

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

ПУБЛІЧНЕ УРЯДУВАННЯ PUBLIC MANAGEMENT

№ 2 (30) – серпень 2022



Видавничий дім
«Гельветика»
2022

Публічне урядування
Свідоцтво KB 21596-11496 Р
Видається з листопада 2015 року
Періодичність: 1 раз на квартал + 1 на рік
Друкується за рішенням Вченої ради
Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 6 від 01.09.2022)
Видання є таким, що реферується в міжнародних
та вітчизняних наукометричних базах:
Index Copernicus, ResearchBib,
Turkish Education Index, Polish Scholarly Bibliography,
Google Scholar, “Україніка наукова”, “Джерело”.
Згідно з Наказом Міністерства освіти і науки України
від 07.11.2018 № 1218 збірник “Публічне урядування”
внесено до Списку друкованих періодичних видань,
що включаються до Переліку наукових фахових видань
України, яким присвоєно категорію “Б”.
Статті у виданні перевірені на наявність плагіату
за допомогою програмного забезпечення
StrikePlagiarism.com від польської компанії Plagiat.pl.
Відповідальність за зміст, достовірність фактів, цитат,
цифр несуть автори матеріалів. Редакція залишає за
собою право на незначне редагування і скорочення
(зі збереженням авторського стилю та головних
висновків). Редакція не завжди поділяє думки авторів
та не несе відповідальності за надану ними інформацію.
Матеріали подано в авторській редакції.
Передрук — тільки з дозволу редакції.
Адреса редакційної колегії:
ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія
управління персоналом”
вул. Фрометівська, 2, Київ, Україна, 03039
Офіційний сайт видання:
www.journals.maup.com.ua/index.php/public-management

Public management
Certificate KB 21596-11496 Р
Published from november 2015
Pereodisity: 4 times on a year + one
Published by the decision of Academic council of
Interregional Academy of Personnel Management
(Protocol № 6 from September 1, 2022)
Collection is included to the international
and domestic scientometrics databases Index
Copernicus International, ResearchBib, Turkish Education
Index, Polish Scholarly Bibliography, Google Scholar,
“Україніка наукова”, “Джерело”.
According to the Order of the Ministry of Education
and Science of Ukraine dated November 7, 2018, № 1218,
the collection “Public management”
is included in the List of printed periodicals, which are included
in the List of scientific professional editions of Ukraine, which
have been assigned the category “B”.
The articles were checked for plagiarism
using the software StrikePlagiarism.com developed
by the Polish company Plagiat.pl.
The authors are responsible for the content,
accuracy of the facts, quotes, numbers. The editors reserves
the right for a little change and reduction
(with preservation of the author’s style and main
conclusions). Editors can not share the world views of the
authors and are not responsible for the information provided.
Materials filed in the author’s edition.
Reprinting — with the editorial’s permission strictly.
Address of the editorial board:
Interregional Academy of Personnel Management
Str. Frometivska, 2, Kyiv, Ukraine, 03039
Official site:
www.journals.maup.com.ua/index.php/public-management

Публічне урядування : збірник. № 2 (30) — серпень 2022. Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2022. 136 с.

Ахмедова О. О.

Теоретичні та прикладні засади державної політики у сфері забезпечення безпеки туристичної галузі (вітчизняний та закордонний досвід).....10

Виноградова Н. В.

Механізм державної підтримки проектів державно-приватного партнерства у регіонах.....16

Дуброва О. М.

Аналіз концепцій державного управління в національних системах вищої освіти.....23

Звірич В. В.

Методичні засади та принципи удосконалення механізму управління персоналом у галузі охорони здоров'я.....32

Квасний Л. Г., Квасний З. В., Грицко О. М.

Управління ефективністю стратегії цифрового бізнесу.....40

Кузьменко Г. О.

Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.....47

Литовченко І. І.

Аналіз організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини.....55

Орел М. Г., Ситник Г. П.

Мова як фактор національної стійкості крізь призму консолідації та збереження ідентичності національних меншин.....61

Підлісна Т. В., Бондар Д. В.

Основні напрями реалізації державної політики у сфері безпеки в умовах надзвичайного стану.....72

Пушкаренко С. О.

Закріплення інституційного механізму захисту прав людини в конституційних принципах.....78

Сєдов Г. Ю.

Параметризація ефективності надання адміністративних послуг.....86

Цимбал Є. П.

Аналіз закономірностей взаємодії суб'єктів малого та середнього підприємництва та владних структур.....94

Чуба Н. В.

Електронне врядування та адаптація державної служби України до стандартів ЄС.....101

Черненко І. О.

Основні наукові підходи щодо визначення контролю громадянського суспільства за державним апаратом.....110

Шевченко С. В.

Сучасні критерії заходів державного регулювання зайнятості.....120

Шульжик Ю. О., Грицко Р. Ю., Пеканець С. Р.

Управління змінами в умовах цифровізації.....127



УДК 351.77

[https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2\(30\)-7](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-2(30)-7)

Литовченко Ігор Іванович,
аспірант, Міжрегіональна Академія управління
персоналом, 03039, м. Київ, вул. Фрометівська, 2,
<https://orcid.org/0000-0002-8076-6852>

Lytovchenko Ihor Ivanovych,
Postgraduate Student, Interregional Academy of
Personnel Management, 03039, Kyiv, Frometivska str., 2,
<https://orcid.org/0000-0002-8076-6852>

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НІМЕЧЧИНИ

Анотація. У статті проведено узагальнений аналіз функціонування організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини за національним законодавством Федеральної Республіки Німеччини, за результатами якого визначено умовно три рівня системи організації охорони здоров'я Німеччини. Перший рівень включає Федеральні землі, які мають власні законодавчі повноваження та відповідають за виконання федерального законодавства, а також за планування та фінансування стаціонарного лікування, здійснюють технічний та адміністративний нагляд за муніципальною службою охорони здоров'я; муніципальні органи охорони здоров'я, які близькі до місцевих жителів у виконанні своїх повноважень; комуни, які діють до людей і відповідають за місцеву охорону здоров'я. Другий рівень – самоврядування: (Федеральний об'єднаний комітет (G-BA), Медичні страхові компанії та Центральна асоціація медичних страхових компаній, Центральна асоціація кас медичного страхування (GKV-Spitzenverband), Німецьке товариство лікарень, Національні асоціації лікарів і стоматологів з обов'язкового медичного страхування та інші окремі лікарні, які представляють свої інтереси не окремо, а через свої асоціації. На державному рівні лікарні організовані в асоціації державних лікарень. Регіональні асоціації, у свою чергу, об'єднані в Німецьке товариство лікарень (DKG), який бере на себе юридичні завдання в рамках самоврядування в системі охорони здоров'я. Третій рівень – окремі актори та їхні представницькі органи, зокрема федеральні та земельні палати різних професій охорони здоров'я, організації пацієнтів, професійні групи та групи інтересів асоціації медичної професії, асоціації немедичних професій охорони здоров'я, асоціація приватного медичного страхування та асоціації виробників фармацевтичних препаратів.

Також зазначено основні принципи системи охорони здоров'я Федеральної Республіки Німеччини: 1) принцип обов'язковості; 2) фінансування внесків; 3) принцип солідарності; 4) принцип самоврядування.

Ключові слова: публічне управління, охорона здоров'я, система охорони здоров'я Німеччини, організаційно-правий механізм, організаційно-правий механізм охорони здоров'я Німеччини.

ANALYSIS OF THE ORGANIZATIONAL AND LEGAL MECHANISM THE HEALTH CARE SYSTEM IN GERMANY

Abstract. The article provides a generalized analysis of the organizational and legal mechanism functioning of the German health care system according to the national legislation in the Federal Republic of Germany. Based on the results of the analysis, three levels of the German health care organization system were conditionally determined. The first level includes Federal lands, which have their own legislative powers and are responsible for the implementation of federal legislation, as well as for the planning and financing of inpatient treatment, exercise technical and administrative supervision over the municipal health care service; municipal health care bodies that are close to local residents; communes that operate close to people and are responsible for local health care. The second level is self-government (Federal Joint Committee (G-BA), Health Insurance Companies and the Central Association of Health Insurance Companies, the Central Association of Health Insurance Funds (GKV-Spitzenverband), the German Hospital Association, the National Associations of Physicians and Dentists for compulsory health insurance and others. Individual hospitals do not represent their interests individually, but through their associations. At the national level, hospitals are organized into state hospital associations. The regional associations, in turn, are united in the German Hospital Association (DKG), which assumes the legal tasks within the framework of self-governance in the health care system. The third level is individual actors and their representative bodies, including federal and state chambers of various health care professions, patient organizations, professional groups and interest groups of medical profession associations, non-medical health professions associations, private health insurance associations, and associations of pharmaceutical manufacturers.

The main principles of the health care system of the Federal Republic of Germany are also indicated: 1) the principle of mandatory; 2) financing of contributions; 3) the principle of solidarity; 4) the principle of self-government.

Key words: public administration, health care, Germany's health care system, organizational-right mechanism, organizational-right mechanism of German health care.

Вступ. У міжнародному порівнянні системи охорони здоров'я диференціюються за різними критеріями, в залежності від того, як фінансуються послуги, які шляхи доступу пацієнтів мають до послуг охорони здоров'я та яким формам державного регулювання підлягає система. Умовно можна виділити, по суті, три типи систем охорони здоров'я (Beate Land, 2018; p. 15):

1. Системи, що фінансуються державою та податками, також відомі як «системи Беверіджа» («Beveridge-System») на честь британського економіста Вільяма Х. Беверіджа (1879–1963). Британська національна служба охорони здоров'я (NHS) є прототипом.

2. Системи соціального забезпечення, що фінансуються за рахунок внесків страхувальників і роботодавців. У цій системі існує протиставлення державних і приватних постачальників, які в рамках самоврядування мають творчу свободу дій, як це має місце в Німеччині.

3. Приватно організовані системи без державного регулювання фінансування та організації. Медичні послуги фінансуються за рахунок приватного страхування або через оплату з власної кишені. Ця система приватних постачальників значною мірою підкоряється правилам вільної

ринкової економіки, як це відбувається в деяких частинах системи охорони здоров'я США.

Однак треба зазначити, що ці три типи не зустрічаються в системі охорони здоров'я в чистому вигляді, зазвичай існують змішані форми, в яких переважає та чи інша організаційна структура.

Розглянемо докладніше, другий тип системи, який історично склався у Федеральній Республіці Німеччини. Німецька система охорони здоров'я підтримується та керується багатьма установами та суб'єктами, учасниками якою є асоціації та групи інтересів різних постачальників, професійні групи, медичні страхові компанії, установи забезпечення якості, Міністерство охорони здоров'я, організації пацієнтів і групи самодопомоги. Це є результатом того, що система охорони здоров'я Німеччини організована через соціальне страхування, мета якої захистити від елементарних життєвих ризиків. Постачальники медичних послуг та постачальники послуг, а також роботодавці та застраховані особи організовуються для контролю та формування системи охорони здоров'я, держава лише визначає рамкові умови та здійснює нагляд. Законодавче медичне страхування захищає

близько 90 відсотків населення від фінансових ризиків, пов'язаних із витратами на хворобу, і фінансується за рахунок внесків, які сплачують застраховані особи та за рахунок федеральної субсидії (з податків і призначений для покриття нестрахових виплат, таких як, наприклад спільне страхування дітей і подружжя без внесків). Німецька система охорони здоров'я – це так звана подвійна система медичного страхування:

- державне медичне страхування (GKV),
- приватне медичне страхування (PKV).

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Результати комплексних досліджень системи охорони здоров'я Німеччини висвітлені у публікаціях переважно німецьких вчених, зокрема Беат Ленд (Beate Land, 2018), Майкл Е. Портер, Клеменс Гут (Michael E. Porter, Clemens Guth, 2012), Майкл Саймон (Michael Simon, 2021), Джудіт Вольф, Мартін Дабровські, Карліс Абмайер (Judith Wolf, Martin Dabrowski, und Karlies Abmeier, 2012), та інші. Серед українських вчених невелика кількість опублікованих останнім часом досліджень, які присвячені переважно порівняльному аналізу системи охорони здоров'я України і Німеччини, зокрема: Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В. (Шлапко, Старинський, Миргород-Карпова, 2021), Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Вакуленко Д. В. (Смірнова, Климук, Вакуленко, 2020) та інші.

Метою статті є проведення узагальненого аналізу функціонування організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини за національним законодавством Федеральної Республіки Німеччини.

Виклад основного матеріалу. У рамках роботи уряду Федеральної Республіки Німеччини Федеральне міністерство охорони здоров'я (Bundesministerium für Gesundheit – BMG) відповідає за політику охорони здоров'я, відповідно і за розробку законодавчих проектів, постанов та адміністративних рішень в галузі охорони здоров'я, а також на федеральному рівні відповідає за установи, які займаються основними завданнями, пов'язаними з охороною здоров'я, зокрема це (Das deutsche Gesundheitssystem Leistungsstark, 2020; Bundesministerium für Gesundheit):

- Федеральний інститут ліків і медичних приладів (BfArM);
- Інститут Пауля Ерліха;
- Федеральний інститут для вакцин і біомедичних препаратів (PEI);
- Інституту Роберта Коха (RKI);
- Федерального центру медичної освіти (BZgA).

Федеральному міністру охорони здоров'я також допомагають уповноважений федерального уряду з медсестринства та уповноважений федерального уряду з питань наркотиків і проблем пацієнтів.

Система організації охорони здоров'я Німеччини дуже розвинута, однак умовно її можна поділити на три рівня (Das deutsche Gesundheitssystem Leistungsstark, 2020; Bundesministerium für Gesundheit):

Перший рівень.

– *Федеральні землі*, які мають власні законодавчі повноваження. Вони відповідають за виконання федерального законодавства, а також за планування та фінансування стаціонарного лікування. Крім того здійснюють технічний та адміністративний нагляд за муніципальною службою охорони здоров'я. Відповідальність за обов'язкове медичне страхування лежить насамперед на федеральному уряді. Тим не менш, федеральні землі несуть відповідальність за нагляд за регіональними касовими апаратами. Палати медичних працівників (державні палати лікарів, державні стоматологи, державні фармацевти та державні палати психотерапевтів), а також асоціації лікарів і стоматологів підпадають під їх нагляд.

– *Муніципальні органи охорони здоров'я* також є важливою частиною німецької системи охорони здоров'я, які близькі до місцевих жителів. Наприклад, під час поточної коронакризи вони документують усі нові випадки зараження та відстежують ланцюги зараження, щоб контролювати перебіг поширення вірусу в їхній громаді. Вони також погоджуються з лікарнями, якою мірою вони надають ліжка для хворих на коронавірус, і, можливо, доведеться відкласти інші види лікування, наприклад операції, які можна запланувати. За лікарні часто відповідають самі муніципалітети.

– *Комуни* – люди, які їдуть до лікаря чи фізіотерапевта, їдуть переважно у своє село чи місто. Це їхнє найближче оточення, в якому вони також хочуть отримати медичну допомогу. Ось чому муніципалітети настільки важливі як найменша політична нормативна база: вони діють близько до людей і, отже, відповідають за місцеву охорону здоров'я. Також для профілактики, тобто охорони здоров'я муніципалітети пропонують багато легкодоступних пропозицій, наприклад, психосоціальні консультації у випадку кризи. Таким чином забезпечуються рівні можливості в німецькій системі охорони здоров'я.

Другий рівень – самоврядування.

Важливим елементом німецької системи охорони здоров'я є те, що учасники самі вирішують,

які медичні послуги надавати та фінансувати постачальнику послуг за рахунок солідарної спільноти – тобто медичних страхових компаній. При цьому вони керуються принципом економічної ефективності. Це означає, що послуги мають бути достатніми, відповідними та економічними; вони не повинні перевищувати того, що необхідно. Застраховані особи зазвичай повинні оплачувати додаткові виплати самостійно.

З багатьма методами лікування зрозуміло, що вони покриваються державним медичним страхуванням, наприклад, людина перенесла серцевий напад, негайно лікує лікар швидкої допомоги, медичне страхування оплачує це. Навіть ті, хто підвернувся щиколотку, за карткою медичного страхування ортопед робить рентген і за потреби перев'язує стопу. Але якщо пацієнт після ортопедичної травми бажає остеопатичного лікування замість фізіотерапії? Якщо вона чи він не хоче приймати знеболюючі, а гомеопатичні ліки? Тоді хтось повинен вирішити, чи покриваються ці послуги також медичними страховими компаніями. Ось для чого створений Об'єднаний федеральний комітет.

Об'єднаний федеральний комітет (G-BA), що знаходиться в Берліні, є найважливішим органом спільного самоврядування в системі охорони здоров'я. Головні завдання та вимоги, яких G-BA має дотримуватися під час прийняття рішень, викладено у п'ятій книзі Соціального кодексу (SGB V). Зокрема G-BA визначає, які індивідуальні медичні послуги покриваються державним медичним страхуванням (GKV). Крім того, він має завдання у сфері управління якістю та забезпечення якості контрактного медичного обслуговування, контрактного стоматолога та стаціонарного медичного обслуговування. G-BA фактично виконує свої завдання, приймаючи керівні принципи. Вони мають характер підзаконних стандартів і є юридично обов'язковими для всіх тих, хто має державне медичне страхування, і тих, хто залучений до державного медичного страхування. Виконуючи свої завдання, G-BA підлягає правовому нагляду Федерального міністерства охорони здоров'я. Структури, терміни та кроки, за допомогою яких G-BA приймає свої рішення, викладені в її правилах процедури. Мета – приймати прозорі та юридично безпечні рішення, які відповідають загальноновизнаному стану медичних знань. Відповідно до закону законні інтереси постраждалих осіб повинні бути належним чином враховані та принцип економічної ефективності в розумінні розділу 12 (1) SGB V. (*Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*).

G-BA складається з наступних членів: Національної асоціації державних фондів медич-

ного страхування, Національної асоціації лікарів загального медичного страхування та Національної асоціації стоматологів державного медичного страхування, а також Німецького товариства лікарень. Але пацієнти також повинні вносити свої власні інтереси. З цієї причини представники організацій пацієнтів та інвалідів також мають право консультуватися та подавати заявки до G-BA. Також можна надати поради з усіх питань, наприклад, чи будуть медичні страхові компанії платити за поради щодо харчування для пацієнтів з діабетом, які нові методи лікування включені в постачання або які зубні протези фінансуються медичними страховими компаніями.

Медичні страхові компанії та Центральна асоціація медичних страхових компаній. У Німеччині існує широкий спектр можливостей для отримання медичного страхування. Найбільше застрахованих має державне медичне страхування, яке нині нараховує 1059 компаній (*Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*). Особи, які мають статутне медичне страхування, можуть бути членами місцевої каси медичного страхування, каси компанії, гільдії або іншої каси медичного страхування, або бути застрахованими через касу медичного страхування сільського господарства чи асоціацію шахтарів. Існують також приватні медичні страхові компанії.

Фонди медичного страхування об'єднані в центральну асоціацію, *Центральну асоціацію кас медичного страхування* (*GKV-Spitzenverband*). Через ці або через свої регіональні асоціації вони укладають договори з медичними асоціаціями, клініками та аптеками і регулюють, скільки грошей вони платять за окремі медичні процедури.

Німецьке товариство лікарень. Окремі лікарні представляють свої інтереси не окремо, а через свої асоціації. На державному рівні лікарні організовані в асоціації державних лікарень. Регіональні асоціації, у свою чергу, об'єднані в Німецьке товариство лікарень (*DKG*), який бере на себе юридичні завдання в рамках самоврядування в системі охорони здоров'я.

Національні асоціації лікарів і стоматологів з обов'язкового медичного страхування. Відповідні асоціації лікарів із загального медичного страхування та асоціації стоматологів (*KVen* та *KZVen*) і відповідна федеральна організація (*Національна асоціація лікарів із загального медичного страхування* (*KBV*) та *Національна асоціація стоматологів із державного медичного страхування* (*KZBV*)) несуть відповідальність за забезпечення амбулаторного медичного обслуговування, а також здійс-

снюють психотерапевтичну та стоматологічну допомогу для тих, хто має державне медичне страхування в Німеччині. На додаток до цього вони представляють інтереси лікарів, психотерапевтів і стоматологів, які беруть участь у контрактній (стоматологічній) медичній допомозі.

Третій рівень – окремі актори та їхні представницькі органи.

А де насправді люди лікуються та доглядають за хворими? Це відбувається на третьому рівні через лікарів, терапевтів, лікарні та реабілітаційні клініки. Щоб гарантувати, що ці актори, які безпосередньо беруть участь у догляді за пацієнтами, також були почуті політично, вони об'єднуються в професійні організації та професійні та ділові асоціації. Тут, наприклад, слід згадати федеральні та земельні палати різних професій охорони здоров'я або Федеральний союз асоціацій німецьких фармацевтів (ABDA). Крім того, тут є організації пацієнтів, професійні групи та групи інтересів асоціації медичної професії, асоціації немедичних професій охорони здоров'я, асоціація приватного медичного страхування та асоціації виробників фармацевтичних препаратів.

Висновок. Таким чином за результатами проведеного аналізу проведення функціонування організаційно-правового механізму системи охорони здоров'я Німеччини можна визначити основні принципи системи охорони здоров'я Федеральної Республіки Німеччини: 1) принцип обов'язкового медичного страхування, згідно якого усі громадяни Німеччини зобов'язані застрахуватися в медичній страховій компанії державної або приватної; 2) фінансування внесків, який передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок внесків громадян та їхніх роботодавців (на поповнення також використовуються субсидії з податкових надходжень); 3) принцип солідарності, згідно якого усі, хто має державне медичне страхування, спільно несуть ризики витрат, пов'язаних із захворюваннями (тобто кожна людина має однакове право на медичну допомогу, незалежно від рівня її доходу та сплачених з нього внесків, проте розмір відповідного внеску залежить від відповідного доходу, що є проблемою державного медичного страхування); 4) принцип самоврядування, згідно якого існують рамкові умови щодо того, як має бути розроблена медична допомога (проте організацією та фінансуванням окремих медичних послуг керують представники лікарів, терапевтів, лікарень та медичних страхових компаній, а вищим органом тут є об'єднаний федеральний комітет).

Незважаючи на зазначені вище недоліки німецька модель системи охорони здоров'я

(створена ще канцлером Отто фон Бісмарком у 1881 році, була історично першою державною системою охорони здоров'я через фонди соцстраху, що оплачували витрати на лікування, видавали допомоги з безробіття, пенсії тощо, які поступово виділилися в лікарняні каси) працює в інших розвинутих країнах світу, зокрема у країнах Європи: Австрія, Франція, Бельгія, Нідерланди, Люксембург.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ: —

1. Beate Land. Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung Wissen für Pflege- und Therapieberufe. 2018. 264 Seiten
2. Michael E. Porter, Clemens Guth. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. 2012. S. 388
3. Michael Simon. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. 2021 Hogrefe Verlag, Bern. P. 343.
4. Judith Wolf, Martin Dabrowski, und Karlies Abmeier. Gesundheitssystem und Gerechtigkeit Herausgeber:innen. 2012.
5. Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В. Європейські орієнтири реформування системи охорони здоров'я в Україні в порівнянні з Німеччиною. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право.* № 68 (2021). С. 96–103.
6. Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Вакуленко Д. В. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2020. № 3 (85). С. 103–105.
7. Das deutsche Gesundheitssystem Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Bundesministerium für Gesundheit. Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen Redaktionsschluss 30. April 2020 URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen
8. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). URL: <https://www.g-ba.de/>
9. Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen 2021 für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. URL: https://www.vdek.com/politik/positionen/wahlperiode_19.html
10. Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>
11. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung URL: https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html

REFERENCES: —

1. Beate Land. (2018). *Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung Wissen für Pflege- und Therapieberufe.* [in German].
2. Michael E. Porter, Clemens Guth. (2012). *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen.* 2012. [in German].
3. Michael Simon. (2021). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funk-*

- tionsweise. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage.* Hogrefe Verlag, Bern. [in German].
4. Judith Wolf, Martin Dabrowski, und Karlies Abmeier. (2012). Gesundheitssystem und Gerechtigkeit Herausgeber:innen. [in German].
 5. Shlapko T., Starynskyi M., Myrhorod-Karpova V. (2021). Yevropeiski oriiientyry reformuvannia systemy okhorony zdorov'ia v Ukraini v porivnianni z Nimechchynoiu [European guidelines for reforming the healthcare system in Ukraine compared to Germany]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Serii: Pravo–Scientific Bulletin of the Uzhhorod National University. Series: Law*, 68, 96–103 [in Ukrainian].
 6. Smirnova V. L., Klymuk N. YA., Vakulenko D. V. (2020). Analiz modeley medychnoho strakhuvannya [Analysis of models of medical insurance]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov'ya Ukrayiny*. 3 (85), 103-105 [in Ukrainian].
 7. *Das deutsche Gesundheitssystem Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Bundesministerium für Gesundheit.* Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen Redaktionsschluss. (2020) URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen [in German].
 8. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). URL: <https://www.g-ba.de/> [in German].
 9. Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen 2021 für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. URL: https://www.vdek.com/politik/positionen/wahlperiode_19.html [in German].
 10. Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/> [in German].
 11. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung URL: https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html [in German].