

DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>

УДК 368.9.06

ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД

FEATURES OF THE FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM: DOMESTIC AND FOREIGN EXPERIENCE

Шелєміна Наталія Іванівна

аспірант,

Сумський державний університет

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2120-0159>**Sheliemina Nataliia**

Sumy State University

Поліпшення здоров'я має найважливіше значення для благополуччя людини і є необхідною умовою для сталого економічного та соціального розвитку країни в цілому. Дане дослідження покликане проаналізувати системи фінансування охорони здоров'я за кордоном та в Україні, як відбувається реформування в системі охорони здоров'я країни, основні здобутки та проблеми, з якими стикнулася охорона здоров'я під час військової агресії РФ. В роботі доведено, що вітчизняна система охорони здоров'я має одноканальне фінансування, виявлені основні здобутки системи реформування. На основі проведеного дослідження було встановлено, що в світі не існує універсальної моделі фінансування системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я, як стратегічна галузь має бути стійкою до можливих несприятливих подій (таких як спалахи інфекційних захворювань, природні та техногенні лиха, а також війни). Це все потребує відповідної системи фінансування.

Ключові слова: охорона здоров'я, реформування, медичні послуги, моделі фінансування, модель національного солідарного медичного страхування.

Improving health is of the utmost importance for human well-being and is a necessary condition for the sustainable economic and social development of the country as a whole. Financing health care worldwide is an important component of efforts to ensure social security in health care. The first step to expanding the scale of providing medical services is to provide financial medical resources to the organizations that provide them. Therefore, the countries are developing and applying a health care financing strategy, which begins with the formulation of the principles of general coverage of the population with medical care, which are the basis of the financing system in each specific country. This research aims to analyze health care financing systems abroad and in Ukraine, what way reforms are taking place in the country's health care system, the main achievements and problems faced by health care during the military aggression of the Russian Federation. The foreign experience of financing health care systems shows that none of the existing models (budgetary, insurance, private) has universality, financing models do not exist in their pure form, and in any of the models there is only one dominant source of financing. The paper proves that the domestic health care system has one-way financing. Thus, in 2017, the reform of the health care system began. The transition of the healthcare system of Ukraine to the model of national solidarity medical insurance of citizens took place. The main achievements of the reform system are as follows: a powerful provider has been created – the National Health Service of Ukraine (NHSU), e-Health (electronic health care system) has been created; powerful medical institutions throughout the country turned into communal non-commercial enterprises (NPOs); primary medical care was reformed; the economic approach "money follows the patient" has been implemented. Based on the conducted research, it was established that there is no universal model of financing the health care system in the world. Health care, as a strategic industry, must be resistant to possible adverse events (such as outbreaks of infectious diseases, natural and man-made disasters, as well as wars). All this requires an immediate response with an increase in the functional capacity of the medical system – in a short or very short time. All this requires an appropriate financing system.

Keywords: health care, reforms, medical services, financing models, model of national solidarity health insurance.

Постановка проблеми. Здоров'я населення є одним із ключових показників, що характеризують благополуччя нації. Досягти цієї мети можна лише шляхом формування ефективної системи охорони здоров'я, за якої кожен громадянин повинен бути впевнений у реалізації своїх прав на якісну та доступну медичну допомогу. Так, 30 листопада 2016 р. Кабінетом Міністрів України було затверджено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що проведення реформування в медицині сприятиме виходу на принципово новий європейський рівень якості наданих медичних послуг, при цьому незможні верстви населення отримають повний доступ до системи охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання фінансування охорони здоров'я в умовах реформування та воєнного часу є предметом вітчизняних та зарубіжних дослідників: В. Базилевич, А. Боднар, В. Дем'янишин, В. Зюзін, Е. Лібанова, Н. Федорова, Я. Харбіхт, Н. Аззорпаді-Мускат та інші. Дослідження спрямовані на пошук додаткових джерел фінансування галузі як із Державного бюджету та за підтримки міжнародних організацій.

Постановка завдання. Метою статті є дослідження особливостей фінансування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном, а саме розгляд моделей фінансування системи охорони здоров'я в умовах реформування та воєнного часу.

Методи дослідження. В ході виконання завдання дослідження використовувалися наступні методи: аналізу та синтезу – для аналізу системи охорони здоров'я в умовах реформування та воєнного часу; індукції і дедукції – для аналізу зарубіжного та вітчизняного досвіду фінансування системи охорони здоров'я; логічного аналізу – для формулювання висновків.

Виклад основного матеріалу дослідження. У світі накопичено багатий досвід побудови та оптимізації фінансово-організаційних моделей охорони здоров'я. Тому великі країни наполегливо працюють над розширенням охоплення населення безкоштовною медичною допомогою, раціоналізацією джерел і методів фінансування, а також методів управління системами охорони здоров'я для підвищення їх ефективності та усунення дублювання витрат. Наразі існуючі у світі медичні та оздоровчі моделі не можна назвати універсальними, тому аналіз пара-

метрів, переваг і недоліків цих моделей, узагальнення досвіду окремих країн має велике значення для реформування та оптимізації сучасної вітчизняної медичної системи охорони здоров'я.

В сучасних умовах усі моделі охорони здоров'я можна умовно розділити на три типи:

1. Бюджетна (державна).
2. Страхова (соціально-страхова).
3. Приватна (недержавна, чи ринкова).

Характерною рисою першої моделі, яка відома як модель Семашко-Бевеїдждж, є значна роль держави. Основним джерелом фінансування служать податкові надходження. Медичні послуги для всього населення виявляються на безоплатній основі. Частка сукупних витрат з громадських джерел у ВВП, як правило, становить 8–11% [1]. Приватне страхування та сплати відіграють додаткову роль. Основний канал фінансування – державний бюджет. Провайдери медичних послуг отримують бюджетні кошти під контролем приватних менеджмент компаній. Держава грає одночасно роль покупця та провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70% і від) витрат на охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я відрізняється високим ступенем централізації. Більша частина медичних послуг надається державними ЛПЗ (лікувально-профілактичними установами) та приватними лікарями, що практикують, але ринку, як правило, відведено другорядна роль [2; 3].

Держава суворо контролює більшість аспектів ринку медичних товарів і послуг, встановлює правила доступу та допуску на ринок, встановлює списки відшкодування, а за підтримки податкової політики якість і ціну, контролює обсяги медичних послуг. Контроль якості медичної допомоги здійснюється медичними професійними організаціями з атестацією та ліцензуванням лікарів. Рівень оплати за цією системою незначний [1; 2].

Другу модель, відома як модель Бісмарка, часто визначають як систему регулювання страхування здоров'я. Вона ґрунтується на принципах змішаної економіки – поєднання ринку медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій. Програми обов'язкового медичного страхування охоплюють все чи практично все населення за участю держави у фінансуванні страхових фондів. Як і в бюджетній моделі, держава покриває понад 70% витрат на медичні послуги, але сукупні державні витрати на охорону здоров'я, як правило, дещо вище,

ніж у бюджетній моделі, становлячи вже 9–13% ВВП [2; 3]. Вирішальну роль у розподілі коштів відіграють приватні некомерційні або комерційні страхові фонди або компанії, роль ринку в задоволенні потреб населення в медичних послугах висока, а пацієнти мають суттєву свободу у виборі страхових компаній та постачальників послуг.

У зв'язку з великою кількістю суб'єктів страхового ринку, форма медичного управління в моделі соціального страхування має ознаки децентралізації. Більшість медичних послуг оплачуються за обов'язковим переліком. Платіжна система активно використовується. Медичні послуги надають установи різної форми власності, але переважають приватні некомерційні установи. Первинна медична допомога надається сімейними лікарями приватної практики. Ринок медичних послуг дуже розвинений, додаткову роль відіграє приватне страхування. Роль держави в регулюванні ринку медичних послуг є важливою, але не такою, як її роль у бюджетній системі. Контроль за діяльністю страхового фонду здійснює держава, яка разом з асоціаціями постачальників медичних послуг визначає кількість і якість страхового фонду. Професійні та пацієнтські організації відіграють важливу роль [3; 4].

Приватна модель охорони здоров'я характеризується наданням медичних послуг за рахунок приватного страхування та власних коштів громадян. Єдиної національної сис-

теми медичного страхування немає. Ринок відіграє ключову роль у задоволенні попиту на медичні послуги. Держава бере на себе зобов'язання задовольняти ринок і надавати медичні послуги лише соціально незахищеним верствам населення – безробітним, малозабезпеченим, пенсіонерам.

У приватній моделі фінансування більш ніж на 50% здійснюється із приватних коштів. Кошти акумулюються у приватних комерційних страхових фондах (страхових компаніях), після чого надходять до ЛПЗ. Управління наданням послуг децентралізоване і здійснюється великою кількістю різних форм власності та рівнів організації. Для більшості людей відшкодовані медичні послуги та технології надаються за планами приватного страхування. Держава визначає списки відшкодування лише в межах обмеженої кількості державних програм.

Контроль держави обмежується допуском та доступом медичних технологій на ринок, здійснює захист діяльності страхових компаній [1; 3; 4].

На рис. 1 показана класифікація систем охорони здоров'я провідних країн у відповідності з трьома основними моделями – бюджетною, страховою та приватною.

Розглянемо співвідношення витрат і індикаторів ефективності систем охорони здоров'я, на прикладі, наступних країн: Німеччини, Великобританії, Канади, Франції та США (табл. 1).



Рис. 1. Класифікація систем охорони здоров'я ведучих країн світу, відповідно до трьох основних моделей

Джерело: складено автором на основі [1; 2; 3; 4]

Таблиця 1

Співвідношення витрат та індикаторів ефективності системи охорони здоров'я на 2022 р.

Країни	Тривалість життя	Сукупні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Подушні витрати на охорону здоров'я, дол. США
Німеччина	80,9	11,7	4875
Великобританія	80,7	9,4	3609
США	76,4	17,2	8608
Франція	82,3	11,5	4952
Канада	82,2	10,4	5630

Джерело: складено автором на основі [5]

Як показує аналіз табл. 1, обсяги коштів, що виділяються на охорону здоров'я, істотно варіюються в різних країнах. Однак показник тривалості життя та інші індикатори охорони здоров'я не пропорційні коштам, що витрачаються, що свідчить, по-перше, про відмінності в ефективності витрачання грошових коштів та, по-друге, про наявність інших факторів, що впливають на тривалість життя населення.

Якість охорони здоров'я – не в тому, як збирати гроші, а в тому як їх використовувати. В Великобританії та Німеччині, ринкові, конкурентні ресурсоефективні надійні системи. Якісна система надання послуг. Саме ця система реально здійснює страхування людей, а не яким способом створення зібрано кошти.

Проведений аналіз функціонування систем охорони здоров'я різних країн дозволяє зробити такі висновки про переваги та недоліки основних моделей охорони здоров'я (табл. 2).

Таким чином, аналіз закордонного досвіду дозволяє зробити такі висновки: жодна країна не має конкретного зразка в чистому вигляді; жодна модель не є універсальною; у всіх моделях є лише одне джерело фінансування; у бюджетній і страховій моделях держава оплачує понад 70% усіх витрат; найважливішим фактором стабільності системи є вільне охоплення населення; медичне обслуговування, відсутність дублювання витрат, економічність і доступність медичних послуг.

Багаторічний світовий досвід показав, що пряма оплата лікування хворих людей за медичні послуги є найменш ефективним і дуже ризикованим для суспільства способом фінансування охорони здоров'я. Сучасні методи лікування багатьох хвороб є дуже дорогими, і їхня вартість, як правило, є серйозним фінансовим шоком для домогосподарств. Крім того, особисті заощадження

також не є ефективним рішенням, навіть для тих, хто може собі це дозволити, оскільки проблеми зі здоров'ям важко передбачити заздалегідь.

Єдиний ефективний спосіб захистити хворих людей та їхніх близьких від фінансового стресу та гарантувати доступну і якісну медичну допомогу – це перехід до страхового фінансування охорони здоров'я. Це принцип, який передбачає чіткі правила попередньої оплати певних медичних послуг, що надаються при захворюванні людини. Суть цього принципу полягає в тому, що велика кількість громадян заздалегідь сплачує доступні страхові внески на охорону здоров'я, а зібрані кошти йдуть на лікування тих, хто захворів [6; 7].

Один з них полягає у використанні з цією метою загального оподаткування, що забезпечує пряме страхування ризиків захворювань державою; інший базується на використанні схем соціального страхування. Між цими двома підходами немає суттєвих принципових відмінностей, і вони однаково (а часто і в комбінації) використовуються в сучасних розвинених країнах.

Прогрес в системі охорони здоров'я в Україні почав здійснюватися з 2017 р., були запроваджені нові механізми фінансування, що сприятимуть вирішенню виявлених проблем та забезпечать всіх громадян рівнем охорони здоров'я, відповідним рівню європейських країн, переходу системи охорони здоров'я України на модель національного солідарного медичного страхування громадян. Для цього в державному бюджеті здійснено акумуляцію коштів [8; 9].

Протягом 2017–2022 рр. в системі охорони здоров'я було здійснено наступне:

– створений потужний провайдер – Національна служба здоров'я України (НСЗУ), даний орган діє від імені держави, виконує

Таблиця 2

Переваги та недоліки різних моделей охорони здоров'я

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Бюджетна	Високе охоплення населення безкоштовними медичними послугами. Найменша витратність у порівнянні з двома іншими моделями. Вища ефективність у вирішенні значущих стратегічних проблем охорони здоров'я. Велика стійкість системи охорони здоров'я в результаті більш високого рівня покриття витрат з суспільних джерел	Значна залежність джерел фінансування охорони здоров'я від економічної ситуації. Черги за медичними послугами в основному зумовлені одноканальним бюджетом. Монополізм державних ЛПЗ та недостатньо точна захищеність споживача від медичних послуг невисокої якості
Страхова	Високе охоплення населення безкоштовними медичними послугами, аналогічний до охоплення у соціально-страховій моделі. Гнучкість щодо акумулювання ресурсів менша, ніж у бюджетній моделі, залежність від забезпеченості фінансовими ресурсами. Чіткий поділ функцій фінансування та надання медичних послуг. Вища порівняно з бюджетною моделлю роль конкурентних механізмів у підвищенні якості медичних послуг, наданих приватними лікарями та закладами різних форм власності. Дотримання принципу «гроші слідують за пацієнтом». Більш структуроване, ніж у бюджетній моделі, розподіл коштів	Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП, вища, ніж у бюджетній моделі. Наявність черг на отримання медичних послуг як результат переважно одноканального фінансування з державного фонду медичного страхування
Приватна	Широкий спектр медичних закладів. Відсутність черг на медичну обслуговування. Наголос на якості медичної допомоги та захист прав споживачів. Високі доходи лікарів та інших медичних працівників	Відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я. Фрагментація медичних послуг. Провідна роль приватного здоров'я. Рівень доступності медичних послуг більшості населення невисокий, значна частина населення ще не брала участі в жодному виді страхування. Дорогі медичні послуги часто надаються без достатніх медичних доказів

Джерело: складено автором на основі [2; 3; 4]

роль єдиного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

– створення e-Health (електронна система охорони здоров'я), яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. А ще дозволяє НСЗУ контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти в рамках програми медичних гарантій та запобігати зловживанням;

– потужні медичні заклади всієї країни перетворилися на комунальні некомерційні підприємства (КНП);

– здійснено реформування первинної медичної допомоги, первинна медична допомога стала найдоступнішим економічно обґрунтованим видом допомоги;

– впровадження економічного підходу «гроші ходять за пацієнтом» [10].

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну 24 лютого 2022 р. призвело до зниження доступності медичних послуг та ліків у країні, особливо для людей, які проживають у регіонах, що знаходяться поблизу лінії фронту, та в районах, які повністю не контролюються Урядом України, а також для внутрішньо переміщених осіб. Так, бюджет

на охорону здоров'я в 2023 р. в порівнянні з 2022 р. знизився на 10%, в цілому співмірні з скороченням інших програм, окрім фінансування безпеки та оборони. Найбільшою статтею в Державному бюджеті на охорону здоров'я мають Програми медичних гарантій. На їх реалізацію в Державному бюджеті на 2023 р закладено 142,7 млрд грн, що в порівнянні з 2022 р. (157,3 млрд грн) знизилося на 14,6 млрд грн, що обумовлено наступним у 2022 р. знизилася споживання послуг програми медичних гарантій через військову агресію РФ, відбулася міграція населення за кордон та зміна поведінки споживачів послуг тимчасово переміщених осіб в межах України та ін. [11].

Але, результати дослідження показують, що національна система охорони здоров'я стійко справляється з поточними викликами і що загалом медичні послуги країни доступні дуже широко. Разом з тим, результати також показують, що більше половини респондентів, які зверталися за різними медичними послугами, стикалися принаймні з однією проблемою, при цьому головними бар'єрами для доступу залишаються вартість ліків та лікування, а також труднощі, пов'язані з проїздом до лікувальних закладів (час та транспорт) [12].

Війна внесла свої корективи в систему фінансування охорони здоров'я, а саме:

- значну роль завдяки фінансовому стимулюванню повинна відігравати первинна медична допомога (ПМД);
- необхідно скоригувати фінансування спеціалізованих медичних послуг відповідно до мінливих потреб (рекомендується система оплати, що базується на оплаті за кожен випадок лікування; фінансування лікування хронічних та небезпечних для людини хвороби повинно здійснюватися на основі врахування руху населення та ін.);
- надання специфічних послуг, що пов'язані з травмами (реабілітація) повинно

бути пріоритетними (виділення коштів з державного бюджету на даний вид послуг повинно збільшитися, з неможливістю в сучасних умовах збільшити виділення коштів на даних вид послуг з бюджету можливо через уряду слід розглянути питання про підвищення тарифів у відповідних пакетах Програми медичних гарантій);

– відновлення та посилення функції моніторингу, яка була припинена на початку війни [12].

В країні існує ефективна практика координації фінансової підтримки через скоординовану систему гуманітарної та донорської підтримки: Мультидонорський трастовий фонд України (МДТФУ) та Гуманітарний фонд України (ГФУ). Надають допомогу в забезпеченні медичними та витратними матеріалами, а також інвестують в обладнання. Ця допомога є суттєвою в умовах війни.

Висновки. Як стратегічна галузь, охорона здоров'я має бути стійкою до можливих несприятливих подій, таких як спалахи інфекційних захворювань, природні та техногенні лиха, а також війни. Наслідки таких подій вимагають миттєвого реагування зі збільшенням функціональної здатності медичної системи – у короткий чи дуже короткий час. Це все потребує відповідної системи фінансування. Аналіз різних моделей фінансування системи охорони здоров'я, свідчить про, те на сьогодні не існує універсальної моделі у кожній із існуючих систем є одне джерело фінансування.

На сьогодні в Україні існує одноканальна модель фінансування охорони здоров'я, гроші на медицину виділяються з консолідованого Державного бюджету. Війна внесла свої корективи в фінансування системи охорони здоров'я. Гуманітарні та донорські системи фінансування вже створені, але потребують подальшого зміцнення для подолання фрагментарності та неузгодженості у сфері закупівель та надання послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 6. С. 315–320. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52>
2. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>
3. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
4. Борисюк О. В. Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій. *Молодий вчений*. 2017. № 4. С. 5–8.

5. Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data. URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>
6. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. URL: <http://www.commonwealthfund.org>
7. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377>
8. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
9. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
10. Логвиненко Б. Система Охорони здоров'я України: сутність і особливості в сучасний період. URL: <http://www.legeasiviata.in.ua/archive/2016/9-2/20.pdf>
11. Держбюджет-2023: видатки на охорону здоров'я в бюджеті воєнного часу. № 45/46 (1366/1367). 5 грудня 2022 р. URL: <https://www.apteka.ua/article/651969>
12. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1462188/retrieve>

REFERENCES:

1. Filipova N. V (2020). Experience of European countries in health care financing. *Bulletin of the Khmelnytskyi National University*. Vol. 6. P. 315–320. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52> [in Ukrainian]
2. Artsatbanova O. V. (2017)/ Comparative analysis of approaches to the construction of economic mechanisms for the functioning of the health care system. *Public administration: improvement and development*. Vol. 10. Available at: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399> [in Ukrainian]
3. Boyko O., Khyzhynska G. (2018). Approbation of foreign experience of activation of medical insurance in Ukraine. *Black Sea Economic Studies*. Vol. 27. P. 93–97. [in Ukrainian]
4. Borysiuk O.V. (2017). Implementation of foreign models of social insurance to domestic realities. *Young Scientist*. Vol. 4. P. 5–8. [in Ukrainian]
5. Most Efficient Health Care: Countries (2022). Bloomberg Visual Data. Available at: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>
6. International Profiles of Health Care Systems (2022). The Commonwealth Fund. Available at: <http://www.commonwealthfund.org>
7. Building back better: sustainable mental health care after emergencies (2017). Geneva: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377>
8. On state financial guarantees of medical care for the population: Law of Ukraine dated N 2168-VIII (2017, October 19). Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> [in Ukrainian]
9. On the approval of the Concept of the reform of the financing of the healthcare system: Decree of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated N. 1013-p Kyiv. (2016, November 30). Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> [in Ukrainian]
10. Logvynenko B. (2016) The Health Care System of Ukraine: essence and features in the modern period. Available at: <http://www.legeasiviata.in.ua/archive/2016/9-2/20.pdf> [in Ukrainian]
11. State Budget 2023: health care expenditures in the wartime budget (2022). Vol. 45/46 (1366/1367). December 5. Available at: <https://www.apteka.ua/article/651969> [in Ukrainian]
12. Health care financing in Ukraine: sustainability in wartime (2022). Available at: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1462188/retrieve> [in Ukrainian]