

МІЖНАРОДНА ЕКОНОМІКА І ЗМІНИ ГЕОЕКОНОМІЧНОГО ПРОСТОРУ

УДК 338.001.36:338.2

DOI <https://doi.org/10.32782/2224-6282/150-3>**Андрусів У. Я.**

Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу

Юрченко Н. Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

Andrusiv U.

Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas

Yurchenko N.

Ivano-Frankivsk National Medical University

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття присвячена дослідженню зарубіжного досвіду фінансового забезпечення систем охорони здоров'я різних держав. Представлено результати його порівняльного аналізу. Акцентовано увагу на особливостях формування та використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я. На основі порівнянь доведено, що на практиці не існує універсальної моделі і кожна держава змушена будувати систему економічних відносин з урахуванням потреб і можливостей суспільного розвитку. Досліджено, що видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я у 2017 році офіційно склали 3,4% валового внутрішнього продукту. Виявлено факт використання у сфері охорони здоров'я також коштів благодійних фондів та гуманітарної допомоги. Проте офіційне фінансування співіснує з тіньовими, неформальними платними послугами. Встановлено, що рівень фінансування в Україні наближається до європейського, але порушується конституційний принцип рівного доступу до охорони здоров'я різних верств населення. Для вирішення цієї проблеми пропонуємо використати досвід тих розвинених країн світу, системи охорони здоров'я яких визнано успішними. Адже накопичений досвід різних держав вказує на те, що саме від уміння раціонально використовувати ресурси залежатиме ефективність самої системи охорони здоров'я. Запропоновано та сформовано власну модель охорони здоров'я, яка передбачає комбіноване фінансове забезпечення. Зроблено висновок про те, що в сучасному суспільстві на сьогодні функціонують чотири моделі фінансування охорони здоров'я. Це модель переваги споживачів (приватна система фінансування охорони здоров'я), модель Бісмарка (соціально орієнтована система фінансування охорони здоров'я), модель Беверіджа (державна система фінансування охорони здоров'я) та модель Семашка (держбюджет з досить жорсткою централізацією управління галуззю). Кожна із аналізованих моделей має свої переваги та недоліки. Вибір моделі фінансування охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням кожної держави, котра змушена будувати систему економічних відносин з урахуванням об'єктивних потреб і можливостей та усвідомлювати постійно зростаючу економічну і соціальну цінність здорового суспільства.

Ключові слова: система охорони здоров'я; світовий досвід; страхування; фінансування; моделі охорони здоров'я.

FOREIGN EXPERIENCE OF HEALTH SYSTEM FINANCING

The article is devoted to the study of foreign experience of health systems' financial support in different countries. The results of its comparative analysis are presented. The main features of the fundraising and financing in the health sector are emphasized. As a result of the comparison, it is proved that there is no one-size-fits-all model. Each country has to take into account the needs and opportunities for social development while building a system of economic relations. It is shown that in 2017 expenditures of Ukrainian consolidated budget for health care 3,4% of gross domestic product. Charitable funds and humanitarian aid providers were also engaged in health system financing. However, official funding coexists with shadow or informal out-of-pocket payments for healthcare services. It is established that the amount of healthcare financing in Ukraine is close to the European one, but the constitutional principle of equal access to health care for different segments of the population is violated. As a solution, we offer to use the experience of the developed countries with health systems recognized as successful. After all, the accumulated experience of different countries indicates the dependence between the effectiveness of the health care system and its ability to use resources rationally. An innovative model of health financing, providing the combined financial support, is offered and developed. It is concluded that in today's society there are four models of health financing. These are the consumer preference model (out-of-pocket health financing system), the Bismarck model (socially oriented health financing system), the Beveridge model (governmental health financing system) and the Semashko model (state budget with tight centralization of industry management). Each of the models analyzed has its advantages and disadvantages. Choosing a health financing model is a strategically important task for every country, which have to build a system of economic relations that takes into account objective needs and opportunities, and is aware of the ever-increasing economic and social value of a healthy society.

Keywords: health systems; foreign experience; financing; insurance; healthcare models.

JEL Classification: F00, I18

Актуальність. Реалізація права людини на якісні медичні послуги в Україні зумовлює спрямування державної політики на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення її ефективної національної моделі. Матеріали досліджень вказують на те, що видатки зведеного бюджету держави на охорону здоров'я у 2017 році офіційно склали 3,4% ВВП [1]. Використовувались також кошти благодійних фондів і гуманітарної допомоги. Проте офіційне фінансування співіснує з тінювими, неформальними платними послугами. Разом з ними рівень фінансування в Україні наближається до європейського. Але порушується конституційний принцип рівного доступу до охорони здоров'я різних верств населення. З цією метою може стати в нагоді досвід розвинених країн світу, системи охорони здоров'я яких визнано успішними. Адже накопичений досвід різних держав вказує на те, що саме від уміння раціонально використовувати ресурси залежатиме ефективність самої системи охорони здоров'я. У своєму дослідженні ми акцентуємо увагу на фінансових ресурсах.

Зазначимо, що при виборі фінансування охорони здоров'я країни ЄС опираються на цілі сформульовані ВООЗ, зокрема [2]: фінансовий захист (направлений на те, щоб люди не ставали бідними внаслідок користування послугами охорони здоров'я); принцип соціальної справедливості (потребує від найбільш забезпечених людей платити більше за медичне обслуговування); рівність доступу до медичного обслуговування (базується на потребі, а не на здатності платити); підвищення прозорості і підзвітності системи охорони здоров'я (боротьба з корупцією, контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я і оцінка якості їх діяльності); нагорода за високу якість медичної допомоги і розробка стимулів рентабельної організації медичного обслуговування; підтримка управлінської ефективності. Світова практика надання медичних послуг є втіленням гуманітарної, людино-центристської парадигми глобального економічного розвитку та суспільного прогресу, яка є втіленням права людини на життя і здоров'я. З огляду на це, значної актуальності набуває проблематика ресурсного забезпечення національних моделей охорони здоров'я, які сформувалися у різних країнах світу.

Аналіз останніх наукових досліджень і публікацій. Багато вітчизняних та зарубіжних вчених займалися дослідженням питань моделей системи охорони здоров'я, зокрема: Thomson S. [2], Литвиненко М. [4], Бендукідзе К. [5], Кінаш І. [6], Савчук Л. [7] та ін. Проте, незважаючи на численні наукові праці потребує більш детального аналізу зарубіжного досвіду фінансового забезпечення систем охорони здоров'я різних держав.

Метою статті є дослідження міжнародного досвіду фінансового забезпечення систем охорони здоров'я різних держав та представлення результатів його порівняльного аналізу.

Виклад основних результатів дослідження. У світовій практиці на сьогодні існують чотири основні моделі фінансування систем охорони здоров'я. Це модель переваги споживачів (приватна система фінансування охорони здоров'я), модель Бісмарка (соціально орієнтована система фінансування охорони здоров'я), модель Беверіджа (державна система фінансування

охорони здоров'я) та модель Семашка. Кожна зі згаданих моделей має свої переваги й недоліки.

У колишньому СРСР існувала патерналістська модель М. Семашка, що мала єдине джерело фінансування охорони здоров'я – держбюджет з досить жорсткою централізацією управління галуззю. Вона розвивалася за остаточним принципом, тобто гроші на охорону здоров'я витрачалися після витрат на важку промисловість, воєнну галузь тощо. Водночас домінував профілактичний напрям медицини, і за цим критерієм вона вважалася однією з найефективніших.

Державна система охорони здоров'я Беверіджа характеризується бюджетним фінансуванням, яке контролюється на центральному або місцевому рівні. Така система охорони здоров'я є властивою для Великої Британії, Данії, Ірландії та Скандинавських країн, частково присутня в Італії, Португалії. Рівень фінансування впродовж досліджуваного періоду (2007-2017 рр.) коливається від 7,5% до 10,5% ВВП (рис. 1).

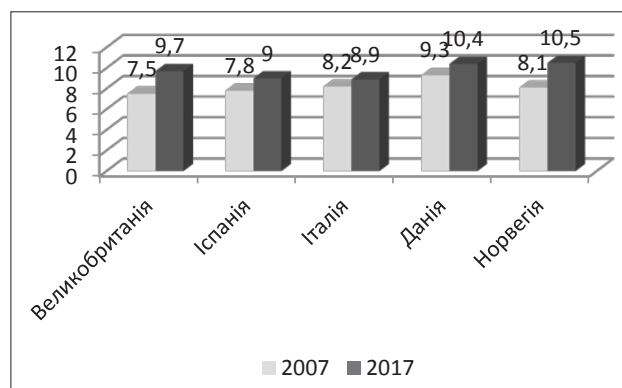


Рис. 1. Витрати на охорону здоров'я серед держав, яким властива модель Беверіджа, % від ВВП

Джерело: складено на основі [3]

Її головними засадничими елементами є наступні [8]: 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 провайдерами медичних послуг; по-четверте, жорстка ув'язка рівня заробітних плат і компенсацій медичного персоналу з кількістю пацієнтів, що обслуговуються.

Разом з тим, модель Беверіджа має недоліки, серед яких: 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. Для соціально орієнтованої системи охорони здоров'я (модель Бісмарка) характерним є обов'язкове медичне страхування. Ця модель властива

для таких країн як Німеччина, Австрія, Бельгія Нідерланди, Франція, Люксембург, Канада, останнім часом – для нових країн ЄС. Рівень фінансування у цих країнах складає від 6,2% до 11,3% ВВП (рис. 2).

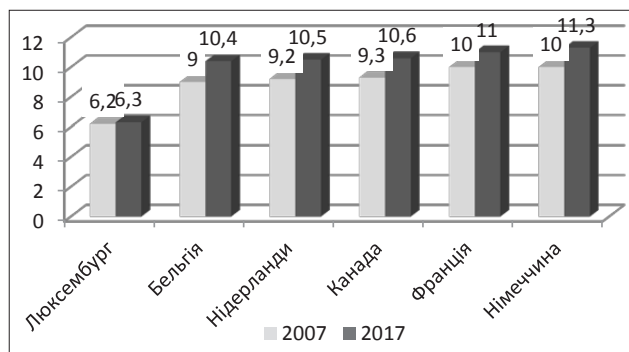


Рис. 2. Витрати на охорону здоров'я серед держав, яким властива модель Бісмарка, % від ВВП

Джерело: складено на основі [3]

Її головними засадничими елементами є наступні: гарантування усім громадянам права на отримання у разі необхідності мінімального пакету медичних послуг, який забезпечується бюджетним фінансуванням сфери охорони здоров'я, державними стандартами якості медичного обслуговування та унормуванням механізму ціноутворення на медичні послуги і системи взаєморозрахунків між державними органами охорони здоров'я та фондами обов'язкового медичного страхування; це рівноважний баланс між активним державним регулюванням медичної сфери та ринковими механізмами її функціонування й фінансування; професійна солідарність та паритетність відносин між роботодавцями і найманими працівниками у розподілі витрат на медичне страхування; комутативна справедливність у наданні медичних послуг з чіткою деталізацією їх видів та ув'язкою їх діапазону і рівня з трудовим внеском кожного громадянина; національна солідарність у сфері охорони здоров'я з гарантуванням отримання медичних послуг навіть малозабезпеченому населенню; безперервність відрахувань на медичне страхування, які здійснюються упродовж усього економічного активного життя і набувають форми відкладених доходів; децентралізація системи охорони здоров'я з її фрагментацією на національний, регіональний і місцевий рівні; незалежність фондів страхування здоров'я з їх управлінням з боку державних і приватних страхових компаній.

Зазначимо, що Німеччина стала країною, де вперше в світовій історії у 1883 році прийняли закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного медичного страхування і став прикладом для інших індустріальних країн. Детальніше зупинимося на досвіді реформування охорони здоров'я у цій державі, яка розпочалася з 2009 року. Німецька система характеризується наявністю декількох медичних фондів державного страхування, а також присутністю державних і приватних надавачів медичних послуг, децентралізацією охорони здоров'я. Кожен громадянин, який постійно проживає в Німеччині, зобов'язаний бути застрахованим на випадок хвороби. Послуги медичного страхування надають

так звані лікарняні каси, 87% з яких є державними і 13% – приватними.

Кожен найманий працівник, який заробляє не більше 48,6 тис. євро на рік, автоматично страхується в державній лікарняній касі. Щомісячний внесок з 1 січня 2011 р. складає 15,5% від заробітної плати, з яких 7,3% платить роботодавець, а 8,2% – працівник. Дія страховки поширюється на неповнолітніх дітей працівника і його/її дружину/чоловіка, якщо та/той не працює. На пільгових умовах у державних касах страхують студентів вищих навчальних закладів та професійно-технічних училищ віком до 30 років, які платять у місяць у середньому 75 євро. Право на державне медстрахування мають безробітні та пенсіонери. Послугами приватних лікарняних кас можуть користуватися наймані працівники, які заробляють понад 48,6 тис. євро на рік, та ті, хто має власну справу. Але в цьому випадку щомісячний внесок залежить від статі, віку та стану здоров'я людини і становить у середньому 200-300 євро. Сума зменшується, якщо клієнт погоджується на те, що з кожного рахунку лікаря певний відсоток сплачуватиме з власної кишені. Слід зазначити, що пацієнти, застраховані у приватних касах, спочатку самі сплачують медичні рахунки, а пізніше цю суму повністю або частково (залежно від тарифу) їм повертає страховик. Страховки, як правило, покривають усі види медичних послуг, включаючи профілактику, санаторне лікування та ліки. Застрахований має право вільно обирати клініку та лікаря. З 2004 року клієнти державних лікарняних кас зобов'язані під час торгового візиту до лікаря шокварталу сплачувати додатково 10 євро. До такого кроку вдалися для того, щоб зменшити кількість безпідставних візитів до лікаря. Причиною стало те, що пацієнти, застраховані в державних касах не бачать рахунків і не знають вартості медичного обслуговування.

З 2009 року державне медичне страхування фінансується з єдиного фонду, куди надходять внески працевдавців, найманих робітників та додаткові кошти з держбюджету. З цього фонду гроші перераховуються в державні лікарняні каси з огляду на кількість застрахованих, їх вік, стать, стан здоров'я та наявність хронічно хворих. Якщо касам грошей бракує, вони можуть вимагати від своїх членів додаткових внесків, але не більше 1% від зарплати. Реформа довела свою ефективність. Серед нововведень, які стали запроваджуватися у сфері охорони здоров'я Німеччини слід зазначити наявність електронних медичних карток. На такій пластиковій карті знаходяться не лише персональні дані власника та контакти лікарняної каси, а й фотографія, що має зменшити випадки зловживання документом. Таку картку пацієнт повинен пред'являти під час кожного візиту до лікаря. У неї вмонтовано електронний носій, який зберігає історію хворіб, інформацію про зроблені щеплення, бажання стати донором тощо. Для читування цих даних лікарні та лікарські приймальні були обладнані спеціальними пристроями за кошт держави [9]. Нині страхову модель охорони здоров'я активно застосовують у всьому світі, що підкреслює її практичне значення та економічну стійкість. Зазначимо, що обидві моделі охорони здоров'я, як Беверіджа так і Бісмарка, не виключають добровільне медичне страхування, яке здійснюється лише комерційними страховими компаніями. Воно може бути колективним (гру-

повим), коли страхувальником виступає підприємство, а застрахованими – його робітники. Інший варіант – індивідуальне добровільне страхування, коли і страхувальником, і застрахованим виступає фізична особа.

Модель переваги споживачів (приватна система фінансування охорони здоров'я) є характерною для США, Швейцарії, Філіппін, Південної Кореї та Австралії. Почали наближуватися до неї Азербайджан і Грузія. У США – найвищі витрати на охорону здоров'я. Так у період з 1979-2017 рр. сукупні витрати зросли з 8,5% до 17,2% валового внутрішнього продукту, а до 2025 р. очікується їх підвищення до 20,1% [4]. Що найменше у восьмеро зросли також медичні витрати у розрахунку на душу населення Але американська система страждає від нераціональної структури, адже там переважає витратний лікарняний сектор. Середня тривалість життя американців 78,9 р, у той час коли у Швейцарії – 83,7 р. Витрати на охорону здоров'я серед держав, яким властива модель приватної системи охорони здоров'я демонструє рис. 3.

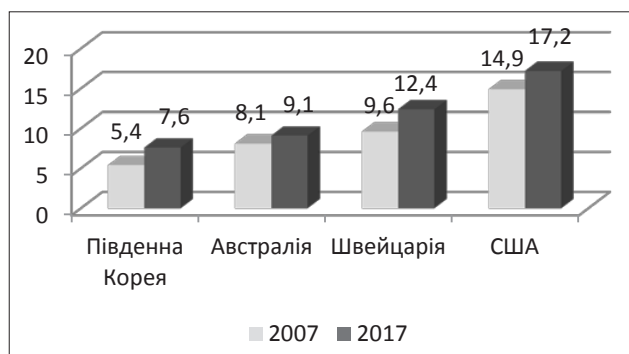


Рис. 3. Витрати на охорону здоров'я серед держав, яким властива модель приватної системи охорони здоров'я, % від ВВП

Джерело: складено на основі [3]

Виділяють наступні ключові характеристики даної моделі: пріоритет ліберальних підходів у реалізації політики у сфері охорони здоров'я, що забезпечує високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, максимально повне задоволення потреб пацієнтів щодо вибору лікаря або медичного закладу, необмежену фінансову автономію медичних закладів, а також оперативність надання медичної допомоги та забезпечення повної лікарської конфіденційності; наявність потужних стимулів для постійного професійного розвитку медичних працівників, підвищення якості медичних послуг, мобільності ресурсів у межах підсистем медичної сфери та інтенсифікації розвитку нових медичних технологій; незначний рівень охоплення населення державними медичними гарантіями та обмеженість державного сегменту національних систем медичних послуг лише тими функціями, котрі перебувають за межами приватного фінансування і ринкових механізмів регулювання сфери охорони здоров'я; надмірна вартість медичних послуг для роботодавців та населення, що обмежує можливості забезпечення ними усіх верств населення; домінування позабюджетного фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту з переважанням приватних фінансових механізмів у медич-

ному страхуванні, що забезпечується в основному добровільними внесками роботодавців; колосальні соціально-економічні втрати суспільства від недостатнього рівня охоплення населення системою медичних послуг та постійне розширення суспільних витрат на охорону здоров'я (з боку неприбуткових громадських організацій, асоціацій, товариств та інших інституцій).

У Сполучених Штатах Америки нині найвищий рівень конкуренції у сфері охорони здоров'я, що створює необхідні передумови для споживачів, з одного боку, робити вибір на користь того чи іншого провайдера медичних послуг, а з другого – обирати найоптимальніше медичне обслуговування у параметрах співвідношення ціна – якість. Йдеться про те, що у той час, як заможні верстви населення здатні сповна задовольнити свої медичні потреби завдяки медичному страховому полісу та необмеженому доступу до системи охорони здоров'я, то малозабезпечений сегмент громадян може розраховувати тільки на державні гарантії у цій сфері та обмежений доступ до медичного обслуговування. Інакше кажучи, є всі підстави стверджувати про чітко виражений асиметричний характер системи охорони здоров'я США, яка, з одного боку, потребує колосальних фінансових витрат (що лягають непосильним тягарем на приватний і корпоративний сектори), а з другого – має серйозні вади у задоволенні потреб у медичних послугах усього населення.

Матеріали досліджень вказують на те, що США – лідер у медичній сфері як з погляду широти впровадження передових медичних технологій та імплементації інноваційних методів лікування, так і проведення НДДКР у сфері охорони здоров'я та розробки нових видів лікарських препаратів. Достатньо сказати, що 18 з 25 останніх лауреатів Нобелівської премії у галузі медицини є американцями або громадянами інших країн, котрі працюють у США; а продуцентами половини із загальної кількості медичних препаратів, розроблених у світі в останні роки, є американські компанії фармацевтичної індустрії [4, с. 200].

Заслугує на увагу і той факт, що у США запровадили автоматичну реєстрацію медичних препаратів та виробів медичного призначення. Це дало змогу усунути корупційну складову у цій сфері (у тому числі корупцію у сфері державних закупівель) та майже утричі знизити для лікарень закупівельну вартість медикаментів. Крім того, скорочення кількості ліцензійних та дозвільних видів підприємницької діяльності на 84% створило підґрунтя для запровадження у практику чітких, прозорих і зрозумілих «правил гри» для усіх агентів ринку медичних послуг [3; 6; 7].

Як уже зазначалось, Грузія почала наближуватися до реалізації на практиці моделі приватної системи охорони здоров'я. Так, тільки у період 2009-2012 рр. загальна кількість громадян Грузії, охоплених приватним медичним страхуванням, зросла з 40 до 450 тис. осіб, охоплюючи на кінець періоду 51% громадян на рівні загального фінансування та 38% на рівні державного фінансування медицини [10].

Висновки. Проведені дослідження свідчать про те, що, кожна держава сформувала свою власну модель охорони здоров'я, яка передбачає певне фінансове забезпечення. Зроблено висновок про те, що в сучасному суспільстві на сьогодні функціонують чотири моделі охорони здоров'я. Це модель переваги спожи-

вачів (приватна система охорони здоров'я), модель Бісмарка (соціально орієнтована система охорони здоров'я), модель Беверіджа (державна система охорони здоров'я) та модель Семашка. Кожна модель має свої переваги й недоліки. Вибір моделі охорони

здоров'я є стратегічно важливим завданням кожної держави, котра змушена будувати систему економічних відносин з урахуванням об'єктивних потреб і можливостей та усвідомлювати постійно зростаючу економічну і соціальну цінність здорового суспільства.

Список використаних джерел:

1. Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник / Державна служба статистики України. – Київ, 2017. – 172 с.
2. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения: научное издание. – Копенгаген: ВООЗ, 2010. – 241 с.
3. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2(49). – С. 198-206.
4. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. – 2014. – К.: Вид-во: ТОВ «НВП»Інтерсервіс», 52 с.
5. Health at a glance 2017 – OECD Indicators-en-OECD.org. Режим доступу: <http://stats.oecd.org/>
6. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Актуальні проблеми сфери охорони здоров'я України. Інтелект XXI. 2015. № 6. С. 46-51.
7. Савчук Л. М. Фінансування сфери охорони здоров'я України. Актуальні проблеми розвитку регіону. 2016. № 12. Т. 1. С. 24-29.
8. Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. URL: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fundreports/2014/jun/mirror-mirror>
9. Медицина в Німеччині: без страховки не обійтись. Режим доступу: https://www.ukrinform.ua/rubric-other_news/1358589meditsina_v_nimechchini_bez_strahovki_ne_obiytisya_1731393.html
10. Health systems in transition: Georgia. Health system review. – 2009. – Vol. 11, No. 8. – P. 86.

References:

1. Natsionalni rakhunky okhorony zdorovia v Ukraini u 2016 rotsi [National Health Accounts in Ukraine in 2016] (2017). *Statystychnyi zbirnyk. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy*. Kyiv, p. 172 [in Ukrainian].
2. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2010). *Evropeiskaia observatoriya po sistemam y polytyke zdavoookhraneniya. Fynansirovaniye zdavoookhraneniya v Evropeiskom soiuze* [European Observatory on Health Systems and Policies. Health financing in the European Union]. *Problemy y stratehycheskye resheniya: nauchnoe yzdanye*. VOOZ, p. 241.
3. Lytvynenko M. V. (2015). *Pryntsyipy natsionalnoi systemy okhorony zdorovia v Ukraini* [Principles of the national healthcare system in Ukraine]. *Teoriia ta praktyka derzhavnoho upravlinnia*, 2(49), p. 198-206. [in Ukrainian].
4. Bendukidze K. (2014). *Reformy okhorony zdorovia v Respublitsi Hruzii: vid radianskoi ruiny do okhorony zdorovia na rynkovii osnovi* [Health Care Reforms in Georgia: From the Soviet Ruins to Market-Based Health Care]. Kyiv: Vyd-vo: TOV «NVP»Interservis», p. 52 [in Ukrainian].
5. Health at a glance 2017 – OECD Indicators-en-OECD.org. URL: <http://stats.oecd.org/>
6. Kinash I. P., Savchuk L. M. (2015). *Aktualni problemy sfery okhorony zdorovia Ukrainy* [Actual problems of health care in Ukraine]. *Intelekt XXI*, 6. p. 46-51. [in Ukrainian].
7. Savchuk L. M. (2016). *Finansuvannia sfery okhorony zdorovia Ukrainy* [Financing the health sector in Ukraine]. *Aktualni problemy rozvytku rehionu*, 12. T. 1, p. 24-29. [in Ukrainian].
8. Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally (2014). URL: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fundreports/2014/jun/mirror-mirror>
9. *Medytsyna v Nimechchyni: bez strakhovky ne obiitysia* [Medicine in Germany: no insurance can do]. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-other_news/1358589meditsina_v_nimechchyni_bez_strahovky_ne_obiitysia_1731393.html
10. Health systems in transition: Georgia (2009). *Health system review*, Vol. 11, No. 8, p. 86.