

3. Катасонов В. Ю. Экономика Сталина / В. Ю. Катасонов. – М. : Ин-т рус. цивилизации, 2014. – 416 с.
4. Матусова О. М. Особливості антикризової політики Китаю в умовах світової фінансової кризи / О. М. Матусова. – Режим доступу : <http://www.kyumu.edu.ua/vmv/v/p05/ar222234.pdf>.
5. ОВДП, які знаходяться в обігу, за сумою основного боргу. – Режим доступу : http://www.bank.gov.ua/control/uk/publish/category?cat_id=12057279.
6. Особенности денежно-кредитной политики Японии. – Режим доступу : <http://student.zoomru.ru/dcb/osobennosti-denezhnokreditnoj-politiki-yaпонии/287668.3406646.s2.html>.
7. Платіжний баланс та інші статистичні матеріали за методологією 5-го видання “Керівництва з платіжного балансу” (МВФ, 1993). – Режим доступу : http://www.bank.gov.ua/control/uk/publish/category?cat_id=44464.
8. Про Національний банк України : Закон України № 679-XIV від 20 трав. 1999 р. (зі змінами). – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/679-14>.
9. Рівень безробіття: два показники – два поняття. – Режим доступу : http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?showHidden=1&art_id=230309&cat_id=173564&ctime=1333367142883.
10. Работа і економіка : [щомісячне видання Об’єднання австрійських профспілок] / [пер. з англ. М. Кардач]. – 1983. – Березень. – Режим доступу : http://mail.aratta.com.ua/text_ua.php?id=1707.
11. Шарапов С. Ф. Избранное / С. Ф. Шарапов ; [сост., автор вступ. ст., коммент. А. В. Репников]. – М. : РОССПЭН, 2010. – 744 с.

Zyuz D. V. Absolute Money in Terms of Ukraine.

The nature of absolute money is considered, the historical experience of its use is analyzed and activities designed to build Ukraine economic system based on the use of absolute money are worked out .

Key words: central bank, usury, imaginary capital, real capital, absolute money, free money.

Надійшла до редколегії 20.05.2015 р.

УДК: 351.77:32

М. В. Литвиненко,

*аспірант кафедри соціальної і гуманітарної політики ХарPI НАДУ,
м. Харків*

ПРИНЦИПИ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Досліджуються основні засади систем охорони здоров'я провідних країн світу для визначення принципів організації ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: система охорони здоров'я, моделі системи охорони здоров'я, управління медичною сферою, державна політика у сфері охорони здоров'я, принципи організації системи охорони здоров'я.

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.

Проблемам державної політики в медичній сфері присвятили увагу багато українських вчених. Зокрема, дослідженням управління охороною громадського здоров'я, механізмів державного управління, реформуванням цієї галузі займалися

Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку

Н. Авраменко, М. Білинська, О. Вашев, Т. Грузєва, Л. Жаліло, Д. Карамішев, Н. Кризіна, О. Мартинюк, І. Рожкова, І. Солоненко, Н. Солоненко, Я. Радиш, Н. Ярош та ін. Незважаючи на велику увагу науковців не втрачає актуальності питання визначення основних принципів організації національної системи охорони здоров'я в Україні.

Метою цієї статті є визначення принципів організації національної системи охорони здоров'я на основі аналізу успішних соціальних практик у медичній сфері провідних країн світу.

Джерелом для визначення принципів, необхідних для створення ефективної системи охорони здоров'я може стати досвід розвинених країн світу. У світовій практиці охорони громадського здоров'я та медичного забезпечення на сьогодні існують чотири основні моделі системи охорони здоров'я. Це модель переваги споживачів (приватна система охорони здоров'я), модель Бісмарка (соціально орієнтована система охорони здоров'я), модель Беверіджа (державна система охорони здоров'я) та модель Семашка. Кожна зі згаданих моделей має свої переваги й недоліки.

Модель переваги споживачів характеризується значними ризиками. Усі суб'єкти цієї моделі (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних послуг) взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча і забезпечується через роботодавців шляхом добровільних внесків. Страхування здоров'я тієї частини населення, яку не застраховано за місцем роботи, забезпечується урядом. До переваг цієї моделі слід віднести наявність стимулів для розвитку професіоналізму медичних працівників, забезпечення високої якості медичної допомоги, мобільність ресурсів та інтенсивний розвиток нових медичних технологій. Суттєвими недоліками моделі є, передусім, величезні соціально-економічні втрати (більше 30 мільйонів американців не мають адекватного медичного страхування) і значне зростання суспільних витрат на охорону здоров'я.

Модель Бісмарка базується переважно на обов'язковому соціальному страхуванні відповідно до визначеного рівня доходу; система охорони здоров'я фінансується через цільові внески роботодавців і працівників, а також через бюджетні субсидії із загальних або цільових надходжень. Ця модель характерна для таких країн, як Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія, Японія тощо. Одним із головних принципів медичного страхування є соціальна солідарність та субсидіарність, а ризики окремих груп населення розподіляються на все населення. У соціальному страхуванні зазвичай практикується детальний перелік видів послуг, що компенсуються, а розміри внесків встановлюються на доступному для населення рівні. Перевагою цієї моделі є незалежність страхових фондів. Управління останніми відбувається через державні чи приватні страхові компанії, діяльність яких суворо регламентовано. Недоліками такої системи є проблеми зі стримуванням витрат, ризики зростання вартості медичних послуг, високий рівень адміністративних витрат.

У моделі Беверіджа (системи охорони здоров'я Скандинавських країн, Ірландії та Великої Британії, країн Південної Європи – Греції, Португалії та Іспанії) фінансування здійснюється переважно за рахунок державного бюджету, внески збираються через загальну податкову систему на центральному, регіональному чи місцевому рівнях. Рішення щодо загального обсягу фінансування приймається у процесі планування витрат державного бюджету в цілому. Усіх громадян охоплено страхуванням, що забезпечує отримання уніфікованого обсягу медичних послуг. Відповідальними за розподіл бюджету між надавачами медичних послуг є переважно регіональні органи охорони здоров'я. У цій моделі головна роль у забезпеченні фондами належить

державному сектору. Модель Беверіджа може бути дуже ефективною в обмеженні загальних витрат і в разі належного управління нею мати менші адміністративні витрати, ніж страхова система. Найсуттєвішим недоліком цієї системи є бюрократичність адміністрування, значна залежність від структури та обсягу коштів державного бюджету. Така система характеризується відсутністю зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості медичної допомоги і задоволення потреб споживачів.

Система охорони здоров'я, побудована за моделлю Семашка, фінансується виключно з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється державою через систему централізованого планування, ефективно працює лише за умови достатності коштів у державі та характеризується відсутністю приватного сектора. Ці системи охорони здоров'я зазвичай розподіляють ресурси загального бюджету, спираючись на прогнози щодо потреб населення. Такий спосіб часто призводить до неефективного використання ресурсів, що спричиняє дефіцит у багатьох напрямках цієї галузі. Систему Семашка дуже важко змінити або модернізувати. Недоліками цієї моделі є бюрократичні та адміністративно-командні методи управління охороною здоров'я, відсутність економічних важелів управління. На сьогодні країни цієї моделі охорони здоров'я в більшості перебувають на різних етапах переходу до системи соціального страхування чи до комбінованої системи.

Національні системи охорони здоров'я базуються на поєднанні різних джерел формування сукупного бюджету, але в кожній країні переважає якийсь один механізм фінансування [4]. Залежно від цього національну систему зараховують до певної моделі.

Як показує міжнародний досвід, реформа системи охорони здоров'я є непростим процесом, оскільки стосується всіх громадян, до її реалізації причетні багато інституцій, що часто мають суперечливі інтереси. Реформа охорони здоров'я вимагає аналізу наявної системи та чіткого бачення нової концепції з урахуванням реальних економічних, культурних та політичних особливостей України. Потрібно також врахувати світовий досвід, у першу чергу досвід країн, досягнення яких визнані світовою спільнотою (США, Франція, Італія, ФРН, Фінляндія, Австрія та ін.), а також тих держав, які нещодавно пройшли шлях такого реформування (Польща, Естонія, Чехія та ін.).

Характерним представником моделі переваги споживачів є США. Логіка американської системи охорони здоров'я заснована на тому, що конкуренція сприяє найдешевшому обслуговуванню, оскільки дозволяє споживачам робити вибір. Заможні громадяни та особи, чії потреби повністю задовольняє медичний страховий поліс, мало зацікавлені в тому, щоб шукати собі дешевше обслуговування. А особи з обмеженими фінансовими можливостями мають і обмежений доступ до медичних послуг. У результаті утворюється система охорони здоров'я, яка надто дорого коштує і має серйозні прогалини в обслуговуванні потреб усього населення.

США витрачають на охорону здоров'я набагато більше від інших країн – як у перерахунку на частку ВВП, так і на душу населення (майже 16 % ВВП) [12]. Утім, великі витрати на охорону здоров'я не завжди слід вважати негативним явищем. Витрати на медичні послуги мають позитивну кореляцію з рівнем доходів населення.

Однак через характер розподілу цих витрат вони все важчим тягарем лягають на плечі споживачів і корпорацій. Внески на медичне страхування зростають швидше, ніж середня зарплата. Щобільше, державні програми охорони здоров'я породжують гігантську заборгованість, що перекладається на плечі майбутніх поколінь [7].

Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку

За результатами дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2000 р. система медичної допомоги населенню США посіла 37-ме місце у світі [16]. На думку ВООЗ, американські пацієнти оплачують занадто велику частку цих послуг зі своєї кишені. Критики американської системи охорони здоров'я вказують, що в багатьох державах витрати на охорону здоров'я набагато менші, ніж у США, а ефективність медичних послуг – вища.

Водночас, ВООЗ вважає США лідером за такими параметрами, як задоволення потреб пацієнтів щодо вибору лікаря або медичного закладу, ставлення до пацієнтів, збереження самостійності, своєчасності надання допомоги та конфіденційності. За результативністю заходів з охорони здоров'я щодо конкретних захворювань США випереджають усі інші країни. За багатьма напрямками саме США є світовим лідером інновацій та досліджень у галузі охорони здоров'я (18 із 25 останніх лауреатів Нобелівської премії з медицини – американські громадяни або працюють у США) [11]. Половина всіх нових препаратів, розроблених в останні роки, припадає на фармацевтичні компанії США [13]. Передові медичні технології в США використовуються набагато ширше, ніж в усіх інших країнах світу.

Отже, система охорони здоров'я США відрізняється високою вартістю як для працевдавців, так і для громадян, що ускладнює забезпечення медичними послугами всього населення. Але ця система є світовим лідером із багатьох позицій: якість надання медичних послуг, кваліфікація медичного персоналу, лікування конкретних захворювань, проведення фундаментальних досліджень у медичній галузі, використання новітніх технологій тощо. Тож, організація системи охорони здоров'я на засадах високої конкуренції та орієнтації на потреби споживача стимулює високий рівень медичного обслуговування і професіоналізму медиків. Саме ці принципи можуть бути використані для формування в Україні ефективної системи охорони здоров'я.

Великобританія – країна з системою охорони здоров'я, побудованою за моделлю Беверіджа. Ця держава є одним із лідерів майже за всіма показниками (якість послуг, включаючи дієвість, безпечність, координацію, організацію допомоги, доступність, продуктивність системи загалом та забезпечення рівності в доступі до послуг). Саме тут вдалося налагодити роботу медичної галузі без посередників (страхових компаній), унаслідок чого її вважають найпродуктивнішою у світі [9; 15].

Система охорони здоров'я у Великобританії фінансується з коштів платників податків і вважається безкоштовною для всіх. Поліси медичного страхування відсутні, і будь-яка людина, яка легально працює в Британії, може скористатися послугами системи охорони здоров'я. NHS (National Health Service) – це загальна назва трьох систем охорони здоров'я: Англії, Шотландії та Уельсу. Усі системи фінансуються через податки.

Природно, доступність і продуктивність охорони здоров'я спричиняє зростання навантаження на систему і потребу в раціональній організації медичної сфери. З метою розв'язання цієї проблеми і ефективного використання висококваліфікованих спеціалістів було введено посаду GP (general practitioner), аналогом якої може бути лікар загальної практики або сімейний лікар. Це перша медична інстанція, до якої звертається хворий за місцем проживання. Саме в цих спеціалістів зберігається медична історія кожного пацієнта, і саме вони видають направлення до інших лікарів. Але на прийом до GP потрібно записуватися заздалегідь. Виписування рецепту на ліки потребує оплати, а власне медикаменти за рецептом лікаря безкоштовні. Одночасно існують центри, що приймають пацієнтів без попереднього запису, і пункти з надання екстреної допомоги.

Перевагами такого підходу є індивідуальне ставлення, контроль навантаження на лікарів, можливість відкриття маленьких практик, зручне розміщення. Серед недоліків системи охорони здоров'я Великобританії є необхідність очікування планових операцій або обстеження. Але NHS робить дуже складні операції абсолютно безкоштовно і якісно.

Отже, Великобританія – країна з однією з найпродуктивніших на сьогодні систем охорони здоров'я у світі. Для формування 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.

Модель Бісмарка характерна для таких країн, як Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерландий, Швейцарія та ін. Проводячи аналіз національних систем медичного обслуговування світу, ВООЗ визнала найкращою французьку систему. Важливою рисою системи охорони здоров'я Франції є її централізований характер. Діяльність у медичній галузі контролює міністерство праці та соціального забезпечення. Одним із джерел фінансування лікувально-профілактичних закладів є кошти обов'язкового медичного страхування, що надаються єдиною страховою організацією країни – Національною лікарняною касою [2].

Друге місце після Франції посідає Італія, систему охорони здоров'я якої можна поділити на три рівні: національний, регіональний та місцевий. Фінансування галузі здійснюється частково за рахунок держави, частково – пацієнтів. Також у країні страхові компанії надають послуги добровільного медичного страхування [3; 15].

Характерною рисою системи охорони здоров'я Німеччини є незалежність від державного бюджету внаслідок того, що система медичного страхування самостійно забезпечує усі фінансові потреби галузі. Кожний громадянин країни повинен бути застрахований на умовах обов'язкового медичного або добровільного страхування [2].

У структурі управління охороною здоров'я Норвегії виділяють три рівні: національний, регіональний та місцевий. Фінансування галузі здійснюється, здебільшого, за рахунок бюджетних надходжень держави, що складають близько 85 % [8]. Органи центральної влади розробляють політику зазначеної галузі, відповідальними за надання медичних послуг є регіональні управління, а на місцевому рівні здійснюється фінансування медичної допомоги населенню [6].

До децентралізованих належить і система охорони здоров'я Польщі. Унаслідок адміністративної реформи державним лікарням було надано самостійність. Фінансування медичної допомоги здійснюється за рахунок регіональних державних страхових фондів. Основними типами медичних закладів у країні є публічні (колишні державні) та приватні.

Система охорони здоров'я Естонії характеризується децентралізованим управлінням та фінансуванням через соціальне медичне страхування, але у 1990 р. було проведено часткову централізацію з переходом загального планування під контроль міністерства соціального забезпечення, чим було обмежено функції округів [3].

Наведені матеріали дають змогу побачити, по-перше, що у переважній більшості країн ЄС система охорони здоров'я має децентралізований характер, по-друге – в усіх без винятку країнах у тому чи іншому вигляді застосовується медичне страхування на випадок хвороби чи інвалідності. Необхідно підкреслити, що для визначення рівня проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у країнах ЄС регулярно проводяться опитування та формуються загальнодержавні звіти щодо стану здоров'я, фізичного здоров'я, психологічного здоров'я, вживання шкідливих речовин, харчування тощо [5].

Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку

Тож, аналіз організації систем охорони здоров'я в країнах ЄС показав, що шлях до формування в Україні ефективної моделі охорони здоров'я полягає у створенні й розвитку соціального страхування, налагодженні взаємодії держави, приватного сектора й самих громадян. Необхідно також підкреслити, що дуже великі повноваження у сфері охорони здоров'я згаданих країн належать місцевій владі й органам місцевого самоврядування, а за державою залишається питання загального планування, а також фінансового і правового контролю.

Країни, системи охорони здоров'я яких було сформовано за моделлю Семашка, перебувають нині на різних етапах реформування медичної сфери на страхових або комбінованих засадах. Це країни СНД, а також Східної Європи. Систему страхової медицини з числа пострадянських країн запровадили Молдова, Естонія, Грузія, Киргизстан, Литва, Російська Федерація. Найбільш успішними визнано реформи в Молдові та Естонії.

Досвід реформування систем охорони здоров'я саме тих країн, які перебували в майже однакових стартових умовах з Україною, заслуговує на докладне вивчення. Однією з таких країн, якій вдалося реформування системи охорони здоров'я, стала Грузія.

Уряд Грузії в листопаді 2009 р. ухвалив низку законодавчих змін, що усували торговельні бар'єри, стимулювали конкуренцію й розширювали можливості для імпорту ліків. Процеси реформування в грузинській системі охорони здоров'я спиралися на три основних блоки: перший стосувався діяльності лікарень, другий – участі держави в забезпеченні лікування пацієнтів, третій – зміни у фармацевтичному секторі [4].

Реформа в Грузії пішла шляхом співпраці державного та приватного секторів, не маючи на меті одержання вигоди від приватизації лікарень і поліклінік. Інвестори переобладнували їх у Тбілісі та регіональних центрах, для того щоб створити таку кількість ліжко-місць, якої вимагали умови тендерів. Після цього лікарні переходили у власність інвесторів із зобов'язанням надавати певний набір медичних послуг щонайменше протягом семи років. Вони могли використовувати будь-яку ще незадіяну нерухомість чи устаткування старих лікарень і поліклінік для своїх комерційних цілей. Передача галузі охорони здоров'я до приватного сектора дозволила збільшити конкуренцію, розширити вибір для пацієнтів і, відповідно, привела до надання медичних послуг високої якості.

Система медичного страхування передбачала придбання та наявність страхових ваучерів, що покривали вартість базового набору медичних послуг у приватній страховій компанії. Особа отримала можливість придбати страховий поліс або лишитися без медичної страховки. Через державну програму це дало змогу забезпечити медичним страхуванням соціально незахищені верстви населення Грузії. Загальна частка громадян Грузії, яких було застраховано за кошти держбюджету, склала 50 % (пенсіонери, студенти вищих навчальних закладів, діти віком до шести років, громадяни до 18 років з обмеженими фізичними можливостями та ін.) [4].

Нова фармацевтична політика мала такі завдання: по-перше, спростити допуск ліків, які дозволено продавати в інших розвинених країнах, зокрема в ЄС; по-друге, спростити процес імпортування лікарських засобів; по-третє, дерегулювати роздрібну ланку, що дозволить спростити процедуру відкриття аптек та реалізацію препаратів і виробів медичного призначення в інших закладах торговельної мережі країни. Було спрощено процедуру відкриття аптек, безрецептурні медикаменти дозволено реалізовувати не тільки в аптеках, а й у інших спеціально відведених місцях.

Реєстраційні процедури було спрощено через запровадження автоматичної реєстрації препаратів та виробів медичного призначення, визнаних Європейським медичним агентством, Управлінням з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США та іншими регуляторами обігу препаратів.

На сьогодні в Грузії понад 80 % медичних установ недержавної форми власності, які фінансуються й керуються приватними компаніями. Саме участь страхових компаній у системі охорони здоров'я змінила ситуацію в такий спосіб, що продуктом такої системи став не процес лікування пацієнта, а саме піклування про здоров'я кожного громадянина. Було скасовано всі сфери корупційного ризику, зокрема державні закупівлі. У результаті таких змін власності вартість медикаментів для лікування пацієнтів, що закупаються безпосередньо лікарнями, знизилася в 3 рази.

За оцінками грузинських медичних експертів, завдяки реформі вартість медичних послуг знизилася на 40 %, а частка неформальних платежів у видатках країни на охорону здоров'я знизилася з 40 до менш ніж 5 %. Такий показник, як коефіцієнт дитячої смертності, значно знизився, а очікувана тривалість життя збільшилася з 71 до 74,5 року. Зазначимо, що у 2011 р., за даними ВООЗ, очікувана тривалість життя грузинського населення випередила рівень країн СНД і наблизилася до європейського показника [4].

Ще однією країною, яка достатньо вдало реформувала медичну сферу, є Молдова. У 2003 р. урядом цієї країни була створена Національна медична страхова компанія та обраний шлях формування страхової медицини на основі солідарного фінансування (модель Бісмарка). Згідно з цією моделлю державну медичну страховку сплачують у рівних частках працівник та роботодавець. Водночас, визначено 15 категорій людей, страховку за яких повністю оплачує держава (діти, пенсіонери, інваліди, багатодітні сім'ї), певні категорії лікуються виключно державним коштом, що передбачено ухваленими державними програмами.

Медичні заклади працюють у режимі повної автономії, а не через держказначейство. Щороку Національна страхова компанія, МОЗ та профспілки підписують меморандум, у якому чітко визначено розподіл коштів у страховій компанії. Окрім того, роботу компанії контролює Адміністративна рада, до якої входять представники президента, парламенту, мінфіну, МОЗ, профспілок, об'єднань роботодавців та пацієнтів. страхова компанія підзвітна уряду і парламенту, а також підконтрольна рахунковій палаті. Лише за один рік упровадження державної страхової медицини фінансування галузі в Молдові збільшилося на 20 %.

Досвід проведення медичних реформ у Молдові та Грузії однозначно свідчить про їхню ефективність, а відтак, надає можливість Україні врахувати як зроблені вдалі кроки, так і помилки.

Зрозуміло, що кожна модель реформ має свої особливості та недоліки, у кожній країні своя специфіка та відмінності. Але що точно є спільним для всіх, хто здійснив успішні реформи, – це політична воля, сміливість, команда однодумців та націленість на результат.

Отже, ретельне вивчення ситуації показує, що системи охорони здоров'я майже в усіх країнах світу стикаються з проблемами зростання витрат, недоступності медичної допомоги для частини населення, нормування послуг, дефіциту сучасних медичних технологій і низької ефективності. Тобто універсальної моделі організації охорони здоров'я, придатної для всіх, не існує. Рівень централізації, регулювання, розподілу витрат між усіма громадянами, а також роль приватного страхування у сфері медичних послуг у різних країнах сильно варіюють.

Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку

Країни, державним системам охорони здоров'я яких вдається уникнути серйозних проблем такого роду, домагаються успіху саме тому, що зменшують державний контроль і розширюють сферу дії ринкових механізмів. Саме відхід від централізованого державного контролю та переведення охорони здоров'я на ринкову основу слід визнати переважною загальносвітовою тенденцією.

Необхідно також зазначити, що наявність медичного страхування не є рівнозначною загальному доступу до послуг охорони здоров'я. На практиці в багатьох країнах страхування охоплено майже все населення країни, але медичні послуги в її рамках обмежуються або людям доводиться довго чекати черги на лікування.

Отже, на основі проведеного аналізу ефективних практик функціонування систем охорони здоров'я провідних країн світу, а також країн, які на сьогодні перебувають на різних етапах реформування медичної сфери, можна визначити засади, принципи, використання яких має важливе значення для формування національної системи охорони здоров'я в Україні. Враховуючи результати аналізу, підґрунтям ефективної системи охорони здоров'я повинні бути: взаємодія держави, приватного сектора й самих громадян; розподіл повноважень у сфері охорони здоров'я між державою і органами місцевого самоврядування; організація системи охорони здоров'я на засадах високої конкуренції та орієнтації на потреби споживача; доступність медичної послуги, зручність її отримання й ефективне використання наявних ресурсів; створення й розвиток системи медичного страхування.

Література:

1. Лукьянчук Е. Медицинское страхование в ЕС, или На вкус и цвет товарищей нет? / Е. Лукьянчук // Еженедельник АПТЕКА. – 2012. – № 2.
2. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2004. – № 5 (41). – С. 67–78.
3. Нонко В. Иноземный досвід медичного страхування / В. Нонко // Главный врач. – 2002. – № 4. – С. 42–44.
4. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. — К. : НВП “Інтерсервіс”, 2014. – 52 с.
5. Салтман Р. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : [пер. с англ.] / Р. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2000. – 432 с.
6. Фірсова О. 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.
7. Jagadeesh Gokhale, “Medicaid’s Soaring Costs: Time to Step on the Brakes”, Cato Institute Policy Analysis no. 597, July 19, 2007.
8. Johnsen J., Roth J. Health System in Transition: Norway. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on health of the European Observatory on Health system and Policies. – Vol. 8. – 2006. – № 1. – 187 p.
9. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. – Режим доступу : <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.
10. Nicholas Eberstadt, The Tyranny of Numbers: Measurements and Misrule. Washington : AEI Press, 1995, p. 50.
11. Nobel Prize in Physiology or Medicine Winners 2007-1901, The Nobel Prize Internet Archive. – <http://almaz.com/nobel/medicine/medicine.html>.
12. Organization for Economic Cooperation and Development, “OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries” (Paris: OECD, 2007).
13. Pharmaceutical Research and Manufacturing of America, “R&D Spending by US Biopharmaceutical Companies Reaches a Record \$ 55,2 Billion in 2006”, February 12, 2007.

14. Robert J. Blendon et al., “Physicians’ Perspectives on Caring for Patients in the United States, Canada, and West Germany”, *New England Journal of Medicine* 328, no. 14 (1993): 1011-16.
15. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // *Policy Analysis*. № 613 (March 18, 2008).
16. *The World Health Report 2000*. Geneva : WHO, 2000.

Lytvynenko M. V. Principles of national health care system in Ukraine.

The basis of health care systems of advanced countries of the world has been studied in order to define the main principles of establishing an effective health care system in Ukraine.

Key words: health care system, models of health care systems, administration of medical sphere, state health care policy, organizational principles of health care system.

Надійшла до редколегії 26.05.2015 р.

УДК 351.84

І. М. Лопатченко,

*аспірант кафедри соціальної та гуманітарної політики ХарPI НАДУ,
м. Харків*

МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ СИРІТ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Зроблено аналіз моделей профілактики та соціалізації соціальних сиріт. Виділено ознаки соціально-екологічної, ресурсної моделей та авторського підходу оптимізації організаційно-правового та соціально-психологічного механізмів.

Ключові слова: діти-сироти, сирітство, соціальне сирітство, соціальна політика, моделі профілактики.

Духовна, економічна, політична, соціальна криза, що спіткала Україну, призвела до збільшення кількості сімей з тим чи іншим рівнем соціальної, психологічної або структурної дезорганізації. В умовах нестабільності в соціально-економічному та політичному житті країни продовжує зростати кількість дітей, які потрапили в особливо важкі умови. Серед них сироти, соціально дезадаптовані діти та юні злочинці, діти-інваліди, діти-біженці й вимушені переселенці, діти, які проживають у несприятливих екологічних умовах.

Криза сучасної сім'ї є додатковим негативним фактором, що відбивається на стані дитинства в цілому в країні, особливо ж – дітей груп ризику, наприклад соціальних сиріт. Соціальне сирітство – складна соціальна проблема, що не має часткового розв'язання й може бути вирішена тільки за участі всього суспільства. Тому є актуальним розроблення комплексних підходів та моделей профілактики та соціалізації соціальних сиріт у сучасному українському суспільстві.

Система профілактики та соціалізації дітей-сиріт у контексті сучасної соціальної політики Української держави створюється завдяки результатам робіт зарубіжних та українських дослідників, які вивчали різні характеристики становища дітей у суспільстві. Це праці Г. Бобришевої, Л. Волинець, М. Лукашевич, О. Гетта, Ж. Захарової, Н. Комарової, О. Коваленко, І. Пеші, О. Сіротченко, Л. Сидорової,