

УДК 342.951:341

В.В. ВОРОБІЙОВ, Інститут права ім.
В. Сташиса Класичного приватного університету

ДОСВІД ПРОВІДНИХ КРАЇН СВІТУ В УПРАВЛІННІ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові слова: охорона здоров'я, органи державного управління, населення, Міністерство охорони здоров'я, нормативно-правове забезпечення, медичне страхування, іноземний досвід, реформа

Питання правового регулювання охорони здоров'я розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо. Так, у 1948 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Загальну Декларацію прав людини, в якій зафіксовано, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї [1, с.20]. У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я.

В умовах сьогодення значної актуальності набувають питання правового забезпечення медичної діяльності. Це пов'язано з низкою причин, основною з яких може вважатись незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я і, як наслідок, невдоволеність значної частини пацієнтів якістю та доступністю медичної допомоги. Не варто при цьому забувати, що згідно Конституції України медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я має надаватись безоплатно. Проте практика свідчить про інше. Видається, що одним із ключових кроків держави у цьому плані має стати реформування системи надання медичної допомоги.

В рамках пошуку шляхів удосконалення проектів, спрямованих на реформування в Україні галузі охорони здоров'я, видається за доцільне дослідити зарубіжний досвід. В якості прикладів країн було обрано Німеччину, Францію, Великобританію, США, Канаду. Дані країни мають високий рівень соціально-економічного розвитку. у них належний рівень організації медичної допомоги.

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.

Причинно-наслідковий зв'язок робіт даних науковців із статтею полягає в тому, що автор намагається систематизувати позитивний досвід провідних країн світу для того щоб в майбутньому була можливість застосувати цей досвід в національному законодавстві України та оминати положення, які є неактуальними для впровадження в Україні. Метою даної статті є здійснення аналізу та систематизації основних адміністративно-правових засад охорони здоров'я у даних країнах. Новизна роботи полягає у проведеному аналізі адміністративно-правових особливостей галузі охорони здоров'я у Німеччині та Франції, Великобританії, США, Канаді. Вказані ключові засади здійснення даного державного управління. Зазначено переваги та недоліки в організації охорони здоров'я, а також пропозиції стосовно використання позитивного досвіду в практиці України

Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно якої на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80 % усіх видатків на охорону здоров'я. І хоча завдяки державному фінансу-

ванню створюються передумови для найповнішого забезпечення населення з різним рівнем доходу медичними послугами, бюджетна медицина є привілеєм багатих країн.

2. Платна (приватна) модель фінансування, створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільшою мірою платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30 % вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30-40 % усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного хреста).

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10-20 % вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дозволяє збільшити обсяг фінансування в 1,5–2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [2, с.278].

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення. З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, надсучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення.

Цікаво, що міністерство, яке опікується у Франції охороною здоров'я, протягом останнього століття 9 разів змінювало свою назву та функції, паралельно займаючись також со-

ціальним забезпеченням та охороною праці. Крім того, протягом усього періоду існування державної політики у галузі охорони здоров'я деякими питаннями, які стосуються медицини, займаються інші міністерства. Наприклад, шкільна гігієна та охорона здоров'я студентів перебуває у юрисдикції міністерства народної освіти, військова медицина підпорядкована міністерству оборони та ін.

Як у більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через так звані «каси», тобто страхові компанії. У кожного працюючого жителя країни відраховується певний відсоток із заробітної плати, щоб у майбутньому можна було заплатити за медичне обслуговування та отримати кошти на закупівлю ліків. Це так зване соціальне страхування. Навіть уже отримуючи пенсію, французи продовжують платити у «каси». Якщо людина захворіє і потребуватиме стаціонарного лікування, перші 33 дні перебування у лікарні оплачуватиме страхова компанія. Далі хворий мусить платити із власної кишені. Однак якщо хворіє довше 60 днів, його переводять у безкоштовну лікарню. Якщо ж цей стан триває три роки, можна отримати інвалідність. У Франції існують лише дві групи інвалідності: перша – коли людина не може обслуговувати себе сама, та друга – усі інші випадки.

Згідно із законодавством, у Франції застраховано понад 80 % населення. Службовці та наймані робітники страхуються всі без винятку. Ті, хто не працює або має вільну професію, мають право на соціальне страхування, якщо їхній річний прибуток не перевищує встановлений максимум.

Застрахований у разі хвороби має право звернутися за бажанням не лише до державної лікарні, а й до приватної або до лікаря, який практикує приватно. Однак страхова «каса» тоді оплатить лише 80 % вартості медичних послуг і стільки ж по рахунках за ліки та госпіталізацію. А це недешево. Так, візит до терапевта коштує близько 20 євро. До вузькоспеціального фахівця – вже 35–40 євро. До того ж приймають здебільшого готівку –

для країни, де всюди розраховуються кредитними картками, це рідкісне явище. Багато лікарів, які працюють у лікарнях та госпіталах, мають також свої приватні кабінети.

У Франції є багато великих науково-дослідних установ, які водночас лікують. Майже всі лікарні належать муніципалітетам міст і підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Заклади для лікування психічно хворих та хворих на туберкульоз належать департаментам чи приватним особам. Диспансери здебільшого засновуються на приватні пожертви, але в дуже великих містах – на муніципальні кошти. При кожній лікарні є клініка для амбулаторних хворих. Офіційно визнані незаможні лікуються у спеціальних безкоштовних поліклініках.

У структурі правової системи Франції закони, що регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, зведені в кодекс законів про громадське здоров'я – «Code de la sante publique». Кодифікація була здійснена відповідно до постанови уряду від 5.10.1953 р. У цьому кодексі зібрані закони та підзаконні нормативні акти, зазначено їх першоджерела, дати прийняття та внесення поправок. Крім того, до кожної статті закону додаються підзаконні нормативні акти, що конкретизують юридичний механізм їх реалізації. Кодекс складається з таких частин:

1. Загальні питання охорони громадського здоров'я.
2. Санітарні та медико-соціальні заходи сприяння сім'ї, дітям та молоді.
3. Боротьба з негативними соціальними явищами та хворобами.
4. Лікарські спеціальності та середній медичний персонал.
5. Фармація.
6. Використання продуктів людського походження з лікувальними цілями.
7. Заклади охорони здоров'я, курорти та санаторії, лабораторії.
8. Установи.
9. Персонал.

Отже, приклад структуризації системи права є досить показовим, гідним наслідуван-

ня. Хоча в кодексі й недостатньо відображені питання економічних механізмів функціонування закладів охорони здоров'я, як державного, так і приватного сектора та є певні недоліки і в структурі цього документа, але в цілому можна відзначити раціональність такого підходу.

Таким чином, можна зробити висновок, що основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я, відповідно до даного закону, зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління.

Реформування правової бази сучасної системи охорони здоров'я Канади почалося з 1940 р., коли законодавчо було встановлено надання низки спеціальних цільових субсидій для програм охорони здоров'я та будівництва лікарень. Механізм субсидій сприяв швидкому розвитку лікарняних закладів по всій країні, закладаючи традиції медичної допомоги в лікарнях, що і на сьогодні є характерним для Канади. Розвиток сучасної канадської системи медичного страхування почався в 1957 р. прийняттям Акта про госпітальне страхування і діагностику, який закріпив федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну медичну допомогу з умовою відповідності провінційних планів медичної допомоги ряду національних вимог. Головними джерелами фінансування медичної допомоги стали федеральний та провінційний уряди, а лікарі зберегли контроль над вирішенням лікувально-клінічних питань та питань, пов'язаних з їхніми приватними практиками.

Наступний крок зроблено в 1968 р., коли було прийнято Акт медичної допомоги. Цей документ встановлював федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну та поза-лікарняну медичну допомогу і створював канадську систему медичного страхування – Медікер. Дана програма, як відомо, фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці в розмірі 1,45 % від заробітної плати. Програма надає послуги лише людям віком понад 65 років, деяким ін-

валідам та людям, що мають постійну ниркову недостатність. Медікер складається з двох частин. Частина I – лікарняне страхування, яке покриває лікарняні послуги, такі як стаціонарні послуги, послуги лікарень, що надають екстрену медичну допомогу, заклади, що надають сертифіковану сестринську допомогу, хоспіси та стаціонари на дому. Частина II – медичне страхування, яке покриває послуги лікарів, амбулаторну допомогу та деякі інші медичні послуги, що не входять до частини I. У частині I особа отримує послуги Медікер безплатно, якщо чоловік (або дружина) пропрацювали принаймні 10 років на роботі, яка покривається програмою Медікер, або вони мають інвалідність. Частина II передбачає сплату страхового внеску розміром 50 доларів на місяць. Ця частина є добровільною [3, с.65].

Такий крок зачепив інтереси лікарів, зумовивши протистояння. Таке рішення було сприйняте як втручання уряду у сферу приватних інтересів. Конфлікт був вирішений лише тоді, коли лікарі погодилися підкоритися Актowi, отримуючи міцну посередницьку владу для їхньої професійної асоціації. Поки провінційні медичні асоціації вели переговори з федеральним урядом про визначення рівня виплат для лікарів за їхні послуги, лікарі зберігали свої права на безпосереднє видання пацієнтам рахунків за послуги, котрі коштують більше, ніж це встановлено провінційним планом медичного забезпечення. Значення цього рішення для канадської системи медичної допомоги полягало в тому, що фінансування медичної допомоги перейшло до державного сектора, при тому, що надання медичних послуг залишилося в приватному. Лікарська практика та лікарні залишилися приватними установами, однак під зростаючим впливом державного регулювання.

Ще один крок, що спричинив значні зміни в канадській системі охорони здоров'я, був зроблений у 1977 р. прийняттям Акта встановлення програм фінансування. Цим Актом зберігалось дотримання провінціями принципів політики в галузі охорони здоров'я, визначеної на федеральному рівні як умови

отримання федерального фінансування, але змінювалася формула розподілу коштів між столицею та провінціями. Замість безпосередньої оплати 50 % витрат провінції на охорону здоров'я, як було раніше, федеральний уряд перейшов на систему блокових субсидій для фінансування витрат на медичну допомогу та вищу освіту. Вирішення розподілу та використання блокових субсидій ввійшло у відання провінцій. Така система була привабливою для федерального уряду, бо вона забезпечувала краще планування та контроль над видатками системи охорони здоров'я. Вона також була прийнятною для провінцій, бо надавала їм більше можливостей та незалежності у розв'язанні проблем системи охорони здоров'я. Були, правда, відмічені і негативні прояви: після прийняття Акта почалося прогресуюче подрібнення національної системи охорони здоров'я на провінційні плани медичної допомоги.

Продовження конфлікту між медичною асоціацією та урядом Канади, незадоволення народу зростаючими видатками на медичну допомогу та можливим зменшенням доступності медичної допомоги призвели до створення в 1979 р. Національної королівської комісії, яка підтвердила фундаментальні принципи Медікеру та піддала критиці збільшення оплати медичних послуг понад рівень, встановлений федеральним урядом.

Результатом цього процесу став закон про охорону здоров'я (1984 р.), який закріпив принципи Медікеру. Для отримання федеральної частки коштів на фінансування системи охорони здоров'я провінції мали дотримуватися низки національних стандартів, що вимагають включення до планів провінцій таких елементів:

1. Всеохоплююче забезпечення всіх необхідних медичних послуг та лікування у лікарнях.

2. Обов'язкове забезпечення медичною допомогою всіх канадських громадян та тих, хто має дозвіл на проживання в Канаді.

3. Державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування.

4. Взаєморозрахунки за страхові послуги, отримані будь-де в Канаді, незалежно від місця постійного проживання пацієнта.

5. Доступність медичної допомоги, незважаючи на фінансове становище пацієнта.

Більше того, цей закон чітко і ясно забороняє прибуткове приватне надання тієї ж самої допомоги, яка вже оплачена провінційною системою медичного страхування. Цим самим Канада відкинула ринковий підхід до надання медичної допомоги, вважаючи, що медична допомога є правом громадянина, а не товаром, який вибирають та купують.

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги з 1948 року, коли вона була запроваджена. Це державна система, що фінансується в основному за рахунок податків. Послуги в межах НСОЗ всім верствам населення надаються безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування. Для деяких груп населення також існує певна співплата за стоматологічну допомогу. Пацієнти можуть вільно вибрати своїх сімейних лікарів (або лікарів загальної практики).

Спочатку система була організована як державна в цілому. Послуги лікарів загальної практики та стаціонарна допомога фінансувалися державою і контролювалися державними органами влади. Однак ця організація була значною мірою змінена в 90-х роках. Основною зміною було те, що покупці послуг і надавачі медичних послуг були розділені, і в межах системи був введений «внутрішній ринок». Ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров'я, які закупають послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Основною метою такої реорганізації було підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і надання можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Але фінансування цієї системи залишилося за державою.

Система оплати лікарям загальної практики є комплексним поєднанням гонорарів та цільових виплат, що визначаються їх контрактами. Основною формою оплати є подушна. Рівень оплати залежить від віку пацієнта. Деякі послуги (наприклад, контрацепція або вакцинація) оплачуються окремою статтею. Крім того, існують заохочувальні платежі. Лікарі загальної практики - фондотримачі, які становлять майже половину всіх лікарів загальної практики, отримують бюджет для надання первинної медико-санітарної допомоги та придбання всіх видів спеціалізованої і високо спеціалізованої допомоги для прикріпленого контингенту пацієнтів. Фондотримачі не можуть збільшити свій дохід, але можуть реінвестувати свої заощадження. Стоматологи, в основному, отримують оплату за послугу [4, с.57].

Оплата аптекарям встановлюється на основі домовленості між центральним урядом та представниками цієї професії [5, с.31].

В результаті реформи 90-х років стало очевидно, що первинна медико-санітарна допомога та лікарі загальної практики, як і раніше, працюють ефективно. Акцент на первинному рівні допомоги завжди вважався сильною стороною системи, тому він був збережений і після проведення реформи. Однак спеціалізована допомога, за деякими оцінками, вважається проблемним сектором, оскільки на неї не вистачає ресурсів. Існують довгі черги на госпіталізацію, що, можливо, є результатом недостатньої координації роботи між лікарями загальної практики і лікарнями, а також між самими лікарнями.

Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування для отримання лікування, оскільки приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування і графік відвідування хворих є більш гнучким [6, с.187].

Приватна форма фінансування охорони здоров'я характерна для США, де оплата ме-

дичних послуг здійснюється головним чином за рахунок населення. Біля 90 % американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внесок більш ніж 10% сімейного доходу. Обсяг медичної допомоги за таких умов залежить від розміру внеску. Більшість американців страхуються своїми роботодавцями або через такі організації, як професійні товариства або об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже декілька десятиліть. Вона підтримується усередині штатів організацією Синього хреста і Синього щита. Ці некомерційні організації зобов'язані застрахувати всіх бажаючих. Але вони також можуть відстрочити виплату за лікування на 2–3 роки. Страхові внески можуть бути дуже високими.

Існують також альтернативні системи страхування. Це приватні комерційні компанії та організації підтримки здоров'я. Вони більш перебірливі у виборі тих, кого страхують, і можуть відмовити у страхуванні особам із захворюваннями, лікування яких потребує значних витрат. Пропонуючи страхування відносно здоровим людям, вони призначають їм значно менші страхові внески, ніж Синій хрест і Синій щит, можуть обмежити вибір лікаря.

Для медичного обслуговування малозабезпечених соціальних груп створені державні програми медичної допомоги для осіб із низьким рівнем доходів і безробітних «Медикейд», і для осіб похилого віку – «Медикер».

У системі «Медикейд» основні витрати складаються на штати і місцеві органи, федеральний уряд відшкодовує їм половину витрат на госпіталізацію та амбулаторну допомогу.

Система «Медикер», створена для пенсіонерів віком старше 65 років, фінансується за рахунок податків на підприємців і на працюючих. За своїми витратами «Медикер» – величезне підприємство [7, с.142].

Стаціонарну допомогу громадяни США одержують в госпіталах, які розділяються на дві групи: федеральні, які підпорядковуються уряду і федеральним відомствам; муніципальні, які підпорядковані місцевій владі штатів, релігійним організаціям, власникам і ін.

Висока вартість госпітальної медичної допомоги вимушує скорочувати терміни лікування. В середньому один хворий перебуває в стаціонарі близько 9 днів. Плану «ліжкодень» в США не існує.

Догоспітальну медичну допомогу населенню США майже повністю надають лікарі приватної практики. Приватною практикою охоплено близько 65–70 % всіх лікарів. За різними оцінками, від 10 до 15 % американців не мають ніякого медичного страхування.

До недоліків американської приватної системи медичного страхування варто віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров'я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, що працюють на малих підприємствах і членів їх сімей.

Іншою проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, яке призводить до того, що невеликі фірми вже не завжди можуть страхувати своїх працівників.

Фінансова ситуація в США є такою, що при зростанні загальних витрат на охорону здоров'я реальний обсяг медичного обслуговування в цілому скорочується. Досвід США свідчить, що запроваджувати комерційне страхування у соціальній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я [7, с.21].

Організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, в рамках якої відбувається надання медичних послуг, в той час як основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель, федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, якому підпорядковані органи наукової експертизи. На місцевому рівні існують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп

населення (моряків, фермерів, шахтарів та інших) [8, с.82].

Система обов'язкового медичного страхування охоплює близько 88 % населення. Працівники, що мають річний дохід нижче певного встановленого рівня, повинні обов'язково бути учасниками системи. Ті, чий дохід перевищує встановлений поріг, можуть добровільно бути членами системи обов'язкового страхування або застрахуватись в одній із 45 приватних страхових компаній. Безробітні повністю застраховані державою, а державні службовці застраховані через свого роботодавця. Непрацюючі члени сім'ї є застрахованими через того члена сім'ї, який працює.

Тарифи на послуги встановлюються в процесі переговорів, що проходять між основними учасниками системи надання послуг.

Лікарні, як приватні, так і державні, що входять до схем, прийнятих землями, фінансуються подвійним чином: передбачається покриття капітальних витрат урядом землі, а оперативних витрат – лікарняними касами. Оперативні витрати в рамках обов'язкового медичного страхування фінансуються на основі комплексних розрахунків, які включають оплату за окремі випадки захворювань (клініко-статистичні групи), оплату за процедури та добові витрати відділення. Лікарняні послуги для приватно застрахованих покриваються відповідно до окремих тарифів [9, с.207].

Амбулаторна допомога фінансується методом оплати окремих послуг, тарифи на які в балах встановлюються під час складного процесу переговорів між представниками лікарняних кас та асоціаціями лікарів і стоматологів. Для надання послуг членам лікарняних кас лікарі повинні вступити у відповідні асоціації. Існує федеральний тарифний план - єдиний Стандарт Оцінки, фактична грошова вартість послуг визначається на регіональному рівні і залежить від загальної кількості набраних лікарями балів. Пацієнти безпосередньо не платять за амбулаторну допомогу.

У Німеччині встановлені єдині ціни на ліки. Вартість більшості препаратів відшкодовується на основі системи реферативних цін.

Лікар має право виписати хворому більш дорогий продукт, але пацієнт повинен буде заплатити різницю між фактичною ціною ліків і реферативною ціною. Незважаючи на поступове зростання цін, рівень співоплати за ліки є одним із найнижчих у ЄС [10, с.31].

ЛІТЕРАТУРА

1. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб. : Специальная литература, 1997. – 960 с.
2. Длугопольський О. В. Теорія економіки державного сектора : навчальний посібник / О. В. Длугопольський. – Тернопіль : Економічна думка, 2007. – 488 с.
3. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України / Е Ковжарова. // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні : матеріали наук.-практ. семінару (11-12 берез. 2002 р.) / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К. : Вид-во УАДУ, 2002.–С. 64–67.
4. Фильев В. И. Социальное страхование в России и зарубежных стран : практическое пособие / В. И. Фильев. – М. : Бизнес-школа-Интел-Синтез, 1997. – 176 с.
5. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О. Є. Губар // Фінанси України. – 2003. – № 7. – С.130–136
6. Стеценко С. Г. Адміністративне право України : навчальний посібник / С. Г. Стеценко. – К. : Атіка, 2007. – 624 с.
7. Черненко В. Г. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / В. Черненко, В. Рудий. – К. : Академпрес, 2002. – 112с.
8. Щербенко О. В. Организация и финансирование здравоохранения в США / О. В. Щербенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 2. – С. 81–84.
9. Новіков Н. Організаційно-економічний механізм медичного страхування у ФРН / Новіков Н., Надточій Б. // Економіка України. – 1993. – № 10. – С. 80–84.

10. Салтман Р., Фигейрос Д. Реформы систем здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Салтман ; пер. с англ. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 423 с.

Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Форум права. – 2011. – № 2. – С. 139–146 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf>

Виконано аналіз зарубіжного досвіду законотворчого процесу в галузі охорони здоров'я багатьох країнах світу. Встановлено, що спільною рисою всіх нормативно-правових актів, які регулювали соціальне страхування при втраті працездатності, є практичне втіленням панівних (у відповідний час) поглядів на проблему охорони громадського здоров'я. Зроблено висновок, що механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я можна успішно удосконалювати, як в рамках бюджетного фінансування, так і в рамках соціального медичного страхування.

Воробьев В.В. Опыт ведущих стран мира в управлении сферой здравоохранения

Выполнен анализ зарубежного опыта законотворческого процесса в области здравоохранения многих странах мира. Установлено, что общей чертой всех нормативно-правовых актов, регулирующих социальное страхование при потере трудоспособности, является практическое воплощением господствующих (в соответствующее время) взглядов на проблему общественного здравоохранения. Сделан вывод, что механизм финансового обеспечения здравоохранения можно успешно совершенствовать, как в рамках бюджетного финансирования, так и в рамках социального медицинского страхования.

Vorobiov V.V. The Experience in Leading Countries in the Management of Health Sector

The international experience of the legislative process in health worldwide analyzes. It is established that a common feature of all regulatory legal acts regulating social insurance at disability, is practical an embodiment dominating (during corresponding time) sights at a problem of public health services. The conclusion is drawn that the mechanism of financial maintenance of public health services can be improved successfully, both within the limits of budgetary financing, and within the limits of social medical insurance.

Форум права