

УДК 351.773

О. В. Худошина,
аспірант кафедри соціальної і гуманітарної політики,
Національна академія державного управління при Президентові України

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КОНТЕКСТІ ПРОПОЗИЦІЙ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ В УКРАЇНІ

О. Hudoshyna,
PhD student at the Dept. of Social and Humanitarian Policy,
National Academy of Public Administration under the President of Ukraine

FOREIGN TRENDS OF STATE REGULATION IN THE LICENSING OF PROFESSIONAL ACTIVITIES OF HEALTHCARE PRACTITIONERS WITHIN SUGGESTED REFORMATION OF UKRAINIAN HEALTHCARE SYSTEM

У статті визначено основні напрями та пріоритети розвитку медичного сектору України, які обумовлені реальними політичними і соціально-економічними процесами, демократизацією суспільства, інтеграцією України до ЄС та світового співтовариства, глобалізацією в економіці та незадовільним станом галузі охорони здоров'я в Україні. На основі аналізу медичних систем різних країн світу та виділення їхніх основних позитивних та негативних ознак, автором було сформульовано пропозиції та шляхи реформування державного ліцензування професійної медичної діяльності в Україні.

Метою статті є науково-теоретичне визначення змісту суспільних відносин у сфері ліцензування діяльності медичної практики, державно-правового забезпечення стимулювання розвитку охорони здоров'я, виявлення проблем у цій галузі та розробка теоретичних засад державно-правового впливу на відносини у сфері ліцензування професійної діяльності медиків, формулювання конкретних пропозицій для реформування державного регулювання ліцензування медичної галузі в Україні.

The article defines the principle areas and priorities in the development of Ukrainian healthcare sector within the actual political and social-economical processes, social democratization, integration of Ukraine to the EU and the global community, globalization in economics, and poor condition of healthcare in Ukraine. The author analyzed healthcare systems in different countries, distinguished their major benefits and shortcomings, and made suggestions to reform state licensing of professional healthcare activities in Ukraine.

The purpose of this article is to provide scientific and theoretical definition of the social relations content in licensing of healthcare activities, state and legal promotion of healthcare development, identify the issues specific for this area, develop theoretical basis of state and legal control in licensing of healthcare practitioners' professional activities, and to make specific suggestions to reform state regulation of licensing in healthcare of Ukraine.

Ключові слова: зарубіжний досвід, державне регулювання охорони здоров'я, ліцензування, медичні працівники, реформування медичної сфери.

Key words: foreign experience, state regulation of healthcare, licensing, medical workers, reforming the medical sector.

Сучасна парадигма глобального економічного розвитку та суспільного прогресу відображає реалізацію основного права людини на життя і здоров'я, а отже, отримання якісного медичного обслуговування. З огляду на це, значної актуальності набуває аналіз національних моделей організації систем медичних послуг, що сформувались у різних країнах світу. Існуюча на сьогодні їх типізація ґрунтується переважно на критеріях ролі держави у медичному обслуговуванні населення, ступені державного регулювання національних систем охорони здоров'я та рівня державного втручання у їх функціонування.

Питання діяльності організацій лікарів висвітлено в низці міжнародних актів, серед яких особливе значення мають документи Всесвітньої медичної асоціації "Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої системи охорони здоров'я" (1983 року) [1] і "Декларація щодо ролі лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем" (1988 р.) [2].

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідженням проблематики зазначеного питання займалися такі науковці, як Н.В. Авраменко, К. Бендунідзе, М.М. Білінська, О.П. Волосовець, В.М. Лехан, В.Г. Передерій, М.Ю. Поворозник, Ю.В. Поляченко, Я.Ф. Радиш, Ю.В. Стеценко та інші.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

У соціально стабільних державах медичне законодавство щодо діяльності лікарських організацій є надзвичайно розвинутим. Так, у Франції, Німеччині, Італії, США існують лікарські або медичні кодекси, нормами яких детально регламентуються права громадян щодо охорони здоров'я, професійна діяльність медичних працівників-членів громадських лікарських організацій, встановлюється чітка відповідальність за порушення визначених норм.

Новим концептуальним підходом до державного управління охороною здоров'я зарубіжні дослідники вважають широке використання принципів тотального менеджменту якості, що забезпечує ефективні реформи галузі в США, Іспанії, Великій Британії, Італії, Фінляндії, Швеції та більшості країн Центральної і Східної Європи.

В основі більшості сучасних класифікацій світових моделей систем охорони здоров'я покладений структурний критерій. Найбільш поширені у світі такі моделі систем охорони здоров'я як державна (система Беверіджа); ринкова, яка контролюється державою (система Бісмарка); державна нормативно-адміністративна модель (система Семашка, яка на даний момент існує в Україні).

Позитивні властивості моделі системи охорони здоров'я Беверіджа переважають, виступаючи засобом соціального захисту широких верств населення. Виявлені під час аналізу цієї моделі недоліки можуть бути подолані за умови створення адекватного для кожного з них механізму оптимізації. Така модель охоплює системи охорони здоров'я скандинавських країн, Ірландії та Великобританії, країн Південної Європи — Греції, Португалії, Іспанії та інших). Її головними елементами є такі [3, с. 41]:

- по-перше, загальна доступність медичних послуг з повним охопленням усього населення медичним страхуванням та уніфікацією обсягу й переліку медичних послуг, що йому надаються;

- по-друге, домінування державного фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечується на основі цільового оподаткування центрального, регіонального та місцевого рівнів;

- по-третє, пріоритет системи планування витрат державного бюджету у фінансовому механізмі функціонування системи охорони здоров'я із жорстким державним контролем рівня витрат у медичній сфері та закріпленням за регіональними органами державного регулювання відповідальності за розподіл його коштів між провайдером медичних послуг;

- по-четверте, жорстка ув'язка рівня заробітних плат і компенсацій медичного персоналу з кількістю пацієнтів, що обслуговуються.

Разом з тим, незважаючи на прогресивність подібної системи організації медичних послуг та суттєво вищій, порівняно зі страховою системою, рівень її ефективності щодо оптимізації адміністративних витрат, модель Беверіджа має один суттєвий недолік — значна бюрократизація процесу ухвалення управлінських рішень, висока вартість адміністрування системи охорони здоров'я та значна залежність медичної сфери від вартісних обсягів та структури її державного фінансування, брак мотивації провайдерів медичних послуг до економії ресурсів і зниження трансакційних витрат, а також підвищення якості медичного обслуговування і рівня задоволення потреб споживачів, що значною мірою погіршує конкурентні умови діяльності агентів ринку медичних послуг.

Красномовним прикладом ефективно реалізації моделі Беверіджа є Великобританія, яка посідає нині світові лідерські позиції як за показниками доступності та якості медичних послуг, так і ефективністю діючого механізму їх організації і фінансування. Запорукою досягнутих успіхів є насамперед відсутність посередниць-

кого сегменту у національній системі охорони здоров'я [4], а відтак, економія значних трансакційних витрат на медичному обслуговуванні населення та підвищення цінової конкурентоспроможності медичних послуг.

Ліцензування лікарів у Великобританії здійснюється Загальною Медичною Радою (General Medical Council) (далі — GMC). Згідно з діючим законодавством, надання медичної допомоги як в термінових випадках, так і в інших обставинах є легальним і не залежить від наявності чи відсутності ліцензії. З іншого боку, особи, які не мають лікарської ліцензії, позбавлені деяких прав, пов'язаних з медичною діяльністю, тобто не можуть вимагати оплати за лікування в суді, виписувати рецепти на медичні препарати, а також не можуть працювати лікарем у державних лікарнях та інших громадських установах. Британські лікарі, що працюють за кордоном, не повинні мати ліцензії, але можуть отримати реєстрацію GMC як підтвердження кваліфікації і доброї репутації в Загальній Медичній Раді. Лікарів, що мають реєстрацію та ліцензію, отриману від GMC, вносять до онлайн-реєстру, який дозволяє в будь-який час перевірити, чи має лікар право на професійну діяльність у Великобританії.

Для продовження фахової праці у Великобританії лікар повинен регулярно поновлювати ліцензію, підтверджуючи, що відповідає кваліфікаційним вимогам. Зазвичай рішення щодо відновлення ліцензії лікаря приймається кожні 5 років. Також з лікарів, яким була надана ліцензія чи реєстрація GMC, щорік стягується внески. Невнесення відповідної суми може привести до відкликання ліцензії та реєстрації. У зв'язку зі значною конкуренцією на ринку праці GMC наполегливо рекомендує лікарям знайти посаду, перш ніж отримати ліцензію.

Починаючи з червня 2014 року, згідно зі змінами в законодавстві, GMC має право перевіряти здатність лікарів спілкуватися англійською. Мінімальні показники за системою IELTS (International English Language Testing System).

Лікарі з країн Європейського економічного простору, які можуть підтвердити своє громадянство і закінчену базову медичну освіту, мають право отримати повну реєстрацію GMC, оскільки існують домовленості про взаємне визнання освіти і кваліфікації. Лікарі з країн позаєвропейського економічного простору можуть подати заявку на отримання повної реєстрації, якщо вони можуть підтвердити наявність медичного ступеню, що визнається GMC, і практичну роботу протягом року. В іншому випадку лікарям з таких країн може бути надана тільки неповна реєстрація (provisional registration).

У більшості економічно розвинутих країнах світу існує добровільне медичне страхування. Найбільш поширений цей вид страхування у США, де розвинена ліберальна ринкова економіка та немає державних гарантій у галузі охорони здоров'я для більшості населення. У цій країні відсутні й системи обов'язкового медичного страхування — як частка соціального страхування населення. Економіка медичного обслуговування в США — парадоксальна сукупність недоліків та переваг. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку — більше, ніж будь-яка інша країна у світі, і водночас понад 15% американців не мають жодного фінансового захисту через відсутність страхових медичних полісів.

Для отримання дозволу на практичну роботу в галузі медицини в США без контролю спостерігача, тобто за межами програми післядипломної підготовки лікарів, всім лікарям — як тим, хто навчався в США, так і міжнародним спеціалістам — необхідно отримати ліцензію від медичної ліцензійної ради штату, де вони планують працювати. Необхідно скласти всі чотири тести USMLE (United States Medical Licensing Exam). Студенти та лікарі, що навчалися за межами США, складають такі ж самі тести та оцінюються за тими самими стандартами, що і студенти, які навчалися в лікарських навчальних закладах США. Тести USMLE були створені для оцінювання здібності вирішувати проблеми, а не тільки тренуваної пам'яті. USMLE складається з трьох ступенів, що дають можливість оцінити здібність лікаря використовувати широкий спектр знань, концепцій та принципів, пов'язаних з базовими навичками взаємодій лікаря і пацієнта. Лікарі з міжнародним медичним ступенем (International Medical Graduates) повинні отримати сертифікат Освітньої Комісії для іноземних лікарів (Educational Commission for Foreign Medical Graduates). В окремих штатах існують додаткові вимоги до кандидатів на отримання медичної ліцензії.

У Німеччині системи керованої медичної допомоги не існує. Кожен громадянин має право вибрати лікаря за власним бажанням. Після шести років навчання у вищому медичному навчальному закладі лікарі загальної практики проходять чотирирічну спеціалізацію. З 1999 року постійно зростає інтерес суспільства до сімейної медицини, що зумовлено кращою підготовкою сімейних лікарів та їх постійним професійним розвитком, який є добровільним, однак регульованим, що також підвищує престиж сімейної медицини.

Одним з найбільш успішних можна вважати реформування системи медичних послуг Грузії. Його ключові тренди були пов'язані насамперед з формуванням високого конкурентного середовища надання медичних послуг, повним усуненням зовнішньоторговельних бар'єрів у сфері імпорту лікарських засобів та медичного обладнання, посиленням державно-приватного партнерства у медичній сфері, а також докорінним реформуванням госпітальної діяльності та фармацевтичної сфери [5, с. 11]. Реалізація інвестиційних програм приватизації державних лікарень та запровадження тендерних закупівель товарів медичного призначення дали змогу докорінно їх переобладнати і вивести на новий етап лікарського й інноваційно-технологічного забезпечення. Перехід медичних закладів у власність інвесторів супроводжувався прийняттям приватними установами зобов'язань надавати медичні послуги упродовж семи років в обмін на право використовувати лікарняну нерухомість та устаткування у своїх комерційних цілях.

Запорукою високої ефективності проведених у Грузії реформ медичної сфери стали її глибокі інституційні реформи, пов'язані насамперед з мінімізацією ролі державного регулювання, різким скороченням чисельності бюрократичного апарату на обслуговування медичної індустрії, суттєвим спрощенням діючих ліцензійних і реєстраційних процедур, а також формуванням транспарентного регуляторного середовища. Крім того, скорочення кількості ліцензійних та дозвільних видів підприємницької діяльності на 84% [6] створило під-

грунт для запровадження у практику чітких, прозорих і зрозумілих "правил гри" для усіх агентів ринку медичних послуг.

Система охорони здоров'я Японії надає універсальний страховий захист населенню через систему медичного страхування для працюючих та їхніх родин (60% населення), а державне медичне страхування — для представників приватного бізнесу, пенсіонерів і безробітних (40%). Системою медичного страхування Японії управляє, окрім уряду, значна кількість компаній: асоціації медичного страхування Японії, фонди медичного страхування для працюючих та їхніх утриманців, фонди благодійних організацій для урядових службовців та їх утриманців, муніципальні національні фонди медичного страхування для зайнятих приватним бізнесом і безробітних та 166 громадських фондів державного медичного страхування для певних професійних груп (наприклад, лікарів та юристів).

Японською охороною здоров'я управляє складна система центрального і місцевого контролю. На центральному рівні правила контролю встановлюються Міністерством охорони здоров'я, праці й добробуту. Префектури відповідальні за розвиток регіональних програм здоров'я медичного страхування, ліцензуючи лікарні й контролюючи юридичні угоди постачальників відповідно до вказівок міністерств. Нагляд за регулюванням медичної допомоги (лікарні та клініки) щодо медичного страхування перебуває виключно у сфері відання центрального уряду. Це включає призначення і скасування договорів медичного страхування з постачальниками.

В Австралії переважає державне фінансування охорони здоров'я, формування політики у сфері охорони здоров'я відбувається за активної участі громадськості, медична допомога загальнодоступна завдяки державній системі медичного страхування "Медікер", яке забезпечується за рахунок доходів від загального оподаткування і цільового прибуткового податку. Усім громадянам надається субсидована амбулаторна допомога з правом вибору лікаря, безкоштовне лікування в державних лікарнях і пільгове забезпечення ліками. Діяльність у сфері охорони здоров'я жорстко нормується за допомогою суспільного і державного регулювання. Австралійська рада із стандартів охорони здоров'я проводить добровільну акредитацію лікарень, а державні реєстраційні палати в кожному штаті займаються акредитацією медичних працівників. Упродовж останніх двадцяти років відбулася активна приватизація, державні заклади перейшли до приватного сектору, який широко залучається до надання послуг у державних установах. У більшості штатів проводиться політика, спрямована на зменшення ролі держави у наданні медичних послуг за рахунок збільшення ролі недержавного і приватного секторів.

Принципово іншою формою організації системи охорони здоров'я є державна нормативно-адміністративна модель (модель Семашка), характерними ознаками якої є регламентованість взаємодії у системі лікар (лікувально-профілактичний заклад) — пацієнт; централізоване управління системою охорони здоров'я, яке здійснюється з суворим дотриманням вертикального принципу побудови; виключно бюджетне фінансування системи охорони здоров'я. Система Семашка майже не піддається модернізації чи реформуванню через пану-

вання бюрократичних й адміністративно-командних методів управління, що спричиняє брак економічних механізмів її стратегічного розвитку та менеджменту. Нині країни, медичні системи яких було сформовано за моделлю Семашка (Україна, Молдова, Грузія, Естонія, Киргизстан, Литва, Російська Федерація), перебувають на різних етапах її структурної модернізації та реформування з чітким напрямком розвитку у бік страхових чи комбінованих засад.

У країнах, де переважають приватні сімейні лікарі, ліцензування включає в себе професійний розвиток лікаря, що є обов'язковим для продовження медичної ліцензії. Це поняття було введено Всесвітньою федерацією медичної освіти у 2001 році замість терміну "безперервна медична освіта", який використовувався раніше [7, с. 28]. Всесвітня федерація медичної освіти виділяє три етапи підготовки медичних працівників. Після дипломної освіти відбувається післядипломне навчання в інтернатурі, резидентурі чи на циклах спеціалізації, де отримують власне спеціальність. Наступна фаза — безперервний професійний розвиток — освіта, яка триває все життя. Близькими до цієї універсальної лікарської моделі є схеми підготовки медичних сестер, фельдшерів, парамедиків, провізорів, фармацевтів, військових медиків. Кожен із трьох освітніх процесів передбачає постійне вдосконалення, усунення накопичених невідповідностей. Центральне місце в підготовці лікаря обіймає інтернатура, адже саме тут вперше здобуваються спеціальність та право на практику. На жаль, в Україні за півстоліття свого існування інтернатура вже стала надто проблемною.

Безперервний професійний розвиток (далі — БПР) — це період підтримання та удосконалення професійної компетентності лікарів відповідно до розвитку медичних технологій і науки впродовж усього періоду професійної діяльності лікаря. БПР є професійним обов'язком кожного лікаря, тривалість якого складає 30—40 років. Відповідальність за проведення БПР покладається на самого лікаря та професійні асоціації. Організація БПР в різних країнах суттєво відрізняється і не є дуже жорсткою навіть там, де лімітується підтвердження права лікаря на продовження медичної практики один раз на 5—7 років [8, с. 425].

Наприклад, у Словенії формами БПР виступають читання лекцій або пасивна участь у конгресах, публікація наукових статей в журналах, участь у підготовці монографій чи підручників; самостійне навчання за допомогою мультимедійних програм і вивчення наукової літератури з письмовими відповідями на конкретні запитання; пізнавальні екскурсії та відвідини певних наукових установ чи лікувально-профілактичних закладів; участь у лекціях відомих учених чи лікарів; доповіді щодо хворих на товариствах чи конференціях. Інформація про обсяг навчання, виконаного за програмою БПР, виражається у кредитних одиницях (далі — КО). Для оновлення ліцензії лікар повинен набрати, як мінімум, 75 КО впродовж терміну дії попередньої ліцензії (7 років). За кожний рік володіння ліцензією лікар повинен набирати 15 КО. Лікарська палата Словенії видає дозволи на організацію семінарів, лекцій та інших форм БПР на основі програм і рекомендацій лекторів. КО нараховуються за кожну годину читання

лекції; за участь у конференції, семінарі, симпозіумі, за участь у визнаних міжнародних форумах; за кожну написану статтю [9, с. 138—139].

В Україні система БПР існує вже багато років, але на законодавчому рівні офіційно цю дефініцію не визначено та немає стандартів для різних категорій медиків. Ю.В. Вороненко вважає за доцільне ввести професійне ліцензування кожного лікаря при отриманні ним нової спеціальності замість архаїчних кваліфікаційних категорій, які давно втратили свою стимулюючу функцію. Для продовження дії ліцензії необхідно кожні п'ять років проводити атестацію з урахуванням щорічно накопичених лікарем навчальних кредитних балів, а для моніторингу БПР — створити систему електронних портфоліо. До ліцензування доцільно залучити громадські професійні об'єднання [10, с. 33]. Необхідно також модернізувати перелік і значимість різних форм підвищення кваліфікації: крім традиційних передатестаційних циклів та тематичного вдосконалення, враховувати акредитовані майстер-класи, тренінги, самоосвіту через дистанційні освітні ресурси, в тому числі й зарубіжні.

Автор статті вважає, що традиційну модель Семашка, що була заснована у радянську добу і ґрунтувалась на профілактичній домінанті організації системи охорони здоров'я, сьогодні має замінити змішана багатукладна новітня модель, основу якої становить ринкова організація системи охорони здоров'я України. Перехід на нову модель організації системи охорони здоров'я передбачає: переорієнтацію діяльності закладів та установ системи охорони здоров'я на профілактику, первинну медико-санітарну допомогу, формування здорового способу життя; зміну механізмів фінансування; управління якістю медичних послуг; структурну перебудову медичної галузі з формуванням відповідної мережі медичних закладів, реформуванням функції медичної допомоги за рівнями; базову підготовку нового покоління управлінців та економістів для галузі охорони здоров'я; розробку та прийняття необхідної нормативно-правової бази.

Серед найважливіших завдань державної політики України щодо правового регулювання медичної діяльності нами виокремлюється розробка Медичного кодексу України та адаптація нормативно-правових актів, які регулюють медичну діяльність, до європейських та світових стандартів. У процесі розробки Медичного кодексу України повинні бути врегульовані: пріоритетні напрями державної політики в галузі охорони здоров'я та шляхи її реалізації; правові основи організації охорони здоров'я України; законодавче закріплення низки медичних дефініцій для правильного кваліфікування відповідних об'єктів; чітке окреслення бюджетних та позабюджетних джерел фінансування системи охорони здоров'я; визначення запобіжних механізмів щодо нецільового використання державних коштів, виділених для медичної галузі; права та захист прав пацієнтів; права та юридична відповідальність медичних працівників; правове регулювання проведення медичних експертиз, трансплантації органів і тканин людини, репродуктивних технологій, медичних експериментів, надання платних медичних послуг, надання психіатричної допомоги; надання медичної допомоги в контексті реалізації права людини на життя; правові засади функціонування єдиного медичного простору України; питання міжна-

родного співробітництва в галузі охорони здоров'я тощо. Крім того, засобом державної підтримки розвитку господарювання у сфері охорони здоров'я є спрощення порядку отримання документів, які засвідчують право суб'єктів господарювання на здійснення такої діяльності, зокрема ліцензій.

ВИСНОВКИ

Отже, сучасний стан медичної сфери України потребує реформування, яке може відбуватися за двома напрямками: від свободи ринку медичних послуг до більшої плановості і нормування; від планово-командної централізованої системи до впровадження елементів ринкового регулювання. Найбільш характерним для України є другий напрям. В межах державної концепції реформування галузі головною метою і критерієм управління системою охорони здоров'я взагалі і фармацевтичним сектором має стати якість не тільки медичних послуг, але і якість надання послуг в фармації.

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що забезпечити та підвищити якість медичних послуг можливо двома шляхами. По-перше, це належний контроль за якістю цих послуг, який здійснюється на всіх стадіях (від отримання відповідних дозволів на право здійснювати медичну діяльність до контролю на завершальних етапах, коли вже є кінцевий результат такої діяльності). По-друге, це управління процесом, коли забезпечення та підвищення якості здійснюється завдяки поліпшенню результатів роботи системи в цілому, тобто постійної модифікації і вдосконалення цієї системи. Безумовно, найбільшого ефекту можна досягти, тільки гармонічно поєднуючи ці підходи, використовуючи всі доступні механізми впливу на якість медичних послуг.

Література:

1. Принципи Всесвітньої медичної асоціації "Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я" від 01.10.1963 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_004
2. Декларація Всесвітньої медичної асоціації "Декларація стосовно ролі лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем" від 01.09.1988 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_036
3. Поворозник М.Ю. Бенчмаркінг моделей організації систем медичних послуг / М. Ю. Поворозник // Причорноморські економічні студії. — 2016. — Вип. 11. — С. 41—43 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2016_11_10
4. Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. — [Electronic Resource]. — Available from <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>
5. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руйни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. — 2014. — К.: Вид-во: ТОВ "НВП" Інтерсервіс", 2014.
6. Health systems in transition: Georgia. Health system review. — 2009. — Vol. 11. — No. 8. — P. 86.

7. Медична освіта в світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець [та ін.]. — К.: Книга плюс, 2005. — 380 с.

8. Franks P. Yate — keeping revisited: Protecting patients over treatment / P. Franks, C.M. Clancy, P.A. Nutting // New England journal of medicine. — 1992. — V. 327. — P. 424—429.

9. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радіш; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білінської. У 2 ч. Ч. 2. — К.: НАДУ, 2013. — 484 с.

10. Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє / Ю.В. Вороненко // Медична освіта. — 2017. — № 3. — С. 32—35 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.irbisnbuv.gov.ua>

References:

1. The World Medical Association (1963), "Twelve Principles of Health Organization for any National Health System", available at: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_004 (Accessed 01 Okt 1963).
2. The World Medical Association, "Declaration on the role of physicians in solving environmental and demographic problems" (1963), available at: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_036 (Accessed 01 Sept 1988).
3. Povoroznyk, M.Yu. (2016), "Benchmarking of medical services organization models", Prychornomors'ki ekonomichni studii, vol. 11. pp. 41—43, available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2016_11_10 (Accessed 10 Nov 2016).
4. Mirror on the Wall, (2014) Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally, [online], available at: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>
5. Bendukidze, K. Reder, F. Taner, M. and Urushadze, A. (2014), Reformy okhorony zdorov'ia v Respublitsi Hruziiia: vid radians'koi ruiny do okhorony zdorov'ia na rynkovij osnovi [Healthcare reforms in the Republic of Georgia: from the Soviet ruin to health care on a market basis], TOV "NVP" Interservis", Kyiv, Ukraine.
6. Health systems in transition: Georgia. Health system review, (2009), vol. 11, No. 8, p. 86.
7. Poliachenko, Yu.V. Perederij, V.H. and Volosovets', O.P. (2005), Medychna osvita v sviti ta v Ukraini [Medical education in the world and in Ukraine], Knyha plus, Kyiv, Ukraine.
8. Franks, P. Yate, Clancy, C.M. and Nutting P.A. (1992), Keeping revisited: Protecting patients over treatment, New England journal of medicine, vol. 327, pp. 424—429.
9. Radysh, Ya.F. and Bilyns'ka, M.M. (2013), Derzhavna polityka u sferi okhorony zdorov'ia: kol. monohr. [State policy in the field of health care] Kyiv, NADU, Kyiv, Ukraine.
10. Voronenko, Yu.V. (2017), "Directions of development of the system of medical education in Ukraine: a view into the future", Napriamy rozvytku systemy medychnoi osvity v Ukraini: pohliad u majbutnie, Medychna osvita, №3, pp. 32—35, [Online], available at: <http://www.irbisnbuv.gov.ua>

Стаття надійшла до редакції 03.10.2017 р.