

Міністерство освіти і науки України  
Університет митної справи та фінансів

Факультет управління  
Кафедра публічного управління та митного адміністрування

**Кваліфікаційна робота**  
на здобуття освітнього ступеня магістр  
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

за темою: **РЕФОРМА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Виконав: студентка  
групи ПУ23-1зм  
спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
Бершаденко Ю.В.

Керівник  
д.н. з держ. упр., професор  
Антонова О. В.

Рецензент  
НТУ «Дніпровська політехніка»,  
професор кафедри державного  
управління і місцевого  
самоврядування  
ННІ державного управління,  
д. держ. упр.,  
професор Хожило І. І.

## АНОТАЦІЯ

*Бершаденко Ю.В. Реформа фінансового забезпечення громадського здоров'я в Україні*

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2025.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення напрямів реформування фінансового забезпечення громадського здоров'я України та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення його ресурсного забезпечення з урахуванням зарубіжного досвіду.

У роботі досліджено теоретико-правові основи сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Розглянуто генезу та основний понятійно-категоріальний апарта у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано нормативно-правове забезпечення функціонування системи охорони здоров'я. Описано зарубіжний досвід упровадження моделей систем охорони здоров'я та особливостей фінансування (Канади, Великої Британії, ФРН, КНР). За результатами аналізу розвитку системи охорони здоров'я в Україні запропоновано заходи збалансування ефективності та запасу міцності системи охорони здоров'я в сучасних реаліях.

*Ключові слова:* громадське здоров'я, реформа, державна політика у сфері охорони здоров'я, система охорони здоров'я, сімейна медицина, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я, децентралізація.

## SUMMARY

*Bershadenko Yuliia. Reform of public health financing in Ukraine*

Qualification work for the Master's degree in the specialty 281 «Public Administration». University of Customs and Finance, Dnipro, 2025.

The purpose of the qualification work is to identify areas for reforming the financial support of public health in Ukraine and to develop practical recommendations for improving its resource provision, taking into account foreign experience.

The thesis examines the theoretical and legal foundations of the modern healthcare system in Ukraine. The genesis and the main conceptual and categorical apartments in the healthcare sector are considered. The author analyses the regulatory and legal support for the functioning of the healthcare system. The foreign experience of implementing healthcare system models and financing features (Canada, the United Kingdom, Germany, China) is described. Based on the results of the analysis of the healthcare system development in Ukraine, the author proposes measures to balance the efficiency and safety margin of the healthcare system in the current realities.

*Key words:* public health, reform, state policy in the field of healthcare, healthcare system, family medicine, financial support of the healthcare system, decentralisation.

*Список публікацій здобувача*

1. **Бершаденко Ю.В.** Електронна система охорони здоров'я України як ключовий компонент сучасної інфраструктури управління медичною інформацією. *Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд*: матеріали міжнародної наук.-практ. конф. (08 листоп. 2024 р.) конференції : у 2 т. Том 1. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2024. 530 с. С. 303 – 305. (Додаток Б)

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	9
1.1. Генеза формування державної політики у сфері охорони здоров'я та системи громадського здоров'я	9
1.2. Нормативно-правове забезпечення організації системи громадського здоров'я в Україні	21
РОЗДІЛ 2 ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ	32
2.1. Організація ресурсного забезпечення системи громадського здоров'я у Федеративній Республіці Німеччині	32
2.2. Реорганізація фінансування системи громадського здоров'я Канади	40
2.3. Особливості фінансового забезпечення громадського здоров'я у Великій Британії	44
2.4. Досвід реформування системи громадського здоров'я в Китайській Народній Республіці	49
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	54
3.1. Передумови та сучасний стан реформування фінансового забезпечення системи громадського здоров'я	54
3.2. Тенденції та перспективи вдосконалення фінансування системи громадського здоров'я в умовах воєнного стану	63
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	80

## ВСТУП

Доступ до чистої води, їжі, житла та медичної допомоги значно впливає на тривалість та якість життя. Люди, які живуть у бідності, мають більш високий ризик смерті від інфекційних захворювань, недоїдання та хронічних захворювань. Люди, які живуть у небезпечних або нерівних суспільствах, мають більш високий ризик смерті від травм, насильства та хронічних захворювань. Забруднення повітря, води та ґрунту негативно впливають на здоров'я. Люди, які живуть у забруднених районах, мають більш високий ризик розвитку респіраторних захворювань, серцево-судинних захворювань та раку.

Здоров'я населення є одним з найважливіших факторів розвитку суспільства адже здорове населення більш продуктивне, потребує менше соціальних виплат та є основою для розвитку людського капіталу.

У статуті головного міжнародного координаційного органу з охорони здоров'я яким є ВООЗ сформульовано визначення здоров'я, яке наразі є відправною точкою у формуванні політики охорони здоров'я: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів» [1]. Також у статуті ВООЗ зазначається, що володіння досяжним найвищим рівнем здоров'я є одним із невід'ємних прав будь-якої людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного та соціального становища. Уряди є відповідальними за здоров'я своїх народів і ця відповідальність потребує проведення відповідних заходів соціального характеру [1].

Система охорони здоров'я відіграє важливу роль у розвитку суспільства. Вона допомагає людям зберегти здоров'я, бути працездатними та жити довше. Люди, які живуть у країнах з якісною системою охорони здоров'я, мають більш високі шанси на виживання та відновлення після серйозних захворювань.

Кожна країна намагається створити найефективнішу систему охорони здоров'я. На державному рівні формуються стратегії, програми та політика у галузі медицини. Державні органи відповідають за нагляд і регулювання роботи медичних установ, таких як лікарні, клініки та інші медичні заклади. Це включає в себе встановлення стандартів безпеки пацієнтів, ліцензування медичних працівників і контроль за якістю медичних послуг. Уряд визначає розмір бюджетних асигнувань на медичні потреби, а також розподіл цих коштів між різними програмами та ініціативами. Органи публічного управління відповідають за координацію дій у випадках надзвичайних ситуацій, таких як епідемії, природні катастрофи або інші загрози для здоров'я громадськості. Державні інституції можуть фінансувати дослідження в галузі медицини, сприяючи науковим відкриттям та розвитку нових методів діагностики, лікування та профілактики хвороб. Державні органи працюють над забезпеченням того, щоб медичні послуги були доступні всім громадянам, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу або місця проживання.

Головна мета державної політики у сфері охорони здоров'я полягає у забезпеченні доступної медичної допомоги, у підвищенні ефективності медичних послуг, обсяг, вид та якість яких повинні бути відповідні захворюваності та потребам населення, спиратися на передові досягнення медицини.

Серед проблем з якими стикаються системи охорони здоров'я більшості країн слід виділити наступні:

- Старіння населення: світ старіє, що призводить до зростання потреби в медичній допомозі для людей похилого віку.
- Зростання хронічних захворювань: хронічні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання, рак та діабет, стають все більш поширеними, що збільшує навантаження на систему охорони здоров'я.

- Зростання вартості медичної допомоги: вартість медичної допомоги зростає швидше, ніж темпи економічного зростання, що робить її менш доступною для багатьох людей.

- Нестача медичних працівників: у багатьох країнах світу спостерігається нестача медичних працівників, що може призвести до зниження якості медичної допомоги.

- Нерівний доступ до медичної допомоги: доступ до медичної допомоги все ще залишається нерівним у багатьох країнах світу, що призводить до того, що люди з низьким доходом мають гірше здоров'я, ніж люди з високим доходом.

- Зміна клімату: зміна клімату є серйозною загрозою для здоров'я населення, що потребує нових підходів до охорони здоров'я.

- Глобалізація: поширення зв'язків між країнами призводить до поширення інфекційних захворювань та інших проблем зі здоров'ям, що потребує більш тісної співпраці між країнами світу.

Допомогти у вирішенні цих та інших глобальних проблем може оптимізація використання наявних у системі охорони здоров'я ресурсів, зокрема шляхом:

- Зростання значення профілактики: зростає розуміння того, що профілактика захворювань є ключовим фактором у покращенні здоров'я населення.

- Розвиток нових технологій: телемедицина, штучний інтелект та роботизована хірургія можуть революціонізувати систему охорони здоров'я та зробити її більш доступною та ефективною.

- Покращення управління ресурсами: покращення управління ресурсами дозволяє покращити якість медичної допомоги та зробити її більш доступною для населення.

Нестача ресурсів – це одна з найсерйозніших хронічних проблем системи охорони здоров'я України і викликана не тільки недостатнім фінансуванням, але й нерівномірним розподілом і неефективним

використанням ресурсів. Неєфективне використання ресурсів приводить до зниження доступності медичної допомоги, погіршення якості медичної допомоги далі до зростання захворюваності і врешті решт зростання інвалідності і смертності. Саме цими міркуваннями пояснюється актуальність теми даної роботи.

Проблематиці реформування системи охорони здоров'я присвятили свої праці як вітчизняні, так і зарубіжні вчені, серед яких слід відзначити дослідження З. Гладуна, М. Заярського, В. Лехан, З. Лободіна, В. Рудого, О. Солдатенко, І. Хожило та ін.

**Об'єктом** даного дослідження виступає система охорони здоров'я.

**Предмет** дослідження – реформа фінансового забезпечення громадського здоров'я в Україні, що направлена на оптимізацію наявних у системі охорони здоров'я ресурсів.

**Метою кваліфікаційної роботи** є визначення напрямів реформування фінансового забезпечення громадського здоров'я України та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення його ресурсного забезпечення з урахуванням зарубіжного досвіду.

Визначені об'єкт, предмет, мета обумовили необхідність вирішення таких завдань, як:

- встановити генезу формування державної політики у сфері охорони та системи громадського здоров'я;
- дослідити нормативно-правове забезпечення організації системи громадського здоров'я України;
- вивчити досвід реформування фінансового забезпечення системи громадського здоров'я в зарубіжних країнах, зокрема у Канаді та Великій Британії, ФРН та КНР;
- проаналізувати передумови та сучасний стан реформування фінансового забезпечення системи громадського здоров'я України;
- встановити тенденції та запропонувати перспективи вдосконалення фінансування системи громадського здоров'я в умовах воєнного стану.

Нормативно-правовою базою даного дослідження стали Конституція України; закони України: Закон України «Про лікарські засоби», Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», Закон України «Про систему громадського здоров'я», Закон України «Про екстрену медичну допомогу», Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові, Закон України «Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», «Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; розпорядження та постанови Кабінету Міністрів України. У роботі використано інформаційно-аналітичні дані Міністерства фінансів України, звіти Національної служби здоров'я України, щорічники Державної служби статистики України.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження використано системний підхід, методи аналізу і синтезу, узагальнення, компаративно-історичний метод відповідно до мети дослідження. Системний підхід дав змогу дослідити процес організації систем охорони здоров'я як соціальних підсистем. Методи індукції та дедукції спрямували логіку пізнання від найбільш загального до конкретного щодо особливостей сучасних систем охорони здоров'я. Завдяки застосуванню історичного підходу розглянуто етапи формування державної політики розвитку системи охорони здоров'я, а також формування національних підходів до системи охорони здоров'я в практиці органів публічної влади в зарубіжних країнах.

Логіка проведеного дослідження зумовила структуру роботи: вступ, три розділи (сім підрозділів), висновки, додатки, загальний обсяг яких складає 73 сторінки. Список використаних джерел містить 53, найменування, у тому числі 18 нормативних документа, 13 – іноземними мовами. Робота містить 2 рисунки та 3 таблиці.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 1.1. Генеза формування державної політики у сфері охорони здоров'я та системи громадського здоров'я

Перші історичні згадки про лікування датуються дуже давніми часами і знайдені в археологічних знахідках та писемних джерелах. Такі згадки свідчать про те, що вже в ранніх цивілізаціях люди використовували різні методи лікування. У китайській традиційній медицині (датовані близько 5000 років до н.е.) вже використовувалися різні трави, масажі, акупунктура та інші методи лікування. У Китаї існували різні закони та норми, які встановлювали вимоги до лікарів та використання трав для лікування. У цій культурі регулярно проводились іспити для медичних працівників. У 2600 р. до н.е. Жовтий імператор Хуан-ді написав «Канон Внутрішньої Медицини», який наголошував на важливості профілактики та здорового способу життя а також описував хірургічні методи лікування. У XI ст. до н.е. династія Чжоу видала закони, що стосуються санітарії та гігієни. Найдавніші згадки про лікарні в Китаї сягають 2600 року до н.е. За часів династії Чжоу (1046-256 рр. до н.е.) існували лікарні, відомі як «Бі-юань», де лікували хворих та поранених. Лікарні епохи Хань: в епоху Хань (206 р. до н.е. – 220 р. н.е.) система лікарень значно розвинулася: функціонували військові та цивільні лікарні, де використовувалися різні методи лікування, включаючи акупунктуру, траволікування та масаж. Китайська медицина та система лікарень мали значний вплив на розвиток медицини в інших країнах світу.

У давньому Єгипті (близько 3000 років до н. е.) збереглися докази використання хірургічних інструментів та процедур. Існували закони, які регулювали виконання хірургічних операцій та покладали відповідальність на лікарів у разі невдалих процедур. Перші лікарні з'явилися близько 3000

року до н.е. та були пов'язані з храмами, де жерці виконували роль лікарів. Єгипетські лікарі мали глибокі знання анатомії, фізіології та діагностики, вони використовували хірургічні інструменти, такі як скальпелі, пилки та щипці та застосовували різні методи лікування, включаючи бинтування, переливання крові та фізіотерапію. Велика увага приділялася гігієні, щоденному купанню, чищенню зубів, використанню косметичних засобів. Також був запроваджений контроль за якістю питної води та їжі, здійснювалися заходи з боротьби з комахами та інфекціями.

У Греції та Римі (7-5 століття до н.е.) відбувався значний розвиток медичної науки, зокрема лікарі, такі як Гіппократ, розвинули концепцію медичної етики та методичку клінічних спостережень. Були запроваджені закони та правила, які встановлювали обов'язки та відповідальність лікарів. У VII ст. до н.е. Гомер описує «асклепіони» – храми, присвячені богу медицини Асклепію, де хворі могли отримати лікування. У V ст. до н.е. Гіппократ засновує свою медичну школу на острові Кос. У IV столітті до н.е. Платон описує «Лікарні для невиліковних», де розміщували людей з хронічними захворюваннями. Система охорони здоров'я Римської імперії була однією з найрозвиненіших у світі на той час.

Традиційно з часів республіки велика увага приділялася профілактичним заходам. Громадські лазні, акведуки та каналізація не лише забезпечували римлян чистою водою, але й запобігали поширенню хвороб. Римські керманічі розуміли важливість гігієни для здоров'я солдат і в таборах існували суворі правила щодо підтримки чистоти, доступу до свіжих продуктів, фруктів, овочів та злаків. Римська імперія мала велику торговельну мережу, що забезпечувала доступ до різноманітних продуктів харчування. Отже, римська армія мала розвинену систему військової медицини і хірурги здобували значний досвід у лікуванні бойових травм. Римляни розуміли будову ока і могли лікувати деякі офтальмологічні захворювання. Жіноче здоров'я було важливою частиною римської медицини, що підтверджується знаннями про вагітність, пологи, жіночі

захворювання. Доступ до медичної допомоги залежав від соціального стану людини. Багаті люди могли звертатися до приватних лікарів, а бідні зазвичай користувалися послугами народних цілителів. Багато римських медичних знань і практик використовувалися протягом багатьох століть після падіння імперії. Система охорони здоров'я Римської імперії мала значний вплив на розвиток медицини в Європі.

Після розпаду Римської імперії та протягом середньовіччя в Європі відбувалися значні зміни у медичній та гігієнічній практиці. Оскільки в цей період було менше централізованого управління та медичних знань, рівень захворюваності був високим, а методи профілактики були досить примітивними. Перша європейська лікарня, Hôtel-Dieu, була заснована в Парижі в 651 році н.е. і функціонує донині. Першою англійською лікарнею стала St. Peter's Hospital, заснована в Йорку в 710 році н.е. і також функціонує донині.

Перші аптеки, у сучасному розумінні, з'явилися в середньовіччі. Однією з найдавніших відомих аптек є «Farmacia di Santa Maria Novella», розташована у Флоренції (Італія). Ця аптека була заснована бенедиктинськими монахами при монастирі Санта-Марія-Новелла в 1221 році. Вона стала однією з перших установ, яка виготовляла та продавала ліки, і відома своєю роллю у зберіганні давніх рецептур із лікарських трав та інших інгредієнтів. В аптеці також були лікарські книги, що містили рецепти та інструкції щодо виготовлення різних ліків.

З появою Ренесансу та подальшим розвитком медицини лікарні стали більш організованими та вдосконаленими. Першою державною лікарнею в сучасному розумінні стала «General Hospital» у Парижі (Франція) заснована у 1656 році. Це була перша лікарня, яка пропонувала безкоштовну медичну допомогу у всіх сферах медицини та для всіх пацієнтів, незалежно від їх соціального статусу чи доходів. Ця лікарня стала першою у світі універсальною медичною установою, яка працювала на користь громади та надавала допомогу всім, хто потребував лікування.

У XVIII ст. методи профілактики почали знаходити наукове обґрунтування і стали поширюватися для запобігання захворюванням у європейському суспільстві. Тоді як медицина у XIX ст. переживала великі зміни, що супроводжувалися революційними відкриттями та інноваціями.

Одним з найбільших проривів в медицині стало відкриття анестезії. У 1846 році американський хірург Крокерт Еллісон вперше використав ефір для хірургічних операцій. Відтоді анестезія стала стандартом у хірургічній практиці.

У XIX ст. відбулися важливі відкриття в області мікробіології. Луї Пастер виявив, що хвороби можуть бути спричинені мікробами, що відкрило шлях до розуміння причин і методів запобігання бактеріальним хворобам. Ідея, що більшість хвороб спричинюються мікробами, була сформульована в другій половині XIX ст. після відкриття антисептичних методів лікування. У XIX ст. з'явилися нові хірургічні інструменти, а також було розроблено нові методи лікування, такі як абдомінальна хірургія, ортопедія, гінекологія та інші.

Це лише декілька відзначених подій, які супроводжували розвиток медицини у XIX столітті. Необхідно враховувати, що в цей час медицина в різних країнах мала відмінності, а у багатьох частинах світу медична допомога була обмеженою і недоступною для більшості населення.

Нові відкриття відобразилися на підходах до профілактики захворювань. Ось деякі ключові аспекти профілактики захворювань у XIX ст. Зокрема:

- санітарні реформи: протягом XIX століття в багатьох країнах були запроваджені санітарні реформи, спрямовані на поліпшення умов життя та гігієни населення. Це включало в себе будівництво каналізаційних систем, поліпшення водопостачання, розвиток міських гігієнічних стандартів та введення санітарних норм для житлових та робочих приміщень;

- вакцинація: у XIX столітті було відкрито кілька вакцин, що дозволило запобігти поширенню різних захворювань. Наприклад, вакцинація

проти віспи, холери та чуми стала широко використовуваною. Це значно зменшило поширення цих хвороб та знизило смертність;

- медична освіта та дослідження: у цей період значно підвищилася якість медичної освіти та наукові дослідження. Це дозволило розвинути більш ефективні методи лікування та профілактики різних захворювань;

- громадські освітні кампанії: уряди та медичні організації активно проводили громадські освітні кампанії з метою підвищення свідомості населення про гігієну та методи профілактики хвороб. Наприклад, публічні лекції, брошури та афіші розповсюджувалися, щоб поширити інформацію про правильне миття рук, вакцинацію та інші важливі аспекти гігієни.

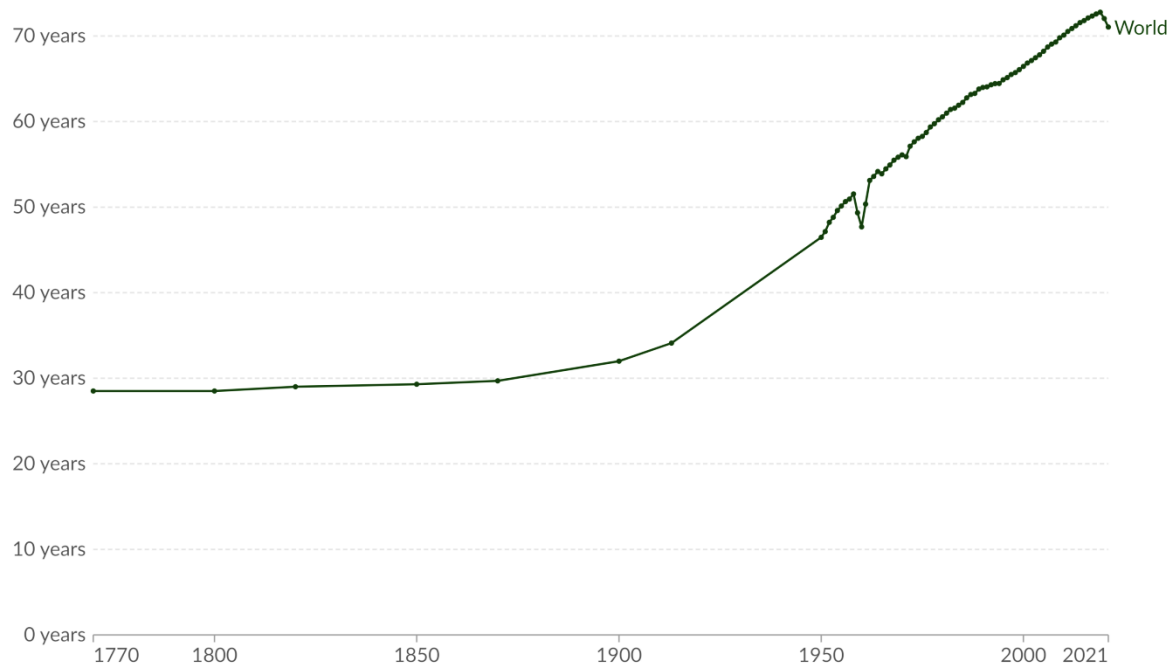
Унаслідок наукового та технологічного прогресу XIX ст. лікарні стали більш спеціалізованими та оснащеними сучасним медичним обладнанням. Також з'явилися лікарні, що спеціалізувалися за конкретними видами хвороб та станів, такі як психіатричні лікарні, лікарні для лікування туберкульозу тощо. Слід також зазначити, що незважаючи на появу спеціалізованих лікарів та клінік левову частину роботи виконували, як і раніше лікарі загальної практики або сімейної медицини.

У цілому XIX століття було періодом значних змін у медичній та гігієнічній практиці, що сприяли значному покращенню умов життя та зниженню рівня захворюваності і відобразилися на тривалості життя. Графік тривалості життя наочно демонструє позитивність змін у системі охорони здоров'я (рис. 1.1). Можна сказати, що основи формування сучасної системи охорони здоров'я були закладені саме у той час.

Після Другої Світової війни було засновано Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ – далі). Держави, які прийняли спільно Статут (Конституцію) ВООЗ проголосили, що нижченаведені принципи є основними для щастя, гармонійних відносин між усіма народами та для їх безпеки.

## Life expectancy

The period life expectancy<sup>1</sup> at birth, in a given year.



Data source: UN WPP (2022); HMD (2023); Zijdeman et al. (2015); Riley (2005)

[OurWorldInData.org/life-expectancy](https://OurWorldInData.org/life-expectancy) | CC BY

1. **Period life expectancy:** Period life expectancy is a metric that summarizes death rates across all age groups in one particular year. For a given year, it represents the average lifespan for a hypothetical group of people, if they experienced the same age-specific death rates throughout their whole lives as the age-specific death rates seen in that particular year. Learn more in our article: "Life expectancy" – What does this actually mean?

Рис. 1.1. Графік збільшення середньої тривалості життя у період з 1770 по 2021 роки [2]

Основні положення Статуту ВООЗ охоплювали наступні:

- здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб та фізичних дефектів;
- володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав будь-якої людини без відмінності раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального становища;
- здоров'я всіх народів є основним фактором у досягненні миру та безпеки і залежить від найповнішого співробітництва окремих осіб та держав;

- досягнення будь-якої держави в галузі покращення та охорони здоров'я представляють цінність для усіх;
- нерівномірний розвиток у різних країнах заходів у сфері охорони здоров'я та боротьби з хворобами, особливо з заразними хворобами є загальною небезпекою;
- здоровий розвиток дитини є першорядним фактором;
- здатність жити гармонійно в мінливих умовах середовища є основною умовою такого розвитку;
- надання всім народам можливості користування всіма досягненнями медицини, психології та споріднених ним наук є необхідною умовою досягнення найвищого рівня здоров'я;
- освічена громадська думка та активна співпраця зі сторони суспільства є вкрай важливими для покращення здоров'я народу;
- уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає ухвалення відповідних заходів соціального характеру та в галузі охорони здоров'я [1].

Україна є серед підписантів Статуту ВООЗ. Відповідно до вітчизняного законодавства «...охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [3]. Система охорони здоров'я включає в себе широкий спектр діяльності, яка охоплює різні аспекти забезпечення медичної допомоги, профілактику захворювань, підвищення громадської свідомості щодо здорового способу життя, а також наукові дослідження у галузі медицини та біомедичних наук.

Охорона здоров'я включає такі аспекти:

- медична допомога: включає медичні консультації, діагностику, лікування, хірургічні операції, реабілітацію та інші медичні послуги, які надаються лікарями та медичними працівниками;

- профілактика захворювань: запобігання виникненню захворювань або зменшення ризику їх розвитку, включає вакцинацію, регулярні медичні огляди, рекомендації щодо здорового способу життя, контроль за ризиковими факторами та інші заходи;
- громадське здоров'я: орієнтовано на захист та підтримку здоров'я всього населення через розробку та впровадження політик та програм, що сприяють загальному покращенню здоров'я та благополуччю громад;
- наукові дослідження та інновації: важливі для розвитку нових методів діагностики та лікування захворювань, а також для впровадження передових медичних технологій;
- лікарські засоби та медична техніка: забезпечення доступності якісних лікарських засобів, медичної техніки та медичних виробів, необхідних для надання медичної допомоги та лікування.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;



- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- багатукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі;
- формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-комунікаційних систем, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, а також на засадах інтероперабельності, інтегрованості і впровадження інструментів електронної охорони здоров'я;
- дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та/або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини [3].

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я охоплює широкий спектр понять та категорій, що визначають основні аспекти функціонування та розвитку медичної системи:

- Ліцензування та сертифікація: встановлення вимог до медичних закладів, медичного персоналу, медичного обладнання та лікарських засобів, а також контроль за їх відповідністю цим вимогам через процеси ліцензування та сертифікації.

- Фінансування та фінансовий контроль: визначення механізмів фінансування системи охорони здоров'я, розподіл бюджетних коштів, контроль за їх використанням та фінансова підтримка медичних закладів.

- Нормативно-правове регулювання: установлення правових норм, стандартів та процедур, що визначають права та обов'язки учасників медичної системи, порядок надання медичної допомоги, стандарти якості послуг, механізми відповідальності за порушення законодавства тощо.

- Розробка та впровадження програм: визначення пріоритетних напрямків розвитку системи охорони здоров'я, розроблення та реалізація програм з профілактики захворювань, покращення доступності до медичних послуг, розвитку інфраструктури тощо.

- Регулювання лікарських засобів та медичного обладнання: встановлення вимог до якості та безпеки лікарських засобів та медичного обладнання, їх реєстрація та контроль за обігом на ринку.

Всесвітня організація охорони здоров'я характеризує якісну систему охорони здоров'я як таку, що має відповідати встановленим критеріям, зокрема бути :

- своєчасною – скорочення часу очікування, а іноді й шкідливих затримок;

- справедливою – надання допомоги, якість якої не залежить від статі, етнічного походження, географічного розташування та соціально-економічного статусу;

- інтегрованою – надання допомоги, яка робить доступним повний спектр медичних послуг протягом усього життя;

- ефективною – максимізація вигоди від наявних ресурсів і уникнення марнотратства [4].

ВООЗ зазначає, що основою системи охорони здоров'я є сімейна медицина. Наразі основними характеристиками сімейної медицини виступають наступні:

- є місцем першого медичного контакту всередині системи охорони здоров'я, забезпечуючи відкритий і необмежений доступ своїх користувачів, що мають проблеми зі здоров'ям незалежно від віку, статі чи будь-яких інших ознак;
- ефективно використовує ресурси охорони здоров'я шляхом координації догляду, роботи з іншими фахівцями установ первинної медичної допомоги, а також шляхом керування взаємодією з іншими спеціалістами;
- розвиває особистісно орієнтований підхід, орієнтований на особу, її родину та їхню громада;
- сприяє розширенню можливостей пацієнтів;
- має унікальний процес консультування, завдяки ефективній комунікації між лікарем і пацієнтом;
- несе відповідальність за забезпечення довгострокового безперервного догляду відповідно до потреб пацієнта;
- приймає рішення на основі знань про захворюваність та поширеність даної патології серед даної групи населення;
- лікує одночасно гострі і хронічні проблеми зі здоров'ям окремих пацієнтів;
- лікує хворобу на ранній стадії її розвитку та негайно надає допомогу за нагальної необхідності;
- сприяє здоров'ю та благополуччю пацієнтів і екосистеми, в яких вони живуть, шляхом відповідного та ефективного втручання;
- несе особливу відповідальність за здоров'я громади та навколишнього середовища;
- займається фізичними, психологічними, соціальними, культурними, екологічними та життєвими проблемами здоров'я [5].

Разом з тим ВООЗ та інші міжнародні організації вважають основною проблемою системи охорони здоров'я проблему фінансування. Адже погане фінансування системи охорони здоров'я означає відсутність поліпшення

здоров'я населення, що є основною метою діяльності цієї системи. Головні критерії фінансування сфери охорони здоров'я представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

### Головні критерії фінансування охорони здоров'я

	<i>Форма участі</i>	<i>Отримувачі медичних послуг</i>	<i>Метод збору коштів</i>	<i>Об'єднання коштів</i>
Урядові схеми	Автоматично: для всіх громадян, або певних груп населення, визначається законом чи урядовим регулюванням	Зазвичай внески не потрібні, для всіх або доступний для конкретної групи населення	Обов'язковий: бюджетні доходи (насамперед податки).	Національний, субнаціональний або рівень програми.
Соціальне страхування здоров'я	Обов'язково для всіх громадян, або певних груп населення, визначається законом чи урядовим регулюванням	Для тих за кого платяться внески	Обов'язковий: внески на медичне страхування без ризику, за деякі групи населення платить уряд	Національний, субнаціональний або за схемою
Обов'язкове приватне страхування	Обов'язково для всіх громадян, або певних груп населення, визначається законом чи урядовим регулюванням	Для тих, за кого платяться внески до приватних медично-страхових компаній	Обов'язковий: внески до приватних медично-страхових компаній	Національний, субнаціональний або за схемою
Обов'язкове медичне страхування через ощадні рахунки	Обов'язково для всіх громадян, або певних груп населення, визначається законом чи урядовим регулюванням	Для тих за кого платяться внески. Особи, які мають ощадний рахунок, лише можуть використати гроші з рахунку, незважаючи на те, чи збереження покриває всі витрати	Обов'язковий	Можливий між членами родини
Добровільне страхування здоров'я	Добровільно	Для тих на кого оформлений поліс добровільного медичного страхування	Добровільний	Рівень схеми
Фінансування некомерційними установами	Добровільно	Без внесків, дискреційний	Пожертви	Зазвичай рівень програми

Продовження таблиці 1.1

	<i>Форма участі</i>	<i>Отримувачі медичних послуг</i>	<i>Метод збору коштів</i>	<i>Об'єднання коштів</i>
Фінансування підприємствами (крім обов'язкового)	Добровільно	Дискреційний	Добровільний	Рівень підприємства
Витрати домогосподарства з власної кишені	Добровільно	Медична послуга надається, якщо фізична особа платить	Добровільний	Жодного
Фінансування з іноземних джерел	Примусово чи добровільно	Критерії, встановлені з-за кордону	Гранти, перекази від іноземних осіб.	Відрізняється від програми.

*Джерело:* складено на основі [6]

Фінансування системи охорони здоров'я в різних країнах світу відрізняється залежно від рівня економічного розвитку, політичного режиму, прийнятих моделей організації охорони здоров'я.

## **1.2. Нормативно-правове забезпечення організації системи громадського здоров'я в Україні**

Нормативно-правове забезпечення організації системи охорони здоров'я в Україні включає в себе комплекс законодавчих актів, норм, правил і стандартів, які визначають правові рамки функціонування системи охорони здоров'я. Основні аспекти цього забезпечення наступні:

- законодавство: Конституція, закони, що регулюють організацію, фінансування, функціонування та контроль в сфері охорони здоров'я;
- підзаконні акти: нормативно-правові акти, що уточнюють та розвивають положення законів, до цієї категорії входять постанови уряду, накази міністерств, інструкції, правила тощо;
- стандарти та нормативи: визначають вимоги до якості, безпеки та ефективності медичних послуг, обладнання, лікарських засобів та іншого.

Наприклад, це можуть бути клінічні протоколи, стандарти лікування, нормативи щодо діагностики тощо.

Основним документом щодо захисту життя та здоров'я людини в Україні є Конституція України проголошує, що Україна є соціальною державою у якій людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю [7]. Стаття 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Основні положення статті 49:

- Кожен має право на охорону здоров'я. Це право означає, що кожна людина має право на доступ до якісної медичної допомоги.
- Держава забезпечує доступність медичної допомоги. Це означає, що держава має вживати заходів для того, щоб кожна людина могла отримати медичну допомогу, яка їй необхідна.
- Медична допомога в державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно. Це означає, що люди можуть отримати медичну допомогу в державних і комунальних лікарнях безкоштовно.
- Існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена. Це означає, що держава не може закрити державні і комунальні лікарні [7].

Відповідно до цієї статті медична допомога у державних та комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно. Конституційний Суд України в своєму рішенні від 29 травня 2002 року № 1-13/2002 трактує це положення в такий спосіб, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу. Безоплатність медичної допомоги тлумачиться як відсутність для всіх громадян обов'язку сплачувати за надану їм медичну допомогу як у момент, так і до чи після її отримання.

Інші статті Конституції України, які стосуються охорони здоров'я:

- Стаття 48. гарантує право на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло.

- Стаття 50 гарантує право на безпечне для життя і здоров'я довкілля.
- Стаття 51 гарантує право на соціальний захист, включаючи допомогу у випадку хвороби, непрацездатності та настання старості.
- Стаття 52 гарантує право на материнство і піклування про дітей.
- Стаття 53 гарантує право на освіту, включаючи підготовку кадрів у галузі охорони здоров'я.

Зазначені статті Конституції України встановлюють основні принципи та норми у сфері охорони здоров'я, гарантуючи громадянам право на медичне обслуговування та охорону здоров'я відповідно до міжнародних стандартів та забезпечуючи відповідальність владних органів за реалізацію цих прав.

Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» є одним із основних законодавчих актів, що регулює сферу охорони здоров'я в Україні [3]. Закон визначає правові засади організації системи охорони здоров'я, а також забезпечує її доступність і якість. Він також встановлює права та обов'язки громадян в сфері охорони здоров'я.

Основні положення закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» включають:

- Право на охорону здоров'я: кожен громадянин має право на охорону здоров'я, яке забезпечується державою.
- Безплатна медична допомога: громадяни мають право на безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я.
- Гарантії забезпечення здоров'я громадян: держава забезпечує гарантії щодо надання медичної допомоги, в тому числі населенню у військових конфліктах, катастрофах, епідеміях та інших надзвичайних ситуаціях.
- Медична етика: закон визначає основні принципи медичної етики, які включають заборону медичних втручань без згоди пацієнта,

дотримання медичним персоналом медичної та професійної таємниці, дотримання моральних норм у медичній практиці та ін.

- Медичне страхування: закон визначає систему медичного страхування, яка забезпечує доступність медичної допомоги для громадян.

- Контроль якості медичної допомоги: закон визначає правила проведення контролю якості медичної допомоги, в тому числі стандарти надання медичної допомоги, атестацію медичних закладів та ін.

Цей закон має велике значення для організації та функціонування системи охорони здоров'я в Україні. Він встановлює основні принципи та стандарти, які повинні бути дотримані всіма учасниками медичної сфери для забезпечення належного рівня медичної допомоги для громадян.

Закон також встановлює, що система охорони здоров'я України складається з державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я. Медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я.

Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» є одним із найважливіших законодавчих актів в сфері соціального страхування в Україні. Він визначає загальні принципи та основні правила функціонування та регулювання системи загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні [8]. Так, закон передбачає, що система соціального страхування включає такі види страхування: пенсійне, медичне, професійне, на випадок безробіття, соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, соціальне страхування від тимчасової втрати працездатності. Страхувальниками є всі підприємства, установи та організації, незалежно від форми власності, а також особи, які здійснюють оплачену працю або навчаються за освітнім ступенем вище середнього або здобувають професійну підготовку у вищих навчальних закладах. Особа, яка працює або навчається за освітнім ступенем вище середнього або здобуває професійну підготовку у вищих навчальних



зкладах, та особа, яка отримує за договорами цивільно-правового характеру заробітну плату або інший дохід, обов'язково підлягає страхуванню. Передбачається контроль за діяльністю страховиків, стандарти та правила обслуговування страховиків, а також регулювання страхових тарифів та правил надання послуг.

Закон також визначає порядок обчислення страхових внесків до соціального страхування, права та обов'язки страховників та страхувальників, виплати пенсій, допомоги по тимчасовій непрацездатності, виплати в разі безробіття, нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування в Україні спрямоване на забезпечення соціальної захищеності громадян у випадках втрати працездатності, відсутності праці, виходу на пенсію, а також надання медичної допомоги та виплати компенсацій за нещасні випадки на виробництві та професійні захворювання.

Закон України «Про лікарські засоби» є важливим інструментом для забезпечення якості та безпеки лікарських засобів, які використовуються на території України. Він встановлює правила та процедури, які мають бути дотримані виробниками, постачальниками, лікарями та пацієнтами для забезпечення ефективного та безпечного використання лікарських засобів [10]. Лікарські засоби можуть бути реєстровані на території України тільки після проходження відповідних випробувань на безпеку, ефективність та якість. Держава здійснює контроль за якістю та безпекою лікарських засобів, виробництво та обіг яких здійснюються на території України. Маркування лікарських засобів повинно містити достатньо інформації про назву, склад, спосіб застосування, умови зберігання, термін придатності та інші характеристики лікарського засобу. Цей закон є важливим інструментом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення в Україні, оскільки встановлює правила та процедури, які мають бути дотримані всіма учасниками медичної сфери для забезпечення ефективного та безпечного використання лікарських засобів.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення [11].

Закон «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» є важливим інструментом для регулювання та розвитку сфери трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини в Україні. Він встановлює чіткі правила та процедури, які мають бути дотримані всіма учасниками процесу трансплантації для забезпечення ефективності та безпеки цієї процедури [12]. Закон визначає поняття трансплантації та визначає основні види трансплантації – трансплантацію органів, тканин та клітин, а також трансплантацію крові. Також закон встановлює принципи трансплантації, які включають добровільність, конфіденційність, безоплатність та підтримку трансплантації з боку держави. Закон визначає права та обов'язки донорів, включаючи право на інформацію про ризики та наслідки трансплантації, право на відмову від трансплантації та інші. Цей закон встановлює процедуру трансплантації, включаючи вимоги до медичних організацій, які здійснюють трансплантацію, порядок визначення смерті, критерії відбору донорів, а також вимоги до виробництва трансплантатів.

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» містить норми, які стосуються організації заходів щодо профілактики, діагностики, лікування інфекційних хвороб, а також визначає права та обов'язки

громадян, органів влади і медичних установ у цій сфері. Закон передбачає медичну експертизу і здійснення заходів щодо профілактики і лікування інфекційних хвороб. Також встановлені правила поведінки інфекційних хворих та контактних осіб, а також визначається відповідальність за недодержання цих правил. Закон також містить положення про відповідальність за порушення правил інфекційної безпеки [13].

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» визначає правові засади надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні і встановлює порядок організації та фінансування цього виду медичної допомоги. Закон має на меті забезпечення дотримання прав людини на здоров'я та життя, зменшення смертності та інвалідності населення внаслідок нещасних випадків, надзвичайних ситуацій та інших небезпек, що виникають у житті, а також забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню у найкоротший термін та з найвищою якістю. Основні положення цього закону:

- надання екстреної медичної допомоги здійснюється за показаннями, які визначені у медичних стандартах;
- екстрена медична допомога надається безкоштовно [14].

Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» встановлює порядок надання донорської допомоги, визначає права та обов'язки донорів, регулює взаємовідносини між донорами та медичними установами, які здійснюють збір та зберігання крові та її компонентів [15].

Закон України «Про психіатричну допомогу» визначає правові, організаційні та фінансові засади надання психіатричної допомоги громадянам України, які страждають на психічні розлади [16].

24 липня 2006 р. Кабінет Міністрів України видав розпорядження «Про схвалення Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року». Метою програми проголошувалося зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження

ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [17]. Було зазначено, що протягом багатьох років на утримання закладів первинної допомоги, де можливо розпочинати і закінчувати лікування понад 80 відсотків пацієнтів, витрачалось лише 10 відсотків коштів державного бюджету, виділених для охорони здоров'я. Також було визначено, що проблема недостатньої ефективності роботи галузі охорони здоров'я в цілому може бути розв'язана передусім шляхом зміни принципів фінансування. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» продовжував дію цієї програми [18].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає правові та організаційні засади надання медичної допомоги населенню України за рахунок коштів загального фонду державного бюджету. Основні положення закону:

- закон визначає права громадян на отримання якісної та доступної медичної допомоги, а також забезпечує надання цієї допомоги у відповідності до міжнародних стандартів та норм медицини;
- закон встановлює принципи та механізми організації медичної допомоги, зокрема, розподіл медичних послуг на рівні первинної, вторинної медичної допомоги, а також встановлює порядок формування медичних об'єднань та координації діяльності медичних закладів;
- закон визначає обсяги та механізми фінансування медичної допомоги, включаючи визначення фінансових гарантій на кожному рівні медичної допомоги та забезпечення публічної доступності інформації про обсяги фінансування та використання бюджетних коштів [19].

Законом визначено, що програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) – це програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських

засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України. Медичні послуги, лікарські засоби та медичні вироби, не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України. Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

Програма медичних гарантій базується на наступних принципах:

- законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;
- надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;
- забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів належної якості;
- цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій;
- універсальність та справедливність доступу до необхідних медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій;
- передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів;

- гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно зі ставкою, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби за рахунок коштів Державного бюджету України. Також за рахунок державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам повну оплату за рахунок коштів державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- спеціалізованої медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» пацієнт реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних із спеціалізованою, паліативною медичною допомогою та реабілітаційною допомогою, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря. Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, які

надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення. З 1 квітня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється відповідно до цього Закону для всіх видів медичної допомоги.

Таким чином, кардинально змінено принципи фінансування медичних установ, медичні установи отримують кошти за виконані медичні послуги. Приватні медичні установи отримали можливість надання медичної допомоги населенню України за рахунок коштів загального фонду державного бюджету, а пацієнти отримали можливість вибору лікаря.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. затверджено положення про Національну службу здоров'я України [20]. Національна служба здоров'я України (НСЗУ – далі) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через міністра охорони здоров'я. НСЗУ реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Основними завданнями покладеними на НСЗУ є такі: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Підсумовуючи, нормативно-правове забезпечення і державне регулювання формують основи функціонування та розвитку системи охорони здоров'я, забезпечуючи її якість, доступність та безпеку медичних послуг для населення.

## РОЗДІЛ 2

### ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

#### 2.1. Організація ресурсного забезпечення системи громадського здоров'я у Федеративній Республіці Німеччині

Існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного медичного страхування та незастрахована модель. Хоча теоретично ці категорії мають чіткі політичні поділи, насправді більшість країн мають поєднання цих підходів, хоча вони, як правило, мають єдину систему охорони здоров'я, яка є єдиною для більшості громадян. Ці відмінності є ефективними для диференціації шкіл думки щодо політики охорони здоров'я, але політику кожної країни слід аналізувати під час визначення потенційних покращень.

Усі ці моделі відрізняються як тим, як вони фінансуються, так і тим, як надається медична допомога. Системи, що фінансуються державою, оплачуються за рахунок податків, тоді як системи, що фінансуються приватно, оплачуються індивідуальними внесками до колективного фонду, наприклад страхової компанії. Заклади, які надають медичну допомогу, можуть належати державі або приватній власності організації, як-от корпорація чи некомерційна організація.

Незастрахована модель: охорона здоров'я, орієнтована на ринок. Найстаріша модель у менш розвинених регіонах із занадто малими ресурсами для створення масової медичної допомоги пацієнти змушені платити за свої процедури з власної кишені. Без достатньої кількості грошей бідні не можуть дозволити собі належне медичне обслуговування. На жаль, така ситуація поширена в більшості країн, оскільки лише найбагатші країни мають надійні системи охорони здоров'я. Різниця в добробуті призводить до відмінностей у результатах здоров'я в цих областях.



Модель Бісмарка: модель соціального медичного страхування, використовується у Німеччині, Бельгії, Японії, Швейцарії. Модель Бісмарка, була створена наприкінці XIX століття Отто фон Бісмарком. У цій моделі роботодавці та працівники фінансують медичне страхування – ті, хто працює, мають доступ до «лікарняних фондів», створених шляхом обов'язкових відрахувань із заробітної плати. Крім того, плани приватного страхування охоплюють усіх працевлаштованих осіб, незалежно від попередніх умов. Постачальники медичних послуг, як правило, є приватними установами, хоча фонди соціального медичного страхування вважаються державними. У деяких країнах існує єдиний страховик (Франція, Корея); інші країни можуть мати кілька конкуруючих страховиків (Німеччина, Чеська Республіка) або декілька неконкуруючих страховиків (Японія). Незалежно від кількості страховиків, уряд жорстко контролює ціни, а страховики не отримують прибутку. Ці заходи дозволяють уряду здійснювати контроль над цінами на медичні послуги. Вимога працевлаштування для медичного страхування дає переваги та створює проблеми. Ці заходи гарантують, що зайняті люди матимуть медичне обслуговування, необхідне для продовження роботи та забезпечення продуктивної робочої сили. Оскільки спочатку вона не була створена для забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням, модель Бісмарка зосереджує ресурси на тих, хто може зробити фінансовий внесок. Завдяки зміні уявлення про здоров'я як привілей для працюючих громадян на право для всіх громадян, модель стикається з низкою проблем, наприклад, як піклуватися про тих, хто непрацездатний, або тих, хто не може дозволити собі платити внески. Більш нагальні практичні проблеми включають те, як боротися зі старіючим населенням, з нерівною кількістю пенсіонерів порівняно з працюючими громадянами, і як залишатися конкурентоспроможними в залученні міжнародних компаній, які можуть віддавати перевагу місцям без цих обов'язкових відрахувань до заробітної плати.

Модель Беверіджа: національна служба охорони здоров'я з єдиним платником, використовується у Сполученому Королівстві, Іспанії, Новій Зеландії. Модель Беверіджа вперше була розроблена сером Вільямом Беверіджем у 1948 році. Ця система, заснована у Великій Британії та поширена в багатьох регіонах Північної Європи та світу, часто централізована через створення національної служби охорони здоров'я. Уряд діє як єдиний платник, усуваючи конкуренцію на ринку та загалом утримуючи ціни на низькому рівні. Фінансування охорони здоров'я за рахунок податку на прибуток дозволяє медичному обслуговуванню бути безкоштовним на місці надання послуг – після прийому або операції пацієнту не потрібно платити жодних зборів із власної кишені через їхні внески через податки. Згідно з цією системою, більшість медичного персоналу складається з державних службовців. Основним елементом цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, загальне охоплення гарантується урядом, і кожен, хто є громадянином, має однаковий доступ до догляду. Можна сказати, що модель Беверіджа є удосконаленням та пристосуванням до ринкових умов моделі охорони здоров'я Радянського Союзу (відомої також як модель Семашко). Оскільки держава є єдиним платником у цій системі охорони здоров'я, а також єдиним постачальником медичних послуг то витрати можуть бути низькими, а пільги стандартизовані по всій країні. Однак загальною критикою цієї системи є тенденція до довгих списків очікування. Оскільки кожному гарантовано доступ до медичних послуг, надмірне використання системи може призвести до зростання витрат.

Національна модель медичного страхування: національне медичне страхування з єдиним платником, використовується у Канаді, Тайвані, Південній Кореї. Модель національного медичного страхування включає в себе характерні риси моделей Бісмарка та Беверіджа. Подібно до моделі Беверіджа, держава діє як єдиний платник за медичні процедури, а подібно до моделі Бісмарка, постачальники послуг є приватними. Універсальне страхування не приносить прибутку та не відмовляє у виплатах. Останніми

роками спостерігається тенденція, коли країни з системами охорони здоров'я типу Беверіджа включають характеристики Бісмарка або навпаки, що призводить до того, що політика охорони здоров'я в ряді країн, таких як Угорщина та Німеччина, схиляється до змішаної моделі. У деяких країнах, наприклад у Канаді, приватне страхування дозволено тим, хто віддає перевагу цьому. Баланс між державним страхуванням і приватною практикою дозволяє лікарням зберігати незалежність, а також зменшує внутрішні ускладнення зі страховими полісами. Фінансові бар'єри для лікування, як правило, низькі, і пацієнти зазвичай можуть обирати постачальників медичних послуг. Як і модель Беверіджа, ця система охоплює більшість процедур незалежно від рівня доходу. Модель також може зменшити витрати, пов'язані з адмініструванням медичного страхування, оскільки уряд обробляє всі претензії та зменшує кількість дублювання послуг. Можливо, найбільша скарга полягає в тому, що ці системи можуть страждати від довгих списків очікування на лікування. Списки очікування не обмежуються плановими операціями чи іншими не екстреними процедурами, оскільки пацієнти, які очікують на прийом у деяких галузях, як-от нейрохірургія, часто можуть зіткнутися з тривалими затримками, поки вони не зможуть звернутися до лікаря.

Система охорони здоров'я у Федеративній Республіці Німеччині бере свій початок від «товариств взаємодопомоги», створених на початку XIX століття. Німецька система соціальних виплат базується на концепції соціального страхування, яка втілена в принципі соціальної солідарності. Цей принцип є твердо дотриманим переконанням, що уряд зобов'язаний надавати широкий спектр соціальних благ усім громадянам, включаючи медичне обслуговування, пенсії за віком, страхування на випадок безробіття, виплати по інвалідності, допомогу по вагітності та пологах та інші форми соціального забезпечення. Коли в 1871 році Отто фон Бісмарк став першим канцлером Німеччини, вже працювали сотні фондів страхування від хвороби. У 1883 році було прийнято Закон про страхування на випадок хвороби, який став

першою програмою соціального страхування, організованою на національному рівні.

З 1933 по 1945 роки під час правління націонал-соціалізму система охорони здоров'я Німеччини перейшла від самоуправління до затверджених державою директорів, які контролювали кожен із фондів. Протягом десятиліть у Німеччині загальне надання допомоги залишалося незмінним, але управління страховими фондами зазнало деяких змін. Протягом періоду двох держав з 1945 по 1990 рік Східна Німеччина прийняла соціалістичну модель системи охорони здоров'я, тоді як Західна Німеччина відновила самоуправління страховими фондами. Після воз'єднання Німеччини підхід Західної Німеччини до системи охорони здоров'я був прийнятий на національному рівні. Німеччина поділена на 16 провінцій (земель), кожна з яких має велику незалежність у вирішенні питань, пов'язаних із охороною здоров'я. З 2009 року медичне страхування стало обов'язковим для всього населення Німеччини, коли охоплення було розширено з більшості населення на всіх. Працівники, які отримують постійну зарплату, повинні мати державне медичне страхування, якщо їхній дохід не перевищує 64 350 євро на рік (2021). Якщо їхній дохід перевищує цю суму, вони можуть обрати приватне медичне страхування. Фрілансери та самозайняті особи можуть мати державне або приватне страхування, незалежно від їх доходу.

У державній системі страхова премія:

- встановлюється Федеральним міністерством охорони здоров'я на основі фіксованого набору охоплюваних послуг, як описано в німецькому соціальному законі, який обмежує ці послуги «економічно життєздатними, достатніми, необхідними та значущими послугами»;

- залежить не від стану здоров'я особи, а від відсотка (наразі 14,6%, половину якого покриває роботодавець) від зарплати до 64 350 євро на рік у 2021 році. Крім того, кожен постачальник послуг державного медичного страхування стягує додаткову ставку внеску, яка в середньому становить 1,3% (на 2021) рік;

- включає членів сім'ї будь-якого члена сім'ї або «зареєстрованого члена».

У приватній системі страхування розмір премії:

- ґрунтується на індивідуальній угоді між страховою компанією та застрахованою особою, що визначає набір послуг, що покриваються, та відсоток покриття;

- залежить від обсягу обраних послуг і ризику особи та віку входу в приватну систему;

- використовується для накопичення заощаджень на зростаючі витрати на охорону здоров'я у старшому віці (відповідно до вимог законодавства).

Відповідно до німецького законодавства лікарняні каси мають надавати повний набір послуг. До них належать амбулаторна допомога, що надається лікарями приватної практики, лікарняна допомога, догляд за хворими на дому, широкий спектр профілактичних послуг і навіть відвідування курортів. Фонди, як і страхування на випадок інвалідності, також забезпечують додаткові грошові виплати тим, хто залишився без роботи внаслідок хвороби.

Більшість лікарень у ФРН будуть лікувати пацієнтів, незалежно від типу страхового покриття, яке вони мають. Більші лікарні зазвичай мають певну фінансову підтримку від держави чи муніципалітету. Існують як державні, так і приватні лікарні, хоча на державні лікарні припадає приблизно половина ліжок. Лікарні, як правило, використовують найманих лікарів.

У німецькій системі охорони здоров'я кожен рівень влади має певні обов'язки. Центральний уряд ухвалює закони про політику та юрисдикцію. Уряди земель несуть відповідальність за управління державними лікарнями та нагляд за фондами лікування та асоціаціями лікарів. Органи місцевого самоврядування керують місцевими лікарнями та програмами охорони здоров'я. Це свідчить про широку децентралізацію. Лікарняні каси та асоціації лікарів мають значну адміністративну автономію. Незважаючи на

цю автономію, державне втручання є значним і неухильно зростає. У 1960-х і на початку 1970-х років видатки лікарняних кас швидко зростали. Як наслідок, Закон про стримування витрат 1977 року запровадив фіксований бюджет для виплат лікарняними фондами асоціаціям лікарів. Закон про реформу охорони здоров'я 1989 року запровадив більш серйозні зміни, що були спрямовані на спроби подальшого скорочення зростання видатків на охорону здоров'я. Оскільки витрати на лікарняні продовжували зростати швидше, ніж зростання доходів, заклик до реформи продовжувався. У 1993 році було прийнято Закон про реформу охорони здоров'я, який запровадив конкуренцію пропозиції. Ці реформи надали громадянам свободу вибору серед цілого ряду лікарняних фондів.

Успіх Німеччини в контролі витрат можна пояснити інституційною структурою самої системи. Прив'язуючи медичні витрати до доходів членів лікарняних кас, успіх стратегії залежить від постійного зростання заробітної плати та успіху переговорів між лікарняними касами та практикуючими лікарями. Заходи зі стримування витрат призвели до різкого зниження відносної заробітної плати лікарів первинної ланки, яка впала з 5,1 раза від середньої для найманих працівників у 1975 р. до 2,7 раза від середньої в 1990 р. У 1993 році середньостатистичний німецький лікар заробляв 75 700 доларів, лікарі загальної практики отримували в середньому 64 300 доларів, а хірурги-ортопеди отримували 107 600 доларів. Понад 100 000 студентів відвідують одну з 29 медичних шкіл, які знаходяться під управлінням держави. Після завершення шестирічної навчальної програми лікарі повинні спершу п'ять років проходити практику в лікарні, перш ніж їм буде дозволено почати приватну амбулаторну практику.

Німецька система страждає від кількох проблем, які ставлять під сумнів її здатність стримувати витрати в довгостроковій перспективі. Пацієнти не мають стимулу обмежувати свій попит, а медичні працівники не мають стимулу обмежувати свою пропозицію. Наявна конкуренція між практикуючими лікарями за залучення більшої кількості пацієнтів. Здатність

системи контролювати витрати залежить виключно від переговорів між страхувальними фондами та постачальниками медичних послуг.

Іншою проблемою системи є її схильність до неефективного використання ресурсів. Стимули сприяють наданню інвазивних процедур невідкладної допомоги та перешкоджають наданню індивідуальних послуг, орієнтованих на потреби. Опитування громадської думки показують, що німці загалом задоволені своєю системою охорони здоров'я. Нездатність стримувати витрати в 1990-х роках частково є наслідком возз'єднання Німеччини. Колишня Східна Німеччина суттєво збільшила витрати Німеччини на охорону здоров'я, не додавши значного ВВП. Німеччині вдалося досягти контролю над витратами шляхом встановленням чіткого компромісу між обсягом і ціною. Якщо рівень використання перевищує очікуваний, виплата пропорційно знижується. Крім того, обмеження витрат, встановлені в середині 1980-х як тимчасовий захід стримування витрат, стали постійними.

Нові закони, прийняті в 1993 та 1997 роках спрямовані на посилення конкуренції між фондами медичного страхування, зниження цін на ліки та гонорари лікарям, збільшення обов'язкових виплат і введення додаткових правил щодо практики виставлення рахунків у лікарнях. Навіть з усіма цими новими змінами підтримка системи залишається високою, частково тому що заможні німці мають можливості приватного страхування та звернення за медичними послугами в приватний сектор. З іншого боку, німецька система охорони здоров'я стикається з новим викликом – населення Німеччини стрімко старіє, що спричиняє демографічні зміни, які створюють серйозний тиск на програми соціального забезпечення та охорони здоров'я.

Згідно із даними ВООЗ у Німеччині у 2021 ВВП на душу населення склав 51229 US\$, видатки на охорону здоров'я на душу населення 6626 US\$, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 79,0% з усіх видатків на охорону здоров'я, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 19,9% відносно бюджету країни [21].

## **2.2. Реорганізація фінансування системи громадського здоров'я Канади**

Канада має національну програму медичного страхування (ННІ – урядова система медичного страхування, яка охоплює все населення за чітко визначений пакет медичних послуг). Медичне страхування є універсальним. Загальні податки фінансують ННІ через систему єдиного платника (тільки один сторонній платник несе відповідальність за оплату медичних послуг за медичні послуги). Співоплата споживачів є незначною, а вибір лікаря необмежений. Виробництво медичних послуг є приватним; лікарі отримують виплати за погоджену плату за послуги, а лікарні отримують глобальні бюджетні виплати (метод, який використовується третіми особами-платниками для контролю витрат на медичне обслуговування шляхом встановлення лімітів загальних витрат на медичні послуги протягом певного періоду часу).

Система охорони здоров'я Канади відома як Medicare. Витоки нинішньої канадської системи охорони здоров'я можна простежити з 1940-х років, коли в деяких провінціях було запроваджено обов'язкове медичне страхування. Канадська система охорони здоров'я почала набувати свого нинішнього вигляду, коли провінція Саскачеван запровадила план госпіталізації одразу після Другої світової війни. Сільська провінція з низьким рівнем доходу страждала від нестачі лікарняних ліжок і практикуючих лікарів. Головною особливістю цього плану було створення регіональної системи лікарень: місцеві лікарні первинної медичної допомоги, районні лікарні для більш складних випадків і базові лікарні для найважчих випадків. У 1956 році федеральний парламент прийняв Закон про лікарняні та діагностичні послуги, заклавши основу для загальнонаціональної системи лікарняного страхування. До 1961 року всі десять провінцій і дві території мали власні плани лікарняного страхування, причому федеральний уряд



оплачував половину витрат. До 1971 року в Канаді був національний план медичного страхування, який покривав як госпіталізацію, так і послуги лікаря.

Положення Закону Канади про охорону здоров'я 1985 року визначають систему надання медичних послуг у тому вигляді, в якому вона діє зараз. Закон встановлює головну мету канадської політики охорони здоров'я, яка полягає в «захисті, сприянні та відновленні фізичного та психічного благополуччя мешканців Канади та сприянні прийнятному доступу до медичних послуг без фінансових чи інших перешкод» [22]. Відповідно до закону кожен провінційний план охорони здоров'я керується на провінційному рівні та забезпечує повне покриття всіх необхідних з медичної точки зору послуг. Уряди провінцій і територій відповідають за управління, організацію та надання медичних послуг для своїх жителів.

Федеральний уряд відповідає за:

- встановлення та адміністрування національних стандартів для системи охорони здоров'я через Закон Канади про охорону здоров'я;
- забезпечення фінансової підтримки обласних і територіальних служб охорони здоров'я;
- підтримка надання медичних послуг окремим групам;
- виконання інших функцій, пов'язаних зі здоров'ям.

Послуги, необхідні з медичної позиції, не визначені Законом про охорону здоров'я Канади. Провінційні та територіальні органи консультуються з відповідними колегіями або групами лікарів. Разом вони вирішують, які послуги є необхідними для цілей медичного страхування. Повна вартість визнаної необхідною послуги має бути покрита планом державного медичного страхування.

За невеликими винятками, медичне страхування доступне для всіх мешканців без оплати з власної кишені. Більшість лікарів отримують платню за надані послуги та користуються великою автономією в практиці. Більшість

канадців мають додаткову приватну страховку для непокритих послуг, таких як ліки, що відпускаються за рецептом, і стоматологічні послуги.

Пацієнти не беруть участі в процесі відшкодування, а відшкодування відбувається виключно між державним страховиком (урядом) і постачальником медичних послуг. Грошовий обмін між пацієнтом і медичним працівником практично не існує. Міністерство охорони здоров'я кожної провінції несе відповідальність за контроль витрат на медичне обслуговування. Контроль над витратами здійснюється в основному за допомогою фіксованих бюджетів і заздалегідь визначених гонорарів для лікарів. Зокрема, операційні бюджети лікарень затверджуються та повністю фінансуються міністерством у кожній провінції, а річний загальний бюджет узгоджується між міністерством і кожною окремою лікарнею. Капітальні витрати також повинні бути затверджені міністерством, яке фінансує основну частину витрат.

Гонорари лікарів визначаються періодичними переговорами між міністерством і провінційними медичними асоціаціями. Для професії в цілому узгоджене підвищення гонорарів здійснюється поетапно, залежно від темпів збільшення обсягу послуг. Якщо обсяг на одного лікаря зростає швидше, ніж заздалегідь визначений відсоток, наступні підвищення гонорару зменшуються або скасовуються, щоб обмежити розмір гонорару та обсяг кожної послуги заздалегідь визначеною медичною потребою. Передбачається, що обмеження рівня підвищення тарифів створить стимул для більш раціонального використання ресурсів. Лікарі користуються майже повною автономією в лікуванні пацієнтів, тому що визначені обсяги бюджетів лікарень і цільові витрати лікарів, як правило, стримують непотрібні послуги.

Плани, медичні бюджети провінцій значно відрізняються один від одного. Ключовим елементом канадської стратегії контролю загальних витрат є регіоналізація високотехнологічних послуг. Державні регулятори приймають рішення щодо розподілу ресурсів. Цей контроль поширюється на

капітальні інвестиції в лікарні, спеціалізований склад практикуючих лікарів, працевлаштування випускників медичних закладів і широке застосування високотехнологічного діагностичного та хірургічного обладнання.

Проте проблему становлять кілька спеціалізованих сфер – ангіопластика, катетеризацію серця та інтенсивна терапія. Списки очікування на певні хірургічні та діагностичні процедури поширені в Канаді. Середній час очікування більш, ніж у 80% процедур, на третину довший, ніж канадські лікарі вважають клінічно розумним. Якщо допомога вимагає діагностичного зображення, час очікування ще довший. Канадці жертвують доступом до сучасних медичних технологій заради першочергового покриття первинної медичної допомоги. Затримки лікування спричиняють проблеми для уразливих верств канадського населення, особливо людей похилого віку, які не можуть отримати своєчасний доступ до потрібної медичної допомоги, включаючи заміну тазостегнового суглоба, хірургію катаракти та серцево-судинну хірургію.

З досвіду Канади можна винести кілька уроків. Коли уряд надає продукт «безкоштовно» споживачам, попит неминуче зростає, а витрати збільшуються. Продукти, що надаються за нульовою ціною, розглядаються так, ніби вони мають нульову вартість ресурсів. Рішення щодо розподілу ресурсів з часом стають неефективними, і уряд змушений або збільшувати дохід, або обмежувати послуги. Ряд провінційних планів охорони здоров'я намагаються скоротити витрати, виключивши послуги із затвердженого списку «необхідних з медичної точки зору». Другий урок з канадського досвіду полягає в тому, що все має ціну. Коли допомога вимагає серйозних діагностичних або хірургічних процедур, «безкоштовна» система повинна знайти якийсь інший механізм розподілу обмежених ресурсів. Канадська система делегує ці повноваження уряду. Практикується розподіл ресурсів не через ціновий механізм, а через встановлення обмежень на інвестиції в медичні технології. Це стимулює і збільшує списки очікування на деякі медичні послуги, особливо на високотехнологічну спеціалізовану допомогу і

формує попит серед канадців на ті ж послуги, але в США, куди вони їдуть на лікування.

Згідно з даними ВООЗ у Канаді у 2021 ВВП на душу населення складав 52457 US\$, видатки на охорону здоров'я на душу населення – 6470 US\$, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 72,9% з усіх видатків на охорону здоров'я, видатки на охорону здоров'я за державними програмами становили 19,6% відносно бюджету країни [21].

### **2.3. Особливості фінансового забезпечення громадського здоров'я у Великій Британії**

Велика Британія надає державну медичну допомогу всім постійним мешканцям. Охорона здоров'я є безкоштовною у та оплачується загальним податком. Великобританія також має зростаючий приватний сектор охорони здоров'я, який все ще менший, ніж державний сектор.

Національна служба охорони здоров'я (NHS, НСОЗ – далі) була заснована в 1946 році і відповідає за державний сектор охорони здоров'я. До цього охорона здоров'я у Великій Британії, як правило, була доступна лише для багатих, виняток складали лікування через благодійність або навчальні лікарні. У 1911 році Девід Ллойд Джордж представив Національний Закон про страхування, згідно з яким із заробітної плати працівника утримується невелика сума, а натомість вони мають право на безкоштовне медичне обслуговування. Однак ця схема давала право на медичне обслуговування лише працевлаштованим особам.

Після Другої світової війни було зроблено спробу закласти державну систему охорони здоров'я, в якій послуги надавалися безкоштовно, послуги фінансувалися з центрального податку і кожен мав право на медичне обслуговування. Було сформовано базову тристоронню систему, яка розділила службу на лікарняні послуги, первинну медичну допомогу і

громадські послуги. До 1974 року занепокоєння щодо проблем, викликаних роз'єднанням трьох сфери первинної медичної допомоги зросли, тому було вжито рішучих зусиль з реорганізації, що дозволило місцевій владі підтримувати всі три сфери догляду. У роки керування урядом М. Тетчер відбулася перебудова системи управління, а в 1990р було прийнято Закон про національну службу охорони здоров'я та громадську допомогу, який створив незалежні трести, які керували лікарняним доглядом.

У 1990-х роках уряд Великої Британії запровадив одну з найбільш значущих змін для НСОЗ за останній час, шляхом створення внутрішнього ринку. Тепер лікарі повинні бути частиною внутрішнього ринку (пізніше НСОЗ Trust), щоб мати можливість конкурувати за пацієнтів. У 1998 році Великобританія запровадила план модернізації НСОЗ.

Національна служба охорони здоров'я концептуально розділена на дві частини, які охоплюють первинну та вторинну медичну допомогу з довіреними фондами, які мають завдання надання медичної допомоги. У НСОЗ існує два основних типи трастів, які виконують роль покупця / постачальника: трасти-замовники відповідають за вивчення місцевих потреб і ведення переговорів із постачальниками щодо надання медичних послуг місцевому населенню, а також трасти-провайдери, які є частиною НСОЗ, що надають медичні послуги. Трасти замовники домовляються про надання послуг із постачальниками, якими можуть бути органи НСОЗ або приватні організації. Відзначається надмірна централізація надання послуг, що обумовило збільшення тривалості очікування на медичні послуги.

За світовими стандартами НСОЗ відповідає стандартам медичної допомоги – система охорони здоров'я Великобританії зайняла 10 місце в загальному рейтингу Всесвітнього індексу інновацій у сфері охорони здоров'я 2021 року [23].

Зараз у Великій Британії діє державна система універсальної охорони здоров'я. Громадянам Великобританії присвоюється індивідуальний номер НСОЗ, завдяки якому держава надає універсальне медичне обслуговування

безкоштовно. Це включає надання швидкої допомоги, відвідування відділень невідкладної допомоги, профілактичні заходи, хірургічні процедури та поточні програми лікування, наприклад хіміотерапію. Немає доплат чи франшиз. Усі ліки, пов'язані з відвідуванням лікарні, безкоштовні. Ліки, що відпускаються за рецептом, у системі охорони здоров'я Великобританії субсидуються або безкоштовно. Після присвоєння унікального ідентифікатора в національній системі охорони здоров'я відбувається вибір лікаря загальної практики. Лікар загальної практики є основним постачальником медичних послуг і спеціалізованої медичної допомоги. У сільській місцевості може бути важко знайти лікаря загальної практики, який приймає нових пацієнтів до своєї практики.

НСОЗ складається з ряду систем охорони здоров'я Великобританії, що фінансуються державою. До нього входить НСОЗ Англії, НСОЗ Шотландії, НСОЗ Уельсу та НСОЗ (Health and Social Care) у Північній Ірландії.

Охорона здоров'я у Сполученому Королівстві є делегованою справою, тобто Англія, Північна Ірландія, Шотландія та Уельс мають власні системи приватного та державного фінансування охорони здоров'я. Той факт, що кожна країна має свою різноманітну політику та пріоритети, призвів до відмінностей між системами. По суті, є чотири різні системи, хоча й з однаковим набором цінностей. Кожен регіон надає державну медичну допомогу всім жителям Великобританії, і кожна також має приватний сектор охорони здоров'я, який значно менший, ніж державний сектор. НСОЗ стандартизує витрати на медичне обслуговування в кожному регіоні Сполученого Королівства.

Англія. Тут створено ринок НСОЗ, на якому лікарні та громадські служби повинні конкурувати з приватним сектором за пацієнтів, що призводить до значного скорочення часу очікування. Конституція NHS встановлює принципи та цінності НСОЗ в Англії, визначає права пацієнтів, громадськості, персоналу і зобов'язання НСОЗ. НСОЗ заснована на загальних принципах і цінностях, які об'єднують громади та людей, яких вона

обслуговує – пацієнтів, громадськість і співробітників, які в ній працюють.

НСОЗ керується такими ключовими принципами, як :

- комплексні послуги, доступні всім;
- доступ до послуг NHS залежить від клінічної потреби, а не платоспроможності особи;
- прагнення до найвищих стандартів досконалості та професіоналізму;
- пацієнт в центрі уваги;
- прагнення забезпечити найкраще співвідношення ціни і якості грошей платників податків;
- підзвітність громадськості, громадам і пацієнтам [24].

Шотландія. Лікарі мають набагато більший вплив на послуги з обмеженим залученням приватного сектору. В свою чергу пацієнти користуються безкоштовними послугами на основі класифікації податків за джерелами надходжень. Час очікування медичних послуг довший, ніж в Англії, але набагато менше конфліктів між лікарями та управлінцями.

Уельс характеризується тісними робочими відносинами між НСОЗ та місцевою владою, що означає більше інновацій у сфері охорони здоров'я незалежно від часу очікування.

Північна Ірландія реорганізувала систему трастів шляхом посилення комунікації між зацікавленими сторонами – страхувальниками, постачальниками послуг, лікарями та пацієнтами, з ключовою роллю координатора комунікації НСОЗ.

Лікарі загальної практики є базовим рівнем надання первинної медичної допомоги та у разі встановлення потреби надають направлення-доступ до спеціалізованої медичної допомоги. Лікарні зосереджені на спеціалізованих послугах, включаючи догляд за пацієнтами з психічними захворюваннями, а також прямий доступ до відділень невідкладної допомоги. Громадські аптеки є приватними, але мають договори з відповідними службами охорони здоров'я на постачання ліків за рецептом.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, державне фінансування покриває 85% витрат на охорону здоров'я у Великобританії. Якість медичної допомоги є одним із ключових напрямків діяльності НСОЗ. Стандарти безпеки медичних та соціальних послуг забезпечуються регулярною, періодичною оцінкою постачальників. Три органи, які раніше відповідали за медичне регулювання, у 2008 році були об'єднані в Комісію із забезпечення якості (Care Quality Commission).

Існують певні несприятливі побічні ефекти участі уряду в системі охорони здоров'я, його активна роль в охороні здоров'я послаблює функціональність ринкових механізмів. Крім того, жорсткий контроль, вжитий за обсягами медичних витрат, призвів до нестачі медичних ресурсів, таких як обладнання, персонал – лікарі та медсестри державних лікарень. Безкоштовні медичні послуги надаються всім громадянам і це обумовлює певні маніпуляції зі збільшення звернень, збільшує час очікування в державних лікарнях. Через тривалий час очікування НСОЗ багатьом дорослим доводилося шукати приватну допомогу, щоб вчасно отримати необхідну допомогу, що супроводжується певними витратами. У підсумку набагато більше людей отримують приватне медичне страхування у Великій Британії, що гарантує отримання необхідної допомоги, коли вона буде потрібна.

Згідно з даними ВООЗ у Великій Британії у 2021 ВВП на душу населення складав 46410 US\$, видатки на охорону здоров'я на душу населення – 5738 US\$, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 83,7% з усіх видатків на охорону здоров'я, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 22,4% відносно бюджету країни [21].



## **2.4. Досвід реформування системи громадського здоров'я в Китайській Народній Республіці**

Охорона здоров'я в Китайській Народній Республіці зазнала фундаментальних змін протягом XX та XXI століть із впровадженням державних та приватних медичних установ і програми страхування. Основою охорони здоров'я в Китаї була традиційна і народна медицина. Західна доказова медицина потрапила до Китаю на початку XIX століття. Коли Комуністична партія Китаю (КПК) прийшла до влади в 1949 році, національні «патріотичні кампанії здоров'я» та місцеві органи влади успішно запровадили основні санітарні заходи та профілактичну гігієнічну освіту. Охорона здоров'я надавалася за місцем роботи, наприклад, через державну установу, підприємство, підприємство, школу або у сільській місцевості через кооператив чи комуну.

Безкоштовне лікування практикувалося в районах, контрольованих КПК до 1949 року. У лютому 1951 року промислові та гірничі департаменти почали випробовувати правила страхування праці та вирішувати медичні проблеми робітників. У тому ж році безкоштовне медичне лікування також спробували організувати на півночі Шеньсі та в деяких районах проживання етнічних меншин. У червні 1952 р. були видані Інструкції Адміністративної ради щодо практики безкоштовного лікування та профілактики для державних функціонерів народних урядів усіх рівнів, партій, організацій та дочірніх установ. Після цього уряд КПК поступово комунізував медичну систему та модернізував її, наслідуючи Радянський Союз [25]. У період планової економіки була створена трирівнева структура охорони здоров'я, що враховувала також санітарно-епідеміологічний нагляд, що складалася з міських і районних лікарень, амбулаторій районів, заводів і шахт. У сільській місцевості створено трирівневу лікувально-профілактичну мережу: головна – районна лікарня, вузлова – волосні (міські) медпункти, базова – сільські амбулаторії. Після 1949 року Міністерство громадської охорони здоров'я

відповідало за всю діяльність у сфері охорони здоров'я та контролювало політику охорони здоров'я.

Поряд із системою національних, провінційних і місцевих установ, міністерство регулювало мережу промислових і державних лікарень підприємств та інших закладів, що задовольняли потреби в охороні здоров'я працівників цих підприємств. Охорона здоров'я надавалася як у селі, так і в місті за трирівневою системою. У сільській місцевості першу ланку становили лікарі, які працювали у сільських медпунктах. Вони надавали профілактичну та первинну медичну допомогу, в середньому два лікарі на 1000 осіб; враховуючи їх важливість як постачальників медичних послуг, особливо в сільській місцевості, уряд запровадив заходи для покращення їхньої роботи шляхом організованого навчання та щорічного ліцензійного іспиту.

На наступному рівні були міські центри охорони здоров'я, які функціонували в основному як амбулаторії для приблизно 10 000-30 000 осіб кожен. Ці центри мали приблизно по десять-тридцять ліжок кожен, а найбільш кваліфікованим персоналом були асистенти лікарів. Два нижчих рівня становили «сільську колективну систему охорони здоров'я», яка забезпечувала більшу частину медичної допомоги в країні. Лише найбільш тяжкохворих пацієнтів направляли до третього й останнього рівня – окружних лікарень, які обслуговували від 200 000 до 600 000 осіб кожна й укомплектовувалися старшими лікарями, які мали дипломи 5-річних медичних шкіл.

Медичне обслуговування в міських районах надавалося середнім медичним персоналом, приписаним до заводів і районних медпунктів. Якщо потрібна була більш професійна допомога, пацієнта направляли в районну лікарню, а найважчі випадки приймали в міській лікарні. Щоб забезпечити вищий рівень медичної допомоги, державні підприємства та установи направляли своїх працівників безпосередньо до районних чи міських лікарень, оминаючи базовий рівень.

Однак, починаючи з економічних реформ у 1978 році, стандарти охорони здоров'я в Китаї почали значно відрізнятися між міськими та сільськими районами, а також прибережними та внутрішніми провінціями. У цей період державна фінансова підтримка лікарень і громадських послуг різко скоротилася. Як наслідок, починаючи з 1990-х років більшість міських жителів оплачували майже всі витрати на охорону здоров'я з власної кишені, а більшість сільських жителів просто не могли дозволити собі оплачувати медичне обслуговування в міських лікарнях. Незважаючи на наслідки приватизації, економічні реформи принесли гроші та нові технології для будівництва нової лікарняної інфраструктури. Сучасна лікарняна інфраструктура значно розширилася в Китаї, починаючи з 1990-х років.

У 1994 році уряд вирішив профінансувати відродження системи охорони здоров'я як кооперативної системи. У 2005 році уряд запустив Нову сільську кооперативну систему медичного обслуговування (NRCMCS, НСКСМО – далі) у рамках капітального ремонту системи охорони здоров'я, зокрема з метою зробити її доступнішою для сільського населення. Згідно з НСКСМО, близько 800 мільйонів сільських жителів отримали базове медичне страхування, причому центральний і провінційний уряди покривали від 30 до 80% регулярних медичних витрат. Базове медичне страхування мешканців міста було розпочато з 2007 року для непрацюючих мешканців міст. До 2008 року 87% китайців були застраховані.

З 2009 року Китай реалізує новий етап реформування охорони здоров'я. Доступність медичного страхування в містах зросла. До 2011 року понад 95% населення Китаю мали базове медичне страхування. Центральний уряд Китаю несе загальну відповідальність за національне законодавство, політику та адміністрування в галузі охорони здоров'я. Він керується принципом, згідно з яким кожен громадянин має право на отримання основних медичних послуг, а органи місцевого самоврядування відповідають за організацію та надання цих послуг. Функціонують комунальні та приватні лікарні.

За даними ВООЗ близько 95% населення мають принаймні базове медичне страхування [25]. Однак, навіть за умови державного страхування, пацієнти в Китаї повинні сплачувати певні збори та доплачувати за послуги. Основне медичне страхування включає: медичне страхування працівників, медичне страхування міського жителя і медичне страхування сільських жителів. Перший охоплює зайняте населення міст, другий – міських жителів, які не працюють або здійснюють само зайнятість, третє, відповідно, сільське населення.

Базове медичне страхування міських службовців (UEBMI, BMSCM – далі) є обов'язковим для міських жителів при працевлаштуванні, оплачується за рахунок внесків роботодавця та працівника. Роботодавці можуть платити від 6% до 12% від зарплати, працівники зазвичай платять 2%. Страхуванням охоплюється базова первинна та спеціалізована допомога, а також ліки та традиційна китайська медицина.

Медичне страхування міських жителів, які не працюють або здійснюють самозайнятість є добровільним страхуванням. Покриття не є таким всеосяжним, як схема страхування працівників, однак покривається базове обслуговування.

Медичне страхування сільських жителів є добровільним страхуванням. Покриття не є таким всеосяжним, як схема страхування працівників, однак покривається базове обслуговування.

Загалом 25% людей, охоплених основним медичним страхуванням, брали участь у медичному страхуванні працівників і 75% - брали участь у медичному страхуванні жителів. Страхові внески для фізичних осіб, як правило, достатньо невисокі, щоб дозволити більшій кількості громадян отримати доступ до медицини. Для осіб, які не можуть дозволити собі платити за державне медичне страхування або не можуть покрити витрати зі своєї кишені, існує програма медичної фінансової допомоги, яка фінансується місцевими органами влади та соціальними пожертвами. Як у містах, так і в сільських районах. Медична допомога охопила бідних людей

для участі в базовому медичному страхуванні і складала на рівні близько 100%.

Програма медичної фінансової допомоги визначає першочергові витрати на медичну допомогу в катастрофічних ситуаціях, з певним покриттям витрат на відділення невідкладної допомоги та інші витрати. Однак навіть за умови державного страхування існують певні вимоги щодо доплати на момент отримання доступу до певного виду медичної допомоги.

Приватне страхування, придбане в основному особами з високим рівнем доходу та роботодавцями для своїх працівників, може використовуватися для покриття франшиз, співоплати та інших витрат, а також для покриття дорогих послуг, які не оплачуються державним страхуванням. У 2016 році засоби масової інформації оприлюднили схеми розмивання фонду медичного страхування шляхом «госпіталізації» фермерів з немедичних причин, лікування пацієнтів без хвороби, неправдиве повідомлення про кількість днів госпіталізації пацієнта, підроблені рецепти на ліки, підроблені операції, надмірні непотрібні обстеження, серйозне лікування незначних захворювань, повторні платежі, створення порожніх платежів, перерахування витрат на хірургічне лікування, які не відносяться до відшкодуваних. Водночас зловживання та надмірність діагностики, обстежень та непотрібних лікувань в медичній галузі стали звичайними явищами через втрату прибутковості лікарень. У відповідь на це місцеві органи влади почали координувати та контролювати фонди медичного страхування. Було запроваджено системи моніторингу медичного страхування для розумного аналізу фондів медичного страхування.

Згідно з даними ВООЗ у Китаї станом на 2021 рік ВВП на душу населення складав 12455 US\$, видатки на охорону здоров'я на душу населення – 671 US\$, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 54,1% з усіх видатків на охорону здоров'я, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 8,9% відносно бюджету країни [21].

### РОЗДІЛ 3

## НАПРЯМИ ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ

# СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 3.1. Передумови та сучасний стан реформування фінансового забезпечення системи громадського здоров'я

У 1918 році нарком охорони здоров'я Семашко запровадив радянську охорону здоров'я. Ця концепція проголосила відповідальність держави за охорону здоров'я, загальне охоплення медичним обслуговуванням, високу якість медичної допомоги та профілактику захворювань. Система охорони здоров'я в Україні перебувала під суворим контролем центрального уряду в Москві. Планування ресурсів і персоналу, серед інших рішень у сфері охорони здоров'я, було дуже централізованим із малою автономією для регіональних і місцевих органів влади.

Система Семашко – модель національної системи охорони здоров'я, в рамках якої медична допомога забезпечується ієрархічною системою державних установ, які об'єднані в міністерство охорони здоров'я та фінансуються з національного бюджету. Забезпечення медичними послугами громадян країни передбачається загальним, рівним та безкоштовним, особливе місце приділяється роботі із соціальної гігієни та профілактики захворювань. Система Семашко стала першим досвідом створення єдиної загальнонаціональної системи медичного забезпечення та в рамках її побудови було створено перше у світі міністерство охорони здоров'я.

До «системи Семашка» входило створення єдиної державної санітарної служби, мережі установ, які мали увійти до системи диспансеризації (медсанчастини, поліклініки, диспансери, заводські та фабричні здравпункти), приймалися нормативні документи щодо її проведення у галузях.

Принципи нової системи охорони здоров'я були простими та зрозумілими. Безкоштовна загальна медична допомога оголошувалась правом громадянина країни. Усі громадяни незалежно від віку, громадського стану та матеріального достатку отримували право на кваліфіковану медичну допомогу, і це право гарантувалося державою. Для практичного здійснення цих гарантій держава створювала спеціальну структуру – Міністерство охорони здоров'я. Усі поліклініки, лікарні та інші лікувальні заклади ставали державними підприємствами, а всі лікарі – державними службовцями та отримували фінансування та зарплати безпосередньо від суспільства: з бюджету країни. Профілактика та соціальна гігієна оголошувалися наріжним каменем державної політики охорони здоров'я. Медичне обслуговування пропонувалося організувати на двох основних засадах: дільничному та ієрархічному. На рівні ФАП, терапевтичної ділянки та районної лікарні лікувалися найпоширеніші захворювання та проводилася профілактика, складніші випадки за допомогою системи напрямків передавалися до обласних, республіканських та всесоюзних інститутів та лікарень [26].

Паралельно була побудована спеціалізована система медичної допомоги для дітей, яка переважно повторювала структуру для дорослих: від дільничного педіатра в районній дитячій поліклініці до республіканських та всесоюзних дитячих лікувальних установ.

Усі заклади та заходи в галузі народної охорони здоров'я поділялися на шість основних груп:

1. Лікувально-профілактичні заклади – лікарні, поліклініки, амбулаторії, диспансери, здравпункти при підприємствах, фельдшерські та акушерські пункти, станції швидкої допомоги, станції авіалікувальної та санітарної допомоги, станції та пункти переливання крові.

2. Установи щодо боротьби з туберкульозом – туберкульозні лікарні, диспансери, санаторії та ін.

3. Санітарно-протиепідемічні установи – санітарні інспекції, санітарно-епідемічні станції, санітарно-бактеріологічні та санітарно-гігієнічні

лабораторії, дезінфекційні станції, пункти та загони, молочноконтрольні пункти, малярійні станції та пункти, будинки санітарні та ін.

4. Допомога породіллям – пологові будинки, акушерські пункти, жіночі консультації та ін.

5. Лікувально-профілактична допомога дітям – дитячі консультації, дитячі лікарні, поліклініки, амбулаторії, диспансери та санаторії, ясла, будинки дитини, молочні кухні, лікарі шкіл, дитячих садків та будинків тощо.

6. Інші установи та заходи – лікарні спеціального призначення (лепрозорії та ін.), судово-медична експертиза та ін. [27]

Всі заклади охорони здоров'я поділялися на стаціонарні, куди поміщають хворих для проходження курсу лікування, і амбулаторні, де медична допомога надається хворим амбулаторно.

Основними мережевими показниками за стаціонарними закладами охорони здоров'я, які встановлювалися народногосподарським планом і на яких базувалися всі фінансові розрахунки, є кількість ліжок (окремо в містах та сільських місцевостях) та їх заповнюваність, тобто кількість днів на рік, протягом яких ліжка зайняті хворими .

Штати міських поліклінік та амбулаторій затверджувалися в індивідуальному порядку, залежно від кількості відвідувань хворих та розраховувалися із встановлених Наркомздоров'ям СРСР норм кількості відвідувань на одного лікаря.

Ставки заробітної плати виплачувалися медичним працівникам за нормальний робочий день, тривалість якого була встановлена Наркомздоров'ям СРСР (для лікарів стаціонарних лікувальних закладів – 6,5 годин, амбулаторних установ при амбулаторному прийомі – 5,5 години, для середнього медперсоналу - 6,5 години, обслуговуючого персоналу – 8 годин і т.д.). З дозволу відділу охорони здоров'я лікарі могли працювати за сумісництвом у кількох установах; у цьому випадку оплачувалася фактична



кількість годин роботи, причому загальний розмір заробітної плати не повинен був перевищувати двох ставок [27].

Для основних типових закладів охорони здоров'я (лікарень, амбулаторій, пологових будинків) РНК СРСР ухвалою від 23 липня 1943 р. затвердив типові штати, диференційовані відповідно до обсягу робіт установ (рис.3.1). Для лікарень штати залежно від кількості ліжок та місцезнаходження лікарні (у місті чи сільській місцевості) коливаються від 11,75 до 81 одиниці.

	Кількість штатних одиниць в больницях с числом коек				
	10	25	50	75	100
Главний врач . . . . .	$\frac{1}{0,5}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{1}{1}$
Врач . . . . .	—	$\frac{0,5}{0}$	$\frac{2}{2}$	$\frac{4}{3,5}$	$\frac{6}{4}$
Средний мед. персонал . . . . .	$\frac{4,5}{4,5}$	$\frac{8,0}{8,0}$	$\frac{16,5}{16,5}$	$\frac{23,5}{24,5}$	$\frac{28,5}{26,0}$
Мл. мед. персонал . . . . .	$\frac{3,5}{3,5}$	$\frac{9,5}{9,5}$	$\frac{14,0}{13,0}$	$\frac{19,0}{19,0}$	$\frac{24,0}{22,5}$
Адм.-хоз. персонал . . . . .	$\frac{3,25}{3,25}$	$\frac{6,5}{6,5}$	$\frac{11,0}{9,5}$	$\frac{15,5}{14,0}$	$\frac{21,5}{18,5}$
Всего . . . . .	$\frac{12,25}{11,75}$	$\frac{25,5}{25,0}$	$\frac{44,5}{42,0}$	$\frac{63,0}{62,0}$	$\frac{81,0}{72,0}$

Рис. 3.1. Типові штатні розписи, диференційовані відповідно до обсягу робіт установ [27]

До середнього медичного персоналу відносяться: медичні сестри, акушерки, фельдшери, старші медичні сестри в лікарні на 50 ліжок та вище. Адміністративно-господарський персонал включає завідувача господарства, кухаря, прачку, двірника, сторожа; у більших лікарнях, крім того, кастиляншу, бухгалтера, рахівника, статистика, конюха, швачку, прибиральницю [27]. Для амбулаторної допомоги штати залежали від кількості відвідувань хворих (рис. 3.2).

	Число посещений в тысячах:			
	10	15	25	30
Зав. амбулаторией или главврач . . . . .	0,5	0,5	1	1
Врач . . . . .	1	2	2	3
Сред. мед. персонал . . . . .	5	5	7	7
Младший мед. персонал . . . . .	1	2	2	3
Адм-хоз. персонал . . . . .	1	1	2	2
<b>Всего</b>	<b>8,5</b>	<b>10,5</b>	<b>14,0</b>	<b>16,0</b>

Рис. 3.2. Таблица визначення штатного розпису установ амбулаторної допомоги залежно від кількості відвідувань хворих [27]

Система була жорстко закріпленою – пацієнти були прикріплені до певного лікаря та до певної лікарні. Пацієнти не могли вибрати лікаря та медичний заклад, що породжувало безвідповідальність та нечуйне ставлення до хворого. Проте зберігалася можливість потрапити на прийом до лікаря без тривалих очікувань. Система ефективно вирішувала загальні завдання, справлялася з масовими захворюваннями, але зі зрозумілих причин кульгала в окремих випадках, коли пацієнтові була потрібна висококваліфікована допомога – він міг не пережити проходження всіх етапів.

Під час Другої світової війни Україна зазнала згубних наслідків: багато медичних закладів було зруйновано, а багато медичних працівників було вбито або депортовано. Післявоєнний період був зосереджений на відбудові системи охорони здоров'я та боротьбі з епідеміями. Відбулося швидке розширення цієї системи охорони здоров'я, яка забезпечила загальний доступ до медичних послуг і значно покращила здоров'я населення.

У період застою 1970-х років модель Семашко зазнала ревізії, яка перенесла акцент з дільничного лікаря на спеціалізовану допомогу в районній поліклініці, що негативно позначилося на кваліфікації дільничних терапевтів. Дільничний терапевт із лікаря загальної практики фактично перетворився на диспетчера, який направляв пацієнтів до профільних

фахівців. У компетенції дільничного терапевта після змін 1970-х років залишався лише дуже вузький спектр хвороб. Ці реформи стали для охорони здоров'я СРСР відходом від моделі Семашка та переходом до моделі, сфокусованої на спеціалізованій амбулаторній допомозі [28].

У 1970-х і 1980-х роках збільшилася кількість спеціалізованих медичних закладів. Проблемою радянської медицини цього періоду є її недофінансування, що призводило до старіння обладнання, відставання СРСР в галузі нових технологій лікування і діагностики. З іншого боку, недофінансування медицини призводило до зростання нерівності в медичному обслуговуванні. Таким чином, вже в цей час радянська система медицини перебувала в кризі, так припинилося поступальне збільшення середньої тривалості життя, яка досягла 70 років у середині 1960-х рр., і починаючи з 1968 показувала тенденцію до повільного зниження до 67, 5 років, яка була подолана лише до початку 80-х, і на момент розвалу СРСР досягла 69 років.

Україна здобула незалежність від СРСР у 1991 році та пережила процес економічної реструктуризації та соціальної нестабільності. Протягом перших десяти років після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися. Зусилля чисельних урядів і Міністерства охорони здоров'я як центрального виконавчого органу влади в системі охорони здоров'я були спрямовані на збереження мінімального рівня соціальних гарантій, забезпечення населення медичною допомогою та на запобігання розвалу громадської системи охорони здоров'я.

Існувала гостра потреба в охороні здоров'я, але в країні були обмежені ресурси. Україна зберегла зношену фундаментальну систему охорони здоров'я за часів СРСР. Громадська система охорони здоров'я все ще була налаштована на забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням своїх громадян. Через брак ресурсів обмежувалися безкоштовні медичні послуги, що викликало невдоволення. Хронічне недофінансування загострило розрив між конституційними обіцянками

універсального охоплення та реальністю того, що надається безкоштовно. Все більша кількість громадян була вимушена звертатись до приватних лікарів та лікарень сплачуючи самостійно рахунки. Державні та комунальні лікарні неофіційно впроваджували платні послуги. Таким чином, головна перевага системи Семашко – загальне охоплення безкоштовним медичним обслуговуванням – було втрачено й охорона здоров'я в Україні стала недоступною для багатьох.

З 1995 року розпочато підготовку сімейних лікарів за програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ – далі). МОЗ, як і Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA), проголосило основні вимоги до сімейного лікаря:

- надання первинної медичної допомоги;
- особлива увага до інтересів пацієнта;
- вміння вирішувати певні проблеми пацієнта;
- комплексний підхід;
- соціальна спрямованість;
- цілісне уявлення про захворювання [29].

Вітчизняна громадська система охорони здоров'я фінансувалася з державного та місцевих бюджетів згідно з суворими постатейними процедурами складання бюджету, як за системою Семашко. Це означає, що платежі, пов'язані з дієздатністю і рівнем укомплектованості окремих закладів, а не із обсягом або якістю наданих послуг. Більше половини видатків було спрямовано на стаціонарне лікування і лише відносно невелика частка на амбулаторні послуги та громадське здоров'я. Виняток складала достатньо невеликі за обсягом фінансування додаткові муніципальні програми охорони здоров'я.

На веб-сайті МОЗ було зазначено: «Населенню України медична допомога надається мережею амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та спеціалізованих закладів. В усіх лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я надається гарантований рівень медичної допомоги,

який визначений постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги» [30].

За даними ВООЗ у 2002 році витрати за державними програмами становили лише 51,25% від усіх витрат українців на охорону здоров'я [21]. За даними Держстату України середня очікувана тривалість життя в 2002 році становила 68,32 роки, що менше на рік від рівня 1990 року [31].

У 2002 році Конституційний суд перевіряв, чи було стягнення плати за послуги з пацієнтів неконституційним, і визначив, що медична допомога, яка надається державними та комунальними установами, має бути доступною для всіх громадян, незалежно від обсягу чи тривалості перебування, без плати до, під час або після лікування. Протягом наступних років проводилися дослідження, надавалися рекомендації уряду, уряд потроху збільшував фінансування, але системних реформ не проводилося. Фінансування громадської системи охорони здоров'я, залишалось недостатнім і незадовільним [31] (Додаток А). Єдиною вагомою зміною стало запровадження добровільного медичного страхування, хоча особливої популярності воно не набрало.

У середині 2006 року уряд констатував «...значне погіршення стану здоров'я населення, високі показники смертності осіб працездатного віку, скорочення середньої тривалості життя, нерівність у доступності медичної допомоги, що зумовлені, зокрема, недоліками в організації охорони здоров'я, негативно впливають на розвиток держави» [17].

Зарубіжний досвід свідчив, що в умовах дефіциту фінансових і кадрових ресурсів розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики або сімейної медицини є для багатьох країн виходом із кризової ситуації в охороні здоров'я. Тож урядом було прийнято рішення збільшувати питому вагу медичних послуг, що надаються лікарями сімейної медицини, щороку на 7 - 10 відсотків з тим, щоб цей показник становив 85 - 90 відсотків у містах і 95 - 100 відсотків у сільській місцевості.

Однак жодних принципових змін фінансування громадської системи охорони здоров'я урядом не пропонувалося. Іншими словами уряд хотів відкотити зміни радянської системи охорони здоров'я 1970-х років та повернутися до радянської системи 1960-х років, яка давала кращий результат в умовах обмежених ресурсів.

За даними ВООЗ у 2009 році витрати за державними програмами становили вже 58,25% від усіх витрат українців на охорону здоров'я, однак ці позитивні зміни більше були пов'язані зі збільшенням фінансування системи охорони здоров'я у 2003-2008 роках, хоча самі принципи фінансування залишалися незмінними [21].

За даними Держкомстату України середня очікувана тривалість життя в 2009 році вже становила 69,29 роки [31]. У 2011 році в Україні почався великий експеримент, уряд намагався з'ясувати на практиці, чи дійсно створення на базі існуючої у пілотних регіонах мережі закладів охорони здоров'я структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об'єднання) закладів охорони здоров'я, які задовольняють потреби населення у первинній, вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі покращить надання медичної допомоги [32]. Приватні заклади охорони здоров'я не були учасниками експерименту.

В якості пілотних було обрано 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7% населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів. У процесі реалізації пілотних проектів було доведено, що світовий досвід доцільності та ефективності розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку сімейної медицини в Україні теж працює.

Після закінчення експерименту у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної

субвенції, дозволено урядом фінансування закладів охорони здоров'я одночасно з державного та місцевих бюджетів, МОЗ було нарешті скасовано наказ, згідно з яким штати закладів охорони здоров'я повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо).

### **3.2. Тенденції та перспективи вдосконалення фінансування системи громадського здоров'я в умовах воєнного стану**

На початок 2016 року кошти на фінансування охорони здоров'я, що збиралися за рахунок загальних податків, акумулювалися у державному бюджеті та розділялися на дві різновеликі частини. Менша спрямовувалася на фінансування загальнодержавних програм та загальнонаціональних медичних закладів, що перебували у центральному підпорядкуванні, включаючи відомчі. Більша, у вигляді медичної субвенції, розподілялася за встановленою Кабінетом Міністрів формулою між обласними бюджетами, районними бюджетами, бюджетами міст обласного значення та бюджетами об'єднаних територіальних громад, шляхом ділення загального обсягу фінансових ресурсів, що спрямовувались на охорону здоров'я, на кількість населення.

Оскільки державні чи комунальні заклади охорони здоров'я переважно були бюджетними установами – вони отримували гроші з відповідного бюджету на основі постатейного кошторису своїх видатків. При цьому кількість та якість послуг чи ефективність роботи закладу не мали великого значення. У таких умовах державні чи комунальні медичні заклади перетворилися на монополії і зовсім не мали стимулів до скорочення непотрібних потужностей чи підвищення ефективності та якості. Отримати безоплатну медичну допомогу пацієнт міг лише в бюджетному закладі охорони здоров'я за місцем проживання. Паралельно за роки незалежності сформувалася мережа приватних клінік, де за власний кошт пацієнт міг отримати весь спектр медичних послуг.

Наприкінці 2016 року уряд України констатував «..більшість українців живуть у страху стикнутись з вітчизняною системою охорони здоров'я. Попри сплату громадянами з власної кишені майже половини коштів на охорону здоров'я додатково до загальнодержавних податків вони вимушені отримувати послуги, що надаються на базі застарілої інфраструктури, без гарантій якості і поважного ставлення до прав та гідності пацієнтів. Така організація системи не лише порушує конституційне право людини на доступну та якісну медичну допомогу, знижує рівень здоров'я та тривалість життя українців, але і перешкоджає економічному розвитку та соціальній згуртованості суспільства» [33].

Покращити ситуацію уряд вирішив через корінну зміну принципів фінансування системи охорони здоров'я. Було визначено, що основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів [33].

У 2017 було прийнято відповідне нормативно-правове забезпечення, згідно з яким були урівняні в правах заклади охорони здоров'я усіх форм власності. Почали отримувати автономію державні та комунальні заклади охорони здоров'я. Наприкінці 2017 року було засновано Національну службу здоров'я України (НСЗУ – далі). Завдання НСЗУ – здійснювати закупівлі



медичних послуг у медичних закладів в інтересах пацієнтів. НСЗУ оперує коштами державного бюджету через програму медичних гарантій, яка складається з пакетів послуг, визначених на підставі пріоритетів в охороні здоров'я, затверджених МОЗ України; укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами – підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення; гарантовано сплачує медикам за надані пацієнтам послуги відповідно до укладених договорів.

1 квітня 2018 року за новими правилами почала працювати первинна медична допомога. МОЗ запустило проект «Обери свого лікаря». Кожен громадянин України отримав змогу, незалежно від свого місця реєстрації, підписати декларацію з тим лікарем загальної практики, якому довіряє. З травня 2018 року почався прийом заяв від закладів первинної медичної допомоги всіх форм власності про укладання договорів з НСЗУ. Вперше держава почала взаємодіяти з приватними та комунальними закладами на рівних умовах.

97% комунальних закладів охорони здоров'я на первинному рівні перейшли на нову модель фінансування на початку 2019 року, оскільки субвенцій з бюджету на 2019 рік не передбачалося. Зміни на первинці показали, що за новою системою фінансування успішні заклади у 2019 році отримали більше грошей, ніж за субвенцією [34].

З 1 квітня 2019 року програма реімбурсації «Доступні ліки» перейшла в управління НСЗУ. За цією програмою можливо отримати ліки безоплатно чи з незначною доплатою за електронним рецептом.

З 1 квітня 2020 року Програма медичних гарантій запрацювала в повному обсязі, фінансування медичної галузі було переведено на контракти.

До гарантованого пакету входять послуги:

- первинної медичної допомоги;
- екстреної медичної допомоги;

- спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги;
- медичної реабілітації;
- паліативної допомоги;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами;
- державна програма реімбурсації [35].

Слід також зазначити, що Кабінет Міністрів України щорічно затверджує «Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення», який визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення. У цьому документі встановлюються тарифи, коригувальні коефіцієнти та інші параметри, які налаштовують фінансування системи охорони здоров'я, і саме від змісту цього документу залежить, в якому напрямку буде рухатись система охорони здоров'я [36]. НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами (які застосовуються шляхом множення), визначеними порядком, на підставі звітів про медичні послуги, які подані надавачем медичних послуг та складені на підставі інформації, яка внесена до електронної системи охорони здоров'я

Оплата за медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які передбачені специфікаціями, розраховується на основі базової капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію та кількості декларацій.

Оплата за медичні послуги з надання екстреної медичної допомоги, що передбачені специфікаціями, розраховується на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, протягом року та чисельності населення, яке проживає на території відповідного регіону.

Порядок розрахунку оплати за інші медичні послуги розраховується по наведеним у порядку формулам і залежить від кількості пролікованих пацієнтів та складності лікування та не залежить від місця проведення лікування.

Надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування під час надання пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, обладнання, всіх медичних виробів, витратних матеріалів і лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, відповідно до галузевих стандартів і медико-технологічних документів у сфері охорони здоров'я, специфікацій та умов закупівлі [36].

На сьогодні в Україні створена та функціонує Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ – далі), яка забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді. Саме на основі даних цієї системи НСЗУ проводить оплату за надані медичні послуги. Розвиток ЕСОЗ синхронізовано з іншими системними змінами в охороні здоров'я. Технічна архітектура ЕСОЗ передбачає двокомпонентну систему з єдиною центральною базою даних, яка належить державі, та множиною бізнесових електронних медичних інформаційних систем. Для пацієнта ЕСОЗ надає можливість збереження власної медичної картки в єдиному місці. При зміні лікаря чи закладу картка залишається захищеною і доступною під час наступних прийомів. Для менеджера закладу ЕСОЗ надає доступ до надійних і актуальних даних закладів охорони здоров'я, які можна аналізувати і приймати на основі них рішення щодо подальшого розвитку закладу. Для медичних працівників ЕСОЗ надає можливість позбавлення необхідності паперової роботи, формування статистичних форм, заповнення медичних форм і довідок. Також це можливість аналізувати інформацію щодо пацієнтів, яким було надано медичні послуги, використовувати знеособлену інформацію в наукових, дослідницьких та професійних цілях [37].

На первинному рівні медичної допомоги приватні заклади та лікарі-ФОП у 2020 році становили близько третини від загальної кількості закладів, законтракованих НСЗУ. Це свідчить про те, що приватним закладам первинки вигідно укладати договори з НСЗУ, яка виплачує гроші за кожного пацієнта. Водночас пацієнти можуть обрати кращого для себе лікаря та

медзаклад. Це стимулює медичні заклади поліпшувати якість надання послуг та конкурувати за пацієнта [35].

Станом на останній перед широкомасштабною агресією 2021 рік 78,5% населення України подали декларацію лікарям первинної допомоги. Постачальники медичних послуг та обсяг поданих ним декларацій розподілилися у 2021 році за формою власності наступним чином (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1.*

**Кількість постачальників мед послуг та кількість поданих декларацій за формою власності у 2021 році**

	<b>Кількість постачальників</b>	<b>Кількість декларацій</b>
Державна	1	871
Комунальна	2561	30331948
Приватна(без ФОП)	330	1137179
ФОП	603	1170286

*Джерело: [38]*

Як бачимо приватні заклади та лікарі-ФОП у 2021 році також становили близько третини від загальної кількості закладів, однак до них подано лише близько 7% декларацій.

Між тим, згідно за даними ВООЗ у 2021 ВВП на душу населення складав 4596 US\$, видатки на охорону здоров'я на душу населення – 368 US\$, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 51,0% з усіх видатків на охорону здоров'я, видатки на охорону здоров'я за державними програмами склали 10,1% відносно бюджету країни [21].

Оскільки при проведенні реформи системи охорони здоров'я за взірць бралася система охорони здоров'я Великої Британії, порівняємо.

Згідно з даними ВООЗ у Великій Британії у 2021 ВВП на душу населення складав 46410 US\$, видатки на охорону здоров'я на душу населення – 5738 US\$, видатки на охорону здоров'я за державними

програмами складала 83,7% з усіх видатків на охорону здоров'я, видатки на охорону здоров'я за державними програмами складала 22,4% відносно бюджету країни [21].

Порівнюючи ці цифри легко дійти до висновку, що Україна – бідна країна та пріоритетність охорони здоров'я для уряду України в два рази нижча, ніж для уряду Великої Британії. Витрати з бюджету на охорону здоров'я в Україні у 2020 році збільшено до 133 млрд грн. Це було на третину більше, ніж у бюджеті попереднього року. У 2021 році фінансування охорони здоров'я знову вдалося збільшити. На цю сферу заклали 172 млрд грн. [39].

Серед позитивних змін внаслідок реформи слід зазначити, що тарифи, які платить держава за програмою медичних гарантій є конкурентоспроможними на ринку медичних послуг, про що свідчить велика кількість приватних учасників цієї програми. І приватні учасники програми прийшли зі знаннями, досвідом та обладнанням, які раніше були недоступні для безоплатної медичної допомоги. Більше того їхня кількість, навіть з початком широкомасштабної агресії постійно збільшується, їм подається більше декларацій від пацієнтів.

*Таблиця 3.2*

**Кількість постачальників мед послуг та кількість поданих декларацій за формою власності у 2022 році**

	<b>Кількість постачальників</b>	<b>Кількість декларацій</b>
Державна	3	2323
Комунальна	2454	29659749
Приватна(без ФОП)	354	1404616
ФОП	688	1373633

*Джерело:* [40]

Зараз для отримання безоплатної медичної допомоги пацієнт самостійно вибирає лікаря первинної допомоги у будь-якому закладі охорони здоров'я, приватному чи комунальному. Пацієнт отримав якісну первинну допомогу, отримав направлення до кваліфікованого вузького спеціаліста з потрібним обладнанням, де отримав якісне лікування – співпраця з такими

лікарями на довгі роки. Звичайно ж лікар отримує кошти від держави за конкретну проведену роботу. Якщо пацієнт незадоволений, то наступного дня інший лікар, нова декларація, стара анулюється автоматично, гроші пішли за пацієнтом. Врешті решт пацієнт і потрібна йому медична послуга знайдуть одне одного. Загалом змінилося ставлення до пацієнта. Пацієнт став потрібен, пацієнт – це гроші. Виникла конкуренція між лікарями за пацієнта, що приводить до покращення якості.

Виникла конкуренція між закладами охорони здоров'я. Перед менеджерами закладів охорони здоров'я могла постати проблема, як утримати успішних лікарів, які приносять гроші до закладу від переходу до інших закладів охорони здоров'я або приватної практики і що робити з тими, хто не вписується у нові умови чи на спеціалізацію якого малий попит на даній території. Для підвищення ефективності є просте рішення – позбавитися неконкурентоспроможних шляхом їх перепрофілювання і підняти наскільки можливо зарплату успішним. Перепрофілювання лікарів, здобуття нової більш затребуваної спеціалізації виглядає як прийнятне рішення.

Пандемія COVID-19 спровокувала підвищення попиту на медичні послуги і система охорони здоров'я переходила на нові принципи фінансування в умовах нестачі медичного персоналу. Однак будь-яка надзвичайна ситуація закінчується. В умовах війни неможливо говорити про зменшення попиту на медичні послуги.

Система охорони здоров'я – соціальна система. Для неї, як і для будь-яких інших систем, найбільш ефективною є робота у номінальному режимі, режимі під який вона спроектована, перевищення навантажень – вихід з ладу, низькі навантаження – низька ефективність використання ресурсів. Події останніх 5 років показали, що системі охорони здоров'я потрібна не тільки висока ефективність, але й достатній запас міцності. Будь-яка широкомасштабна надзвичайна ситуація потребує насамперед спеціалістів з екстреної та первинної медичної допомоги, як універсальних лікарів. Саме в цих областях система охорони здоров'я повинна мати, на нашу думку, пріоритетне фінансування для забезпечення запасу міцності (в першу чергу кількості медичного персоналу) без зміни загальних принципів.

## ВИСНОВКИ

Здоров'я населення є одним з найважливіших факторів розвитку суспільства адже здорове населення більш продуктивне, потребує менше соціальних виплат та є основою для розвитку людського капіталу. В статуті головного міжнародного координаційного органу з охорони здоров'я яким є ВООЗ сформульовано визначення здоров'я, яке наразі є відправною точкою у формуванні політики охорони здоров'я. Зокрема визначається, що уряди є відповідальними за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність потребує проведення відповідних заходів соціального характеру.

На державному рівні визначаються стратегії, програми та політика у галузі охорони здоров'я. Державні органи відповідають за нагляд і регулювання роботи медичних установ. Це включає стандарти безпеки пацієнтів, ліцензування медичних працівників і контроль за якістю медичних послуг. Уряд визначає розмір бюджетних асигнувань на медичні потреби, а також розподіл цих коштів між різними програмами та ініціативами. Органи публічного управління відповідають за координацію дій у випадках надзвичайних ситуацій, таких як епідемії, природні катастрофи або інші загрози для здоров'я громадськості. Держави фінансують дослідження в галузі медицини, сприяючи науковим відкриттям та розвитку нових методів діагностики, лікування та профілактики хвороб. Державні органи працюють над забезпеченням того, щоб медичні послуги були доступні всім громадянам, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу або місця проживання.

Отже, охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Система охорони здоров'я включає в себе широкий спектр діяльності, яка охоплює різні аспекти забезпечення медичної допомоги, профілактику

захворювань, підвищення громадської свідомості щодо здорового способу життя, а також наукові дослідження у галузі медицини та біомедичних наук.

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я охоплює широкий спектр понять та категорій, що визначають основні аспекти функціонування та розвитку медичної системи: ліцензування та сертифікація; фінансування та фінансовий контроль; нормативно-правове регулювання; розробка та впровадження програм пріоритетних напрямків розвитку системи охорони здоров'я; регулювання лікарських засобів та медичного обладнання.

Головна мета державної політики у сфері охорони здоров'я полягає у забезпеченні доступної медичної допомоги, у підвищенні ефективності медичних послуг, обсяг, вид та якість яких повинні бути відповідні захворюваності та потребам населення, спиратися на передові досягнення медицини. Якісна система охорони за ВООЗ має бути своєчасною, справедливою, інтегрованою, ефективною. Її основою вважається сімейна медицина.

Нормативно правове забезпечення організації системи охорони здоров'я в Україні включає в себе комплекс законодавчих актів, норм, правил і стандартів, які визначають правові рамки функціонування системи охорони здоров'я: Конституцію, закони, що регулюють організацію, фінансування, функціонування та контроль в сфері охорони здоров'я, підзаконні акти; стандарти та нормативи.

На основі аналізу зарубіжного досвіду встановлено, що існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного медичного страхування та незастрахована модель. Більшість країн на практиці поєднують ці моделі. Усі ці моделі відрізняються як тим, як вони фінансуються, так і тим, як надається медична допомога. Системи, що фінансуються державою, оплачуються за рахунок податків, тоді як системи, що фінансуються приватно, оплачуються індивідуальними внесками до колективного фонду, наприклад страхової компанії. Заклади, які



надають медичну допомогу, можуть належати державі або приватній організації, як-от корпорація чи некомерційна організація.

Нестача ресурсів – це одна з найсерйозніших хронічних проблем системи охорони здоров'я України, що викликана не тільки недостатнім фінансуванням, але й нерівномірним розподілом та неефективним використанням ресурсів. Впровадження Програми медичних гарантій (2020) дозволило перевести фінансування медичної галузі на контракти. До гарантованого пакету входять послуги: первинної медичної допомоги; екстреної медичної допомоги; спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги; медичної реабілітації; паліативної допомоги; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами; державна програма реімбурсації. Слід відзначити позитивні зміни внаслідок проведеної реформи – вибір лікаря пацієнтом, потужна конкуренція за пацієнта, кращі умови для лікарів. Розширення можливостей залучення приватної медицини за державними програмами.

Достатній запас міцності системи охорони здоров'я забезпечується за рахунок базового рівня, насамперед спеціалістів з екстреної та первинної медичної допомоги, універсальних лікарів. Саме в цих напрямках система охорони здоров'я повинна мати пріоритетне фінансування для забезпечення ефективного функціонування та максимальної доступності населення до медичних послуг.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Статут ВООЗ. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004> (дата звернення 25.11.2024).
2. Our World in Data. Life expectancy at birth. URL: [https://ourworldindata.org/grapher/life-expectancy?country=~OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/grapher/life-expectancy?country=~OWID_WRL) (дата звернення 23.11.2024).
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (від 19.11.1992 № 2801-XII). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed19921119#Text>
4. WHO Quality of care. URL: [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1) (дата звернення 23.12.2024).
5. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2023 Edition. URL: [https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA\\_European\\_Definitions\\_2\\_v7.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf) (дата звернення 03.12.2024)
6. A System of Health Accounts 2011: Revised Edition. OECD, European Union, World Health Organization, 2017. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270985-en.pdf?expires=1708265676&id=id&accname=guest&checksum=13DA8AA41DD4D1EC90878DE252ACC378> (дата звернення 03.12.2024)
7. Конституція України: 254к/96-ВР від 28.06.1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/ed19960628#Text>
8. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (від 14.01.1998 № 16/98-ВР). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80/ed19980114#Text>
9. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (від 23.09.1999 № 1105-XIV). URL:

[https://vk24.ua/regulations\\_and\\_jurisprudence/zakoni/zakon-ukraini-pro-zagal-noobovazkove-derzavne-socialne-strahuvanna-vid-23-veresna-1999-roku-no-1105](https://vk24.ua/regulations_and_jurisprudence/zakoni/zakon-ukraini-pro-zagal-noobovazkove-derzavne-socialne-strahuvanna-vid-23-veresna-1999-roku-no-1105)

10. Закон України «Про лікарські засоби» (від 04.04.1996 № 123/96-ВР).  
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80/ed19960404#Text>

11. Закон України «Про систему громадського здоров'я» (від 06.09.2022 № 2573-ІХ). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20/ed20220906#Text>

12. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» (від 17.05.2018 № 2427-VІІІ). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19/ed20180517#Text>

13. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (від 06.04.2000 № 1645-ІІІ). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

14. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (від 05.07.2012 № 5081-VІ). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17/ed20120705#Text>

15. Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» (від 30.09.2020 № 931-ІХ). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20/ed20200930#Text>

16. Закон України «Про психіатричну допомогу» (від 22.02.2000 № 1489-ІІІ). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14/ed20000222#Text>

17. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року» (від 24.07.2006 № 421-р). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-2006-%D1%80#Text>

18. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної

медицини на період до 2011 року» (від 22 січня 2010 року N 1841-VI). URL: [https://ips.ligazakon.net/document/view/T101841?an=13&ed=2010\\_01\\_22](https://ips.ligazakon.net/document/view/T101841?an=13&ed=2010_01_22)

19. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19.10.2017 № 2168-VIII). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19/ed20171019#Text>

20. Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» (від 27 грудня 2017 р. № 1101). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF/ed20171227#Text>

21. Global Health Expenditure Database. URL: [https://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en) (дата звернення 03.12.2024)

22. Canada Health Act. Canada Justice Laws Website. URL: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/> (дата звернення 04.12.2024)

23. World Index of Healthcare Innovation. URL: <https://freopp.org/wihi/home> (дата звернення 06.12.2024)

24. The NHS Constitution for England. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england> (дата звернення 03.12.2024)

25. WHO Health financing in China. URL: <https://www.who.int/china/health-topics/health-financing> (дата звернення 03.12.2024)

26. Soviet Socialized Medicine: An Introduction [by Mark G. Field]. URL: <https://catalogue.nla.gov.au/catalog/534903> (дата звернення 13.12.2024)

27. Ровинський Н. Н. Государственный бюджет СССР. М.: Госфиниздат, 1944. 386 с. URL: <https://istmat.org/node/39283>

28. Kühlbrandt Ch., Voerma W. Primary Care Reforms in Countries of the Former Soviet Union: Success and Challenges. *Eurohealth incorporating Euro Observer*. 2015. Vol. 21. No. 2. URL: <https://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/eurohealth-v21n2.pdf> (дата звернення 03.12.2024)

29. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe 2023 Edition. URL: [https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA\\_European\\_Definitions\\_2\\_v7.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf) (дата звернення 03.12.2024)
30. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги» (від 11.07.02 № 955). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-%D0%BF#Text>
31. Держстат України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 22.12.2024)
32. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (від 07.07.2011 № 3612-VI). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>
33. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» (від 30.11.2016 № 1013-р). URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689#mainContent>
34. Звіт Національної служби здоров'я України за 2019 рік. URL: [https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-2019\\_1586443884.pdf?1709045479](https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1709045479) (дата звернення 23.11.2024)
35. Звіт Національної служби здоров'я України за 2020 рік. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/nhsu-annual-report-2020-ua-web.pdf?1709045479> (дата звернення 23.11.2024)
36. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» (від 22.12.2023 № 1394). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>
37. Національна служба здоров'я України. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/esoz> (дата звернення 23.11.2024)

38. Звіт Національної служби здоров'я України за 2021 рік. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/book-ua.pdf?1709045479> (дата звернення 24.11.2024)

39. Медицина воюючої країни: як змінювалися обсяги бюджетного фінансування. *Слово і Діло*. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2023/12/25/infografika/suspilstvo/medycyna-voyuuchoyi-krayiny-yak-zminyuvalysya-obsyahy-byudzhethnoho-finansuvannya> (дата звернення 23.11.2024).

40. Звіт Національної служби здоров'я України за 2022 рік. URL: [https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2002-web-new-compressed\\_1690204056.pdf?1709218628](https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2002-web-new-compressed_1690204056.pdf?1709218628) (дата звернення 23.11.2024)

41. Економіка охорони здоров'я: підручник / за заг. ред. В. Д. Парії; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Житомир: Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с.

42. Системи фінансування закладів охорони здоров'я / за ред. Матукова-Ярига Д. Г. *Економіка охорони здоров'я: підручник / за заг. ред. В. Д. Парії; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця*. Житомир: ВД «Бук-Друк», 2021. 288 с. Розділ VI. С. 130-156.

43. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. 312 с.

44. Медичне право : підручник / кол. авт. 2021. URL: [https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/44786/1...BA\\_05\\_08.pdf](https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/44786/1...BA_05_08.pdf).

45. Шутурмінський В. Г., Кусик Н. Л., Рудинська О. В. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навч. посібник. Одеса: «Гельветика», 2020. 176 с. URL: <http://dspace.onu.edu.ua:8080/handle/123456789/29900>.

46. Утюж І. Г., Мегрелішвілі М. О. Історія медицини: курс лекцій. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. 132 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/18054/1...B9.pdf>.

47. Medical Ethics Manual : 2nd ed. *World Medical Association*. 2009. URL: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Medical\\_Ethics\\_Manual\\_Ukrainian.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Medical_Ethics_Manual_Ukrainian.pdf). (дата звернення 13.12.2024)
48. Слабкий Г. О., Пішковці А. М., Драгомир П. Організація та забезпечення діяльності сімейних амбулаторій. *Сімейна медицина* : підручник / за заг. ред. Л. Ф. Матюхи, П. О. Колесника. Ужгород: Рік-У, 2022. С. 269-291. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/48358>.
49. Полушкін П. М. Посібник до вивчення курсу «Історія медицини» Дніпро : ДНУ, 2016. 242 с. URL: [http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/cd01488c10e047532387816735b53409Istoriya\\_medycini\\_1.PDF](http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/cd01488c10e047532387816735b53409Istoriya_medycini_1.PDF).
50. Лінчевський О. Голос лікарів: Як змінити лікарні. *Тиждень.ua*. URL: <https://tyzhden.ua/holos-likariv-iak-zminyty-likarni/>
51. Бушковська Н. Як Росія намагалася знищити медичну реформу в Україні. *Українська правда*. 15.02.2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/02/15/252845/>.
52. Міністерство фінансів України. Розподіл видатків Державного бюджету України на 2023 рік. URL: <https://mof.gov.ua/storage/files/...963.pdf> (дата звернення 13.12.2024)
53. Державна служба статистики України. Регіони України, 2021. № 177. URL: <https://stat.gov.ua/sites/default/files/2023-07...201.pdf> (дата звернення 13.12.2024)

**ДОДАТКИ**



**Кількісні дані  
забезпечення системи охорони здоров'я в Україні з 1990 по 2017 роки**

	Кількість лікарняних закладів, тис	Кількість лікарняних ліжок		Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів	
		усього, тис.	на 10 000 населення		Кількість відвідувань за зміну, тис.	на 10 000 населення
<b>1990</b>	3,9	700	135,5	6,9	895	173,1
<b>1991</b>	3,9	700	135,2	7,0	922	178,0
<b>1992</b>	3,9	689	132,6	7,1	939	180,5
<b>1993</b>	3,9	679	130,9	7,2	952	183,5
<b>1994</b>	3,9	665	129,3	7,2	959	186,4
<b>1995</b>	3,9	639	125,1	7,2	966	189,0
<b>1996</b>	3,7	580	114,6	7,1	960	189,7
<b>1997</b>	3,4	503	100,2	7,1	964	191,9
<b>1998</b>	3,3	483	97,0	7,2	966	193,7
<b>1999</b>	3,3	477	96,5	7,3	973	196,6
<b>2000</b>	3,3	466	95,0	7,4	973	198,4
<b>2001</b>	3,2	466	96,6	7,4	980	203,4
<b>2002</b>	3,1	465	97,3	7,4	980	205,0
<b>2003</b>	3,0	458	96,6	7,6	981	206,8
<b>2004</b>	2,9	451	95,7	7,7	987	209,6
<b>2005</b>	2,9	445	95,2	7,8	990	211,7
<b>2006</b>	2,9	444	95,6	7,9	998	214,8
<b>2007</b>	2,8	440	95,2	8,0	992	214,7
<b>2008</b>	2,9	437	95,1	8,8	987	214,8
<b>2009</b>	2,8	431	94,2	8,8	1000	218,3
<b>2010</b>	2,8	429	94,0	9,0	993	217,7
<b>2011</b>	2,5	412	90,6	8,2	999	219,8
<b>2012</b>	2,4	404	89,1	8,3	1023	225,4
<b>2013</b>	2,2	398	88,0	10,8	1037	229,2
<b>2014</b>	1,8	336	78,5	9,8	912	213,4
<b>2015</b>	1,8	332	78,1	10,0	912	214,2
<b>2016</b>	1,7	315	74,3	10,2	915	215,6
<b>2017</b>	1,7	309	73,1	10,4	923	218,6

*Джерело: [31]*

**Публікація (тези доповіді)  
у збірнику матеріалів науково-практичної конференції**

**1. Бершаденко Ю.В.** Електронна система охорони здоров'я України як ключовий компонент сучасної інфраструктури управління медичною інформацією. *Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд*: матеріали міжнародної наук.-практ. конф. (08 листоп. 2024 р.) конференції : у 2 т. Том 1. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2024. 530 с. С. 303 – 305.

**Міністерство освіти і науки України  
Університет митної справи та фінансів**

**Рада молодих вчених  
Університету митної справи та фінансів**

**«ЕКОНОМІКО-ПРАВОВІ  
ТА УПРАВЛІНСЬКО-ТЕХНОЛОГІЧНІ  
ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ: МОЛОДІЖНИЙ ПОГЛЯД»**

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**Том 1**

**8 листопада 2024 р.**

**Дніпро**

УДК 346.7+658:316.346.36(008)

**Організатори конференції:** Міністерство освіти і науки України,  
Університет митної справи та фінансів,  
Рада молодих вчених  
Університету митної справи та фінансів

**Склад редакційної групи:** Бочаров Д. О., Приймаченко Д. В., Ченцов В. В.,  
Архирейська Н. В., Губа О. І., Даценко В. В.,  
Корнєєв М. В., Ліпінський В. В., Антонова О. В.,  
Бондаревська К. В., Борисенко О. П.,  
Грачевська Т. О., Григораши О. В., Губа М. О.,  
Дерев'яно Т. П., Кодацька Н. О., Лихолат О. А.,  
Марценюк О. О., Олексієнко Р. Ю.,  
Сохацький А. В., Тертишник В. М., Фірсов О. Д.,  
Щолокова Г. В.

**Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення:  
молодіжний погляд :** матеріали міжнародної науково-практичної конференції :  
у 2 т. Том 1. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2024. 530 с.

ISBN 978-966-328-229-9

Матеріали науково-практичної конференції, які включені до збірника, присвячені сучасним тенденціям розвитку міжнародних економічних відносин, зміцненню безпеки держав у світовому вимірі; актуальним проблемам верховенства права в державотворенні України; впровадженню інноваційних технологій у публічному управлінні та особливостям трансформації менеджменту в цифровому суспільстві; розвитку інформаційних технологій і захисту інформації, транспортних систем та міжнародної логістики; інноваціям у сфері обліку, аудиту і фінансів у контексті сучасних ризиків та економічних загроз; інформаційно-комунікативним та соціально-психологічним аспектам суспільного життя в умовах війни; а також інноваційним підходам у туризмі та готельно-ресторанній справі.

Збірник матеріалів може становити інтерес для науковців, викладачів, здобувачів вищої освіти, а також фахівців у галузі економіки, права, управління та фінансів.

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ ДРУКУЮТЬСЯ МЕТОДОМ ПРЯМОГО  
ВІДТВОРЕННЯ ТЕКСТУ, ПОДАНОГО АВТОРАМИ,  
ЯКІ НЕСУТЬ ПОВНУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ЗА ЙОГО ФОРМУ І ЗМІСТ**

ISBN 978-966-328-229-9

© Колектив авторів, 2024

© Університет митної справи та фінансів, 2024

<b>Майдук Я. В.</b> Трансформація внутрішнього середовища організації в умовах цифровізації .....	253
<b>Мартинчук О. М.</b> Особливості управління проектами на малому підприємстві .....	255
<b>Масленникова А. А., Петруня Ю. С.</b> Побудова комунікаційного процесу в організації .....	257
<b>Михайлик О. О.</b> Маркетингове планування діяльності підприємств в умовах цифрової економіки .....	259
<b>Нестеренко В. І.</b> Важливість тайм-менеджменту в умовах воєнного стану .....	261
<b>Озерова Д.</b> Управління кар'єрою як напрям удосконалення мотивації персоналу на підприємстві .....	263
<b>Олійник Є. О.</b> Цифрові інновації в управлінні: стратегічні можливості для аграрних підприємств .....	265
<b>Осенський В. Л., Лесковець Я.</b> Інноваційні технології як імператив підвищення ефективності управління в цифровій економіці .....	267
<b>Паланиця М. М.</b> Побудова відносин влади і бізнесу в цифровому суспільстві .....	270
<b>Сало Б. С.</b> Конфлікти в управлінні організаційною поведінкою .....	273
<b>Сало Б. С.</b> Менеджеріальні підходи в теорії фірми .....	275
<b>Сергієнко О. В.</b> Управління інформаційно-комунікативними та психологічними аспектами діяльності організації в умовах війни .....	277
<b>Скорупніч А. О.</b> Оцінка впливу використання CRM-систем на ефективність збутової діяльності організації .....	279
<b>Соколова А. В., Олексієнко Р. Ю.</b> Можливості сучасної інформаційної логістики щодо організації етичної персоналізованої маркетингової діяльності .....	281
<b>Стицюк О. І., Пасічник Т. О.</b> Управління розвитком персоналу в умовах цифровізації .....	283
<b>Харитонович А. В.</b> Оптимізація та цифровізація витрат підприємств .....	286
<b>Хома О. І.</b> Сучасні цифрові інструменти в управлінні міжнародними проектами .....	288
<b>Чабаненко С. Д.</b> Візуалізація цілей у тайм-менеджменті .....	290
<b>Черединаченко В. В.</b> Роль маркетинг-плейсів у створенні та розвитку бренду .....	292
<b>Шматенко Т. С., Кахович Ю. О.</b> Інноваційні технології управлінського консультування в цифровому суспільстві .....	294
<b>Інноваційні технології публічного управління в цифровому суспільстві</b>	
<b>Азаров О. О.</b> Роль молодіжних організацій у трансформації публічного управління та впровадженні інноваційних технологій у цифровому суспільстві .....	297

<b>Бескоровайний В. О.</b> Цифровізація як інструмент антикорупційної політики .....	300
<b>Бершаденко Ю. В.</b> Електронна система охорони здоров'я України як ключовий компонент сучасної інфраструктури управління медичною інформацією .....	302
<b>Грищенко Є. В.</b> Вплив штучного інтелекту в адміністративних послугах .....	304
<b>Дей Д. В.</b> Блокчейн-технологія як інструмент безпечного збереження інформації в публічному управлінні .....	307
<b>Дуогіте Ю. В.</b> Інноваційні технології брендування комунальних підприємств як напрям покращання якості публічних послуг для мешканців територіальних громад .....	309
<b>Зайцев В. О.</b> Співпраця України з державами Європейського Союзу у сфері боротьби з корупцією: організаційний аспект .....	312
<b>Казанничюс В. В.</b> Цифрова трансформація в Україні: виклики та можливості для керівників у публічному управлінні .....	314
<b>Капітонова А. В.</b> Основні напрями використання соціальних мереж і месенджерів у публічно-управлінській комунікації .....	316
<b>Ковіка В. О.</b> Удосконалення митного контролю в умовах цифровізації публічного управління .....	319
<b>Критенко О. О.</b> Діяльність державних службовців в умовах воєнного стану .....	322
<b>Кудряк К. В.</b> Цифровізація публічно-управлінських процесів у національній системі реабілітації в Україні: інноваційні технології .....	324
<b>Липа М. В.</b> Використання інноваційних технологій у публічному управлінні в Україні .....	328
<b>Микитенко Є. М.</b> Інноваційні підходи в управлінні персоналом у системі публічної служби: світовий досвід .....	330
<b>Монастирська-Михайлова К. О.</b> Основи молодіжної та дитячої політики лейбористського уряду Кіра Стармера (2024) ....	332
<b>Москвичова Д. А.</b> Ефективність державного управління в сучасних умовах цифровізації суспільства .....	336
<b>Павленко Я. В.</b> Державне регулювання у сфері примусового виконання рішень суду в Україні .....	338
<b>Прокопчук І. П.</b> Діджиталізація публічного управління як шлях до підвищення прозорості та ефективності державних послуг .....	340
<b>Разумей М. М., Казанцев С. А.</b> Перспективи застосування програмних інструментів обробки тексту в контексті управління митними ризиками .....	342
<b>Романенко К. М.</b> Цифровізація системи освіти в Україні: інструменти та результати .....	344

Основними завданнями Системи є:

- 1) створення єдиного електронного простору для суб'єктів Системи, в якому зберігаються матеріали та інформація щодо кримінальних проваджень;
- 2) створення умов для електронної взаємодії та автоматизації роботи суб'єктів Системи з метою підвищення ефективності виконання завдань, покладених на них законодавством, зменшення часових та фінансових витрат на здійснення досудового розслідування, управлінські, інформаційно-пошукові, аналітичні роботи, формування звітності;
- 3) забезпечення точними аналітичними даними для прийняття ефективних управлінських рішень, заснованих на фактах;
- 4) забезпечення інформаційної взаємодії з іншими інформаційними (автоматизованими), інформаційно-телекомунікаційними системами.

Органами, що будуть використовувати Систему, є Національне антикорупційне бюро України, Спеціалізована антикорупційна прокуратура Офісу Генерального прокурора, Офіс Генерального прокурора та Вищий антикорупційний суд.

Можливість інтеграції Системи до означених органів забезпечить автоматичну передачу із системи, яка функціонує у Вищому антикорупційному суді відповідно до статті 35 Кримінального процесуального кодексу України, до Системи такої інформації (відомостей).

Можемо зауважити, що затверджений Порядок взаємодії дозволяє ефективно та прозоро обмінюватись даними, що підвищує якість досудового розслідування. Розвиток інформаційно-телекомунікаційної системи «ІКейс» забезпечить автоматизацію процесів досудового розслідування, що значно скоротить часові та фінансові витрати і сприятиме прийняттю обґрунтованих управлінських рішень.

#### Список використаних джерел:

1. Пріоритетні напрями та завдання (проекти) цифрової трансформації на 2024-2026 роки : розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 р. № 735-р: станом на 01 лист. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2024-r#Text>
2. Положення про інформаційно-телекомунікаційну систему досудового розслідування «ІКейс» : наказ Національного антикорупційного бюро України, Офісу Генерального прокурора, Ради суддів України, Вищого антикорупційного суду від 15.12.2021 № 175/390/57/72: станом на 01 лист. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0390886-21#Text>
3. Порядок електронної інформаційної взаємодії Офісу Генерального прокурора та Національного антикорупційного бюро України : наказ Офісу Генерального прокурора, Національного антикорупційного бюро України від 08.02.2022 р. № 21/20: станом на 01 лист. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0021905-22#Text>

Бершаденко Ю. В.,

студентка Університету митної справи та фінансів (науковий керівник – Антонова О. В., д.держ.упр., проф., завідувач кафедри публічного управління та митного адміністрування Університету митної справи та фінансів)

### ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЯК КЛЮЧОВИЙ КОМПОНЕНТ СУЧАСНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ – далі) України є ключовим компонентом сучасної інфраструктури управління медичною інформацією. Її створення та функціонування відображає прагнення країни підвищити ефективність, прозорість і доступність медичних послуг для громадян.

Передумовами створення ЕСОЗ стала потреба, обумовлена декількома факторами [1]. По-перше, масштабна реформа системи охорони здоров'я, яка розпочалася з 2018 року і метою яких є підвищення прозорості та ефективності медичних послуг. По-друге, успішні приклади інтеграції електронних систем охорони здоров'я у країнах ЄС, США та Канаді стали орієнтиром для України. По-третє, зростає використання цифрових технологій у всіх сферах життя стимулювало впровадження таких рішень і в сфері охорони громадського здоров'я.

Основною метою ЕСОЗ є створення єдиної платформи для управління медичною інформацією [2]. Її функціонал охоплює: облік медичних послуг (де кожна послуга, надана пацієнту, фіксується в системі, що спрощує адміністрування та моніторинг; управління інформацією (що дозволяє зберігати, обробляти та аналізувати великі обсяги даних про пацієнтів, лікарів, лікарні та інші суб'єкти); електронні медичні записи (EMR) (пацієнти отримують доступ до своєї медичної історії в електронному вигляді); інтеграція з іншими системами (що означає взаємодію ЕСОЗ з іншими державними та приватними платформами, наприклад, для управління страхуванням) [3].

Система включає кілька основних елементів:

- eHealth-платформа – центральний компонент, який об'єднує всі підсистеми;
- реєстри медичних установ і фахівців. База даних, що забезпечує актуальну інформацію про лікарів, лікарів та їх кваліфікацію.
- особисті кабінети пацієнтів (клієнтів), де вони можуть переглядати історію хвороб, результати аналізів і графік візитів;
- API для інтеграції – інструменти для підключення сторонніх розробників до платформи.

Перевагами впровадження ЕСОЗ є критерії, які дозволяють полегшити вимірювання задоволеності споживачів, як внутрішніх (для управління медичною інформацією), так і зовнішніх (для обміну даними).

Серед них слід виокремити такі, як: підвищення прозорості завдяки ефективному контролю розподілу фінансів і витрат; зручність для пацієнтів з можливістю доступу до інформації з будь-якої точки країни спрощує комунікацію з лікарями; моніторинг якості послуг шляхом збору даних для аналізу ефективності діяльності та якості послуг, що надаються медичними закладами.

Не можна оминути і виклики, які постають перед розробниками ЕСОЗ та імплементами змін в системі громадського здоров'я. Зокрема йдеться про такі виклики, як: захист даних і забезпечення їх конфіденційності; навчання персоналу та необхідність підготовки медичного персоналу до роботи з новими технологіями [7].

Однак українська ЕСОЗ була розроблена з урахуванням успішних прикладів інших країн. Так, цифрова платформа e-Health (Естонія) забезпечує 100% електронне зберігання медичних записів [4]. У Данії Національна платформа Sundhed.dk інтегрує інформацію про всі медичні послуги, надані громадянам [5]. А в США Програма Meaningful Use стимулює лікарів переходити на використання електронних медичних записів [6].

Основними перспективними напрямками розвитку ЕСОЗ в Україні слід вважати її орієнтацію на посилення інтеграційних процесів нашої держави [8], особливо в умовах воєнного стану і формування міжнародних коаліцій. Це відкриває можливість для розробки та інтеграції нових технологій [9], використання штучного інтелекту для прогнозування захворювань і автоматизації процесів, розширення доступу та залучення віддаленого регіонів до системи через розвиток інфраструктури, міжнародного співробітництва шляхом участі у глобальних ініціативах з обміну даними.

У підсумку слід зазначити, що Електронна система охорони здоров'я є важливим етапом у розвитку охорони здоров'я України, а її впровадження дозволяє не лише підвищити якість послуг, але й забезпечити прозорість і довіру громадян до системи охорони здоров'я.

#### Список використаних джерел:

1. Міністерство охорони здоров'я України. (2020). *Електронна система охорони здоров'я: результатами та перспективи розвитку*. URL: <https://moz.gov.ua>
2. World Bank. (2019). *Digital transformation in Ukraine: Opportunities for growth and innovation*. URL: <https://worldbank.org>
3. European Commission. (2021). *eHealth in Europe: Overview and best practices*. URL: <https://ec.europa.eu>
4. E-Estonia. (2021). *eHealth system in Estonia: An advanced digital healthcare model*. URL: <https://e-estonia.com>
5. Sundhed.dk. (2022). *Overview of the Danish national healthcare platform*. URL: <https://sundhed.dk>
6. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). *Meaningful Use: Progress and achievements*. URL: <https://cms.gov>

7. Privacy International. (2020). *Health data and digital platforms: Ensuring privacy in electronic healthcare systems*. URL: <https://privacyinternational.org>

Грищенко С. В.,  
студент Університету митної справи та фінансів  
(науковий керівник – Доненко В. В., д.ю.н., проф.,  
професор кафедри публічного та приватного права  
Університету митної справи та фінансів)

#### ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГАХ

Адміністративні послуги – послуги, які надають державні органи, органи місцевого самоврядування або інші установи з метою реалізації прав, обов'язків та законних інтересів громадян і юридичних осіб. Зазвичай, ці послуги спрямовані на забезпечення доступу громадян до адміністративних послуг у сферах, таких як реєстрація, отримання дозволів, ліцензій, соціальна допомога та інші державні послуги таких як:

- реєстрація місця проживання;
- видача паспорту та інших документів, що посвідчують особу;
- реєстрація бізнесу або юридичної особи;
- видача ліцензій та дозволів на підприємницьку діяльність;
- оформлення соціальної допомоги, субсидій;
- видача довідок (про доходи, склад сім'ї тощо).

Проте надання цих послуг є недостатньо швидкою і гнучкою процедурою і щоб її прискорити і зробити простішою потрібно впровадити використання Штучного інтелекту (ШІ – далі) в сфері надання адміністративних послуг.

Штучний інтелект відіграє ключову роль у трансформації адміністративних послуг, підвищуючи їх ефективність, точність та доступність. Інтеграція ШІ дозволяє автоматизувати рутинні завдання, знижуючи навантаження на персонал і мінімізуючи людські помилки, що призводить до скорочення часу обробки документів і запитів громадян. Завдяки віртуальним асистентам, громадяни отримують швидкий доступ до інформації та послуг у режимі 24/7, що підвищує загальний рівень обслуговування. Водночас використання ШІ підвищує прозорість процесів, сприяючи боротьбі з корупцією, та забезпечує захист персональних даних, хоча і вимагає відповідного законодавчого регулювання для захисту прав громадян. ШІ є потужним інструментом модернізації адміністративних послуг, що значно підвищує їх швидкість і доступність для громадян [1].

Водночас упровадження ШІ в адміністративні послуги супроводжується низкою викликів, включаючи етичні питання та необхідність дотримання конфіденційності даних. Використання алгоритмів машинного навчання може призводити до потенційних