

КРАЇНИ ПІВНІЧНОЇ АМЕРИКИ ТА ЇЇ ВНЕСОК У ДОКТРИНУ МЕДИЧНОГО ПРАВА В КОНТЕКСТІ МИРНОГО ТА ВОЄННОГО ЧАСУ

Колосов І. В., Чопорова О. Ю.

ВСТУП

Стрімкий розвиток суспільних відносин на фоні протистояння світових мегадержав та тривалого військового конфлікту дає поштовх ще і ще раз звернутись до витоків доктрини медичного права у різних країнах світу з метою консолідації зусиль у сфері охорони здоров'я, надання медичних послуг населенню та проблематики відновлення працездатної особи внаслідок тимчасової непрацездатності.

В цьому контексті актуальним видається вивчення досвіду країн Північної Америки, позаяк у цьому регіоні розташовані дві з сьоми країн G7, які за рівнем економічного потенціалу є найбільш спроможними забезпечувати завдання сталого розвитку, визначені ООН.

У різні часи загальним порівняльним питанням розглядуваної проблематики були присвячені роботи Бородуліна Ф.Р., Вилегжаніна М.І., Заблудовського П.Є., Бадмаєва П.А., Скориченко-Амбодік Г.Г., Ковнер С.М., Маракуєва А.В., Багдасарьян С.М., Церетелі Г.Ф., Модестова П.В., Алексеєнко І.П., Вязьменського Е.С., Кирилова С.В., Корнієвського П.А., Пясецького П.Я., Мангалік В.С., Баткіс Г.А., Бернард А.А. Москаленка В.Ф., Іншина М.І., Жернакова В.В., Стеценка С.Г., Сенюта І.Я., Яковлева О.А., Веннікової В.В., Колосова І.В. та їх зарубіжних колег: d'Harcourt, Lasters, Merei, Wilke, Beyer, Lefebvre, Labat, Naficy, Wong, Zimmer, Darenberg, Uffelmann і т.п.

У той же час, проблемі розвитку медичного права у країнах Північної Америки на сучасному етапі, особливо в умовах нещодавньої пандемії та війни, у вітчизняній науковій літературі, на наш погляд, приділено недостатньо уваги.

Відтак, метою пропонованого дослідження є:

1) ретроспективний огляд суспільних відносин, що стали передумовою для виникнення правових актів у галузі медицини країн Північної Америки;

2) виявлення їх закономірностей, особливостей та діалектичних зв'язків;

3) виокремлення відносин у галузі медицини, котрі в силу своєї суспільної значущості потребували та потребують правового урегулювання, окремо: в умовах миру та воєнного стану;

4) напрацювання авторських висновків та окреслення перспективних напрямків подальшої наукової розвідки.

Об'єктом дослідження при цьому будуть медико-суспільні системи США, Канади і Мексики за рахунок застосування історичного, формально-логічного, діалектичного та порівняльно-правового методів.

1. Розвиток медичного права у Канаді

Загалом, Конституція Канади визначає повноваження федерального, провінційного та територіального урядів. Згідно з Конституційним актом (1867)¹ провінції відповідальні за створення, утримання та управління лікарнями, притулками, благодійними організаціями та благодійними установами, а федеральний уряд отримав юрисдикцію над морськими госпіталами та карантинном, а вже федеральний департамент сільського господарства виконував обов'язки з охорони здоров'я з 1867–1919 рік.

До Другої світової війни охорона здоров'я в Канаді здебільшого надавалася і фінансувалася приватними установами. У 1947 році уряд Саскачевану запровадив загально провінційний план універсального лікарняного обслуговування. До 1950 року подібні плани мали Британська Колумбія та Альберта. У 1957 році федеральний уряд ухвалив Закон про лікарняне страхування та діагностичні послуги, цей закон передбачав відшкодування або часткове погашення витрат провінцій й територій на певні лікарняні та діагностичні послуги, що фінансувалося державою. У Саскачевані запроваджено універсальний провінційний план медичного страхування для надання послуг лікарів усім своїм мешканцям у 1962 році. У 1966 році федеральний уряд прийняв Закон про медичне обслуговування, який запропонував відшкодувати половину чи частину витрат провінцій і територій на медичні послуги. Протягом шести років усі провінції та території мали універсальні плани страхування медичних послуг.

¹ The Constitution Acts (1867). <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-1.html> (date of access: 07.06.2024).

З 1957 по 1977 рік фінансовий внесок федерального уряду на підтримку охорони здоров'я визначався як відсоток (половина) від витрат провінцій і територій на застраховані послуги лікарень і лікарів. У 1977 році, відповідно до Закону про федерально-провінційні фінансові механізми та фінансування встановлених програм, розподіл витрат було замінено на блок-фонд, що означало комбінацію грошових витрат і податкових балів. Цей новий механізм фінансування означає, що уряд провінцій й територій мають гнучкість в інвестуванні коштів на охорону здоров'я відповідно до своїх потреб та пріоритетів². Вже у 1984 році було прийнято федеральний Закон «Про охорону здоров'я Канади»³. Закон визначає основну мету канадської політики в галузі охорони здоров'я, яка полягає в тому, щоб захищати, підтримувати й відновлювати фізичне та психічне благополуччя жителів Канади і сприяти розумному доступу до послуг охорони здоров'я.

Прийняте у 1995 році федеральне законодавство, об'єднало федеральні кошти та податкові трансфери на підтримку охорони здоров'я, підтримку соціальних послуг та соціальної допомоги в єдиний механізм фінансування – Канадський трансфер на охорону здоров'я та соціальну допомогу (CHST). Угода про охорону здоров'я була досягнуто у 2000 році першими міністрами федерального, провінційних та територіальних урядів. Ця угода визначила ключові реформи у сфері первинної медико-санітарної допомоги, управління фармацевтичними препаратами, інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я, а також медичного обладнання та інфраструктури. У 2003 році перші міністри оновили Угоду системи охорони здоров'я. Отже, Угода зобов'язала уряди працювати над цілеспрямованими реформами в таких сферах, як: первинна медична допомога, інформаційні технології (електронні медичні карти, телемедицина), ліки, діагностичне та медичне обладнання. Крім того, було збільшено грошові трансфери федерального уряду на підтримку охорони здоров'я, а вже з квітня 2004 року CHST було розділено на Канадський медичний трансфер на охорону здоров'я та Канадський

² Canada's health care system – canada.ca. *Canada.ca*. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> (date of access: 07.06.2024).

³ Canada health act – canada.ca. *Canada.ca*. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html> (date of access: 07.06.2024).

соціальний трансфер на післяшкільну освіту, соціальні послуги та соціальну допомогу².

Отже, уряди взяли на себе зобов'язання щодо плану оновлення системи охорони здоров'я, який включає роботу над реформами в таких ключових сферах, як: управління часом очікування, кадрові ресурси, здоров'я корінного населення, догляд на дому, первинна медична допомога, національна фармацевтична стратегія, медичні послуги на Півночі, медичне обладнання, громадське здоров'я, посилення звітності про прогрес який був досягнутий у цій реформі. Також в Канаді є додаткові послуги, які надають провінції та території певним особам (людям похилого віку, дітям та малозабезпеченим мешканцям). До цих послуг включають: рецептурні ліки, стоматологічну допомогу, догляд за зором, медичне обладнання та пристосування (протези, інвалідні візки тощо), фізіотерапевти. В різних регіонах надається різний рівень покриття. Населення Канади, яке не має право на додаткові пільги за державними програмами, оплачує ці послуги за власні кошти, або через приватні програми медичного страхування за місцем роботи, або самостійно.

Останні роки Канадська система охорони здоров'я, опинилася в тяжкому стані через низку факторів: зміни способів надання послуг, фінансові обмеження, старіння покоління часів "baby boom", високу вартість нових технологій. Зменшилася кількість лікарень швидкої медичної допомоги та лікарняних ліжок з 1995 по 2000 рік. Розвиток медицини призвів до збільшення кількості процедур в амбулаторних умовах, а також зростання кількості денних хірургічних втручань та зменшення на 10% кількості ліжко-ночей. Інші реформи були зосереджені на наданні первинної медичної допомоги: були створені додаткові центри первинної медико-санітарної допомоги, які надають цілодобові послуги, послуги зі зміцнення здоров'я, профілактики захворюваності, травматизму, управлінню хронічними захворюваннями, посиленню координації та інтеграції комплексних медичних послуг, покращенню умов праці працівників первинної медичної допомоги та медико-санітарної допомоги. Таким чином, координовані команди первинної медичної допомоги включають: сімейних лікарів, фізіотерапевтів, фельдшерів, медичних сестер. Запровадження медичних телефонних довідкових центрів (телемедицини) зменшує використання відділень невідкладної допомоги підрозділів електронної допомоги в неробочий час. Більшість провінцій та територій намагаються контролювати витрати та покращити надання послуг шляхом децентралізації процесу прийняття рішень з питань

охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівні. Які здійснюють нагляд за лікарнями, будинками престарілих, доглядом на дому та охороною здоров'я у своїй місцевості⁴.

Федеральні закони, які хотілось би виділити, – це Закон про конфіденційність (1983)⁵, Закон про охорону здоров'я (1984)⁶, Єдиний закон про донорство тканин людини (1990)⁷, Положення про медичні вироби (1998)⁸. Окрім законів має також і провінція, більшість юрисдикцій за винятком Нунавуту та Квебеку, мають законодавство яке стосується сфери охорони здоров'я та захисту інформації про стан здоров'я пацієнта⁹.

Отже, враховуючи вищевикладені дані, ми можемо зробити висновок, що населення Канади має сприятливий стан здоров'я та займають високий рейтинг в Індексі людського розвитку ООН завдяки системі охорони здоров'я. Станом на 2002 рік середня тривалість життя для канадців становить 82,1 року для жінок, 77,2 років для чоловіків, що є одним із найвищих показників розвинених країн. Рівень дитячої смертності у віці до одного року становив 5.4 смертей на 1000 народжених, що є одним з найнижчих у світі. Гарний стан здоров'я канадців ґрунтується не тільки на якійсь охороні здоров'я, а й на фізичному стані, психічному та соціальному благополуччю. Що включає в себе соціальні, економічні та фізичні фактори навколишнього середовища, що є немаловажним фактором. Канадська охорона здоров'я фіксується на зміцненні здоров'я, громадське здоров'я, має на меті покращення здоров'я населення та профілактику хвороб, щоб зменшити нерівності серед груп населення.

⁴ URL: https://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/04/canada_hs_1.pdf (date of access: 07.06.2024).

⁵ Privacy Act. 1983. R.S.C. (1985). <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/ACTS/P21/index.html> (date of access: 07.06.2024).

⁶ Canada Health Act. 1984. R.S.C. (1985) <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c6/page-1.html#docCont> (date of access: 07.06.2024).

⁷ Uniform Human Tissue Donation Act (1990). https://ulcc-chlc.ca/ULCC/media/ENUniform-Acts/Uniform-Human-Tissue-Donation-Act_1.pdf (date of access: 07.06.2024).

⁸ Medical Devices Regulations. SOR/98-282 (1992). <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/SOR-98-282.pdf> (date of access: 07.06.2024).

⁹ Colleaga (2021). Healthcare Privacy Legislation in Canada. Colleaga. <https://www.colleaga.org/article/healthcare-privacy-legislation-canada> (date of access: 07.06.2024).

Збройні сили Канади, завдячують своїм успіхом більш за все, створенню системи знань, ефективних організацій і відповідальності командування за впровадження передового досвіду, аніж розробці нових медичних технологій або методів лікування. Щоб досягти успіху, військові лідери – як командири так і старший медичний персонал – мають бути здатними ефективно керувати змінами для створення цих систем у своїх організаціях. Однак, в різні періоди канадської історії військові лідери досягли значних успіхів у захисті здоров'я військовослужбовців завдяки системному впровадженню найкращих практик. Збройні сили зазнали нищівних втрат коли найкращі практики охорони здоров'я не були впроваджені, дивлячись на приклади, такі, як: спалах лихоманки Денге у Збройних силах Канади (FAC) у Східному Тиморі у 1999–2000 роках та спалах малярії в американських військах у Ліберії в 2003 році. Але, незважаючи ні на що, Канаді вдалося захистити здоров'я своїх військовослужбовців, дотримуючись найкращих практик у сфері охорони здоров'я.

Голова Комітету начальників військово-медичних служб Організації Північноатлантичного договору Жан Роберт Берньє, у своїй статті зазначив, що «історія нас вчить, що ми часто не робимо висновків з нашого минулого в тому, що стосується профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я. Хоча низький рівень травматизму і захворюваності зазвичай є результатом наполегливих і тривалих зусиль з охорони і зміцнення здоров'я, їх досягнення часто розглядається як виправдання для згорання таких програм»¹⁰. При тому, що на сьогоднішній день заходи боротьби з інфекціями є більш досконалими, все ж таки ці заходи стають неефективними, якщо їх реалізація не відповідає потенціалу. До ХХ століття війна забирала життя багатьох солдатів внаслідок інфекцій (тиф, черевний тиф, холера, віспа, малярія та багато ін.). В середині ХХ століття, війна у В'єтнамі стала кошмаром для системи охорони здоров'я США: рівень захворюваності на малярію сягнув до 600 випадків на 1000 осіб на рік, що призвело до втрат понад половини особового складу через паразита плазмодія¹¹. Понад 67 % солдат, які воювали в Афганістані з 1979–1989 рік, потребували госпіталізації через

¹⁰ Bernier JR. Threats to operational force health protection. In: English A, Taylor J, editors. The operational art: Canadian perspectives – force health support. Kingston (ON): Canadian Defence Academy Press; 2006.

¹¹ Ognibene A, Barrett O, editors. General medicine and infectious disease, vol. 2: Internal medicine in Vietnam. Washington (DC): Office of the Surgeon General; 1982

захворювання гепатитом, черевним тифом, холерою, дизентерією та чумою¹². Під час операції «Toucan» в 1999-2000 роках, миротворча місія Канади, яка перебувала в тропічному Східному Тиморі, втратили працездатність 46% канадського персоналу, які були заражені хворобами та лихоманкою Денге, через недостатні заходи особистого захисту¹³.

Управління охорони здоров'я (CAF) мають нагальні потреби в розробці поглибленого розуміння успіху в практиці охорони здоров'я збройних сил. Тому, що успіх у профілактиці захворювань ніколи не пов'язаний лише з новими медичними технологіями або новими методами лікування та не гарантують низького рівня захворюваності¹⁴. Завдяки ефективному медичному керівництву Канади, постійно аналізувалися успішні впровадження у систему охорони здоров'я збройних сил. У різні періоди канадської історії військові та медичні лідери досягали значних успіхів у впровадженні змін в військову медицину завдяки систематичному впровадженню найкращих практиків своєї епохи. На форумі 2015 року в Квебеку були представлені концепції методології історичних прикладів, які висвітлили військові лідери, очоливши зміни у військовій медицині Канади. Мішель Сарразен (1659–1734) розпочав свою медичну кар'єру як полковий хірург у морській піхоті, вперше перекинутій до Нової Франції у 1685 році, швидко став найвищим медичним посадовцем у колонії. Він був відомий як ботанік і природознавець, який першим склав каталог багатьох північноамериканських рослин та екосистем, що стали джерелом багатьох медичних препаратів того часу, іноді з великим особистим ризиком¹⁵. Генерал-майор Джеймс Вулф (1727–1759) був відомий своєю перемогою над смертю на Авраамових рівнинах у 1759 році, але як полководець він чітко усвідомлював, що його військо повинно бути не тільки сильним, але і здоровим. Читаючи багато джерел з природничих наук¹⁶, Вольф наполягав на дотриманні належної гігієни і суворой санітарної

¹² Grau L, Jorgensen W. Beaten by the bugs. *Mil Rev.* 1997;77(6):30.

¹³ Department of National Defence. Operation Toucan lessons learned, staff action directive (LLSAD). 2000 Oct 20.

¹⁴ Schofield S. Interventions, evidence, values and preference. In: *CIMVHR Forum* 2015; 2015 Nov 23; Quebec City, Canada.

¹⁵ Gauthier JR. Michel Sarrazin: un médecin du roi en Nouvelle-France. *Sillery (QC): Septentrion*; 2007.

¹⁶ Gruber I. *Books and the British Army in the age of the American Revolution*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina; 2010. https://doi.org/10.5149/9780807899403_gruber (date of access: 19.06.2024).

дисципліни у його війську, що допомогло звести до мінімуму втрати від хвороб тоді, коли табірні хвороби були більш смертельними, ніж бойові¹⁷. Фредерік Бантінг (1891–1941), лауреат Нобелівської премії, який був першовідкривачем інсуліну. Його медичний досвід припав на Першу світову війну, в цей період він працював полковим лікарем у медичному корпусі канадської армії. Завдяки розробці синтетичного інсуліну, він став провідним дослідником Канади та на початку Другої світової війни Бантінг допоміг реорганізувати медичні науково-дослідні установи країни, щоб допомогти військовим дослідженням. Бантінг та його наукові колеги відповідали за розвиток канадської програми авіаційної медицини, розробляючи інноваційні технології для здоров'я та захисту льотчиків. Хоча, мало хто з країн-членів Альянсу, приділяв увагу цьому питанню¹⁸. Генерал-майор Брок Чісхолм (1896–1971) був командиром взводу в канадській армії, під час Першої світової війни. Отримавши контузію, вирішив дослідити власні симптоми, ставши лікарем та психіатром. Під час Другої світової війни, працюючи директором з відбору персоналу та генеральним директором медичної служби вищого медичного командування канадської армії, він був відповідальним за впровадження керівної політики в галузі охорони здоров'я. У 1948 році Чісхолм був призначений першим генеральним директором Всесвітньої організації охорони здоров'я, де він працював в глобальному масштабі, над заходами з охорони здоров'я¹⁹. Аналізуючи вищевикладене, Сарразін, Вульф, Бантінг та Чісхолм, є одними з найкращих прикладів військово-медичного лідерства в 400-річній історії Канади. За допомогою програми CAF's була проведена оцінка їхньої поведінки, від якої залежав успіх військово-медичного лідерства, а саме: орієнтація на зовнішнє середовище, наукова та медична грамотність, політичні зв'язки. Не зважаючи на відмінність у званнях, соціальному становищі, всі вони досягли помітного успіху в охороні здоров'я і збереженні особового складу, застосувавши передовий досвід, який був притаманний їхнім епохам. Нинішні і майбутні члени CAF заслуговують не менш, ніж на найкращий захист здоров'я, який вони можуть отримати, а історія

¹⁷ Reid S. Wolfe: the career of General James Wolfe from Culloden to Quebec. Staplehurst, UK: Spellmount; 2000.

¹⁸ Bliss M. Banting: a biography. Toronto: McClelland and Stewart; 1984.

¹⁹ Farley J. Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War. Vancouver: UBC Press; 2008.

вчить, що досвід у створенні систем знань, ефективних організацій і відповідальності командування²⁰ мають неабияке значення.

Загальноканадська система охорони здоров'я CF H Svcs Gr, на яку покладають надії, включаючи громадську охорону здоров'я, учасники CAF у всьому спектрі військових операцій: від гуманітарної допомоги та ліквідації наслідків стихійних лих до миротворчих операцій й бойових дій. Компонент громадської охорони здоров'я CF H Svcs Gr складається з багатопрофільних команд профілактичної медицини на тактичному (місцевому) і оперативному (регіональному) рівнях, які підтримуються профільними експертами в штабквартирі стратегічного рівня, розташованій в Оттаві і відомій як Директорат охорони здоров'я сил (DFHP). Його роль полягає у зміцненні здоров'я військовослужбовців CAF, а також у профілактиці хронічних захворювань і травм, інфекційних, професійних і екологічних захворювань, підготовці до надзвичайних ситуацій у сфер охорони здоров'я, що впливають на CAF та реагуванні на них. DFHP підтримує партнерські відносини з організаціями громадського здоров'я в рамках основної цивільної системи охорони здоров'я Канади, в тому числі з Радою головних лікарів охорони здоров'я, а також з Робочою групою з охорони здоров'я збройних сил НАТО. В рамках своєї програми контролю за інфекційними захворюваннями DFHP співпрацює з місцевими органами охорони здоров'я, а також надає свої знання і досвід: Канадський національний консультативний комітет з питань імунізації, Комітет з питань тропічної медицини і подорожей та Група експертів НАТО з медичної розвідки. Надійна система охорони здоров'я має важливе значення не тільки для цивільних канадців, але і для канадських солдат, моряків і авіаторів. Для збереження боєздатності збройних сил, має вирішальне значення запобігання пораненням і хворобам, отриманим солдатами за межами бойових дій²¹.

Отже, аналізуючи вищезазначене, можна зробити висновки, що медицина Канади є прогресивною та постійно розвивається. Діяльність охорони здоров'я заснована на національних стандартах надання медичної допомоги, яка підтвердила свою ефективність, забезпечив канадцам захист від високвитратної медичної допомоги.

²⁰ Journal of Military, Veteran and Family Health Volume 2, Issue 1, April 2016, Pages 87–90. <https://doi.org/10.3138/jmvfh.3659> (date of access: 19.06.2024).

²¹ Can Commun Dis Rep. 2020 Sep 3; 46(9): 254–255. Published online 2020 Sep 3. doi: 10.14745/ccdr.v46i09a01

Але, не зважаючи на те, що канадці в цілому задоволені системою фінансового захисту, вони мають незадоволення з приводу рівня доступу до неї. Зокрема, це стосується термінів очікування лікарської допомоги та планової хірургії.

2. Розвиток медичного права в США

Основні зміни в політиці охорони здоров'я (державна, приватна) Сполучених Штатів Америки, які ґрунтуються на реформах протягом багатьох років, безумовно впливають на надання медичних послуг та є глобальною проблемою сьогодення.

Успішною пропозицією за участю федерального уряду було короткочасне створення першої системи національної медичної допомоги на Півдні країни. У ХХ столітті Сполученні Штати перебували під впливом прогресизму, що призвело до ініціювання зусиль для досягнення загального охоплення, підтриманого кандидатом у президенти Теодором Рузвельтом. У 1933 році Франклін Делано Рузвельт запровадив програму охорони здоров'я, яка фінансується державою. Під час розробки положень до законодавства про соціальне забезпечення її, однак, було вилучено з остаточного варіанту закону. Згодом були внесені безліч пропозицій, починаючи з 1949 року, коли президент Гаррі Трумен запропонував універсальну систему охорони здоров'я, потім у 1965 році Ліндон Джонсон виніс пропозиції та прийняв Закон про соціальне забезпечення, що створив «Medicare» для літніх американців і «Medicaid» для бідних. Також просували різні варіанти універсальної системи охорони здоров'я і Тед Кеннеді, Річард Ніксон, і Джиммі Картер. За ними послідували зусилля президента Клінтона на чолі з першою леді Гіллари Клінтон у 1993 році, але вони не увінчались ухваленням закону. Нарешті, обрання президента Барака Обами і контроль обох палат Конгресу демократами призвели до прийняття Закону про доступне медичне обслуговування (ACA), який називають «ObamaCare», та був підписаний у березні 2010 року, ставши центральною темою політичних компаній²².

На посаді президента Обама, хотів зробити більше, ніж просто загасити економічну пожежу, яку він успадкував після своїх попередників. Він прагнув провести масштабну реформу національної системи охорони здоров'я, яка була провідною метою Демократичної

²² Manchikanti L, Helm I S, Benyamin RM, Hirsch JA. Evolution of US Health Care Reform. *Pain Physician*. 2017 Mar;20(3):107–110. PMID: 28339426.

партії ще за часів президенства Гаррі Трумена. Обама, на шляху до прийняття закону про охорону здоров'я, зіткнувся з великими перешкодами. Хоча демократи в Конгресі були єдині в підтримці реформи, але розділилися в рішенні, якої саме форми вона має бути: державний план страхування, або приватний. Однак, хоча три чверті американців мали приватну медичну страховку, багато хто з них побоювався, що стрімке зростання витрат на охорону здоров'я та зміна системи може погіршити їхнє становище та збільшити дефіцит федерального бюджету. Незважаючи на перешкоди, Обама прийняв рішення, що будь-яка пропозиція щодо реформи має бути бюджетно-нейтральною, тобто заощаджувати стільки ж коштів, стільки й витратити. Враховуючи інтереси фармацевтичних та лікарняних галузей, які допомогли потопити законопроект президента Клінтона про охорону здоров'я завдяки масовій рекламі та широкому лобюванню. Обама запросив Конгрес до участі в розробці законопроекту, на відміну від таємного процесу, який використовував Клінтон. Але і цього було недостатньо для прийняття закону, у серпні 2009 року почалися мітинги в штатах і округах. Президент розуміючи, що не отримає підтримки від американського народу, звернувся до Конгресу в прайм-тайм 9 вересня 2009 року²³. Основні цілі програми реформування системи охорони здоров'я, про які розповів президент: «План, який я оголошую сьогодні ввечері, буде відповідати трьом основним цілям. Це – забезпечення більшої безпеки і стабільності тим, хто має медичну страховку; страхування тим, хто його не має; сповільнення зростання витрат на охорону здоров'я для наших сімей, наших компаній і нашого уряду. Люди повинні мати базове медичне страхування». Незважаючи на непогодження інших представників республіканців, ця промова змогла зупинити багатомісячне падіння громадської та конгресової підтримки реформи. 23 березня 2010 року, після деяких складних законодавчих суперечок, Обама підписав Закон про захист пацієнтів і доступне медичне обслуговування. Тижнем пізніше він підписав Закон про узгодження охорони здоров'я та освіти, який відновив деякі з тих функцій, які Палата представників вважала за краще. Суперечки навколо Закону про доступне медичне обслуговування (ACA) не закінчилися, отримавши контроль над Палатою представників, республіканці на проміжних виборах 2010 року,

²³ Barack Obama: Domestic Affairs | Miller Center. Miller Center. URL: <https://millercenter.org/president/obama/domestic-affairs> (date of access: 12.06.2024).

почали постійно голосувати за скасування Закону. У січні 2016 року Обама наклав вето на перший законопроект про скасування, надісланий йому Конгресом, що стало його восьмим вето на посаді президента²⁴.

Що відносно АСА, влада також зіткнулась з серйозними юридичними викликами. У 2012 році у справі *National Federation of Independent Business v. Sebelius*²⁵ у Верховному суді, було засвідчено конституційність Закону про захист пацієнтів і доступне лікування 2010 року²⁶, визнавши, що індивідуальний мандат є правомірним через оподатковані повноваження Конгресу, а розширення Medicaid є законним. При цьому, Міністру охорони здоров'я було заборонено в судовому порядку вилучати наявні кошти Medicaid із штатів, які відмовляються виконувати вимоги з АСА. Інші судові справи виникли на підставі Закону про доступне медичне обслуговування під час другого терміну Обами. У 2014 року у справі *Burwell v. Hobby Lobby* суд постановив, що закриті приватні компанії можуть з релігійних міркувань не підкорятися постановам Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб, які вимагають від роботодавців забезпечувати своїх працівників контрацептивними засобами відповідно до Закону про доступне медичне обслуговування²⁷. У 2015 році по справі *King v. Burwell*²⁸ суд постановив, що нове повноваження федерального уряду відповідно до закону надавати податкові субсидії бідним і середнім верствам населення для придбання медичного страхування незалежно від того, у якому штаті вони проживали, не було конституційним.

Проблема АСА була не юридичною і навіть не політичною. Запуск програми *Obamacare* у 2013 році було провалено через проблеми з веб-сайтом, на якому люди мали купувати страховку, він

²⁴ Barack Obama: Domestic Affairs | Miller Center. *Miller Center*. URL: <https://millercenter.org/president/obama/domestic-affairs> (date of access: 13.06.2024).

²⁵ *National federation of independent business v. sebelius* (2012). *LII / Legal Information Institute*. URL: [https://www.law.cornell.edu/wex/national_federation_of_independent_business_v._sebelius_\(2012\)](https://www.law.cornell.edu/wex/national_federation_of_independent_business_v._sebelius_(2012)) (date of access: 13.06.2024).

²⁶ Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. *LII / Legal Information Institute*. URL: https://www.law.cornell.edu/wex/patient_protection_and_affordable_care_act_of_2010 (date of access: 13.06.2024).

²⁷ Affordable Care Act. *LII / Legal Information Institute*. URL: https://www.law.cornell.edu/category/keywords/affordable_care_act (date of access: 13.06.2024).

²⁸ *KING v. BURWELL*. *LII / Legal Information Institute*. URL: <https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/14-114> (date of access: 13.06.2024).

виявився неспроможним до виконання цього завдання. Проблема згодом була вирішена, але неприсмний осад залишився, американський народ став розділеним у думках щодо цього закону.

На виборах 2016 року до влади прийшов Дональд Джон Трамп, першою метою якого (і це було відображено в його першому указі)²⁹, було скасування Обамасаре³⁰ (Закону про доступне медичне обслуговування або АСА). Під час передвиборчої компанії Trump обіцяв замінити АСА законопроектом, який забезпечить краще покриття за нижчі страхові внески, таким чином, щоб ніхто не втратив медичного страхування. Однак деталі законопроекту, який у Палаті представників отримав назву American Health Care Act (АНСА)³¹, викликали суперечку навіть всередині Республіканської партії. Не маючи власного розробленого законопроекту, Трамп доручив це республіканцям у Палаті представників, але не маючи на руках республіканців альтернативи законопроекту, це призвело до затримки обіцяного скасування закону. На початку березня 2017 року республіканці в Палаті представників представили свій план, який передбачав скасування АСА's "individual mandate"³² (вимога до більшості американців отримати медичну страховку або заплатити штраф), скорочення індивідуальних податкових пільг на придбання страховки, скорочення федерального фінансування Medicaid³³ і скорочення податків майже на 1 трильйон доларів протягом 10 років, у тому числі на 274 мільярди доларів для осіб, які заробляють щонайменше 200 000 доларів на рік. Бюджетне управління Конгресу США (СВО)³⁴ спочатку підрахувало, що план скоротить федеральний

²⁹ Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "executive order". *Encyclopedia Britannica*, 7 Jun. 2024, <https://www.britannica.com/topic/executive-order>. Accessed 13 June 2024.

³⁰ Levy, Michael. "Patient Protection and Affordable Care Act." *Encyclopedia Britannica*, 11 Jun. 2024, <https://www.britannica.com/money/Patient-Protection-and-Affordable-Care-Act>. Accessed 13 June 2024.

³¹ American Health Care Act | United States [2017]. *Encyclopedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/topic/American-Health-Care-Act> (date of access: 13.06.2024).

³² Individual mandate | United States health care. *Encyclopedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/topic/individual-mandate> (date of access: 13.06.2024).

³³ Medicare and Medicaid – Health Insurance, Coverage, Eligibility. *Encyclopedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/topic/Medicare-United-States-health-insurance/Medicaid#ref294325> (date of access: 13.06.2024).

³⁴ Congressional Budget Office | United States government agency. *Encyclopedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/topic/Congressional-Budget-Office> (date of access: 13.06.2024).

дефіцит на 337 мільярдів доларів за 10 років порівняно з чинним законодавством, але і збільшить кількість незастрахованих людей на 24 мільйони за той самий період. Законопроект відразу ж зіткнувся із запереченнями поміркованих та консервативних республіканців відносно того, що багато людей втратять доступне страхування та що план залишає в силі багато обтяжливих положень АСА. Не зумівши подолати розбіжності між двома фракціями, керівництво Палати представників відкликло законопроект без голосування, що було великою поразкою для Трампа. У 2017 році з'явився ще один законопроект, який теж зазнав критики Better Care Reconciliation Act (BCRA)³⁵. Наприкінці липня 2017 року Сенат проголосував за три законопроекти: про скасування основних положень АСА без негайної заміни; про повне скасування та заміну АСА; і більш скромне помірковане, часткове скасування та заміну. Незважаючи на значний політичний тиск на республіканців у Сенаті з боку адміністрації Трампа, всі три законопроекти провалилися. Ці зміни передували провалу республіканських альтернатив АСА в Сенаті, включали скорочення фінансування реклами та допомоги в реєстрації в Obamacare; різке скорочення періодів відкритої реєстрації; припинення субсидій; скасування з 2019 року «індивідуального мандату» АСА. У листопаді 2017 року дослідження РІББО, підрахувало, що скасування individual mandate і відсутність інших змін до АСА призведе до збільшення кількості незастрахованих осіб на 13 мільйонів через 10 років і підвищення страхових внесків на 10 відсотків у більшості років до 2027 року. Інші зміни включали дозвіл штатам встановлювати вимоги щодо роботи для людей, які отримують Medicaid; дозвіл на створення «асоціативних медичних планів», які пропонуватимуть менше основних медичних послуг ніж АСА, а також стягуватимуть вищі страхові внески з певних учасників на основі таких факторів, як стать, професія і вік, дозвіл на продаж короткострокових планів, які надаватимуть мінімальні пільги не покриваючи медичні послуги при вже існуючих захворюваннях³⁶.

У лютому 2021 року Джо Байден видав указ, який скасував розширення адміністрацією Трампа правила «суспільних витрат»,

³⁵ Better Care Reconciliation Act | United States [2017]. *Encyclopedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/topic/Better-Care-Reconciliation-Act> (date of access: 13.06.2024).

³⁶ Donald Trump – Healthcare Reform, Tax Cuts, Trade Deals. *Encyclopedia Britannica*. URL: <https://www.britannica.com/biography/Donald-Trump/Health-care> (date of access: 13.06.2024).

що відмовляло в легальному проживанні іммігрантам, які отримували пільги за різноманітними державними програмами, включно з Medicaid. Враховуючи те, що використання Medicaid особами, молодшими за 21 рік, не враховувалося при визначенні державних витрат, плутанина і страх зменшили реєстрацію в Medicaid і Програмі дитячого медичного страхування (CHIP) серед дітей в іммігрантських сім'ях³⁷. Отже, указ Байдена розширить доступ та дасть змогу таким сім'ям скористатися страхуванням. Ще одним кроком назад стало скасування адміністрацією Байдена федеральних винятків, санкціонованих адміністрацією Трампа, які дозволяли штатам встановлювати вимоги щодо працевлаштування для учасників програми Medicaid. Такі вимоги створювали бар'єри для охоплення медичним страхуванням людей з низькими доходами³⁸. Також адміністрацією було скасовано дозвіл деяким штатам стягувати страхові внески з осіб, які беруть участь у програмі Medicaid. У вересні 2021 року адміністрація встановила новий, постійний спеціальний період реєстрації для людей з доходами нижче 150% федерального рівня бідності. Адміністрація Biden 2021 року ухвалила Закон про американський план порятунку (ARPA)³⁹, зробив субсидії на придбання планів АСА більш щедрими для людей з низькими доходами, що перевищують 400% від федерального рівня бідності. Він також запропонував штатам, які ще не розширили право на участь у програмі Medicaid в рамках АСА, нові фінансові стимули зробити це⁴⁰. ARPA суттєво покращив політику покриття АСА вперше з часу прийняття знакового закону 2010 року, зміни спрямовані на вирішення поширених проблем доступності для людей, які купують ринкові плани (ці положення втрачат чинність у 2022 році), якщо Конгрес не поновить їх. ARPA дозволив штатам збільшити тривалість післяпологового покриття

³⁷ Pereira KM, Allen CD, Oberlander J. Access to health insurance and health care for Hispanic children in the United States. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2021;696:223–244.

³⁸ Sommers BD, Chen L, Blendon RJ, Orav EJ, Epstein AM. Medicaid work requirements in Arkansas: two-year impacts on coverage, employment, and affordability of care. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39:1522-1530.

³⁹ Contributors to Wikimedia projects. American Rescue Plan Act of 2021 – Wikipedia. *Wikipedia, the free encyclopedia*. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/American_Rescue_Plan_Act_of_2021 (date of access: 13.06.2024).

⁴⁰ Park E, Corlette S. American Rescue Plan Act: health coverage provisions explained. Washington, D.C.: Georgetown University Health Policy Institute, March 2021 (<https://ccf.georgetown.edu/wp-content/uploads/2021/03/American-Rescue-Plan-signed-fix-2.pdf>) (date of access: 15.06.2024).

Medicaid та CHIP для жінок з низьким рівнем доходу з 60 днів до 12 місяців (це положення втратить чинність у 2027 році). ARPA дозволив вийти з десятирічного глухого кута в реформуванні та зміцненні АСА, але двопартійні дії щодо Obamacare залишаються недосяжними⁴¹.

Якщо розглянути військову медицину США, то можна дійти висновків, що вона більш розвинута та прогресивна з огляду на наступне. Військова медицина була створена для лікування поранених і хворих військовослужбовців, у тому числі для захисту здоров'я та благополуччя збройних сил вдома і за кордоном. Інновації країни, які були зроблені військовими медиками, швидко впроваджувались в цивільну медицину та сприяли розвитку цивільної системи охорони здоров'я.

Вплив військової медицини відчувався вже у січні 1777 році, коли генерал Джордж Вашингтон наказав зробити щеплення проти віспи Континентальній армії, це був перший випадок коли армія була імунізована. Також генералом було запроваджено політику чистоти таборів та профілактичні медичні заходи, які й до сьогодні керують військовою медициною. У 1812 році армією США було створено медичний департамент під керуванням хірурга Джозефа Ловелла, який створив ранню модель нагляду за громадським здоров'ям, розпорядившись, щоб усі пости, табори та станції доповідали про випадки захворювань. У 1862 році майор Джонатан Леттерман, який був призначений командиром Потомакської армії, швидко розпочав реформи. Щоб прискорити евакуацію поранених з поля бою до передових пунктів допомоги, він замінив цивільних санітарів солдатами, професійно для цього підготовлених, а також запровадив структурний підхід до оцінки та лікування поранених та обов'язкове документування результатів лікування. Джонатан Леттерман розумів важливість захисту здоров'я особового складу збройних сил та й на сьогоднішній день відомий як «батько військово-польової медицини». У 1866 році він писав: «Корпус офіцерів-медиків був створений не лише для того, щоб надавати допомогу пораненим і хворим. Основна ідея полягає в тому, щоб зміцнити руки головнокомандувача, підтримуючи його армію в найміцнішому здоров'ї, що робить її в найвищій мірі здатною переносити втому

⁴¹ OBERLANDER, Jonathan. Health Care Reform under the Biden Administration—Broad Ambitions, Narrow Majorities. *New England Journal of Medicine*, 2022, 386:19: 1773–1775.

і повневір'яння, а також вести бойові дії»⁴². Після Громадянської війни слова Леттермана підтвердилися, США почали поширювати свою владу за межі кордонів та їхні війська були спустошені тропічними хворобами. Після іспано-американської війни, коли США втратили більше солдат від хвороб, ніж у боях, вони почали інвестувати в дослідження інфекційних хвороб. Новаторська робота майора Волтера Ріда та генерала Вільяма Горгаса захистила американські війська від малярії та жовтої лихоманки. За цим послідували інші відкриття, зокрема, поглиблення знань про трансмісивні хвороби, розробки репелентів від комах, антибіотиків та вакцин⁴³. Великі конфлікти XX століття спричинили багато трансформацій досягнень у медичній та хірургічній допомозі, включаючи переливання крові (Перша світова війна), масове виробництво пеніциліну (Друга світова війна), лікування судинних ушкоджень (Корея), широке використання гелікоптерів для медичної евакуації (медевакуації), сучасні методи лікування опіків і травматологічні центри (В'єтнам)^{44,45}. Всі ці інновації були швидко прийняті цивільною охороною здоров'я^{46,47}. Військова служба сформувала кар'єру деяких найвпливовіших лікарів і хірургів 20-го століття, таких як, Вільям Дж. й Чарльз Г. Мейо⁴⁸, Джорджа В. Кріла⁴⁹, Едварда Д. Черчилля

⁴² Trump DH, Mazzuchi JF, Riddle J, Hyams KC, Balough B. Force health protection: 10 years of lessons learned by the Department of Defense. *Mil Med.* 2002;167(3):179–185.

⁴³ Brueggemeyer MT, Riddle M, Kellermann AL. Health protection: military concepts applied to the civilian world. *Am J Public Health.* 2018;108(9):1155–1157. doi:10.2105/AJPH.2018.304577

⁴⁴ Smith DC. A heritage of innovation. In: Kellermann AL, Elster E, Babington C, Harris R, eds. *Out of the Crucible: How the US Military Transformed Combat Casualty Care in Iraq and Afghanistan.* Borden Institute; 2017:3–14.

⁴⁵ Tobey RE. Advances in medicine during wars: a primer. Accessed August 4, 2023. <https://www.fpri.org/article/2018/02/advances-medicine-wars-primer/> (date of access: 16.06.2024).

⁴⁶ Agarwal D, Barker CF, Naji A, Schwab CW. Reciprocal learning between military and civilian surgeons: past and future paths for medical innovation. *Ann Surg.* 2021;274(5):e460-e464. doi:10.1097/SLA.0000000000003635

⁴⁷ Muck AE, Givens M, Bebart VS, Mason PE, Goolsby C. Emergency physicians at war. *West J Emerg Med.* 2018;19(3):542-547. doi:10.5811/westjem.2018.1.36233

⁴⁸ Rich NM, Welling DR, Lough FC, Elster EA. The historic link between the ACS leadership and the military. Accessed May 30, 2023. <https://bulletin.facs.org/2016/11/the-historic-link-between-the-ac-s-leadership-and-the-military/> (date of access: 16.06.2024).

⁴⁹ Pruitt BA Jr, Rasmussen TE. On the shoulders of giants. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013;75(2)(suppl 2):S106-S110. doi:10.1097/TA.0b013e31829fdd39

і Майкла Е. ДеБейкі⁵⁰. Війни в Афганістані та Іраку поставили військову охорону здоров'я США перед найскладнішим викликом з часів війни у В'єтнамі, а саме: необхідністю у підтримці великих бойових операцій у двох країнах за тисячі миль від континентальної частини США одночасно з піклуванням про солдат, що повернулись додому. Це спонукало військову медицину знизити рівень смертності від бойових поранень вдвічі до найнижчого рівня в історії воєн⁵¹. У 2004 році збройними силами було створено Joint Trauma System (JTS)⁵², яка підтримувалась Глобальним реєстром травм, створеним за зразком високоефективних цивільних систем. Це забезпечило безперебійне надання допомоги від поранення до остаточного лікування та післяопераційного лікування в США. Для швидкого обміну інформацією JTS ініціював щотижневі телеконференції з континентів, обговорюючи конкретні випадки з отриманої інформації з Реєстру травм Department of Defense's (DoD). Ці дії дозволили JTS швидко виявити недоліки та вжити заходів для їх усунення. У 2020 році при COVID-19, військові медики США відіграли ключову роль у прискоренні реагування країни на неї⁵³.

У 2013 році Міністерство оборони створило Defense Health Agency, для інтеграції медичних послуг, які надаються армією, флотом та повітряними силами. Агенція здійснює нагляд за наданням медичної допомоги військовослужбовцям, а також пенсіонерам у США, прагне оптимізувати підготовку і забезпечити готовність військових медиків до розгортання війська⁵⁴. Дослідницька програма Збройних сил США у 2015 році з надання допомоги пораненим під час бойових дій, Американським коледжем хірургії та Білого дому,

⁵⁰ DeBakey ME. History, the torch that illuminates: lessons from military medicine. *Mil Med*. 1996;161(12):711–716. doi:10.1093/milmed/161.12.711

⁵¹ Howard JT, Kotwal RS, Stern CA, et al. Use of combat casualty care data to assess the US military trauma system during the Afghanistan and Iraq conflicts, 2001–2017. *JAMA Surg*. 2019;154(7):600–608. doi:10.1001/jamasurg.2019.0151

⁵² Joint trauma system. *Joint Trauma System*. URL: <https://jts.health.mil/> (date of access: 17.06.2024).

⁵³ Kellermann AL, Kotwal RS, Rasmussen TE. Military Medicine's Value to US Health Care and Public Health: Bringing Battlefield Lessons Home. *JAMA New Open*. 2023;6(9):e2335125. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.35125

⁵⁴ Hutter PJ, Roski J, Woodson J, et al. Readiness Of medical providers in the military health system: overview of operational and policy considerations. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38(8):1274–1280. doi:10.1377/hlthaff.2019.00336

запустили програму Stop the Bleed, яка навчає населення, як накладати сучасний джгут та зупинити кровотечу⁵⁵.

Військова охорона здоров'я зробила внесок у фундаментальні науки. Військові лабораторії, а також Науково-дослідний інститут армії Волтера Ріда⁵⁶, Військово-морський медичний дослідницький центр, Медичний науково-дослідний інститут інфекційних захворювань армії США і мережа військових лабораторій по всьому світу, вже давно є світовими лідерами в боротьбі з інфекційними захворюваннями з високим ступенем ризику, такими як: малярія, лихоманка денге, Ебола й ВІЛ/СНІД⁵⁷. Також, в медичному корпусі US Navy, доктор медицини Карл Джун зробив важливі відкриття, які проклали шлях до розробки терапії Т-клітинними рецепторами до химерних антигенів⁵⁸. Ухвалена Конгресом у 2019 році програма Mission Zero була запущена Міністерством охорони здоров'я та є багатообіцяючим проектом⁵⁹, якби уряди штатів допомогли полегшити вимоги до ліцензування військових медиків, які працюють у цивільних лікарнях, дозволивши більшій кількості військових лікарень брати участь у цивільних травматологічних системах⁶⁰. Такими діями можливо буде покращити доступ до медичної допомоги та підтримувати навички військових медиків у період часу між розгортанням військ. Так, зокрема, American College of Surgeons⁶¹

⁵⁵ Stop the Bleed. Our story. Accessed May 3, 2023. <https://www.stopthebleed.org/our-story/> (date of access: 17.06.2024).

⁵⁶ MHRP. Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR). Accessed August 15, 2023. <https://www.hivresearch.org/about-us/wrair> (date of access: 17.06.2024).

⁵⁷ Gambel JM, Hibbs RGUS Jr. US military overseas medical research laboratories. *Mil Med.* 1996;161(11):638-645. doi:10.1093/milmed/161.11.638

⁵⁸ June CH. Toward synthetic biology with engineered T cells: a long journey just begun. *Hum Gene Ther.* 2014;25(9):779-784. doi:10.1089/hum.2014.2533

⁵⁹ Trauma Center Association of America. Mission zero grant funding awarded to trauma centers. Accessed May 15, 2023. <https://www.traumacenters.org/news/news.asp?id=618379> (date of access: 17.06.2024).

⁶⁰ Kellermann AL. We must rebuild America's military health system – before it's too late. Accessed May 23, 2023. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/we-must-rebuild-america-s-military-health-system-before-s-too-late> (date of access: 17.06.2024).

⁶¹ American College of Surgeons. Military health system strategic partnership American College of Surgeons. Accessed May 16, 2023. <https://www.facs.org/for-medical-professionals/membership-community/military-health-system-strategic-partnership/> (date of access: 17.06.2024).

уклав альянс з військовою системою охорони здоров'я⁶², що, на наше переконання, повинно стати прикладом для інших.

Отже, система охорони здоров'я США є найскладнішою у світі та лідером серед інших країн за обсягом видатків на медицину, але при цьому не за рівнем якості надання медичних послуг і, як наслідок, – рівнем здоров'я населення. Є певні успіхи, завдяки яким люди з хронічними захворюваннями та діабетом, мають змогу пройти обстеження та лікування безкоштовно. Але є і проблеми, пов'язані з фінансуванням та оплатою медичних послуг: постійне зростання оплати лікарняного лікування та висока вартість медичного обслуговування. У той же час, військова медицина хоча і має вдвічі менший бюджет, розробила та впровадила набагато більше ключових іновачій, аніж Національний інститут охорони здоров'я. Для вирішення проблем в охороні здоров'я США корисно було б впровадити на федеральному рівні систему загальнообов'язкового страхування здоров'я.

3. Розвиток медичного права у Мексиці

У Мексиці концепція цифрової охорони здоров'я не є новою, однак широкої популярності вона набула під час пандемії COVID-19 та мала вирішальне значення тому, що з'явилась можливість моніторингу пацієнтів з хронічними захворюваннями, створення баз даних про випадки COVID-19 та аналіз симптомів та інших цілей.

Включення технологій охорони здоров'я до Національної системи охорони здоров'я (NHS) має важливі технічні, економічні та соціальні проблеми. Для вирішення цих проблем Міністерство охорони здоров'я Мексики створило CENETEC у січні 2004 року⁶³. У 2010 році Міністерство охорони призначило CENETEC для збору інформації та даних щодо використання інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я з метою створення керівних принципів, які б сприяли розвитку цифрового регулювання у сфері

⁶² Fannon EEH, Learn PA, Horton JD, Latham KP, Valerio IL. The Power of cooperation: a quantitative analysis of the benefit of civilian partnerships on the academic output of military surgeons. *Mil Med*. Published online February 20, 2023. doi:10.1093/milmed/usad033

⁶³ URL: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/english/english.html> (дата звернення: 18.06.2024).

охорони здоров'я.⁶⁴ Міністерство охорони здоров'я у 2012 році встановило зобов'язання гарантувати інтегрованість, обробку, інтерпретацію та безпеку інформації, яка міститься в електронних медичних картах та дозволити надання медичних послуг за допомогою електронних засобів відповідно до нормативно-правових актів, виданих Міністерством охорони здоров'я. У 2013 році до Національної системи охорони здоров'я було включено просування медичних послуг з використанням інформаційних технологій, а Міністерство охорони здоров'я отримало повноваження сприяти впровадженню, використанню та експлуатації інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я. Крім того, у 2013 році телекомунікаційна реформа внесла зміни до Федерального інституту телекомунікацій (IFETEL)⁶⁵, відповідно до яких виконавча влада повинна відповідати за універсальну та інклюзивну цифрову політику. Її мета – сприяння державним і приватним інвестиціям в телемедицину та електронні клінічні записи. Та вже у 2018 році було дозволено виписувати електронні рецепти, протягом цих років CENETEC опублікував нормативно-правові акти щодо цифрової охорони здоров'я, але не настільки всеосяжно, як було б доцільно. В Конгресі обговорюється кілька законопроектів щодо охорони здоров'я, але жоден з них не був ухвалений⁶⁶.

Отже, залежно від статусу людини, державна медицина повністю або частково субсидується федеральним урядом. Працевлаштовані мексиканці мають право на субсидоване медичне обслуговування через систему медичних закладів, що діють під егідою федерального Секретаріату охорони здоров'я (formerly the Secretaría de Salubridad y Asistencia, or SSA); мексиканці, що не мають офіційного працевлаштування охоплюються програмою INSABI. Державна система охорони здоров'я Мексики має розвинену систему забезпечення та надання послуг, створену урядом, яка гарантована всім громадянам

⁶⁴ International Bar Association | International Bar Association. URL: <https://www.ibanet.org/document?id=Healthcare-Telemedicine-Survey-Mexico> (дата звернення: 18.06.2024).

⁶⁵ Telecommunications: Mexico's New Reform – Americas Quarterly. Americas Quarterly. URL: <https://americasquarterly.org/fulltextarticle/telecommunications-mexicos-new-reform/> (date of access: 18.06.2024).

⁶⁶ Digital healthcare 2023 – mexico | global practice guides | chambers and partners. Home | Global Practice Guides | Chambers and Partners. URL: <https://practiceguides.chambers.com/practice-guides/digital-healthcare-2023/mexico/trends-and-developments> (date of access: 18.06.2024).

ст. 4 Конституції Мексики⁶⁷. Наразі програма захищає понад 57 мільйонів мешканців і покриває всі умови, послуги та ліки безкоштовно. Завдяки схемі державного страхування разом із соціальним забезпеченням, вона охоплює 95 % застрахованого населення Мексики⁶⁸. Фінансування INSABI здійснюється федеральним урядом, Секретаріатом охорони здоров'я та учасниками цієї системи. Однак близько 20 % учасників звільнені від сплати страхових внесків. Також, в рамках Програми боротьби з бідністю, існує програма IMSS-Oportunidades, яка спрямована на допомогу найбільшим верстам населення країни в галузі охорони здоров'я та освіти і повністю фінансується урядом. Системи охорони здоров'я, пов'язані з SEDENA, SEMAR і PEMEX, охоплюють понад мільйон осіб⁶⁹. Працевлаштовані громадяни та їхні утриманці можуть скористатися програмою, якою керує Мексиканський інститут соціального забезпечення (IMSS), що фінансується паритетно: працівником, приватним роботодавцем та федеральним урядом. Вона охоплює понад 65 мільйонів людей⁷⁰. Незалежно від програми федерального уряду, медичні послуги також надаються урядами штатів Мексики. У більшості штатів встановлено безкоштовну або субсидовану охорону здоров'я, для своїх громадян⁷¹. Секретаріат охорони здоров'я є найбільшою державною установою, що управляє 809 лікарнями по всій країні. IMSS надає лікарняну допомогу та послуги працюючим громадянам та їхнім утриманцям і має 279 лікарень, що входять до її складу. ISSSTE надає медичну допомогу та послуги державним службовцям і має 115 підпорядкованих йому лікарень. Інші 279 лікарень афілійовані з 9 державними установами, включаючи Державні установи, Секретаріат національної оборони (Secretaria de Defensa Nacional),

⁶⁷ Gómez, C. The Health System in Mexico. Mexico : Revista Conamed, Vol. 22 Núm 3; 2017.

⁶⁸ Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ (February 2016). "Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system". *Health Policy and Planning*. 31 (1): 28–36. doi:10.1093/heapol/czv015. PMID 25823751.

⁶⁹ Castro R (2014). "Health Care Delivery System: Mexico". *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. Pp. 836–842. doi:10.1002/9781118410868.wbehibs101. ISBN 978-1-118-41086-8.

⁷⁰ Secretaría de la Función Pública. Confronta al primer trimestre 2016 de los padrones del Sistema Nacional de Salud: Resumen Ejecutivo. Mexico: Secretaría de la Función Pública; 2016.

⁷¹ Quienes Somos. Archived 2009-07-21 at the Wayback Machine Secretaria de Salud. Federal Government of Mexico. Retrieved 4 July 2009.

Мексиканський військово-морський флот (Secretaria de Marina), Petroleos Mexicanos (PEMEX) та Червоний Хрест (Cruz Roja)⁷².

León-Cortés, Fernández, та Sánchez-Pérez зазначають, що до прийняття плану реформи охорони здоров'я на 2012-2018 роки адміністрація Е. Реїа Nieto вжила заходів для допомоги населенню Мексики, яке зіткнулося з великою кризою у сфері охорони здоров'я. Тривалість життя була на рекордно низькому рівні і вплинула на багатьох. Адміністрація покладала великі надії на план реформування системи охорони здоров'я, сподіваючись на кращу медичну допомогу для населення Мексики з низьким рівнем доходу.⁷³ Але бідні мексиканські сім'ї стикнулися з труднощами в отриманні пільг на охорону здоров'я через свій трудовий статус. Наприкінці 2018 року, завдяки Системі соціального захисту здоров'я (SPSS), більшість малозабезпечених сімей Мексики отримали доступ до кращих пільг.⁷⁴ То ж реформи в Мексиці розвивалися на спробах та помилках, багато державних закладів охорони здоров'я намагалися змінити цю реформу, надаючи більше медичних послуг. Багато було вкладено інвестицій у реформування початкових засад, які включали передові медичні технології та кращі ресурси для працівників медичних закладів.⁷⁵ То ж, завдяки реформам в охороні здоров'я в Мексиці спостерігається значне зростання усіх сфер охорони здоров'я, але вона значно відстає від інших країн в Організації економічного співробітництва та розвитку за станом і доступністю (окрім, щоправда, США та Канади).⁷⁶

Близькість розташування Сполучених Штатів та відносно низька вартість подорожі приваблюють до Мексики туристів з США та

⁷² National Health Information System, "SINAIS" Archived 2015-01-25 at the Wayback Machine. Retrieved 1 June 2014.

⁷³ León-Cortés JL, Leal Fernández G, Sánchez-Pérez HJ (February 2019). "Health reform in Mexico: governance and potential outcomes". *International Journal for Equity in Health*. 18 (1): 30. doi:10.1186/s12939-019-0929-y. PMC 6367748. PMID 30732653.

⁷⁴ Rabiul Islam M, Hasan M, Rahman MS, Rahman MA (September 2022). "Monkeypox outbreak – No panic and stigma; Only awareness and preventive measures can halt the pandemic turn of this epidemic infection". *The International Journal of Health Planning and Management*. 37(5): 3008–3011. doi:10.1002/hpm.3539. PMID 35791639.

⁷⁵ Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM (October 2006). "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico". *Lancet*. 368 (9546): 1524–1534. doi:10.1016/S0140-6736(06)69564-0. PMID 17071286.

⁷⁶ Contributors to Wikimedia projects. Healthcare in mexico – wikipedia. *Wikipedia, the free encyclopedia*. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Mexico#cite_note-Castro2014-41 (date of access: 18.06.2024).

Канади у пошуку якісної медичної допомоги, найпопулярніші з них – це стоматологічні послуги, косметична хірургія та ортопедичні процедури. Завдяки найсучаснішому обладнанню, яке можна порівняти з американськими лікарнями, Мексика стала одним із головних напрямків для медичного туризму із США. Приватні лікарні Мексики пропонують медичні пакети, до яких входить проживання розташоване поблизу пляжів та післялікарняний догляд. Найкращі лікарні та клініки Мексики розташовані в Мехіко, Гвадалахарі та Монтерреї. Вартість ліків за рецептом у Мексиці майже вдвічі нижча, ніж у США та Канаді. Іноземним пацієнтам пропонують окрему плату та особисте спілкування з лікарем або хірургом віч-на-віч, а лікарні та клініки оснащені найсучаснішим обладнанням, підготовленими лікарями та медперсоналом. Наразі в Мексиці є 9 акредитованих JCI клінік та лікарень, а деякі з них мають ще акредитацію CSG, яка надається Генеральною радою охорони здоров'я Мексики. Найпопулярніші види лікування, за якими звертаються медичні туристи в Мексиці: косметична хірургія, стоматологія, естетичні процедури (ботокс), заміна кульшового суглобу, заміна колінного суглобу, ортопедична хірургія, баріатрична хірургія (для схуднення), хірургія ока, кардіохірургія. Відповідальність лікарів в інших країнах регулюється не з такою суворістю, як у Сполучених Штатах, то ж не дивно, що компенсації за лікарську недбалість не такі високі. Натомість, іноземні лікарі не так надійно застраховані від лікарської помилки, як їхні американські колеги, і з цього виходить, що американський медичний турист не може звернутись до американської судової системи. Тому американський суд може не притягнути до відповідальності посередника, оскільки промоутери або агенти медичного туризму не є медичними працівниками, а отже, не можуть вчиняти неправомірні дії. Деякі медичні страхові компанії в США розробили страхові пакети для тих, хто бажає отримати медичну допомогу в Мексиці. Закон Каліфорнії 1999 року, дозволив каліфорнійським страховикам покривати витрати мексиканських лікарів, чим проклав шлях до змін у страховій індустрії та серед постачальників медико-туристичних пакетів⁷⁷.

⁷⁷ Medical Tourism to Mexico: Booking Medical Treatment in Mexico | Health-Tourism.com marketplace. *Medical Tourism Marketplace | Health-Tourism.com*. URL: <https://www.health-tourism.com/medical-tourism-mexico/> (date of access: 27.06.2024).

При отриманні медичної допомоги за кордоном, медичні туристи можуть стикнутися з незнайомими правовими питаннями⁷⁸. Обмежений характер судових процесів у різних країнах є причиною доступності медичної допомоги за кордоном. Хоча деякі країни все ж таки надають певні засоби правового захисту у випадку медичної недбалості, що є непривабливим для медичного туризму. У разі виникнення проблем, пацієнти можуть не отримати повного особистого страхування або компенсації, через судовий позов про лікарську недбалість. Лікарні та/або лікарі в деяких країнах не в змозі виплатити фінансові збитки, присуджені судом пацієнту, який подав на них до суду, через те, що не мають відповідного страхового покриття та/або медичного покриття⁷⁹.

Що ж стосується системи військової охорони здоров'я (MHS) в Мексиці, вона являє собою, одну з найбільших і найскладніших установ охорони здоров'я в Америці, а також провідною у світі системою надання військової медичної допомоги. MHS рятує життя на полі бою, бореться з інфекційними захворюваннями в усьому світі та відповідає за надання медичних послуг як через direct care і private sector care, до складу яких входять військовослужбовці, військові пенсіонери та члени їх сімей. Міністерство охорони здоров'я забезпечує реалізацію Національної оборонної стратегії на сайті Defense.gov, забезпечуючи медичну готовність, покращуючи здоров'я та готовність медичних сил, для тих, хто перебуває під її опікою. Зокрема, це – надання медичної допомоги, медичної освіти, громадського здоров'я, партнерства з приватним сектором й передові медичні дослідження та розробки. Місія MHS полягає у тому, щоб забезпечити здоров'я американських військовослужбовців та військовослужбовців запасу, діючий та резервний медичний персонал професійною підготовкою, для надання медичної допомоги оперативних сил по всьому світу, а також, – належне медичне обслуговування, відповідне службі, понад 9,6 мільйона військовослужбовців, військових пенсіонерів та членів їхніх сімей. Військова охорони здоров'я в Мексиці являє собою одну з найбільших та найскладніших систем у Північній Америці. Її система військово-медичної допомоги

⁷⁸ "Medical Tourism: Ethical Pitfalls of Seeking Health Care Overseas". Ahcpub.com. Archived from the original on 2011-07-07. Retrieved 2011-10-29.

⁷⁹ Contributors to Wikimedia projects. Medical tourism – Wikipedia. *Wikipedia, the free encyclopedia*. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_tourism (date of access: 27.06.2024).

є провідною, яка рятує життя на полі бою та від інфекційних захворювань по всьому світу⁸⁰.

Аналізуючи охорону здоров'я країн Північної Америки, ми можемо зробити висновки, що в Мексиці медицина є найбільш доступною з-поміж країн північноамериканського регіону. Щоб отримати медичну допомогу, до Мексики приїжджають із США та Канади. Страхові компанії надають страховку для медичних туристів. Єдиною проблемою в охороні здоров'я Мексики (і це істотно!) є складність притягнення до юридичної відповідальності у випадку недобросовісної медичної практики. Проте, військова медицина є одною з найбільших та найскладніших систем у Північній Америці.

ВИСНОВКИ

1. Медицина Канади є прогресивною та постійно розвивається. Діяльність системи охорони здоров'я заснована на національних стандартах надання медичної допомоги, які підтвердили свою ефективність, забезпечуючи канадцям захист від завеликих витрат на медичну допомогу. Але, незважаючи на те, що канадці в цілому задоволені системою фінансового захисту, вони не задоволені рівнем доступності медицини для пересічного громадянина (наприклад, щодо термінів очікування лікарської допомоги та планової хірургії), що істотно впливає на рівень працездатності населення та строки тимчасової непрацездатності як за умов миру, так і воєнного стану.

2. Система охорони здоров'я США є найскладнішою у світі та лідером серед інших країн за обсягом видатків на медицину, але при цьому не за рівнем якості надання медичних послуг і, як наслідок, – рівнем здоров'я населення. Є певні успіхи, завдяки яким люди з хронічними захворюваннями та діабетом, мають змогу пройти обстеження та лікування безкоштовно. Але є і проблеми, пов'язані з фінансуванням та оплатою медичних послуг: постійне зростання оплати лікарняного лікування та висока вартість медичного обслуговування. У той же час, військова медицина хоча і має вдвічі менший бюджет, розробила та впровадила набагато більше ключових іновацій, аніж Національний інститут охорони здоров'я. Для вирішення проблем в охороні здоров'я США корисно було б впровадити на федеральному рівні систему загальнообов'язкового страхування здоров'я.

⁸⁰ About the military health system. *Military Health System*. URL: <https://www.health.mil/About-MHS> (date of access: 18.06.2024).

3. У Мексиці медицина є найбільш доступною з-поміж країн північноамериканського регіону. Щоб отримати медичну допомогу, до Мексики приїжджають із США та Канади. Страхові компанії надають страховку для медичних туристів. Єдиною проблемою в охороні здоров'я Мексики (і це істотно!) є складність притягнення до юридичної відповідальності у випадку недобросовісної медичної практики. Відносно військової охорони здоров'я в Мексиці, то вона являє собою одну з найбільших та найскладніших систем у Північній Америці. Її система військово-медичної допомоги є провідною, яка рятує життя на полі бою та від інфекційних захворювань по всьому світу.

4. Вивчаючи досвід країн Північної Америки, особливо в умовах нещодавньої пандемії та війни, на наш погляд, цілком доречно впровадити в Україні досвід правового регулювання досліджуваних країн, а саме: норми, подібні до Закону про охорону здоров'я Канади, Федерального Закону про доступ до медичного обслуговування США; військової системи охорони здоров'я CF H Svcs Gr, мексиканської програми INSABI тощо. Спираючись на досвід більш розвинутих країн, нам потрібно реформувати систему охорони здоров'я та її фінансування таким чином, щоб військові та населення країни були повною мірою соціально захищені та мали змогу безкоштовно проходити медичне обстеження, лікування та реабілітацію.

Водночас, потрібні подальші порівняльно-правові дослідження з метою послідовного удосконалення системи правового регулювання медико-суспільних відносин, як на національному і регіональному, так і на глобальному рівні.

АНОТАЦІЯ

У роботі розглядається питання медичного права в контексті мирного та воєнного часу. Вивчено проблематику суспільного унормування охорони здоров'я цивільного населення та військових збройних сил Канади, США та Мексики. Приділено увагу реформуванню та розвитку медицини та медичного права з огляду на історичні події. За результатами дослідження зроблено висновки. Зокрема, констатовано і обґрунтовано, з посиланням на наукову доктрину, що належне правове регулювання охорони здоров'я має неабияке значення для людства та навколишнього середовища вцілому.

Література

1. The Constitution Acts (1867). <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-1.html> (date of access: 07.06.2024).
2. Canada's health care system – canada.ca. Canada.ca. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> (date of access: 07.06.2024).
3. Canada health act – canada.ca. Canada.ca. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html> (date of access: 07.06.2024).
4. URL: https://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/04/canada_hs_1.pdf (date of access: 07.06.2024).
5. Privacy Act. 1983. R.S.C. (1985). <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/ACTS/P21/index.html> (date of access: 07.06.2024).
6. Canada Health Act. 1984. R.S.C. (1985) <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c6/page-1.html#docCont> (date of access: 07.06.2024).
7. Uniform Human Tissue Donation Act (1990). https://ulcc-chlc.ca/ULCC/media/ENUniform-Acts/Uniform-Human-Tissue-Donation-Act_1.pdf (date of access: 07.06.2024).
8. Medical Devices Regulations. SOR/98-282 (1992). <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/SOR/SOR-98-282.pdf> (date of access: 07.06.2024).
9. Colleaga (2021). Healthcare Privacy Legislation in Canada. Colleaga. <https://www.colleaga.org/article/healthcare-privacy-legislation-canada> (date of access: 07.06.2024).
10. Bernier JR. Threats to operational force health protection. In: English A, Taylor J, editors. The operational art: Canadian perspectives – force health support. Kingston (ON); Canadian Defence Academy Press; 2006.
11. Ognibene A, Barrett O, editors. General medicine and infectious disease, vol. 2: Internal medicine in Vietnam. Washington (DC): Office of the Surgeon General; 1982.
12. Grau L, Jorgensen W. Beaten by the bugs. *Mil Rev.* 1997;77(6):30.
13. Department of National Defence. Operation Toucan lessons learned, staff action directive (LLSAD). 2000 Oct 20.
14. Schofield S. Interventions, evidence, values and preference. In: CIMVHR Forum 2015; 2015 Nov 23; Quebec City, Canada.
15. Gauthier JR. Michel Sarrazin: un médecin du roi en Nouvelle-France. Sillery (QC): Septentrion; 2007.
16. Gruber I. Books and the British Army in the age of the American Revolution. Chapel Hill, NC: University of North Carolina; 2010.

https://doi.org/10.5149/9780807899403_gruber (date of access: 19.06.2024).

17. Reid S. Wolfe: the career of General James Wolfe from Culloden to Quebec. Staplehurst, UK: Spellmount; 2000.

18. Bliss M. Banting: a biography. Toronto : McClelland and Stewart; 1984.

19. Farley J. Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War. Vancouver: UBC Press; 2008.

20. Journal of Military, Veteran and Family Health Volume 2, Issue 1, April 2016, Pages 87-90 <https://doi.org/10.3138/jmvfh.3659> (date of access: 19.06.2024).

21. Can Commun Dis Rep. 2020 Sep 3; 46(9): 254–255. Published online 2020 Sep 3. doi: 10.14745/ccdr.v46i09a01

22. Manchikanti L, Helm I S, Benyamin RM, Hirsch JA. Evolution of US Health Care Reform. Pain Physician. 2017 Mar;20(3):107-110. PMID: 28339426.

23. Barack Obama: Domestic Affairs | Miller Center. Miller Center. URL: <https://millercenter.org/president/obama/domestic-affairs> (date of access: 12.06.2024).

24. Barack Obama: Domestic Affairs | Miller Center. Miller Center. URL: <https://millercenter.org/president/obama/domestic-affairs> (date of access: 13.06.2024).

25. National federation of independent business v. sebelius (2012). LII / Legal Information Institute. URL: [https://www.law.cornell.edu/wex/national_federation_of_independent_business_v._sebelius_\(2012\)](https://www.law.cornell.edu/wex/national_federation_of_independent_business_v._sebelius_(2012)) (date of access: 13.06.2024).

26. Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. LII / Legal Information Institute. URL: https://www.law.cornell.edu/wex/patient_protection_and_affordable_care_act_of_2010 (date of access: 13.06.2024).

27. Affordable Care Act. LII / Legal Information Institute. URL: https://www.law.cornell.edu/category/keywords/affordable_care_act (date of access: 13.06.2024).

28. KING v. BURWELL. LII / Legal Information Institute. URL: <https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/14-114> (date of access: 13.06.2024).

29. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "executive order". Encyclopedia Britannica, 7 Jun. 2024, <https://www.britannica.com/topic/executive-order>. Accessed 13 June 2024.

30. Levy, Michael. "Patient Protection and Affordable Care Act." Encyclopedia Britannica, 11 Jun. 2024, <https://www.britannica.com/money/Patient-Protection-and-Affordable-Care-Act>. Accessed 13 June 2024.

31. American Health Care Act | United States [2017]. Encyclopedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/topic/American-Health-Care-Act> (date of access: 13.06.2024).

32. Individual mandate | United States health care. Encyclopedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/topic/individual-mandate> (date of access: 13.06.2024).

33. Medicare and Medicaid – Health Insurance, Coverage, Eligibility. Encyclopedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/topic/Medicare-United-States-health-insurance/Medicaid#ref294325> (date of access: 13.06.2024).

34. Congressional Budget Office | United States government agency. Encyclopedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/topic/Congressional-Budget-Office> (date of access: 13.06.2024).

35. Better Care Reconciliation Act | United States [2017]. Encyclopedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/topic/Better-Care-Reconciliation-Act> (date of access: 13.06.2024).

36. Donald Trump – Healthcare Reform, Tax Cuts, Trade Deals. Encyclopedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/biography/Donald-Trump/Health-care> (date of access: 13.06.2024).

37. Perreira KM, Allen CD, Oberlander J. Access to health insurance and health care for Hispanic children in the United States. *Ann Am Acad Pol Soc Sci.* 2021;696:223–244.

38. Sommers BD, Chen L, Blendon RJ, Orav EJ, Epstein AM. Medicaid work requirements in Arkansas: two-year impacts on coverage, employment, and affordability of care. *Health Aff (Millwood).* 2020;39:1522–1530.

39. Contributors to Wikimedia projects. American Rescue Plan Act of 2021 – Wikipedia. Wikipedia, the free encyclopedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/American_Rescue_Plan_Act_of_2021 (date of access: 13.06.2024).

40. Park E, Corlette S. American Rescue Plan Act: health coverage provisions explained. Washington, D.C.: Georgetown University Health Policy Institute, March 2021 (<https://ccf.georgetown.edu/wp-content/uploads/2021/03/American-Rescue-Plan-signed-fix-2.pdf>) (date of access: 15.06.2024).

41. OBERLANDER, Jonathan. Health Care Reform under the Biden Administration—Broad Ambitions, Narrow Majorities. *New England Journal of Medicine*. 2022, 386.19: 1773–1775.

42. Trump DH, Mazzuchi JF, Riddle J, Hyams KC, Balough B. Force health protection: 10 years of lessons learned by the Department of Defense. *Mil Med*. 2002;167(3):179–185.

43. Brueggemeyer MT, Riddle M, Kellermann AL. Health protection: military concepts applied to the civilian world. *Am J Public Health*. 2018;108(9):1155-1157. doi:10.2105/AJPH.2018.304577

44. Smith DC. A heritage of innovation. In: Kellermann AL, Elster E, Babington C, Harris R, eds. *Out of the Crucible: How the US Military Transformed Combat Casualty Care in Iraq and Afghanistan*. Borden Institute; 2017:3–14.

45. Tobey RE. Advances in medicine during wars: a primer. Accessed August 4, 2023. <https://www.fpri.org/article/2018/02/advances-medicine-wars-primer/> (date of access: 16.06.2024).

46. Agarwal D, Barker CF, Naji A, Schwab CW. Reciprocal learning between military and civilian surgeons: past and future paths for medical innovation. *Ann Surg*. 2021;274(5):e460-e464. doi:10.1097/SLA.0000000000003635

47. Muck AE, Givens M, Bebarta VS, Mason PE, Goolsby C. Emergency physicians at war. *West J Emerg Med*. 2018;19(3):542–547. doi:10.5811/westjem.2018.1.36233

48. Rich NM, Welling DR, Lough FC, Elster EA. The historic link between the ACS leadership and the military. Accessed May 30, 2023. <https://bulletin.facs.org/2016/11/the-historic-link-between-the-acs-leadership-and-the-military/> (date of access: 16.06.2024).

49. Pruitt BA Jr, Rasmussen TE. On the shoulders of giants. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;75(2) (suppl 2):S106–S110. doi: 10.1097/TA.0b013e31829fdd39

50. DeBakey ME. History, the torch that illuminates: lessons from military medicine. *Mil Med*. 1996;161(12):711–716. doi:10.1093/milmed/161.12.711

51. Howard JT, Kotwal RS, Stern CA, et al. Use of combat casualty care data to assess the US military trauma system during the Afghanistan and Iraq conflicts, 2001-2017. *JAMA Surg*. 2019;154(7):600–608. doi:10.1001/jamasurg.2019.0151

52. Joint trauma system. *Joint Trauma System*. URL: <https://jts.health.mil/> (date of access: 17.06.2024).

53. Kellermann AL, Kotwal RS, Rasmussen TE. Military Medicine's Value to US Health Care and Public Health: Bringing Battlefield Lessons Home. *JAMA Netw Open*. 2023;6(9):e2335125. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.35125

54. Hutter PJ, Roski J, Woodson J, et al. Readiness Of medical providers in the military health system: overview of operational and policy considerations. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38(8):1274–1280. doi:10.1377/hlthaff.2019.00336

55. Stop the Bleed. Our story. Accessed May 3, 2023. <https://www.stopthebleed.org/our-story/> (date of access: 17.06.2024).

56. MHRP. Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR). Accessed August 15, 2023. <https://www.hivresearch.org/about-us/wrair> (date of access: 17.06.2024).

57. Gambel JM, Hibbs RGUS Jr. US military overseas medical research laboratories. *Mil Med*. 1996;161(11):638–645. doi:10.1093/milmed/161.11.638

58. June CH. Toward synthetic biology with engineered T cells: a long journey just begun. *Hum Gene Ther*. 2014;25(9):779–784. doi:10.1089/hum.2014.2533

59. Trauma Center Association of America. Mission zero grant funding awarded to trauma centers. Accessed May 15, 2023. <https://www.traumacenters.org/news/news.asp?id=618379> (date of access: 17.06.2024).

60. Kellermann AL. We must rebuild America's military health system – before it's too late. Accessed May 23, 2023. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/we-must-rebuild-america-s-military-health-system-before-s-too-late> (date of access: 17.06.2024).

61. American College of Surgeons. Military health system strategic partnership American College of Surgeons. Accessed May 16, 2023. <https://www.facs.org/for-medical-professionals/membership-community/military-health-system-strategic-partnership/> (date of access: 17.06.2024).

62. Fannon EEH, Learn PA, Horton JD, Latham KP, Valerio IL. The Power of cooperation: a quantitative analysis of the benefit of civilian partnerships on the academic output of military surgeons. *Mil Med*. Published online February 20, 2023. doi:10.1093/milmed/usad033

63. URL: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/english/english.html> (дата звернення: 18.06.2024).

64. International Bar Association | International Bar Association. URL: <https://www.ibanet.org/document?id=Healthcare-Telemedicine-Survey-Mexico> (дата звернення: 18.06.2024).

65. Telecommunications: Mexico's New Reform – Americas Quarterly. *Americas Quarterly*. URL: <https://americasquarterly.org/fulltextarticle/telecommunications-mexicos-new-reform/> (date of access: 18.06.2024).

66. Digital healthcare 2023 – mexico | global practice guides | chambers and partners. Home | Global Practice Guides | Chambers and Partners. URL: <https://practiceguides.chambers.com/practice-guides/digital-healthcare-2023/mexico/trends-and-developments> (date of access: 18.06.2024).

67. Gómez, C. The Health System in Mexico. Mexico: Revista Conamed, Vol. 22 Núm 3; 2017.

68. Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ (February 2016). "Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system". *Health Policy and Planning*. 31(1): 28–36. doi:10.1093/heapol/czv015. PMID 25823751.

69. Castro R (2014). "Health Care Delivery System: Mexico". *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. pp. 836–842. doi:10.1002/9781118410868.wbehibs101. ISBN 978-1-118-41086-8.

70. Secretaría de la Función Pública. Confronta al primer trimestre 2016 de los padrones del Sistema Nacional de Salud: Resumen Ejecutivo. Mexico: Secretaría de la Función Pública; 2016.

71. Quienes Somos. Archived 2009-07-21 at the Wayback Machine Secretaría de Salud. Federal Government of Mexico. Retrieved 4 July 2009.

72. National Health Information System, "SINAIS" Archived 2015-01-25 at the Wayback Machine. Retrieved 1 June 2014.

73. León-Cortés JL, Leal Fernández G, Sánchez-Pérez HJ (February 2019). "Health reform in Mexico: governance and potential outcomes". *International Journal for Equity in Health*. 18 (1): 30. doi:10.1186/s12939-019-0929-y. PMC 6367748. PMID 30732653.

74. Rabiul Islam M, Hasan M, Rahman MS, Rahman MA (September 2022). "Monkeypox outbreak – No panic and stigma; Only awareness and preventive measures can halt the pandemic turn of this epidemic infection". *The International Journal of Health Planning and Management*. 37(5): 3008–3011. doi:10.1002/hpm.3539. PMID 35791639.

75. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM (October 2006). "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico". *Lancet*. 368(9546): 1524–1534. doi:10.1016/S0140-6736(06)69564-0. PMID 17071286.

76. Contributors to Wikimedia projects. Healthcare in Mexico – Wikipedia. Wikipedia, the free encyclopedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Mexico#cite_note-Castro2014-41 (date of access: 18.06.2024).

77. Medical Tourism to Mexico: Booking Medical Treatment in Mexico | Health-Tourism.com marketplace. *Medical Tourism Marketplace | Health-Tourism.com*. URL: <https://www.health-tourism.com/medical-tourism-mexico/> (date of access: 27.06.2024).

78. "Medical Tourism: Ethical Pitfalls of Seeking Health Care Overseas". Ahcpub.com. Archived from the original on 2011-07-07. Retrieved 2011-10-29.

79. Contributors to Wikimedia projects. Medical tourism – Wikipedia. *Wikipedia, the free encyclopedia*. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_tourism (date of access: 27.06.2024).

80. About the military health system. Military Health System. URL: <https://www.health.mil/About-MHS> (date of access: 18.06.2024).

Information about the authors:

Kolosov Illia Vadumovuch,

Doctor of Law (Habilitation, Dr hab.) (Republic of Poland),
PhD in Law (Ukraine), Reviewer of international scientific
professional journals of: "International Journal of Law and Society",
Science Publishing Group Inc. (New York, USA), Technium Education
and Humanities (Ponta Delgada, Portugal), Technium Business
and Management (Mumbai, India), Tumoutou Social Science, CV Kurnia
Group (Bantul, Indonesia), Invited Expert of the Times Higher Education's
Global Academic Reputation Survey-2024 and World University
Rankings-2025 (London, UK), Member of the Harvard Club, Honorary
Member of Technium Science's Scientific Committee (Konstanta,
Romania), etc.

Choporova Olha Yuriivna,

Master of Law,
Interregional Academy of Personnel Management
2, Frometivska St., Kyiv, 03039, Ukraine