спосіб зменшується реальна собівартість кожної послуги та витрати на її адміністрування. Уряд надає підтримку невеликій кількості населення, що реально потребує захисту, та володіє державними лікарнями, які конкурують з приватними закладами.

Навіть скептично налаштований до приватної медицини Світовий Банк рекомендує країнам запозичувати досвід Сінгапуру у сфері охорони здоров'я з урахуванням різниці у рівні доходу, демографічного стану та поточної системи фінансування охорони здоров'я [3].

На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі немає універсальної моделі організації охорони здоров'я.

Організація систем охорони здоров'я та практика охорони здоров'я населення свідчить, що успішність обраної моделі не залежить безпосередньо від економічного потенціалу країни та характеру суспільного устрою.

Аналіз сучасних систем державного соціального медичного захисту, що є ядром державної соціальної політики у цій сфері в країнах ЄС, вказує, що її основу становлять два базових правових інститути: соціальне медичне страхування та державне соціальне забезпечення. За їхньою допомогою формуються фінансові ресурси, які досягають 30 і більше відсотків ВВП. Частка соціального страхування в більшості країнах ЄС (в Німеччині, Франції, Бельгії, Італії) становить близько 60–70% всіх витрат на цілі соціального захисту. У Скандинавських країнах і Великобританії навпаки державне бюджетне фінансування системи охорони здоров'я є пріоритетним порівняно з медичним страхуванням.

Більшість країн світу сьогодні здійснюють реформи, оскільки немає досконалих систем. У країнах колишнього СРСР, Болгарії, Польщі, Угорщині простежуються тенденції переходу від державної моделі до змішаної (бюджетно-страхової) моделі фінансування охорони здоров'я. В Іспанії відбуваються зворотні тенденції – від змішаної до державної моделі. У Великобританії державна модель доповнюється ринковими елементами, а в Нідерландах і Франції аналогічні процеси відбуваються в межах змішаної моделі.

Висновки. Крім вищенаведених елементів системи охорони здоров'я, що діють у провідних країнах світу, відповідно до ст. 49 Конституції України охорона здоров'я в Україні забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [6, ст. 49].

Вітчизняна система охорони здоров'я забезпечує реалізації права громадян України на охорону здоров'я, яке охоплює: 1) життєвий рівень, у т. ч. їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; 2) безпечне для життя і здоров'я навколишнє середовище; 3) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де людина проживає; 4) безпечні й здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; 5) кваліфіковану медичну допомогу, у т. ч. вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я; 6) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я

населення, у т. я. наявні й можливі фактори ризику та їхній ступінь; 7) участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я; 8) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством; 9) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охорони здоров'я; 10) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я; 11) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; 12) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; 13) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути обмежені загально визнані права людини й громадянина; 14) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду [7, ст. 6].

Впроваджена на сьогодні медична реформа в Україні має запозичену кращу світову практику в частині реалізації та забезпечення прав пацієнтів та надання якісних медичних послуг. Проте лише повноцінна реалізація всіх складових медичної реформи в Україні та її апробація дасть можливість виявити як позитивні, так і слабкі сторони, які будуть потребувати відповідного удосконалення.

Список використаних джерел

1. Скакун О. Ф. Теорія держави і права (енциклопедичний курс) : підручник Харків : Еспада, 2006. 776 с.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я: електронна бібліотека. URL : <http://www.who.int/publications/ru/> [дата звернення: 29.05.2019].
3. Романчук Я. Система здравоохранения – яркий пример провала государства. URL : <http://liberty-belarus.info/Kapitalizm-dlya-lyuboznatelnyh/Sistema-zdravoohraneniya-yarkiy-primer-provala-gosudarstva.html> .
4. Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization) – міжнародна міжурядова організація, спеціалізована установа ООН, заснована 1946р. діє з 1951р. Мета діяльності – створення всіма народами якомога вищого рівня здоров'я (Юридична енциклопедія : в 6 т. / редкол. : Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) та ін. Київ, 1998. Т. 1 : А-Г. С. 527.
5. Демин А. А. Реформи здравоохранения через призму мирового опыта. *Врач*. 1991. № 5. С. 9–12.
6. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. *Верховна Рада України*. Київ, 1996. 114 с.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII (зі змінами). Верховна Рада України. *Голос України*. 1992. № 238. 15 грудня.

References

1. Skakun, O.F. (2006). *Teoriia derzhavy i prava (entsyklopedychnyi kurs) [Theory of State and Law (encyclopedic course)] : textbook*. Kharkiv: Espada [in Ukrainian].
2. *World Health Organization: Electronic Library*. URL: <http://www.who.int/publications/en> [in English].
3. Romanchuk, Ya. *Systema zdravookhraneniya – yarkyi prymer provala hosudarstva [The healthcare system is a vivid example of the failure of the state]*. URL: <http://liberty-belarus.info/Kapitalizm-dlya-lyuboznatelnyh/Sistema-zdravoohraneniya-yarkiy-primer-provala-gosudarstva.html> [in Russian].
4. Shemshuchenko, Yu.S. (Ed.). (1998). *Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia [Legal encyclopedia]: in 6 volumes*. Kyiv [in Ukrainian].
5. Demin, A.A. (1991). Health care reforms through the prism of world experience. *Vrach - Doctor*, 5, 9-12 [in Russian].
6. *Konstytutsiia Ukrainy [Constitution of Ukraine]*. (1996, June 28). Verkhovna Rada Ukrainy. Kyiv [in Ukrainian].
7. *Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia [Fundamentals of Ukrainian legislation on health care]*. (1992, November 19). Zakon Ukrainy №2801-XII (as amended). Verkhovna Rada Ukrainy [in Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції 07.06.2020.