

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
_____ В. Г. Нестеренко

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконала:

слухач групи ПУА-24

Р.Н. Катамадзе

Керівник,

PhD

М.Є. Черняк

ХАРКІВ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	5
1.1 Основні поняття та характерні риси надання медичної допомоги	5
1.2 Специфіка державного регулювання в систему надання медичної допомоги в Україні	18
1.3 Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я	27
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	35
2.1 Стан і динаміка надання медичної допомоги українському населенню	35
2.2 Аналіз підходів до регулювання ринку медичної допомоги на державному рівні	52
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.....	66
3.1 Рекомендації щодо визначення вартості допомоги, що фінансуються державою	66
3.2 Пропозиції щодо підвищення ефективності гарантування доступу до медичної допомоги	70
3.3 Оптимізація державного регулювання якості медичної допомоги	76
ВИСНОВКИ	81
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	83

ВСТУП

Актуальність проблеми. Досягнення сталого соціально-економічного розвитку України та її інтеграції до європейського простору нерозривно пов'язане з оновленням і посиленням людського капіталу, основою якого виступає фізичне та психічне благополуччя населення. Низький рівень фінансування сфери охорони здоров'я, відсутність дієвих інструментів моніторингу якості надання медичної допомоги, а також слабкі управлінські практики свідчать про необхідність перегляду чинної бюджетно-орієнтованої моделі фінансування. Однією з основних умов покращення якості медичної допомоги є раціональне планування потреб у фінансових ресурсах, оцінка потенційних джерел доходів та формування ефективної системи управління як окремими елементами, так і всією медичною галуззю загалом. Комплексне дослідження у фінансово-економічному і правовому вимірах має на меті вдосконалення державного регулювання сфери медичних допомог, що робить дану тематику надзвичайно актуальною.

Значний науково-практичний внесок у формування підходів до державного регулювання у сфері охорони здоров'я здійснили вітчизняні дослідники, серед яких варто відзначити М. Білинську, С. Вовка, З. Гладун, Л. Жаліла, В. Загорського, В. Лехана, О. Мельниченка, К. Надутого, В. Рудого, І. Солоненка та інших фахівців. Їхні праці охоплюють широкий спектр питань – від розробки сучасних фінансових механізмів до аналізу функціонування медичних систем у контексті загальнодержавних трансформацій.

Мета та завдання дослідження. Метою роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення процесу державного регулювання надання медичної допомоги в Україні.

Для досягнення цієї мети було поставлено такі завдання:

– визначити суть і ключові особливості системи надання медичної допомоги в Україні;

– проаналізувати механізми державного регулювання сфери охорони здоров'я;

– дослідити інструменти впливу держави на ринок медичних послуг;

– здійснити оцінку надання медичної допомоги населенню України;

– проаналізувати ефективність державного регулювання щодо розвитку сфери охорони здоров'я ;

– запропонувати підходи до оцінки вартості державної медичної допомоги;

– вдосконалити систему державних гарантій у сфері охорони здоров'я;

– окреслити напрями покращення якості медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – розвиток сфери охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державне регулювання розвитком медичної допомоги населенню.

Методи дослідження. У роботі застосовано загальнонаукові та спеціальні методи, зокрема: аналіз і синтез – для дослідження особливостей державного регулювання; порівняльно-правовий – для аналізу законодавчих підходів; статистичний – для оцінки ефективності поточних регуляторних інструментів; формально-логічний – для побудови обґрунтованих висновків; методи індукції та дедукції – для формування висновків на основі емпіричних даних.

Практичне значення дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів державного регулювання розвитком медичної допомоги населенню.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

1.1 Основні поняття та характерні риси надання медичної допомоги

Система охорони здоров'я (далі – СОЗ) в Україні посідає ключове місце у структурі соціально-економічного розвитку, оскільки забезпечує надання життєво необхідного суспільного ресурсу – медичної допомоги. Її роль набуває дедалі більшого значення на тлі інтенсивного впровадження інновацій, науково-технічного прогресу та зростаючих очікувань населення щодо доступу до якісної медичної допомоги. Водночас, незважаючи на наявність кадрового забезпечення, матеріально-технічної бази та фінансування, чинна СОЗ в Україні не забезпечує належної реалізації гарантованого Конституцією права громадян на медичне обслуговування. Відсутність скоординованих реформ у СОЗ, які б відповідали темпам трансформацій в інших секторах економіки, спричинила низку системних проблем: недостатню адаптацію до умов ринкового середовища, низьку якість і обмежену доступність медичної допомоги, а також відставання у впровадженні сучасних підходів, що вже використовуються у провідних країнах світу.

Хоча українське законодавство задекларувало принципи формування системи соціальних гарантій, практична реалізація права на безоплатну медичну допомогу залишається проблематичною. Основною перешкодою є відсутність чітко визначених механізмів та умов надання гарантованої допомоги.

Суттєвою проблемою є також відсутність єдиних державних стандартів у сфері медичної допомоги, що унеможлиблює гарантування рівного доступу до якісної медичної допомоги для всіх громадян. Для подолання цього необхідно

запровадити нормативно визначені стандарти, які б регламентували обсяг, умови та якість безкоштовної медичної допомоги, що надається державою [1–2; 13].

У контексті соціально орієнтованої держави медична допомога не повинні розглядатися виключно як товар, доступ до якого залежить від фінансових можливостей людини. Вони мають розглядатися як суспільне благо, що повинне бути гарантоване кожному, незалежно від його матеріального становища.

Недоцільно вважати, що СОЗ не може функціонувати за законами ринкової економіки. Навпаки, саме в умовах ринкових відносин виникають можливості для суттєвих структурних змін у цій сфері. Водночас, на сучасному етапі в Україні існують обмеження для повного впровадження ринкових принципів у сферу медичного обслуговування.

Це зумовлено, з одного боку, високим рівнем державного регулювання діяльності медичних закладів, а з іншого – недостатньою кількістю суб'єктів, між якими могла б сформуватися конкурентна взаємодія, що є основним стимулом для підвищення якості послуг у ринковому середовищі. У зв'язку з цим можна виокремити два основних поняття, які відображають результат лікарської діяльності: «медична допомога» як прояв бюджетного забезпечення та «медична послуга» – як результат діяльності в умовах платної медицини.

Варто зауважити, що повністю безоплатна медицина у реальності не існує. Безкоштовне для пацієнта надання послуг передбачає їх фінансування з інших джерел – державного бюджету, підприємств або за рахунок податкових надходжень, тобто коштів інших платників. Дослідження функціонування ринкових економік показують, що соціальні послуги, в тому числі медичні, відіграють важливу роль у формуванні національного доходу. Послуги мають свою економічну вартість і ціну, подібно до матеріальних благ. Частина таких послуг оплачується напряму споживачем, інша ж – є безоплатною для кінцевого користувача, але фінансується за рахунок державних чи корпоративних структур.

До соціально значущих і умовно безкоштовних послуг належать ті, що забезпечують збереження працездатності населення, розвиток особистості й підтримку її життєвого рівня. Однак навіть ці послуги фактично не є «безкоштовними» – їх вартість компенсує держава або інші фінансові агенти, як-от страхові компанії, роботодавці, органи місцевого самоврядування чи сам пацієнт. Монопольне становище держави як основного платника за медичні послуги сприяло виникненню ситуації, коли фінансування СОЗ здійснюється за залишковим принципом. У той же час сам пацієнт, як споживач медичної послуги, є носієм попиту та виступає реальним її покупцем. З огляду на це, доцільно використовувати термін «медична допомога» для позначення кінцевого продукту діяльності медичної сфери, який може фінансуватися як державою, так і іншими структурами. У ринкових умовах медична допомога є специфічним товаром, що володіє унікальними характеристиками, відмінними від інших товарів.

Науковці та законодавці неодноразово зверталися до питання визначення поняття «медична допомога». Зокрема, Конституційний Суд України у своєму рішенні від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 у справі щодо безоплатної медичної допомоги підкреслив важливість такого визначення. Однак і досі немає єдиного офіційного тлумачення терміну «медична послуга», як і чіткого розмежування між ним і поняттям «медична допомога». У науковій літературі ці дефініції трактуються по-різному: як синоніми, як протилежні поняття або як категорії, що співвідносяться між собою за принципом частини і цілого.

Медична допомога, у вузькому розумінні, передбачає здійснення конкретних дій медичним персоналом, які спрямовані на профілактику, діагностику, лікування, а також адміністративно-господарські й управлінські заходи, що забезпечують збереження та покращення здоров'я населення [14].

Медичний ринок в Україні є багатокомпонентною системою, що охоплює державний, муніципальний та приватний сектори. Його функціонування вимагає ефективного державного регулювання, спрямованого на забезпечення високої

якості та доступності медичної допомоги для населення. У цьому контексті держава виконує провідну роль замовника медичних послуг, що мають безпосередній вплив на покращення стану здоров'я населення, підвищення якості життя громадян і забезпечення національної безпеки. Рівень платності тієї чи іншої послуги визначається її соціальною значущістю та фактичною доступністю для різних верств населення з урахуванням рівня їх доходів [14].

Становлення ринкових механізмів у СОЗ актуалізує питання оцінки якості наданих медичної допомоги. Ураховуючи індивідуальний характер медичного втручання, процес оцінювання набуває особливої складності. Вихідною умовою для формування системи оцінки якості медичної допомоги є визначення її базових критеріїв. Ключовими критеріями є, які визначають якість медичної допомоги, є:

- Науково-технічний рівень – важливий показник, що визначає застосування сучасних технологій, методів лікування, діагностики та профілактики. Його рівень впливає на повноту та ефективність медичної допомоги в умовах стрімкого розвитку медичної науки.

- Мінімізація лікарських помилок – ключовий аспект безпечної медичної практики. Вона досягається завдяки високій кваліфікації фахівців, використанню сучасного обладнання, стандартизації процедур і дотриманню інструкцій, що знижує ризики ускладнень або неправильного лікування.

- Орієнтація на пацієнта – передбачає індивідуальний підхід, дотримання прав пацієнта, забезпечення його участі в прийнятті рішень, пов'язаних із лікуванням, а також загальну задоволеність якістю та умовами наданої допомоги.

- Своєчасність надання допомоги – визначається здатністю медичної системи оперативно реагувати на потреби пацієнтів, що є надзвичайно важливим для ефективного лікування. Забезпечується завдяки організованості, наявності протоколів, швидкій діагностиці та готовності фахівців.

- Ефективність і результативність – відповідність результату лікування очікуваному ефекту з урахуванням наявних ресурсів. Це означає не надмірне

втручання, а раціональне й доцільне застосування медичних заходів, що відповідають стандартам і практичним потребам пацієнта.

– Наступність і безперервність – забезпечення логічної послідовності в наданні допомоги незалежно від зміни лікаря, установи чи рівня медичної допомоги. Координація між етапами лікування гарантує стабільність та злагодженість дій медичного персоналу.

– Адекватність – відповідність наданих послуг медичним потребам пацієнта, з урахуванням його якості життя, очікувань і доступності. Це поєднання своєчасності, раціональності й доцільності в межах прийняттого рівня витрат і зусиль.

– Доступність – відсутність перешкод у доступі до медичної допомоги для всіх груп населення незалежно від їхнього соціального чи економічного статусу, географічного розташування або культурних відмінностей.

– Безпека лікувального процесу – гарантія того, що під час перебування у медичному закладі пацієнт не зазнає шкоди. Включає дотримання норм інфекційного контролю, правил гігієни, наявність інформованої згоди та використання стандартів лікування.

Хоча право на отримання якісної та доступної медичної допомоги зафіксовано в конституційних актах багатьох країн, практичні механізми його реалізації відрізняються залежно від моделі організації СОЗ. У різних державах формування гарантій доступності медичної допомоги базується на поєднанні чинної законодавчої бази, яка визначає принципи функціонування галузі, стандартизації процесів надання допомоги та запровадження ефективного контролю через систему експертної оцінки. В українських реаліях протягом останніх років активно ведеться робота над модернізацією регуляторних механізмів у СОЗ. Пріоритетами стали оновлення правових засад, перегляд процедур забезпечення якості послуг і впровадження сучасних методів управління, спрямованих на підвищення ефективності функціонування СОЗ.

В умовах трансформації національної СОЗ все більшої актуальності набуває формування ефективних підходів до надання медичної допомоги. У центрі уваги опиняється не лише законодавче регулювання, а й практичне розуміння змісту медичної допомоги, її характеру, особливостей реалізації та очікуваного впливу на стан здоров'я пацієнтів. Саме тому доцільним є розгляд сутнісних характеристик медичної допомоги як складової державного регулювання в цій сфері.

Медичну допомогу можна охарактеризувати як професійну діяльність суб'єкта, що надає допомогу з метою досягнення результату, корисного для забезпечення або відновлення стану здоров'я людини. Цей результат реалізується в процесі надання послуги, не має матеріального вираження та не може бути повністю гарантований виконавцем наперед [18].

Медична допомога має ряд характерних рис, що вирізняють їх серед інших видів послуг. По-перше, надання таких послуг вимагає від виконавця спеціальної підготовки та кваліфікації, що визначено законодавством як обов'язкову умову для здійснення медичної практики. Саме тому діяльність у СОЗ підлягає ліцензуванню. Тобто, медична допомога – це, передусім, професійна діяльність, яка здійснюється в межах спеціалізованої практики [12].

По-друге, метою цієї діяльності є усунення чи полегшення негативних проявів фізичного або психічного стану особи. Пацієнт, звертаючись до лікаря, розраховує на покращення свого самопочуття або вирішення конкретної медичної проблеми. Така діяльність спирається на базову потребу людини – збереження і відновлення власного здоров'я.

Третя особливість полягає в тому, що результат надання медичної допомоги не завжди має матеріальне втілення. Попри можливу наявність фізичних компонентів у процесі лікування (наприклад, імплантатів або медичних виробів), вони є лише елементами загального лікувального процесу і не становлять самостійної цінності.

Крім того, виконавець не завжди може гарантувати досягнення бажаного результату. Це зумовлено як індивідуальними особливостями організму пацієнта, так і необхідністю його активної участі у процесі лікування. Проте, у сфері правового регулювання медичної допомоги важливо враховувати можливість досягнення позитивного ефекту, адже саме вона може слугувати підставою для оцінки належного чи неналежного виконання обов'язків медичним працівником.

І нарешті, як об'єкт цивільно-правових відносин, медична допомога має певну вартість. Її оплата включає як покриття витрат виконавця, так і винагороду за надану допомогу. Для поступального розвитку сфери медичної допомоги в Україні критично важливою є здатність СОЗ до інноваційного оновлення. Інноваційний потенціал у цьому контексті можна трактувати як інтегральну характеристику, що поєднує наявні ресурси різного типу – технологічні, фінансові, наукові, організаційні, правові, інфраструктурні та соціальні – і визначає готовність СОЗ до впровадження сучасних практик, знань і технологій. Він відображає рівень здатності до трансформацій та реагування на нові виклики у СОЗ [19]. Згідно з концепцією ресурсного підходу, під інноваційним потенціалом мається на увазі структурована сукупність ресурсів, які дозволяють ринку медичної допомоги здійснювати нововведення. В українській реальності саме нестача таких ключових ресурсів, як фінансове забезпечення, технічне оснащення, кваліфікований персонал, ефективна управлінська система й інформаційна інфраструктура, значною мірою гальмує розвиток галузі.

Основним джерелом фінансування медичних закладів наразі залишаються бюджетні кошти, що надходять відповідно до програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги. Проте для стабільної та довготривалої роботи медичних установ важливо не лише збільшення бюджетного фінансування, а й диверсифікація джерел надходжень. Доцільним є розвиток системи добровільного медичного страхування, залучення партнерських організацій на місцевому рівні, формування благодійних ініціатив, а також активне розширення спектра платних

медичної допомоги. Крім того, необхідно підтримувати реалізацію інноваційних рішень, які здатні підвищити якість і доступність медичної допомоги, особливо для соціально вразливих груп населення [17].

Нині в Україні спостерігається дефіцит сучасних матеріально-технічних ресурсів у СОЗ. Значна частина медичного обладнання, що виробляється вітчизняними підприємствами, є морально застарілою та не відповідає вимогам сучасної діагностики і лікування. Особливо гостро ця проблема проявляється у сегменті високотехнологічного медичного оснащення, де рівень розробок суттєво відстає від міжнародних стандартів.

Загалом для ефективного функціонування системи медичної допомоги в Україні необхідно забезпечити належний рівень технічної модернізації, цифровізації процесів і раціонального використання наявних ресурсів.

Інформаційні ресурси у СОЗ відіграють ключову роль у забезпеченні прозорого та раціонального використання фінансових коштів, сприяючи підвищенню економічної ефективності діяльності медичних закладів. Зокрема, завдяки впровадженню електронних систем реєстрації в амбулаторно-поліклінічних установах вдається не лише оптимізувати потік пацієнтів, а й суттєво скоротити втрати часу лікарів на паперову роботу. Цифровізація процесів в медичній сфері є обов'язковою складовою її інноваційного поступу, що включає автоматизацію робочих місць, покращення доступу до інформації для лікарів, середнього медичного персоналу та діагностичних підрозділів. Впровадження таких рішень безпосередньо впливає на ефективність лікувально-діагностичних заходів і підвищує загальний рівень надання медичної допомоги [7].

Одним із ключових чинників, що забезпечує ефективне функціонування СОЗ, є кадровий потенціал. Проте нині спостерігається дисбаланс між рівнем підготовки медичних спеціалістів і реальними запитами практичної медицини, що ускладнює реалізацію структурних реформ у СОЗ. Додатковим ускладненням є недостатній рівень соціального захисту медичних працівників, що негативно

впливає на якість надання медичної допомоги. Події останніх років чітко засвідчили необхідність відновлення системи обов'язкового працевлаштування випускників медичних вишів, упровадження безперервної професійної освіти та перегляду існуючих моделей оплати праці з метою підвищення мотивації працівників СОЗ. Вітчизняна СОЗ демонструє обмежену результативність застосування адміністративно-управлінських інструментів у кадровій вертикалі. Це пов'язано з рядом системних проблем, зокрема з нерозвиненістю механізмів професійного саморегулювання. В Україні відсутня дієва модель взаємної відповідальності між медичними працівниками та професійною спільнотою. Також не функціонують регіональні професійні об'єднання медиків, а наявні медичні асоціації та товариства позбавлені реальних інструментів впливу на забезпечення належної якості медичної допомоги [17].

Вивчення міжнародного досвіду свідчить, що СОЗ в інших країнах активно використовують ефективні інструменти, які дозволяють зменшити витрати на оновлення технічної бази. Йдеться насамперед про механізми лізингу та аутсорсингу, які наразі недостатньо інтегровані в практику вітчизняних медичних закладів. Зазвичай малі й середні медичні підприємства обирають співпрацю з лізинговими структурами через обмежений доступ до банківського кредитування. Лізинг дає змогу розпочати діяльність із мінімальними початковими витратами, одночасно забезпечуючи повноцінне функціонування. Для таких підприємств цей механізм є більш привабливим порівняно з іншими формами фінансування, оскільки частина ризиків перекладається на лізингову компанію [8].

Система організаційно-економічного забезпечення якості медичної допомоги являє собою інтегрований комплекс методів та інструментів, спрямованих на формування управлінських підходів, етапів реалізації та практичних механізмів, що разом визначають ключові параметри якості медичної допомоги (рис. 1.1).

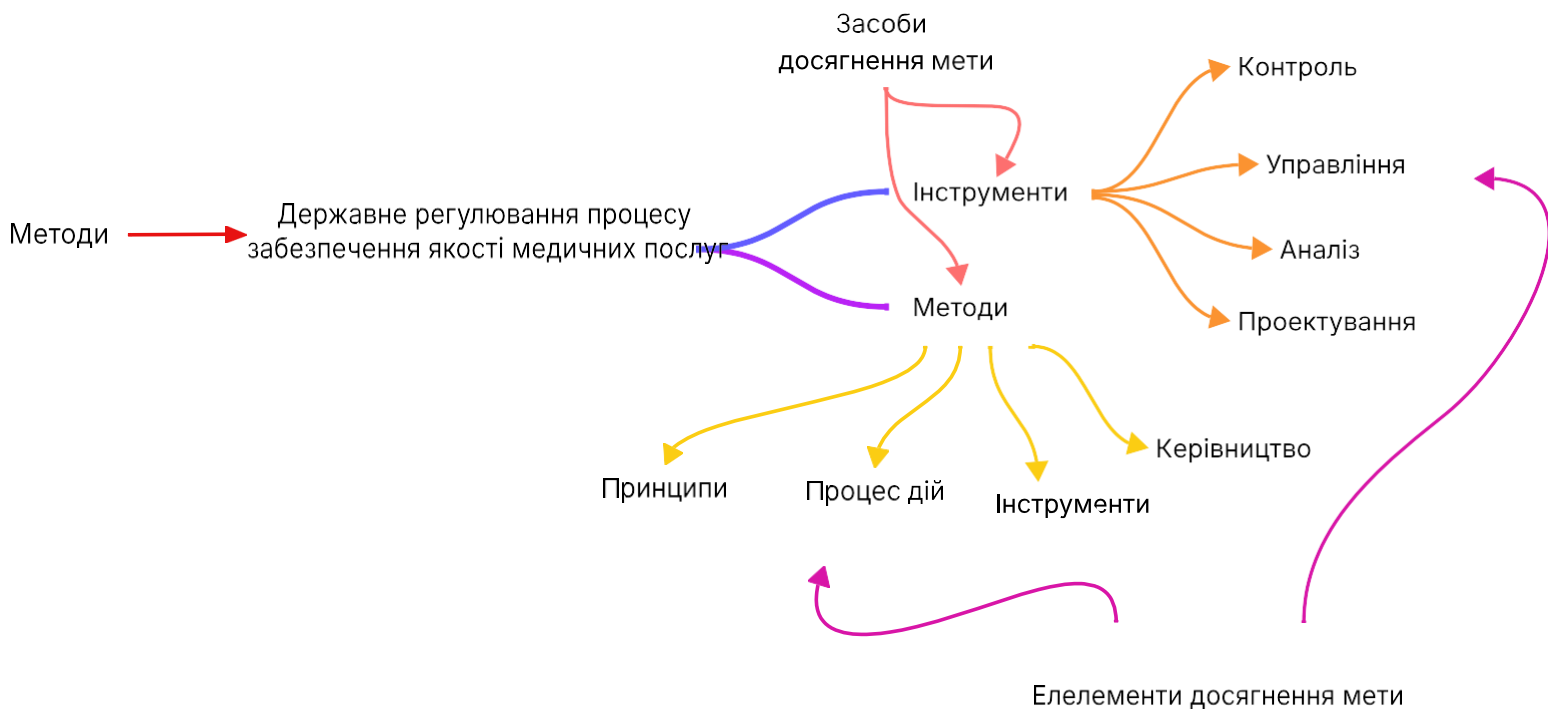


Рис. 1.1 – Концептуальна модель державного регулювання якості медичної допомоги

В умовах посиленої конкуренції перевагу отримують ті заклади охорони здоров'я, які раціонально організують свою діяльність, делегуючи виконання другорядних функцій спеціалізованим підрядникам або компаніям-аутсорсерам. Використання аутсорсингу в медичній сфері розглядається як ефективний механізм оптимізації, адже значна частка ресурсів і часу витрачається на процеси, що не мають прямого зв'язку з лікувальними завданнями. Такий підхід дозволяє скоротити витрати на утримання допоміжних служб та інфраструктури, одночасно виводячи окремі бізнес-процеси разом із відповідними активами за межі установи. Це сприяє зменшенню навантаження на штат персоналу та підвищує загальну економічну ефективність функціонування закладу.

Варто окремо підкреслити, що у рамках Національної стратегії реформування СОЗ визначає пріоритетні вектори трансформації у сегменті медичного обслуговування в Україні. У документі окреслено конкретні дії,

спрямовані на модернізацію та підвищення ефективності функціонування галузі, що підлягають подальшому розгляду в межах цієї роботи.

Посилення системи первинної медичної допомоги. З огляду на сучасні умови функціонування вітчизняної медичної системи та історичну модель розподілу медичних кадрів, наразі неможливо повністю відмовитися від чинного поєднання послуг лікарів загальної практики, терапевтів, педіатрів та жіночих консультацій. Однак необхідно започаткувати структурні зміни, що передбачають трансформацію первинної ланки на засадах автономності сімейних лікарів. Успішні приклади такої трансформації демонструють країни Центрально-Східної Європи – Польща, Литва, Словаччина, де приватна практика сімейних лікарів отримала законодавчу підтримку, особливо у сільських громадах.

У межах цієї моделі важливо забезпечити поетапний перехід до приватної форми надання первинної медичної допомоги, що супроводжуватиметься підвищенням кваліфікації лікарів, оновленням стандартів ліцензування та запровадженням відповідних механізмів фінансування. Під час перехідного періоду лікарі зможуть функціонувати як індивідуальні суб'єкти, так і в межах центрів первинної допомоги, а їхні послуги компенсуватимуться за рахунок державного бюджету або страхових механізмів. Організація фінансування має здійснюватися з урахуванням потреб регіонів через систему замовлення на медичну допомогу.

У перспективі лікарі ПМД, що працюватимуть у форматі приватної практики, зможуть формувати професійні об'єднання або «медичні кооперативи» для спільного здійснення практичної діяльності та підвищення фахового рівня через вузьку спеціалізацію. Право громадянина на вільний вибір лікаря (шляхом офіційної реєстрації у конкретного фахівця) сприятиме реалізації ключового принципу ПМД – тісному особистісному контакту та глибокому розумінню лікарем соціального й медичного контексту життя пацієнта. Крім того, за медиками первинної ланки закріплюватиметься виключне повноваження щодо

направлення пацієнтів на вторинний та третинний рівні медичної допомоги шляхом укладання угод із відповідними спеціалізованими ЗОЗ.

Оптимізація структури мережі ЗОЗ є однією з ключових умов підвищення ефективності системи медичного забезпечення населення. В умовах обмежених ресурсів та фрагментованості інфраструктури постає необхідність переосмислення кількісного складу та функціонального призначення ЗОЗ. Одним із напрямів трансформації є формування інтегрованої лікарняної мережі в межах кожного регіону, яка в подальшому може бути об'єднана у єдину національну систему за допомогою цифрових рішень.

У рамках цієї реформи передбачається поетапна ліквідація «паралельних» СОЗ різних відомств, які наразі функціонують у підпорядкуванні різних центральних органів виконавчої влади. Медичні заклади, що належать до сфери управління різних міністерств, поступово інтегруватимуться в єдину регіональну мережу, отримавши уніфікований адміністративно-правовий статус. Виняток може становити лише система військової медицини, яка з міркувань безпеки зберігатиме автономний характер.

Запровадження такої моделі сприятиме раціоналізації державного управління, забезпеченню єдиного підходу до фінансування та стандартизації якості надання медичної допомоги в межах всієї країни.

Розвиток сфери громадського здоров'я передбачає концептуальну зміну державної ролі у цьому напрямі. Замість переважно контролюючих функцій, що історично реалізовувалися через систему санітарно-епідеміологічного нагляду, пропонується перейти до моделі, орієнтованої на превентивні та просвітницькі інструменти. Така трансформація передбачає оновлення нормативно-правової бази з акцентом на створення умов для формування культури відповідального ставлення до власного здоров'я, підвищення рівня обізнаності населення та формування готовності до реагування на загрози, пов'язані з громадським здоров'ям (епідемії, біологічні небезпеки тощо). Основним завданням держави у

цій сфері має стати стратегічне планування та впровадження політик, спрямованих на запобігання захворюванням, зміцнення здоров'я та популяризацію здорового способу життя як базової цінності суспільного розвитку.

У контексті підвищення ефективності СОЗ важливим залишається не лише нормативне забезпечення, а й практична реалізація державної політики у сфері формування здорового способу життя та запобігання захворюванням. При цьому акцент зміщується з формального регулювання на створення сприятливих умов для здоров'я населення, зокрема через інфраструктурні, освітні та організаційні ініціативи, що сприяють зниженню медичних ризиків та покращенню якості життя.

Серед ключових орієнтирів у сфері громадського здоров'я передбачається визначення стратегічних напрямів, зокрема: розвиток лабораторної діагностики ризиків для здоров'я, забезпечення доступу до профілактичних щеплень, створення ефективної системи епідеміологічного нагляду, постійного моніторингу показників захворюваності населення, оперативного реагування на загрози інфекційного характеру, а також посилення контролю за якістю питної води, харчових продуктів і довкілля з урахуванням впливу екологічних і виробничих чинників.

Модернізація системи екстреної медичної допомоги має відбуватися на основі оновленої інфраструктури охорони здоров'я, зокрема після впровадження структурних змін у мережі лікарень. Пріоритетним завданням стане оптимізація логістики доставки пацієнтів відповідно до визначених медичних маршрутів, що дозволить ефективніше розподіляти ресурси і навантаження. У середньостроковій перспективі передбачається створення єдиного координаційного центру екстреної допомоги на національному рівні, який включатиме регіональні підрозділи, диспетчерські служби та елементи телемедицини. Паралельно із цим необхідно забезпечити розбудову як професійної, так і добровільної екстреної допомоги. Це передбачає формування системи навчання базовим навичкам реагування на

надзвичайні ситуації для працівників медичних і немедичних служб, а також широке залучення населення до програм першої допомоги шляхом партнерства з правоохоронними органами, рятувальними службами та пожежними підрозділами.

У сучасних моделях СОЗ, які функціонують у більшості економічно розвинених країн, фінансування медичних установ та винагородження персоналу безпосередньо пов'язано з обсягом і якісними показниками наданих послуг. Такий підхід базується на принципі свободи вибору пацієнта, а не на централізованих адміністративних рішеннях. ЗОЗ та їхні працівники повинні отримати ширші повноваження в управлінні власними фінансовими ресурсами, що дозволить їм спрямовувати частину коштів на оновлення обладнання, модернізацію закладів чи впровадження інновацій. Разом із цим зберігається необхідність забезпечення ефективного і раціонального використання бюджетних коштів. Важливим напрямом розвитку є можливість для ЗОЗ диверсифікувати джерела фінансування, розширюючи спектр платних послуг (наприклад, у сфері естетичної медицини) або співпрацюючи з приватними страховими компаніями, що дозволить підвищити стійкість фінансової моделі у довгостроковій перспективі.

1.2 Специфіка державного регулювання в систему надання медичної допомоги в Україні.

У структурі системи соціального захисту України виділяються такі ключові компоненти, як соціальне страхування, соціальне забезпечення, допомога та державні гарантії. Відповідно до ст. 46 Конституції України, кожен громадянин має гарантоване право на соціальне забезпечення, що охоплює підтримку у випадках повної чи часткової втрати працездатності, безробіття з незалежних від особи причин, втрати годувальника, настання пенсійного віку та в інших життєвих ситуаціях, передбачених законодавством.

Реалізація цього права забезпечується системою загальнообов'язкового державного соціального страхування, фінансування якого здійснюється за рахунок внесків фізичних осіб, підприємств, організацій, установ, а також коштів із державного бюджету й інших джерел. Для надання підтримки особам, які втратили працездатність, функціонує мережа державних, комунальних і приватних установ соціального обслуговування. Пенсійні виплати та інші форми грошової допомоги, що слугують основним джерелом доходу для певних категорій громадян, повинні гарантувати рівень життя не нижчий за встановлений законом прожитковий мінімум. У сучасних умовах більшість країн формують системи соціального захисту на основі різноманітних підходів до регулювання соціальних ризиків, проте ключовим елементом цих систем тривалий час залишається соціальне страхування.

Система соціального забезпечення в Україні включає низку ключових напрямів, серед яких – пенсійне забезпечення, обов'язкове державне соціальне страхування та медичне страхування. Її фінансова база ґрунтується на коштах державного бюджету та ресурсах, що акумулюються через механізм соціального страхування. Виплати у межах соціального страхування здійснюються за рахунок відповідних страхових фондів, які наповнюються внесками роботодавців.

Медичну допомогу доцільно розглядати як діяльність, що має на меті досягнення певного позитивного ефекту для пацієнта. Проте, варто підкреслити, що її результативність не завжди є гарантованою – ефективність оцінюється вже в процесі надання допомоги. З огляду на це, більш точним було б трактування медичної допомоги як здійснення дій або реалізації певного обсягу професійної діяльності, спрямованої на досягнення передбачуваної корисної мети, навіть за умови відсутності 100 % гарантії результату. Важливо підкреслити, що визначення мети має бути невід'ємною частиною розуміння сутності послуги, адже саме вона відображає намір виконавця і очікування отримувача. Однак головним змістом будь-якої послуги залишаються дії, які здійснюються з певним

наміром, навіть якщо кінцевий результат не гарантований. Головне, щоб у момент надання допомоги вона була орієнтована на досягнення позитивного ефекту, хоча сам ефект не обов'язково має бути досягнутим або очевидним після завершення дії. Слід враховувати, що в контексті медичної допомоги досягнення позитивного ефекту завжди безпосередньо пов'язане з конкретною особою, яка її отримує, тобто користь реалізується саме у сфері її індивідуального стану здоров'я. Така особливість зумовлює потребу розглядати медичну допомогу як окремий підвид загального поняття допомоги, що вимагає спеціального підходу до її визначення. Це, у свою чергу, є важливою передумовою для ефективного державного регулювання у СОЗ, а також для належного врегулювання підприємницької діяльності на ринку медичної допомоги. Визначення медичної допомоги з урахуванням її унікальних характеристик створює підґрунтя для формування чіткої нормативно-правової бази в цій сфері [23]. Однак повноцінне розкриття сутності медичної допомоги є неможливим без усвідомлення ролі та важливості здоров'я як ключового елемента у відповідних правовідносинах. Саме здоров'я, поряд із самою допомогою, виступає невід'ємним об'єктом суспільних відносин у СОЗ. У цьому контексті воно не лише супроводжує процес надання допомоги, а й визначає його основну мету, що надає змістовного наповнення всій системі медичної допомоги.

У світовому досвіді існують різні підходи до організації систем соціального захисту населення. У країнах Північної Європи (Швеція, Данія, Фінляндія) реалізується соціал-демократична модель, що базується на високих податках і розвиненій ролі держави. У США та Канаді переважає ліберальний підхід, який передбачає мінімальне державне втручання і активне використання страхових механізмів. У країнах Південної Європи (Італія, Іспанія, Греція) характерна рудиментарна модель, де функції соціального захисту часто виконують родинні структури. У Латинській Америці соціальна допомога формується за принципом субсидіарності, коли допомога надходить від родини, громади, церкви, а лише в

останню чергу – від держави. У Німеччині та Австрії діє консервативна модель, що забезпечує тісний зв'язок між соціальними гарантіями та рівнем трудового внеску. У науковій літературі існує кілька підходів до класифікації моделей соціального захисту, сформованих на основі ідеологічних засад і ступеня залученості держави. Так, шведський соціолог Г. Еспінг-Андерсен виділяє три ключові типи соціальних держав залежно від домінуючої політичної ідеології: ліберальну, консервативну (корпоративну) та соціал-демократичну. Зі свого боку, американський дослідник Р. Тітмус розмежовує моделі за характером участі держави у забезпеченні соціальних гарантій. Ним запропоновано наступну типологію: залишкова (ліберальна), індустріально-страхова (корпоративна) та державна перерозподільча (соціалістична). Український науковець В. Лехан, аналізуючи системи соціального захисту, які функціонують у країнах ЄС, пропонує поділ на чотири основні моделі: континентальну (Бісмаркова), англосаксонську (Беверіджа), скандинавську і південноєвропейську [10].

Моделі соціального захисту населення у світі є доволі різноманітними, що зумовлено індивідуальними особливостями розвитку кожної країни. Кожна держава формує власний підхід до взаємодії з населенням, базуючись на історичних традиціях, культурних цінностях та суспільних пріоритетах. Застосування міжнародного досвіду може бути корисним, однак ефективність такого запозичення залежить від його адаптації до національного контексту – економічної ситуації, політичної системи, географічних особливостей та менталітету українського суспільства.

У цивілістичній доктрині досі бракує системних теоретичних напрацювань щодо об'єктів цивільних прав, зокрема такого їх виду, як послуги, прямо згадані в ст. 177 ЦКУ. У науковому середовищі триває дискусія щодо природи об'єкта цивільного права та співвідношення понять «діяльність», «послуга», «дія» і «робота», що ускладнює однозначне тлумачення норм, пов'язаних із виконанням

робіт і наданням послуг. Водночас «роботи» та «послуги» в ст. 177 ЦКУ визначені як окремі, рівні категорії, що не перебувають у відносинах підпорядкованості.

Надмірно широке трактування поняття «послуга» призводить до його концептуального розмивання й утруднює практичне застосування. Ситуацію ускладнює велика кількість видів послуг – медичних, правових, інформаційних, освітніх, готельних та інших, – що потребують різних підходів до правового регулювання. Попри відсутність у ст. 901 ЦКУ чітких обмежень щодо складу сторін у зобов'язаннях із надання послуг, для окремих їх видів передбачено спеціальні вимоги до виконавця. Зокрема, законодавство про ліцензування встановлює, що медичні, фармацевтичні, освітні, аудиторські та окремі інші послуги можуть надаватися лише за наявності державної ліцензії. Це означає, що здійснення професійної медичної практики можливе виключно за умови відповідності кваліфікаційним вимогам і спеціальній підготовці виконавця.

В окремих випадках, за спеціальним дозволом уповноважених органів СОЗ, допускається здійснення практики в галузі народної або альтернативної медицини тими, хто не має традиційної медичної освіти, але відповідає встановленим критеріям. Такий підхід є частиною державного регулювання якості й безпеки надання медичної допомоги [11].

Нормативно-правова база, що регламентує контроль якості медичної допомоги в Україні, охоплює низку важливих законодавчих та підзаконних актів. Одним із ключових документів у цій сфері є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, яким визначено засади реалізації Програми медичних гарантій. Цей закон встановлює основні принципи надання медичної допомоги, спрямованих на збереження, підтримку та відновлення здоров'я громадян.

У контексті забезпечення належного рівня якості та безпеки медичної допомоги важливе значення має існування ефективного механізму державного контролю. Значну роль у нормативному регулюванні цієї сфери відіграють також

накази Міністерства охорони здоров'я України, які конкретизують порядок оцінки якості наданої медичної допомоги. Серед них можна виокремити такі:

– Наказ МОЗ № 752 від 28.09.2012 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»,

– Наказ № 693 від 06.08.2013 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги»,

– Наказ № 795 від 11.09.2013 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги».

Усі ці документи зареєстровані в Міністерстві юстиції України й є обов'язковими для виконання всіма закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності чи відомчої належності. Зокрема, Наказ № 752 визначає якість медичної допомоги як сукупність дій, що здійснюються відповідно до встановлених стандартів і процедур, з метою забезпечення пацієнтів ефективною та безпечною допомогою.

Крім того, відповідно Закону України «Про захист прав споживачів» від 12.05.1991 р. № 1024-ХІІ, належна якість послуги – це здатність послуги відповідати вимогам нормативно-правових актів і умовам договору зі споживачем. Послугою вважається діяльність, що спрямована на передачу конкретного матеріального чи нематеріального результату споживачеві, відповідно до його індивідуального запиту.

Попри те, що норми статті 901 Цивільного кодексу України не встановлюють чітких обмежень щодо складу сторін у зобов'язаннях, пов'язаних із наданням послуг, на практиці участь у таких правовідносинах може бути обумовлена специфікою самої послуги. Тобто, формально замовником або виконавцем може виступати будь-який суб'єкт цивільних правовідносин, однак для окремих видів діяльності законодавством передбачено особливі вимоги до виконавця. До прикладу, законодавство про ліцензування господарської діяльності містить перелік послуг, які можуть надаватися виключно за наявності відповідної

державної ліцензії. Серед таких – медичні, фармацевтичні, аудиторські, освітні послуги, а також послуги у сфері зв'язку. Це означає, що здійснення професійної медичної практики дозволяється лише особам, які мають профільну освіту, спеціальну підготовку та відповідають затвердженим державою кваліфікаційним вимогам. В окремих випадках, за спеціальним дозволом уповноважених органів СОЗ, допускається здійснення практики в галузі народної або альтернативної медицини тими, хто не має традиційної медичної освіти, але відповідає встановленим критеріям. Такий підхід є частиною державного регулювання якості й безпечності надання медичних допомоги [15–17]. Характер взаємодії сторін у межах правовідносин, що пов'язані з виконанням робіт та наданням послуг, має низку специфічних рис, які відрізняють їх від інших цивільно-правових зобов'язань. Це актуалізує необхідність чіткого виокремлення як економічних, так і правових характеристик відповідних об'єктів, що дозволяє сформувати систему критеріїв для їх ідентифікації, класифікації та правового регулювання.

До категорії договорів про надання послуг відносять такі угоди, в яких відсутній матеріальний результат, відокремлений від процесу їх виконання, що відрізняє їх від договорів підряду. Основною цінністю таких зобов'язань виступає сам процес дії, а не фізичний продукт. Послуга має самостійну економічну значущість, адже вона орієнтована на задоволення конкретної потреби замовника, що й забезпечує її участь у системі товарно-грошових відносин.

Таким чином, можна дійти висновку, що на відміну від результату виконання робіт, який набуває матеріальної форми та проявляється у створенні або трансформації певних речей, послуга не передбачає появи відчутного, відокремленого продукту. Її сутність полягає саме в дії, процесі, а не в предметному результаті. Саме ця нематеріальна природа зумовлює специфічні риси послуги, які відрізняють її від інших об'єктів правового регулювання.

Характерною особливістю послуг, зокрема медичних, є нерозривність процесу їх надання та споживання, що унеможливорює їхнє накопичення або

збереження на майбутнє. Іншими словами, послуга не існує поза актом її здійснення, а тому не може бути створена «про запас». Така специфіка зумовлює нерівномірність попиту залежно від часу, що особливо помітно під час сезонних коливань – наприклад, підвищення потреби в медичній допомозі в періоди епідемій. Одним зі способів пом'якшення цієї диспропорції може бути запровадження гнучкої тарифної політики, зокрема системи стимулювальних знижок, що спрямована на більш рівномірний розподіл попиту в часі.

Однією з ключових особливостей послуги є відсутність матеріалізованого, візуально фіксованого результату, що ускладнює її об'єктивну оцінку. Через цю нематеріальну природу послуги не можна заздалегідь представити споживачеві у вигляді демонстрації чи рекламного зразка. Як наслідок, рівень невизначеності для споживача значно вищий, аніж у випадку з товарами або результатами виконаних робіт. Неможливість гарантувати результат обумовлює підвищений ризик – як у правовому, так і в практичному сенсі. Зокрема, споживач часто не має змоги наперед впевнитися в якості чи відповідності послуги його очікуванням. Відсутність чітких зовнішніх ознак завершеності процесу ускладнює як контроль з боку державних органів, так і самостійну оцінку користувачем, чи дійсно отриманий ефект відповідає меті звернення до постачальника послуги [18].

Відповідно до положень Цивільного кодексу України, медичний заклад зобов'язаний надати пацієнту (у даному випадку працівнику підприємства або організації) офіційний документ, що засвідчує підставу здійснення оплати за медичну допомогу, а також містить точну суму коштів, отриманих закладом. Надалі така організація має право компенсувати своєму співробітникові витрати, понесені у зв'язку з отриманням медичної допомоги, у повному обсязі або частково – залежно від умов, передбачених внутрішніми нормативами або колективним договором. Обов'язковою умовою для здійснення відшкодування є надання відповідного підтвердного документа, виданого ЗОЗ [37].

Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених станів десятого перегляду (МКХ-10), розроблену та затверджену 43-ю Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, було офіційно впроваджено в Україні починаючи з 1999 року. Це стало можливим завдяки рішенню Кабінету Міністрів України, зафіксованому в постанові № 326 від 4 травня 1993 року, якою схвалено Концепцію створення національної статистичної системи та Державну програму переходу на міжнародні стандарти статистичного обліку та звітності [38].

У випадках, коли сторони не передбачили в договорі вартість медичної послуги, її розмір визначається відповідно до положень пункту 4 статті 632 Цивільного кодексу України. Згідно з цим положенням, ціна послуги встановлюється з урахуванням звичайної ринкової вартості аналогічних послуг, яка була актуальною на момент укладення відповідної угоди. У контексті положень статті 633 Цивільного кодексу України, медичне обслуговування може розглядатися як публічний договір. Це означає, що якщо суб'єкт господарювання зобов'язується надавати медичної допомоги кожному, хто до нього звертається, він повинен забезпечити однакові умови надання таких послуг для всіх споживачів. Виняток становлять лише ті категорії осіб, яким чинне законодавство передбачає особливі умови або пільги. Крім того, за загальним правилом, постачальник послуг не має права встановлювати преференції для окремих споживачів під час укладення договору, якщо інше не передбачено нормативними актами [37].

Вся глава 63 Цивільного кодексу України присвячена регулюванню правовідносин у сфері надання послуг. Відповідно до статті 901 цього Кодексу, укладення договору про надання послуг передбачає, що одна сторона – виконавець – виконує певні дії або здійснює діяльність на користь іншої сторони – замовника. При цьому послуга вважається спожитою під час самого процесу її надання, а замовник, у свою чергу, має обов'язок здійснити оплату, якщо інше не передбачено нормами чинного законодавства [37]. Норми, закріплені в цій главі Цивільного кодексу України, можуть бути використані для регулювання всіх видів

договорів, що стосуються надання послуг, за умови, що це не суперечить природі відповідних зобов'язань. У випадку, коли угодою передбачено платне надання послуг, замовник зобов'язаний здійснити оплату в узгодженому обсязі, у встановлені строки та згідно з умовами, зафіксованими в договорі.

У статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» акцентується відмінність між поняттями «медична допомога» та «медична послуга». Зокрема, серед базових засад функціонування СОЗ визначено принципи рівності прав громадян, демократичного підходу та загальної доступності як до медичної допомоги, так і до інших видів послуг у цій сфері.

У положеннях Концепції реформування СОЗ України медична допомога трактується як сукупність заходів, що охоплюють як безпосереднє лікування, так і профілактику захворювань, травм і пологів. Важливим аспектом є включення до складу медичної допомоги не лише власне медичних послуг, а й інших умов та дій, які, хоча й не є медичними за суттю, проте необхідні для ефективного лікувального процесу. У цьому ж документі уточнюється, що під медичною послугою слід розуміти професійно виконані дії медичного характеру, орієнтовані на діагностику, профілактику та терапію, зокрема у випадках патологій, пологів та інших медичних станів. В альтернативних формулюваннях цей термін також охоплює окремі медичні втручання або профілактичні заходи, що належать до сфери охорони здоров'я.

1.3 Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я

У сучасних умовах, коли Україна перебуває у складній соціально-політичній ситуації, спричиненій воєнними діями, особливого значення набуває питання збереження та зміцнення здоров'я населення. Стан СОЗ, її ефективність, організаційна структура й механізми державного регулювання стають об'єктом

посиленої уваги науковців та управлінців. Важливою складовою цієї системи є управління діяльністю середнього медичного персоналу, зокрема медичних сестер, які становлять найчисельнішу професійну групу у СОЗ. Раціональне використання сестринських кадрів і підвищення їхнього професійного рівня є ключовими чинниками забезпечення якості, доступності та економічної ефективності медичної допомоги, а також важливими елементами у системі профілактики захворювань і збереження громадського здоров'я.

Демографічні тенденції, що спостерігаються в Україні та її регіонах, справляють безпосередній вплив на рівень доступності та якості медичної допомоги, а також на загальний рівень життя населення. У зв'язку з цим питання збереження, відновлення та зміцнення здоров'я українського народу набувають особливої актуальності. Медична галузь виступає ключовим чинником, що визначає не лише індивідуальний стан здоров'я людини, а й соціальне благополуччя суспільства загалом. Формування ефективної сучасної СОЗ, зокрема її кадрового потенціалу, залишається складним соціально-економічним завданням, яке ускладнюється недостатньою орієнтацією реформ на суспільні потреби та практичну реалізацію модернізаційних процесів у СОЗ.

Основні напрями державної кадрової політики у СОЗ, а також питання підвищення кваліфікації медичних сестер визначаються низкою законодавчих і нормативно-правових актів. Зазначені документи регламентують ключові аспекти розвитку галузі, зокрема удосконалення освітніх стандартів підготовки медичних працівників, впровадження системи безперервної професійної освіти, підвищення якості надання медичної допомоги, а також планування кадрового забезпечення відповідно до реальних потреб СОЗ і демографічної ситуації в країні [4].

У межах системи державного регулювання розрізняють адміністративні та економічні методи впливу, які різняться за своїм механізмом дії. Адміністративні методи ґрунтуються на владно-розпорядчих повноваженнях держави та передбачають застосування трьох основних інструментів – заборони, дозволу та

примусу. Вони визначають межі допустимої поведінки суб'єктів господарювання та забезпечують дотримання встановлених правил. Натомість економічні методи спрямовані на формування умов, у межах яких суб'єкти ринку зацікавлені діяти відповідно до державних пріоритетів. Вони передбачають використання фінансових, податкових, кредитних та інших стимулів, що створюють мотивацію для досягнення цілей соціально-економічної політики.

Таке розмежування між адміністративними та економічними методами має певною мірою умовний характер, оскільки на практиці обидва підходи взаємодіють: економічні інструменти часто містять елементи адміністративного впливу, а владно-організаційні заходи нерідко мають економічну складову. За характером дії методи державного регулювання поділяються на прямі та непрямі. Методи прямого впливу мають безпосередній характер і реалізуються через правові норми, обов'язкові вимоги, ліцензування, квотування та інші інструменти державного контролю.

Непрямі методи регулювання ґрунтуються на опосередкованому впливі, що реалізується через створення сприятливого економічного середовища. За допомогою податкової політики, бюджетних механізмів, системи пільг і стимулів держава формує мотивацію суб'єктів ринку діяти у напрямі, який відповідає стратегічним цілям державної політики. У цьому контексті мотиваційна складова виступає ключовим елементом непрямого регулювання, оскільки дозволяє державі досягати бажаних результатів не примусом, а шляхом зацікавлення [19].

Сфера охорони здоров'я являє собою складну багаторівневу систему, що охоплює низку взаємопов'язаних сегментів ринку. До неї належать ринки медичних послуг, фармацевтичної продукції, медичних технологій, обладнання, медичного страхування, трудових ресурсів у СОЗ, а також освітніх послуг, пов'язаних із підготовкою та підвищенням кваліфікації медичних фахівців [10]. Така багатокomпонентна структура зумовлює необхідність розгляду СОЗ не лише

як сукупності лікувальних заходів, а як розгалуженої системи соціально-економічних відносин, що формують цілісний сектор національної економіки.

Як і будь-який інший ринок, СОЗ функціонує на основі взаємодії попиту та пропозиції, які виступають ключовими регуляторами її розвитку. Попит у цьому контексті відображає обсяг медичних послуг або товарів медичного призначення, на які існує платоспроможна потреба населення протягом певного періоду часу за визначеного рівня цін. Пропозиція, своєю чергою, характеризує кількість послуг чи продукції, яку можуть і готові надати суб'єкти ринку за відповідних економічних умов. Саме баланс між попитом і пропозицією визначає ефективність функціонування ринку охорони здоров'я, впливає на рівень доступності медичних послуг і формує загальні тенденції розвитку галузі [11].

Інструменти державного регулювання у СОЗ доцільно класифікувати за кількома взаємопов'язаними ознаками, що відображають різні аспекти впливу держави на СОЗ. Залежно від застосовуваного методу регулювання, вони можуть бути адміністративними або економічними. Адміністративні інструменти ґрунтуються на владно-розпорядчих повноваженнях держави й передбачають використання механізмів контролю, дозволу чи примусу, тоді як економічні орієнтовані на створення сприятливих умов для розвитку ринку через систему фінансових, податкових та інвестиційних стимулів.

За формою реалізації державного впливу інструменти поділяються на ті, що діють у межах прямих і непрямих методів. Прямі методи передбачають безпосереднє втручання держави у регуляторні процеси шляхом ліцензування, квотування, нормування або встановлення обов'язкових стандартів. Натомість непрямі методи базуються на опосередкованому впливі через формування економічного середовища, яке спонукає суб'єктів ринку діяти відповідно до державних пріоритетів – зокрема, через механізми податкових пільг, кредитування чи державних дотацій.

Крім того, класифікація інструментів може здійснюватися залежно від специфіки ринку у межах СОЗ, на який спрямовується регуляторний вплив. Йдеться про інструменти, що застосовуються на ринку медичних послуг, медичних технологій, обладнання, фармацевтичних товарів, медичного страхування, а також на ринках праці медичних фахівців і освітніх послуг у галузі медицини.

За функціональним призначенням інструменти державного впливу поділяються на ті, що спрямовані на стимулювання розвитку пропозиції – тобто розширення обсягів і підвищення якості медичних товарів і послуг, – і на інструменти, орієнтовані на розширення платоспроможного попиту населення, що забезпечує сталий розвиток СОЗ і підвищення рівня доступності медичної допомоги.

Основними напрямками державного регулювання взаємопов'язаних ринків у СОЗ є забезпечення збалансованого розвитку як пропозиції, так і попиту на медичні товари та послуги. З одного боку, держава зосереджує увагу на стимулюванні розширення пропозиції через створення сприятливих умов для функціонування суб'єктів СОЗ, удосконалення стандартів якості та запровадження сучасних медичних технологій. З іншого боку, важливою складовою регуляторної політики є посилення платоспроможного попиту населення, що досягається шляхом підвищення доступності медичних послуг, удосконалення системи соціальних гарантій та формування механізмів, які забезпечують можливість отримання необхідної медичної допомоги усіма громадянами.

У контексті функціонування ринку медичних послуг в Україні слід підкреслити, що одним із ключових напрямів державного впливу є застосування механізмів прямого економічного регулювання, основою яких виступає бюджетне фінансування СОЗ. Завдяки цьому забезпечується можливість підтримання стабільної діяльності ЗОС, реалізації гарантованих програм медичного обслуговування населення та фінансування пріоритетних напрямів розвитку СОЗ.

Адміністративні важелі регулювання у СОЗ ґрунтуються на впровадженні обов'язкових вимог щодо якості медичних допомоги, що досягається шляхом встановлення стандартів надання медичної допомоги, а також через ліцензування суб'єктів господарювання, які здійснюють діяльність у СОЗ. Застосування таких механізмів спрямоване на гарантування безпечності медичних втручань, унормування професійної діяльності та підвищення рівня довіри з боку пацієнтів.

Щодо інструментів непрямого економічного впливу на ринок медичних послуг, важливо зазначити, що держава активно використовує регулятивні можливості податкової системи. Зокрема, це може включати податкові стимули для суб'єктів, що інвестують у розвиток медичної інфраструктури, впровадження інноваційних технологій або підвищення кваліфікації медичного персоналу. Такі заходи сприяють формуванню сприятливого економічного середовища та стимулюють розвиток конкуренції на ринку медичних послуг.

Систематизовано класифікацію основних інструментів державного впливу на функціонування ринку медичного страхування, ринку праці медичних фахівців, а також ринку освітніх послуг у галузі охорони здоров'я в Україні (табл. 1.1).

Запропонована класифікація інструментів державного впливу на СОЗ має принципову особливість, що полягає у введенні додаткового критерію – «за типом ринку у СОЗ, на регулювання якого спрямований інструмент державної політики». Використання зазначеної ознаки дало змогу провести структурування інструментарію державного регулювання окремо для кожного з функціонально пов'язаних ринків медичної сфери, що істотно підвищує аналітичну цінність класифікації та забезпечує більш точне розуміння напрямів державного впливу у СОЗ. Узагальнення результатів оцінки державного інструментарію регулювання СОЗ України дає підстави стверджувати, що нинішній підхід залишається фрагментарним і недостатньо комплексним. Відсутність цілісного механізму регулювання всіх взаємопов'язаних ринків медичної сфери зумовлює ускладнення

процесів становлення ринкових відносин у СОЗ та знижує результативність реформ у СОЗ.

Таблиця 1.1 – Класифікація інструментів державного впливу на ринки медичних послуг

Сегмент ринку СОЗ	Інструменти адміністративного регулювання	Інструменти прямого економічного впливу	Інструменти непрямого економічного впливу
Ринок медичного страхування	Ліцензування діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування; Нормативно-правове регулювання страхових програм і вимог до умов надання послуг; Обов'язкові стандарти страхового захисту згідно із законодавством України.	Формування та використання Фонду соціального медичного страхування; Фінансування страхових програм для окремих категорій населення; Цільова бюджетна підтримка програм запобігання професійним і виробничим ризикам для застрахованих осіб.	Податкові стимули для роботодавців, які впроваджують корпоративні системи медичного страхування; Віднесення витрат на медичне страхування працівників до витрат підприємства, якщо це передбачено законодавством; Заохочення добровільного медичного страхування через податкові преференції.
Ринок праці медичних фахівців та освітніх послуг у СОЗ	Ліцензування діяльності закладів медичної освіти і перепідготовки кадрів; Встановлення державних стандартів підготовки та атестації медичних працівників; Регламентація допуску	Державне замовлення на підготовку медичних кадрів у закладах освіти; Програми фінансування інтернатури та резидентури за	Стипендіальні, грантові та освітні програми підтримки молодих медичних фахівців; Податкове стимулювання роботодавців, які забезпечують підвищення кваліфікації персоналу;

	до професійної діяльності (сертифікація, акредитація, реєстрація фахівців).	пріоритетними спеціальностями; Бюджетні програми розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.	Державні інструменти мотивації для залучення медичних працівників у регіони з кадровим дефіцитом.
--	---	--	---

За таких умов актуалізується потреба у модернізації державного регуляторного впливу, спрямованого на забезпечення системності, узгодженості та підвищення ефективності державної політики у СОЗ.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИКИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1 Стан та динаміка надання медичної допомоги українському населенню.

Після проголошення незалежності розвиток СОЗ України пройшов кілька етапів, кожен з яких визначав зміст і темпи трансформацій. Умовно модернізацію можна поділити на чотири хронологічні фази.

Перший етап (1990-ті роки) характеризувався переважно спробами зберегти працездатність успадкованої радянської моделі. Реформи практично не впроваджувалися, а державна політика була зосереджена на запобіганні колапсу системи та підтриманні мінімальних соціальних гарантій у медичній сфері.

Другий етап (перше десятиліття XXI ст.) став періодом формування реформаторських підходів і накопичення аналітичної бази. Українські та міжнародні експерти за підтримки міжнародних організацій реалізували низку проєктів щодо нових механізмів фінансування, вдосконалення управління, реформування первинної й вторинної допомоги, розвитку стандартів та управлінських інструментів. Важливим нормативним кроком стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000, а також подальші постанови Кабінету Міністрів України, що деталізували окремі механізми реформ.

Попри загальноєвропейські тенденції, до 2010 року в Україні не було реалізовано комплексних реформ: зміни мали переважно точковий і фрагментарний характер і не формували цілісної політики модернізації [36]. Водночас відбувався пошук альтернативних джерел фінансування (добровільне

медичне страхування, лікарняні каси), а в окремих регіонах апробувалися нові моделі фінансування первинки (зокрема капітаційні контракти для сімейних лікарів). Окремим напрямом стала автономізація закладів: у межах проєкту ЄС було реалізовано експеримент у районах Харківської та Житомирської областей із переходом закладів зі статусу бюджетних установ у некомерційні підприємства [10; 35]. Паралельно впроваджувалися елементи структурних змін: сімейна медицина як основа ПМСД, стаціонарозамінюючі технології, регіоналізація акушерської допомоги, удосконалення ліцензування й акредитації.

Третій етап (2010–2013 рр.) пов'язаний із запуском пілотних реформ. У публічному дискурсі часто стверджувалося, що попередні роки не дали реальних змін або вони були обмеженими [15], однак у 2010 році розпочалося реформування в межах президентської програми економічних реформ. Концептуально реформа спиралася на вітчизняний і міжнародний досвід, результати доказового менеджменту та матеріали проєктів ЄС/Європейської комісії 2003–2009 років [39]. Для поетапного тестування ключових механізмів відповідно до спеціального закону [28] було обрано пілотні регіони (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ), що забезпечувало репрезентативність оцінювання. У 2011–2012 роках сформовано нормативно-правову основу реформ, яка уточнювалася за результатами моніторингу та з урахуванням позицій місцевої влади, медичної спільноти й населення. Пілоти підтвердили ефективність ключових організаційних і фінансових підходів: розмежування первинної та вторинної допомоги й пріоритет розвитку ПМСД на основі сімейної медицини; створення центрів ПМСД і мережі амбулаторій; консолідацію фінансових ресурсів на рівні регіону для вторинної та екстреної допомоги; маршрутизацію пацієнтів і потребу формування лікарень інтенсивного лікування в госпітальних округах; перспективність оплати праці залежно від обсягів і якості послуг; ефективність референтного ціноутворення та реімбурсації (зокрема для лікування гіпертонічної хвороби) [9]. Масштабування цих

компонентів потребувало підготовки кадрів, методичного супроводу й узгодженої підтримки органів влади.

Четвертий етап (з 2014 року – дотепер) розпочався після паузи для вироблення оновленої стратегії трансформації, із поступовим переходом від переважно адміністративних підходів до гнучкіших економічно орієнтованих механізмів. Важливою новацією стало запровадження у 2015 році медичної субвенції як форми цільового фінансування [22]. Також було закріплено можливість поєднання кількох джерел бюджетного фінансування для ЗОЗ [4]. Крок до дерегуляції стало скасування застарілого нормативу, що прив'язував штатний розпис до ресурсної бази ЗОЗ (зокрема кількості ліжок), що дозволило формувати кадрову структуру з урахуванням реальних потреб пацієнтів [21]. Подальший розвиток реформ було оформлено в стратегічному баченні трансформації на 2016–2020 роки у вигляді Концепції реформування фінансового забезпечення, що посилила економічні та фінансові інструменти модернізації.

Центральним положенням реформи визначався відхід від традиційної для пострадянського простору моделі Семашка, що ґрунтувалася на утриманні розгалуженої інфраструктури ЗОЗ, і перехід до системи фінансування, побудованої на принципі оплати за фактично надані медичні послуги.

У межах реформи були окреслені ключові структурні зміни, серед яких:

- запровадження державного гарантованого пакета медичних послуг, доступного кожному громадянину;

- акумуляція бюджетних ресурсів на загальнодержавному рівні з утворенням Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ) – центрального органу виконавчої влади (далі – ЦОВВ), що виконує функції єдиного закупівельника медичних послуг;

- перехід від фінансування мережі ЗОЗ до моделі стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних умовах з ЗОЗ;

– автономізація ЗОЗ та їхня трансформація у некомерційні підприємства з розширеними управлінськими та фінансовими повноваженнями;

– створення та поетапне впровадження електронної СОЗ (e-Health), спрямованої на цифровізацію управлінських процесів та підвищення прозорості фінансових операцій у СОЗ.

У процесі реформування було модернізовано підходи держави до регулювання вартості лікарських засобів. Зокрема, вдосконалено механізми ціноутворення та розширено перелік нозологій, для лікування яких держава забезпечує реімбурсацію, тобто повне або часткове відшкодування вартості необхідних медикаментів. До цього переліку були додані найбільш поширені та соціально значущі хронічні захворювання – серцево-судинна патологія, бронхіальна астма та цукровий діабет другого типу [2].

У 2017 році було сформовано комплексний нормативно-правовий фундамент, покликаний забезпечити практичну реалізацію ключових етапів медичної реформи. Зокрема, ухвалено законодавчі зміни, які започаткували процес автономізації ЗОЗ, що передбачали їх трансформацію із традиційних бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Цей процес був доповнений розробленими методичними рекомендаціями щодо організаційно-правових аспектів такого перетворення [1].

Важливою складовою законодавчих нововведень став Закон України про державні фінансові гарантії [3], який визначив обсяг і механізми виконання державою зобов'язань щодо фінансування медичних послуг і лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету. Для синхронізації реформи з бюджетним процесом були внесені зміни до Бюджетного кодексу, а також створено новий центральний орган виконавчої влади – НСЗУ [5], що отримала функції стратегічного закупівельника медичних послуг.

Додатково було нормативно визначено критерії, яким мають відповідати надавачі медичних послуг, а також затверджено порядок укладання договорів про

медичне обслуговування населення. Окремо розроблено методику розрахунку вартості медичних послуг, що стало важливим кроком у переході до нової моделі фінансування СОЗ [6].

З огляду на системні проблеми із доступністю медичної допомоги для жителів сільських територій було ухвалено спеціальний закон, який окреслив заходи щодо розвитку мережі сільських ЗОЗ, оновлення транспортної інфраструктури і активного впровадження сучасних телекомунікаційних технологій, включно з елементами телемедицини.

Подальша трансформація стаціонарного сегмента СОЗ передбачається без радикального відходу від концептуальних підходів, закладених у попередній фазі реформи, однак із введенням низки коригувальних змін. Уряд затвердив оновлений механізм формування госпітальних округів, визначив їх структуру та територіальні межі в розрізі кожної області України. МОЗ, у свою чергу, ухвалило нормативне положення, яке регламентує статус і функціональне призначення госпітального округу.

Паралельно були розроблені рамкові стандарти для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування – ключових ЗОЗ госпітальних округів. Ці стандарти встановлюють вимоги до кадрового забезпечення, інфраструктури, матеріально-технічної бази, оснащення, транспортної доступності, інформаційно-комунікаційного забезпечення, а також визначають необхідні показники навантаження та функціональної спроможності таких медичних установ [33].

Початок практичної реалізації реформаторських змін був визначений на 1 січня 2018 року, а сам процес трансформації розраховувався як поетапний і мав охопити трирічний інтервал – з 2018 по 2020 роки.

Аналіз змістовного наповнення і організаційних механізмів запропонованих змін свідчить, що держава взяла курс на розбудову принципово нової, сучасної та результативної моделі СОЗ, орієнтованої на ефективність, прозорість і підвищення якості медичної допомоги.

Разом із тим необхідно наголосити, що поряд із очевидними позитивними зрушеннями існують окремі проблемні аспекти, які за відсутності своєчасного коригування можуть негативно вплинути на кінцеві результати медичної реформи та знизити її очікуваний ефект.

Досягнення реалістичної рівноваги між обсягом державних гарантій щодо безоплатного медичного забезпечення та фінансовими можливостями держави щодо покриття витрат на його здійснення є центральним викликом будь-якої реформи, і для України ця проблема має особливо критичне значення [39; 40]. Саме тому визначення на законодавчому рівні не декларативного, а фактичного переліку медичних послуг, які держава здатна профінансувати, постає як ключове завдання. У цьому контексті було ухвалено закон, що передбачає: держава зобов'язується здійснювати повну оплату необхідних громадянам медичних послуг і лікарських засобів відповідно до тарифів Програми медичних гарантій за рахунок коштів Державного бюджету України.

Втім, правова беззаперечність Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування...» викликає обґрунтовані дискусії. На думку низки експертів, його положення суперечать одразу кільком нормам Конституції України. Зокрема, йдеться про статтю 49, у якій закріплено право кожного на охорону здоров'я та безоплатне надання медичної допомоги в державних і комунальних ЗОЗ; статтю 22, яка забороняє будь-яке звуження змісту та обсягу вже існуючих прав і свобод; а також частину другу статті 64, що встановлює недопустимість обмеження конституційних прав і свобод за винятком випадків введення воєнного чи надзвичайного стану. Таким чином, чинне законодавче регулювання фінансових гарантій у СОЗ, попри реформаторську спрямованість, залишається предметом конституційно-правової дискусії.

Попри законодавче закріплення Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, її фактичне наповнення залишається методологічно невизначеним. Документ охоплює всі рівні та види медичної допомоги разом із

медикаментозним забезпеченням, однак не містить механізмів розподілу пріоритетів за соціальною значущістю чи медичною потребою. Відсутність моделі співфінансування з боку пацієнтів також зумовлена побоюваннями можливого порушення конституційних норм, інтерпретованих у рішенні Конституційного Суду 2002 року. У результаті програма набуває швидше декларативного характеру, ніж практичного – без реалістичної оцінки ресурсів держави та чітких критеріїв формування пакета послуг.

Додатковою проблемою є істотне розширення функціонального поля НСЗУ, на яку покладено надмірно широкий спектр повноважень. НСЗУ одночасно виступає органом, що формує зміст Програми медичних гарантій, визначає тарифи на медичні послуги, здійснює закупівлю медичних послуг та лікарських засобів, а також адмініструє електронну систему охорони здоров'я.

При цьому функціонал eHealth виходить далеко за межі фінансово-економічного супроводу й охоплює широкий масив управлінських та аналітичних процесів (ст. 7 Закону). Така концентрація ролей створює ризики змішування полікотворчих, виконавчих та контролюючих функцій у межах одного органу, що може негативно позначатися на ефективності та прозорості державного управління у СОЗ.

Варто підкреслити, що нормативні документи, які регламентують перехід до договірної моделі взаємодії у СОЗ, здебільшого акцентують увагу на процедурних аспектах укладання договорів. При цьому питання підвищення ефективності та результативності медичної допомоги фактично залишаються поза межами регуляторного фокуса [2].

Одночасно в урядових і відомчих рішеннях простежується негласна тенденція до розширення практики надання первинної медичної допомоги фізичними особами-підприємцями. Така модель – особливо у випадках одноосібної (соло) практики – розглядається як застаріла та малоефективна з точки зору сучасної організації медичної допомоги і її якості [38].

Не менш важливо те, що постає питання щодо НСЗУ забезпечити належний рівень управління та контролю у взаємодії з великою кількістю постачальників ПМД у разі повномасштабного впровадження договірної системи. Масовість таких суб'єктів створює значні організаційні та управлінські виклики, що можуть ускладнити функціонування всієї моделі контрактних відносин.

Варто підкреслити, що надання керівникам ЗОЗ права самостійно формувати штатний розпис у межах процесу автономізації [1] не було доповнене відповідними методичними роз'ясненнями щодо того, як саме цей розпис має розроблятися в нових організаційно-економічних умовах. Відсутність чітких інструктивних матеріалів суттєво ускладнює управлінську діяльність, оскільки більшість менеджерів ЗОЗ тривалий час працювали в системі жорсткого нормативного регулювання, заснованої на директивних вимогах "згори". Така ситуація здатна створювати додаткову напругу в колективах медичних закладів, зокрема провокувати конфлікти між адміністрацією та працівниками через нерозуміння логіки або справедливості запропонованих кадрових рішень.

Запроваджені Міністерством охорони здоров'я у 2016 році зміни до системи стандартизації клінічної практики, які передбачали відмову від використання концепції «уніфікованих клінічних протоколів» і надали лікарям право самостійно обирати клінічні настанови з переліку іноземних електронних ресурсів, без вимоги їхньої адаптації до умов української СОЗ, потенційно створюють суттєві ризики для забезпечення послідовності, узгодженості та єдності медичної допомоги на національному рівні. Відсутність уніфікованих підходів може призвести до розбалансування клінічних маршрутів та ускладнення інтегрованого ведення пацієнтів у різних ланках СОЗ.

Додаткові виклики пов'язані з оновленою процедурою акредитації закладів охорони здоров'я, яка відповідно до статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я [37] з 30 січня 2018 року трансформувалася із обов'язкової державної процедури у добровільну. Хоча подібна модель широко застосовується

в країнах Європейського Союзу, в українських умовах вона не супроводжується створенням стимулів, здатних зацікавити ЗОЗ у проходженні акредитації. Зокрема, відсутні механізми, які б пов'язували отримання державного фінансування чи укладення контрактів із страховиками або НСЗУ виключно з акредитованими установами, що знижує потенційну ефективність реформи та послаблює її регуляторний вплив.

У цілому динаміка впровадження трансформацій у СОЗ демонструє ознаки надмірної поспішності та відсутності узгодженої логіки дій. Окремі рішення ухвалювалися без достатнього опрацювання їх наслідків. Зокрема, передчасне скасування МОЗ частини традиційних облікових форм ще до запуску повноцінної електронної системи документообігу створює ризики дезорганізації управлінських процесів, особливо в ПМД, де безперервність і структурованість даних мають визначальне значення для функціонування.

Подібні диспропорції та прогалини, ймовірно, є наслідком того, що реформування здійснюється без наявності консолідованої стратегії, погодженої між ключовими групами впливу та фаховими учасниками процесу. Відсутність такої спільної позиції зумовлює недостатню системність політики змін і мінімізує можливості використання проектного підходу у впровадженні перетворень, що, у свою чергу, знижує керованість і передбачуваність результатів реформ.

У цьому контексті зростає значення якісної аналітичної інформації. Медична статистика, яка традиційно виступає основним каналом отримання даних про демографічні характеристики населення, рівень захворюваності та ресурсне забезпечення СОЗ, набуває особливої ваги. Надійність і точність статистичних показників стають ключовою передумовою для ухвалення обґрунтованих управлінських рішень, а методи збору, обробки та інтерпретації даних потребують підвищеної уваги в умовах масштабної модернізації СОЗ.

За роки незалежності однією з ключових ліній розвитку державної політики у СОЗ стало формування сучасної системи медичної статистики як базового

інструмента управління СОЗ. Поступове вдосконалення статистичного забезпечення є необхідною умовою підвищення якості управлінських рішень, оскільки саме статистичні дані відображають реальний стан здоров'я населення та рівень забезпеченості медичними ресурсами. Розбудова ефективної системи збору, опрацювання та аналізу медико-статистичної інформації сприяє не лише підвищенню аналітичної спроможності державних інституцій, а й забезпечує громадян достовірними відомостями щодо функціонування СОЗ. Саме тому розвиток галузі медичної статистики розглядається як важливий інструмент інформаційної підтримки державної політики у СОЗ та як фактор, що формує можливості для її подальшого реформування. У широкому значенні медична статистика виконує ключову наукову функцію, що полягає у формуванні доказової бази для планування й удосконалення організації медичної допомоги. Її завданням є встановлення об'єктивних закономірностей, які характеризують динаміку здоров'я населення, оцінювання результативності та якості роботи медичних установ і фахівців, а також узагальнення даних наукових досліджень. Саме медико-статистична інформація забезпечує можливість наукового обґрунтування потреб у розвитку різних видів медичної допомоги та визначення напрямів удосконалення функціонування СОЗ [41].

Недоліки в організації статистичної служби на різних адміністративних рівнях – зокрема відсутність у регіонах уповноважених структур, відповідальних за методичне і організаційне координування процесів ведення обліку й формування звітності – істотно обмежували можливості ефективного використання інформації про стан здоров'я населення. Це стосувалося як даних про захворюваність і причини смертності, так і відомостей щодо роботи закладів охорони здоров'я та використання ресурсів СОЗ. Наявні проблеми спричинили необхідність трансформації відділів медичної статистики, які функціонували при оргметодвідділах обласних і міських лікарень, у спеціалізовані інформаційно-аналітичні центри на регіональному рівні.

Подальшим кроком упорядкування та розвитку цієї сфери став наказ МОЗ України № 592 від 2004 року «Про подальше вдосконалення служби медичної статистики МОЗ України». Документ передбачав затвердження типових положень про інформаційно-аналітичні центри медичної статистики в Автономній Республіці Крим, областях та містах, а також вимоги до структури й штатних нормативів відповідних підрозділів медичних закладів.

У таблиці 2.1 представлено узагальнену інформацію щодо багаторічних тенденцій зміни чисельності середнього медичного персоналу в Україні, а також динаміку рівня забезпеченості населення фахівцями цієї категорії (у розрахунку на 10 000 осіб). Дані охоплюють період 1991–2024 років і сформовані на основі офіційної статистики МОЗ [42–44].

Таблиця 2.1 – Тенденції зміни чисельності фахівців середньої ланки медицини в Україні

№ з/п	Показник	Роки													Зміни показника у 2024 р. порівняно з 1991 р.
		1991	1995	2000	2005	2008	2013	2017	2018	2019	2020	2022	2023	2024	
1	Загальна чисельність середнього медичного персоналу, тис. осіб.	618	595	541	496	445	441	360	345,4	330,3	308,8	268,2	257,5	228,4	-389,6
2	Кількість середнього медичного персоналу на 10 тис. населення	119,4	116,5	110,3	106,2	107,5	97,4	85,4	82,3	79,2	74,5	65,4	в/д	в/д	-54*

Спостерігається помітне прискорення темпів скорочення рівня забезпеченості населення середнім медичним персоналом (у розрахунку на 10 000

осіб) упродовж останніх років, особливо в період 2015–2022 рр. У таблиці 2.2 представлено узагальнену ретроспективну інформацію щодо змін коефіцієнта співвідношення чисельності середнього медичного персоналу до кількості лікарів усіх спеціальностей в Україні за період 1991–2024 рр., сформовану на основі офіційних статистичних матеріалів МОЗ [42–44].

Таблиця 2.2 – Оцінка динаміки співвідношення чисельності лікарів різного фаху та представників середнього медичного персоналу

Показник	Роки													Зміни показника у 2024 р. порівняно з 1991 р.
	1991	1995	2000	2005	2008	2013	2017	2018	2019	2020	2022	2023	2024	
Чисельність фахівців середньої медичної ланки, тис. осіб	618	595	541	496	445	441	360	345,4	330,3	308,8	268,2	257,5	228,4	-389,6
Загальна кількість працівників середнього медичного персоналу, тис.	230	230	226	224	208	217	186,2	185,7	184,7	179,6	163	160,2	141,6	-88,4
Сукупна чисельність середнього медичного персоналу, тис. осіб	2,69	2,59	2,39	2,21	2,14	2,03	1,93	1,86	1,79	1,72	1,65	1,61	1,61	-0,97

Згідно з методологічними коментарями, наданими Державною службою статистики України, показник чисельності лікарів усіх спеціальностей охоплює загальну кількість фахівців із вищою медичною освітою, які станом на кінець

звітнього року працюють у ЗОЗ різного профілю. До нього включаються лікарі, зайняті у лікувальних і санаторно-курортних установах, санітарно-епідеміологічних службах, соціальних та освітніх інституціях, науково-дослідних організаціях, у системі підготовки медичних кадрів, а також у структурах СОЗ.

Спершу в обчисленні цього показника враховували також стоматологів із середньою медичною освітою, проте з 2008 року їх перестали включати до загальної кількості лікарів. При формуванні цього показника враховуються всі кадри середньої медичної ланки (за виключенням зубних лікарів), що на момент завершення звітнього року працюють у медичних, санаторно-профілактичних, санітарних закладах, установах соціального забезпечення, у сфері дошкільної та шкільної освіти, будинках дитини та інших організаціях, діяльність яких пов'язана з охороною здоров'я.

Для подальшого дослідження розглянемо показники кадрової забезпеченості СОЗ України, зокрема чисельність лікарів усіх спеціальностей та працівників середньої медичної ланки в перерахунку на 10 000 жителів (табл. 2.3). Водночас варто підкреслити, що у міжнародній практиці медичної статистики аналогічні індикатори зазвичай наводяться на 100 000 населення.

Варто підкреслити, що між різними установами, які здійснюють облік медико-статистичної інформації в Україні, простежується відчутна невідповідність даних. Зокрема, показники, які оприлюднюють Державна служба статистики України, Центр медичної статистики МОЗ, його регіональні підрозділи (наприклад, Харківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики), а також інформаційні ресурси ВООЗ – як національний медико-статистичний портал, так і європейська база «Health for All» – нерідко різняться між собою. Така розбіжність у ключових вихідних параметрах, зокрема у даних щодо чисельності населення, спричиняє подальші викривлення при розрахунку низки аналітичних і порівняльних показників, що характеризують стан та ефективність функціонування СОЗ.

Таблиця 2.3 – Базові демографічні характеристики та показники кадрового забезпечення населення України лікарями різних спеціальностей і представниками середньої медичної ланки у 1991–2024 роках [44; 45].

Роки	Показник		
	Загальна кількість населення (тис. осіб) за даними Державної служби статистики України	Забезпеченість населення середнім медичним персоналом (осіб на 10 000 мешканців)	Кількість лікарів усіх спеціальностей на 10 000 населення
1991	51944,4	119,4	44,4
1995	51728,4	116,5	45,1
2000	49429,8	110,3	46,2
2005	47280,8	106,2	47,9
2008	46372,7	107,5	43,1
2013	45553,0	97,4	48,0
2017	42584,5	85,4	44,1
2018	42153,2	82,3	44,2
2019	41902,4	79,2	44,3
2020	41588,4	74,5	43,4
2021	41167,3	в/д	в/д
2022	в/д	65,4	39,8
2023	в/д	в/д	в/д
2024	в/д	в/д	в/д
Зміни показника у 2022 р. порівняно з 1991 р.	-10777,1*	-54,0	-4,6

*оскільки статистична інформація за 2022–2024 рр. відсутня, зіставлення показників виконано на основі даних за 2021 р. у порівнянні з 1991 р.

Відповідно до установчих положень статуту, Центр медичної статистики виконує комплекс стратегічно важливих функцій, спрямованих на формування та

підтримку національної системи медико-статистичного обліку. Його діяльність охоплює централізований акумульований збір даних, їх багатовекторне опрацювання, подальшу цифрову та аналітичну обробку, а також інтегрований аналіз медичної інформації, що відображає епідеміологічний стан, рівень надання медичної допомоги, кадровий та інституційний потенціал СОЗ, структурні ресурси галузі й ефективність їх використання у контексті потреб населення.

Функціональна архітектура роботи Центру також включає розробку, адаптацію й імплементацію сучасних методологічних стандартів статистичного вимірювання в медичній сфері. Ця методологія ґрунтується на міждисциплінарних науково-доказових підходах, міжнародно визнаних стандартах, директивних рекомендаціях глобальних медичних організацій, а також на індикаторній базі провідних європейських практик управління даними в СОЗ.

Окремим напрямом функціонування Центру є формування умов інституційної та технологічної готовності України до участі у наднаціональних мережевих системах обміну медико-статистичною інформацією, включно з інтеграцією в європейський контур моніторингу. У цьому ж вимірі Центр виконує роль гаранта інформаційної якості, забезпечуючи верифікованість, неупередженість, своєчасність оновлення, логічну узгодженість, структурну повноту та практичну придатність медико-статистичних даних для потреб управління й супроводу реформи СОЗ. Важливо підкреслити, що Центр підтримує й технічно супроводжує ключові інформаційні ресурси медичної статистики державного масштабу, серед яких – Українська база медико-статистичних даних та міжнародно стандартизований портал «Health for All», що функціонує як аналітично-репрезентативний майданчик у системі європейського й глобального порівняння показників громадського здоров'я.

На державному рівні було інституціоналізовано порядок функціонування автоматизованого кадрового реєстру медичних і фармацевтичних працівників на територіях адміністративних одиниць обласного та міського значення, включно зі

столичними центрами. Запуск цієї бази даних був зумовлений потребою сформувати інтегровану цифрову інфраструктуру в межах СОЗ, створивши підґрунтя для побудови цілісного інформаційного контуру галузевого управління.

Функціональне призначення реєстру полягало у забезпеченні державних і муніципальних суб'єктів управління верифікованими знеособленими даними про мережу ЗОС та їх кадровий склад, уможливленні аналітичного супроводу управлінських рішень стосовно кадрового планування, прогнозування кадрових потреб та оптимізації використання професійного потенціалу середнього і лікарського персоналу, а також у впровадженні наскрізного автоматизованого обліку як персоналу, так і самих інституційних одиниць медичної інфраструктури.

Правовою передумовою становлення такого галузевого інформаційного середовища став наказ МОЗ №127 від 21.05.1998 року, що регламентував розбудову єдиного національного інформаційного поля в СОЗ. У науковому дискурсі частіше використовується ширше за змістом поняття «єдиний інформаційний простір здравоохоронної сфери», яке охоплює комплекс цифрових реєстрів, баз даних, телекомунікаційних каналів, мережевих обчислювальних структур та уніфікованих принципів функціонування, що забезпечують структурований обмін даними між суб'єктами управління та формують ефективну інформаційну взаємодію «держава – ЗОЗ – пацієнт» [46].

У період активної цифрової трансформації СОЗ відбулося розширення індикаторної та реєстрової екосистеми СОЗ: були створені численні спеціалізовані державні реєстри, зокрема для обліку медичної техніки та виробів медичного призначення, а також інформаційні контури пацієнтоцентричного моніторингу в рамках e-Health, реєстри отримувачів допомоги, інструменти статистичної візуалізації кадрової динаміки тощо. Такий розвиток засвідчує перехід до системного цифрового моделювання державної регуляторної політики в СОЗ й управлінні її людськими ресурсами. Вагомим здобутком цифрової трансформації СОЗ стало формування Єдиної електронної інфраструктури СОЗ

загальнонаціонального масштабу, відомої як система ЕСОЗ. Чинні правові норми фіксують обов'язок офіційної цифрової ідентифікації кожного суб'єкта медичного ринку – як юридичних осіб, так і індивідуальних практиків – через їх внесення до ЕСОЗ як умову легального здійснення професійної діяльності.

ЕСОЗ є найбільшим цифровим комплексом у країні, що консолідує понад три десятки мільйонів електронних профілів пацієнтів, сотні тисяч лікарських і фармацевтичних фахівців і сотні мільйонів структурованих медичних кейсів, що формують значний масив національних клінічних даних. Поетапна цифровізація галузі створює інтегрований, керовано-захищений контур медичної інформації, який перетворює розпорошені дані в цілісну, керовану систему знань про пацієнта. Завдяки централізованому шифровано-контрольованому збереженню, а також вибіркового доступу на основі волевиявлення пацієнта, будь-який авторизований фахівець, незалежно від типу провайдера, може оперативно отримати клінічний контекст звернення, включно з анамнезом, коморбідністю та попередніми діагностично-лікувальними траєкторіями, без залежності від паперових носіїв. Для медичних спеціалістів система забезпечує аналітичну сумісність із глобальними довідниковими стандартами та повний цикл цифрового клінічного документообігу, включаючи рецептуру, направлення, тимчасову непрацездатність та інші юридично значущі медичні артефакти [47].

Зазначені процеси забезпечують становлення інтегрованої національної екосистеми медичних даних, у межах якої здійснюється уніфікований державний облік усіх надавачів медичної практики, незалежно від їхнього відомчого підпорядкування чи організаційно-правового статусу. На цій основі формується централізована база щодо медичних фахівців і освітніх інституцій, які здійснюють підготовку кадрів за спеціальностями «Медицина» та «Фармація». Впровадження таких підходів створює інформаційне підґрунтя для стратегічного кадрового планування, оптимізації використання наявного професійного ресурсу і оперативного забезпечення органів публічної влади валідними статистично-

кадровими даними. Водночас цифровізація управлінських процедур мінімізує часові, трудові та адміністративні витрати на формування аналітичної звітності, забезпечуючи обробку великих масивів даних у режимі раціонального розподілу людських і технічних ресурсів.

Отже, у роботі здійснено комплексне дослідження регуляторних, історичних та медико-статистичних вимірів надання медичної допомоги в Україні. Аналітичні результати дозволили ідентифікувати як конструктивні зрушення, що свідчать про формування нових інституційних практик, так і системні обмеження, які гальмують стале оновлення галузі. На цій основі окреслено пріоритетні вектори подальшої трансформації, спрямовані на підвищення результативності, доступності та адаптивності механізмів надання медичної допомоги відповідно до суспільних потреб і завдань модернізації національної СОЗ.

2.2 Аналіз підходів до регулювання ринку медичної допомоги на державному рівні

Державне регуляторне позиціонування на ринку медичної допомоги детерміноване базовими суспільними орієнтирами, які формують аксіологічний фундамент соціального розвитку. Стратегічні рішення в медичному секторі мають ґрунтуватися на формалізованих управлінських алгоритмах, інтегрованих у національну політику охорони здоров'я. Ключовим предиктором стійкої та результативної роботи медичного ринку в Україні є наявність системного, багатofакторно узгодженого механізму державного впливу, здатного синхронізувати як ринкову логіку надання послуг, так і соціальні гарантії їх якості та безпеки. Корпус наукових праць, присвячених цьому питанню, підтверджує, що державне регулювання медичних послуг є підсистемою ширшої моделі управління – складовою національного економічного регулювання, яка

корегує функціонування медичної галузі не ізольовано, а як елемент макроекономічної архітектури країни, що впливає на структурну ефективність економіки держави в цілому [21].

До впровадження ринково орієнтованих трансформацій модель надання медичної допомоги в Україні мала виключно централізоване бюджетне підґрунтя, а її реалізація повністю залежала від державних фінансових потоків. Така архітектура управління характеризувалася значним адміністративним навантаженням і високою вартістю операційного менеджменту. Витратний моніторинг при цьому залишався методологічно елементарним, оскільки контрольні параметри були обмеженими, а систему медичних зобов'язань унормовано у відносно статичному, уніфікованому для всієї країни переліку послуг. Фінансове забезпечення медичних установ здійснювалось відповідно до директивно встановлених нормативів, що визначали обсяг фінансування як інфраструктури, так і лікувально-профілактичної діяльності, без можливості гнучкого коригування чи економічної оптимізації.

На сучасному етапі Україна, як суверенна держава з демократичними принципами розвитку, функціонує в умовах посиленних екзогенних та ендогенних викликів. Тривалий військовий конфлікт, макроекономічна волатильність, поляризовані зовнішньополітичні оцінки, а також розбіжності у ставленні до держави з боку окремих акторів глобальної спільноти формують кумулятивний дестабілізаційний вплив на стан громадського здоров'я. Наслідком такої багатофакторної напруги є поглиблення негативних медико-соціальних трендів, серед яких – зростання тягаря захворюваності, включаючи прогресію та розширення спектра патологій з високим соціальним ризиком, зокрема інфекцій, що мають суттєвий епідеміологічний та суспільний деструктивний потенціал [20].

З метою досягнення стратегічних орієнтирів у регулюванні медичного ринку держава структурує ієрархію регуляторних рішень через формування операційних (тактичних) цілей та визначення функціональної рамки впливу – ключових

завдань, пріоритетів, базових принципів і регуляторних імперативів державної політики у сфері медичних послуг. У межах реалізації регуляторної функції можливим є створення спеціалізованого інституційного суб'єкта – наприклад, національного регуляторного органу або комісії, компетенція якого охоплює управління моделями ціноутворення, у т.ч. через встановлення дозволеного діапазону цінкових значень або обмежень щодо рівня дохідності/рентабельності послуг. Додатково такий орган забезпечує координацію державного ресурсного впливу, узгоджуючи параметри та обсяги бюджетного фінансування, що спрямовуються на підтримку учасників медичного ринку та стабілізацію його ключових економічних пропорцій.

Тактичний вимір державної політики у сфері медичних послуг конкретизується через низку завдань, що реалізуються у часових горизонтах короткої та середньої планової циклічності та забезпечують практичну дієвість регуляторного впливу. До таких завдань належить, по-перше, імплементація державних пріоритетів у функціонування медичного ринку як складової загальнонаціональної політики щодо СОЗ, що включає формування управлінських рішень і механізмів їх виконання на центральному рівні влади. По-друге, це реалізація державних рішень щодо системного ресурсного забезпечення ринку, яке охоплює розвиток медичної інфраструктури, підготовку та верифікацію професійної придатності кадрів (у т.ч. через процедури сертифікації та допуску до практики), оновлення матеріальної бази шляхом закупівлі обладнання, а також стимулювання науково-технологічного розвитку сектору. По-третє, держава забезпечує регуляторний вплив на аспекти безпеки й суспільної доцільності медичних практик, включно з управлінням доступом до інноваційних методів терапії та лікарських засобів, встановленням вимог до постачальників медичних послуг і визначенням процедур добровільної або обов'язкової інституційної оцінки (як-от акредитація). Нарешті, ключовим блоком тактичних завдань є побудова систем моніторингу й оцінювання, що забезпечують державні інституції

валідованими даними для аналізу стану здоров'я нації, ефективності діяльності медичних закладів незалежно від їхньої організаційно-правової форми і обґрунтованого адаптивного планування подальших регуляторних рішень.

Медичний ринок може бути концептуалізований як інтегрована система інституційної взаємодії, у межах якої формуються стійкі моделі поведінки, правила обміну ресурсами та механізми впливу на учасників процесу. У цій системі співіснують: державний сектор медичного забезпечення, що виконує функцію суспільно значущого надавача послуг; приватні провайдери, діяльність яких базується на ринкових моделях господарювання; громадський сегмент – носій колективного запиту, що відображає інтереси населення як кінцевого бенефіціара і джерела формування потреб у медичній допомозі; регуляторний контур, який задає нормативні межі, стандарти та процедури контролю й координації функціонування ринку; а також страховий механізм як спеціалізований інструмент опосередкування фінансових потоків і перерозподілу ризиків. На відміну від поодиноких ринкових сегментів, національна система охорони здоров'я виступає надсистемним інститутом, у якому відбувається стратегічна синхронізація інтересів, ресурсів і регуляторних впливів між усіма зазначеними ланками, що визначає її загальну стійкість, адаптивність і результативність державної політики у СОЗ.

У системі централізованого регулювання медичної сфери ключові функції контролю та управління якістю покладені на спеціалізовані структурні одиниці центрального органу управління у СОЗ. Інституційну основу такого впливу формують профільні дирекції та управління, відповідальні за політику формування медичних стандартів, ліцензійну політику, регуляцію екстреної медичної діяльності та забезпечення стійкості реагування в умовах кризових станів. Зазначені підрозділи здійснюють нормотворчу, координаційну та аналітично-прогностичну роботу, спрямовану на вироблення державних механізмів стратегічної закупівлі, регламентування клінічних процесів,

оцінювання відповідності якості наданих медичних сервісів, сертифікації ключових процедур, а також середньо- та довгострокового прогнозування ресурсних і кадрових потреб. Це забезпечує нормативну узгодженість діяльності державних і недержавних надавачів медичної допомоги та створює умови для їх стабільного функціонування, достатнього оснащення ресурсами і підпорядкування процесу надання медичної допомоги єдиним загальнодержавним вимогам ефективності та безпеки.

Формування державного курсу управління медичним ринком в Україні в умовах інституційної трансформації зосереджене на двох взаємодоповнюваних площинах. Перша передбачає нормативне забезпечення державних зобов'язань щодо надання населенню визначеного переліку медичних послуг, структурування гарантованого пакета допомоги та закріплення стандартів доступу до медичних послуг. Друга орієнтована на розвиток і підтримку мережевої спроможності системи: розбудову інфраструктури закладів охорони здоров'я, впровадження механізмів безперервного оцінювання якості медичної допомоги, модернізацію технологічного середовища та посилення інституційної стійкості надавачів медичн. Сукупна реалізація цих напрямів має на меті формування доступної та ефективної системи медичних послуг, здатної функціонувати за принципами результативності, пацієнтської безпеки та довгострокової керованості в умовах змін.

Перспективні наслідки впровадження державного регуляторного курсу у сегменті медичних послуг охоплюють комплекс інституційних та ринково-координуючих змін. Йдеться про гарантування системного доступу населення до медичного обслуговування і фармацевтичного забезпечення через сталу модель фінансового покриття; модернізацію механізмів державного замовлення шляхом переходу до аналітично обґрунтованої контрактної закупівлі послуг і лікарських продуктів; реструктуризацію управлінської вертикалі та перерозподіл повноважень між центральними і локальними інституціями; пріоритетне

укріплення базового рівня медицини на основі мережевих центрів допомоги; посилення організаційної і ресурсної спроможності систем невідкладної допомоги; а також інкорпорацію інноваційних медичних сервісів у національний простір СОЗ з урахуванням їх клінічної значущості та соціальної доцільності [2].

Трансформація державного підприємства «Медичні закупівлі України» у статус центральної закупівельної агенції передбачає поетапне делегування функцій із публічних закупівель медичної продукції: спершу – часткове заміщення закупівельних мандатів міжнародних програм і регіональних контрактувальників, а у перспективі – повне інституційне перебрання державою ролі ключового координатора й виконавця закупівель лікарських засобів і медичних виробів на національному рівні.

Інституційну відповідальність за втілення базових державних пріоритетів у регулюванні медичного сектору в Україні й надалі несуть окремі структурні одиниці МОЗ, які зберігають частину регуляторних компетенцій. Водночас ряд функцій непрямого ринкового нагляду і фінансового адміністрування, інтегрованих у рамки медичної реформи, делеговано НСЗУ, яка, будучи новим суб'єктом державної екосистеми управління, виконує окремі регуляторні задачі у похідний та опосередкований спосіб.

Ключові функції НСЗУ, визначені чинним законодавством, охоплюють імплементацію державних фінансових зобов'язань у СОЗ, що реалізуються через Програму медичних гарантій. Інституція виступає центральним державним контрактувальником і стратегічним платником, забезпечуючи закупівлю медичних сервісів і лікарських засобів у межах гарантованого пакета. Окрім цього, НСЗУ бере участь у виробленні регуляторних рішень, ініціюючи й подаючи профільному міністру обґрунтовані пропозиції, спрямовані на формування та корекцію державної політики у сфері фінансових гарантій СОЗ [48].

Державний вплив на медичний ринок України передбачає систематичне визначення потреб населення в медичних сервісах і формування регуляторних

правил їх надання. Через встановлення єдиних стандартів доступу, держава забезпечує недискримінаційність отримання медичної допомоги, у т.ч. у межах гарантованого фінансового пакета підтримки населення. Регуляторні підходи охоплюють нагляд за процесом формування вартості послуг, визначення допустимих тарифних меж у разі потреби, розроблення єдиних принципів ціноутворення для публічного та приватного сектору, контроль професійної відповідності суб'єктів ринку, моніторинг результативності їх діяльності, а також перевірку безпечності фармацевтичного та технологічного супроводу надання медичної допомоги. Окремий напрям – державне сприяння модернізації інфраструктури, кадрового розвитку, впровадженню цифрових систем, інноваційних медичних технологій та підтримці прозорості ринкової взаємодії. Такий формат регулювання формує адаптивну екосистему охорони здоров'я, де правила ринку визначаються державою на засадах суспільного запиту та стратегічних орієнтирів розвитку СОЗ.

Інструменти державного правового впливу на медичний ринок за характером регуляторної дії поділяються на обов'язкові до виконання норми (які містять ознаки прямого владного втручання) та норми, що допускають варіативність поведінки суб'єктів ринку (які діють опосередковано, через створення регуляторних рамок, а не шляхом жорсткої директиви).

У системі державно-управлінського впливу ключовим для адміністративно-правових відносин виступає імперативний підхід, що відображає вертикальну модель владної комунікації, у межах якої держава встановлює однозначно обов'язкові правила для учасників ринку, виключаючи можливість самостійного моделювання поведінкових стратегій. Натомість диспозитивне регулювання, притаманне цивільно-правовим конструкціям, ґрунтується на горизонтальній логіці взаємодії, де суб'єкти мають регуляторно визначену свободу вибору допустимих моделей поведінки, зберігаючи статус формально рівних сторін правовідносин [2].

Прикладом правового впливу держави на медичний ринок, що ґрунтується на обов'язкових до виконання приписах, можуть слугувати норми Закону України «Про лікарські засоби» від 28 липня 2022 року № 2469-ІХ. Цим актом закріплено, що регуляторний мандат держави у сфері обігу лікарських засобів реалізується через комплекс встановлених законом механізмів, серед яких: офіційне внесення лікарських препаратів до державного реєстру; дозвільна система доступу до професійної діяльності на фармацевтичному та медичному ринках; підтвердження відповідності професійних компетентностей персоналу через атестацію та сертифікаційну оцінку; а також нагляд і перевірка етапів створення, виготовлення та застосування медичних препаратів з позицій їх доказової ефективності, безпеки та відповідності встановленим вимогам.

У межах регулювання медичного ринку держава послуговується широким колом прямих і стимулювальних інструментів, включно з тарифним коридором ціноутворення, фіскальними та митними преференціями, системою галузевих стандартів якості для послуг, медикаментів та обладнання, правилами доступу до користування державними активами (оренда, трансформація статусу, передача майна), економічними стимулами кредитного характеру, а також механізмами нематеріального заохочення, що формують професійну мотивацію та посилюють співпрацю між учасниками ринку. Ці засоби впливу не лише визначають правові межі діяльності надавачів послуг, а й створюють інституційні та економічні умови, у яких ринок розвивається відповідно до державних і суспільних пріоритетів, а якість медичної допомоги поступово переходить від декларованої норми до вимірюваного та контрольованого результату.

У науковому дискурсі поширеною є думка, що ринок медичних послуг має цінову природу, відмінну від класичної товарної моделі: вартість послуги тут фактично поєднує риси гуртової та кінцевої роздрібною ціни, оскільки створення і споживання медичного продукту відбувається одночасно, без стадії подальшої ринкової націнки. За таких умов державне ціноутворення у медичній сфері не

зводиться до встановлення тарифів як фіксованої величини, а повинно охоплювати також регуляторне керування ринком, що передбачає адаптивне реагування на зміни економічних, соціальних та інституційних параметрів. На динаміку цін суттєво впливають макро- та мікрорівневі чинники, такі як інфляційні коливання, рівень платоспроможного попиту, конкурентний тиск, зміни купівельної здатності пацієнтів та очікування ринку. Відповідно, регулювання вартості медичних послуг має враховувати не лише структуру витрат на надання допомоги, а й реальний попит, інтенсивність конкуренції та інфляційні прогнози, що визначає посилення ролі цінової політики як інструмента підтримання ринкової стійкості та доступності медичного обслуговування [2].

Ефективність державного управління медичним ринком визначається не кількістю регуляторних засобів, а рівнем їхньої нормативної узгодженості й інтегрованості у єдину систему впливу. Дієвий державний механізм має функціонувати у межах правового середовища, яке одночасно забезпечує інституційну стабільність і здатність адаптуватися до змін соціально-економічного та політичного контексту. Такий механізм повинен охоплювати комплекс нормативних вимог до суб'єктів медичної практики незалежно від їхнього господарського статусу, формувати юридичні й ресурсні передумови безперервного надання послуг, встановлювати правила ринкового допуску, координації й відповідальності, а також включати сучасні методологічні підходи до управління, контролю й оцінювання результативності державного впливу.

Таким чином, багаторівневий державний вплив на медичний ринок базується на сукупності взаємодіючих механізмів, серед яких правовий каркас регуляції, інституційна архітектура, адміністративно-управлінські та організаційні важелі, економічні й ресурсні стимули, цифрові інформаційно-комунікаційні рішення, а також фінансова система, що акумулює, розподіляє й гарантує покриття витрат на надання медичних послуг.

Наразі система державного впливу на СОЗ, незалежно від ієрархічного рівня (міжнародна координація, національне управління, регіональна імплементація), демонструє потребу у системному оновленні регуляторних підходів та їх гармонізації. Регіональний контур регулювання має вибудовуватися як динамічна та самовідновлювальна система управлінських взаємодій, орієнтована на балансування суспільного попиту, спроможності постачальників генерувати якісну медичну послугу та стійкої моделі їх ресурсного забезпечення і фінансової достатності [3].

Важливою умовою модернізації системи регулювання професійної медичної діяльності в Україні є формування гібридної управлінської архітектури, у якій частина регуляторних повноважень держави делегується фаховим самоврядним структурам національного масштабу. Недостатня інституційна суб'єктність медичної спільноти в управлінні СОЗ значною мірою зумовлена історично низьким ступенем залучення професійних спільнот до формування регуляторних рішень, що спричинило майже повну відсутність впливу галузевої самоорганізації на управлінські процеси. З огляду на це, державна модель регулювання має бути розширена шляхом включення позадержавних інституцій – професійних асоціацій, незалежних агенцій та секторальних медичних організацій, які здатні забезпечувати експертну, моніторингову та регуляторну підтримку медичного ринку. Такий підхід сприятиме диверсифікації механізмів регулювання і формуванню більш збалансованої системи участі стейкхолдерів, де держава вже не є єдиним джерелом регуляторного впливу, а взаємодіє з інституційно спроможними недержавними партнерами у СОЗ.

Крім інституційного впливу держави, важливим елементом регуляторного процесу є інтеграція суспільної участі, що забезпечує зворотний зв'язок між споживачами та системою надання медичної допомоги. Залучення населення до оцінювання ефективності державних рішень у сфері доступності та своєчасності медичної допомоги може реалізовуватися через механізми публічного нагляду,

зокрема шляхом імплементації громадського моніторингу. Такий інструмент є формою незалежного соціального аудиту, який дозволяє вимірювати ступінь виконання державними та недержавними надавачами встановлених суспільних зобов'язань і сприяє підвищенню підконтрольності управлінських рішень інтересам громадського здоров'я.

Проведене дослідження засвідчило, що ключовою проблемою чинної моделі державного впливу на медичний сектор є структурна неузгодженість регуляторних рішень і відсутність інтегрованої довготривалої логіки їх прийняття. Нинішнє правове поле формується реактивно, без належної синхронізації між компонентами реформи, що знижує її стратегічну цілісність та управлінську результативність. У зв'язку з цим актуалізується необхідність розроблення державної програми довгострокової модернізації медичної галузі, яка має не лише продовжити запуснені трансформації, а й надати їм системної рамки. Такий програмний документ повинен передбачати комплекс важелів державної політики: гарантування фактичної реалізації конституційного права громадян на медичну допомогу та страхові механізми; формування механізмів фінансового захисту населення без скорочення обсягу соціальних свобод; законодавче забезпечення безоплатної медичної допомоги у межах чітко визначених й економічно обґрунтованих гарантій; побудову керованого, конкурентного та соціально відповідального ринку медичних сервісів, що стимулює операційну спроможність медичних установ і підвищує доступність медичного обслуговування; а також впровадження політик громадського здоров'я, спрямованих на розвиток культури здорової поведінки, обмеження просування шкідливих залежностей та регуляцію інформаційного простору в інтересах безпеки населення.

У сучасних умовах функціонування СОЗ державне регулювання спрямоване на узгодження суспільно значущих завдань – соціальних, управлінських, лікувально-профілактичних й інституційно-організаційних. Водночас посилення ринкових засад, зростання ролі приватної ініціативи та активізація медичного

підприємництва зумовлюють потребу оновлення регуляторної політики з орієнтацією на розвиток конкурентного ринку медичних сервісів.

Зазначене вимагає переходу від директивної моделі управління до більш адаптивної системи, здатної узгоджувати інтереси ключових стейкхолдерів та забезпечувати досягнення цілей СОЗ. Важливим елементом такої моделі є контрактна взаємодія держави з надавачами медичної допомоги, оформлена через договірні відносини між публічним замовником і медичним суб'єктом, відповідальним за реалізацію гарантованих або комерційних пакетів послуг.

Розширення партнерства з приватними постачальниками та визнання їхньої управлінської автономії створюють умови для повнішого покриття попиту й зниження навантаження на державний сектор, водночас підвищуючи конкуренцію та стимулюючи якість. Український медичний ринок функціонує як багаторівнева система взаємодії державних, місцевих і приватних провайдерів, що зумовлює потребу у виваженому регулюванні з боку держави, яка виконує не лише регуляторну, а й гарантійну роль у забезпеченні доступності та соціальної захищеності населення. Ефективність медичного ринку значною мірою визначається дієвістю механізму державного регулювання, який розуміється як впорядкована сукупність цілей, принципів і методів впливу (адміністративних, економічних, правових і соціально-мотиваційних), спрямованих на збалансований розвиток СОЗ [3]. Структурно цей механізм охоплює суб'єктів і об'єктів регулювання, цілі, принципи та інструменти реалізації. Основним інституційним суб'єктом у цій сфері виступає МОЗ, яке забезпечує нормативну і організаційну координацію розвитку національної СОЗ [1].

Державне регулювання має спиратися на принципи системності, передбачуваності, відкритості, законності, пріоритетності суспільних інтересів, результативності та соціальної відповідальності, що посилює практичну дієвість управлінських рішень у період реформ [35]. У цьому контексті ключовим елементом виступає якісна нормативно-правова основа, яка забезпечує

узгодженість реформ із реальними соціально-економічними умовами, а регуляторні заходи мають здійснюватися в межах Конституції України та чинних актів, зокрема Бюджетного і Цивільного кодексів України [24; 25].

Важливими інструментами соціально-мотиваційного впливу є програми соціальної підтримки, соціальне страхування, державні гарантії, інформаційний супровід, оцінювання результативності регуляторної політики та формування взаємних зобов'язань між надавачами і споживачами медичної допомоги. Одним із пріоритетів держави залишається модернізація фінансування та розширення ресурсної бази через розвиток добровільного медичного страхування й лікарняних кас, що потенційно підвищує фінансову стійкість системи.

Серед актуальних викликів державного регулювання дослідники виокремлюють проблеми формування вартості медичних послуг, на які впливають інфляція, зниження реальних доходів та конкуренція [1]. Попри зростання сегмента добровільного медичного страхування, рівень страхової культури населення залишається обмеженим, а страхові продукти переважно використовуються як елемент корпоративного соціального пакета. Водночас за 2023–2024 рр. фіксується приріст добровільного медичного страхування на рівні 27 %, що актуалізує потребу в адаптивному нормативному середовищі для узгодження взаємодії учасників страхового й медичного ринку.

Окремим фактором трансформації ринку є розвиток приватної медицини, яка частково доповнює або заміщує державний сектор, формуючи додаткові можливості вибору та посилюючи конкуренцію [26]. Однак фінансові можливості державного і місцевих бюджетів залишаються обмеженими, що стримує підвищення якості медичної допомоги та розширення профілактичних програм [27]. Складність реформ також підсилюється фрагментарністю законодавства, колізіями норм, дефіцитом міждисциплінарної експертизи та повільним темпом законотворчості, що знижує ефективність регуляторної політики.

Узагальнені показники результативності СОЗ демонструють відсутність суттєвого прогресу впродовж тривалого періоду, а приватні витрати населення в багатьох випадках перевищують державні. Попередні спроби регулювання платних послуг поза державними гарантіями (зокрема у 1996 р.) виявилися малоефективними через невідповідність механізмів реальним умовам функціонування системи [27]. Отже, ключовою перешкодою для дієвого державного впливу залишається недостатність фінансового забезпечення та потреба у переорієнтації регуляторних пріоритетів на реальні потреби населення.

З огляду на положення Концепції реформування системи фінансування охорони здоров'я України, подальший розвиток галузі доцільно пов'язувати з посиленням громадського здоров'я, удосконаленням механізмів захисту прав пацієнтів, створенням незалежної системи моніторингу якості, розвитком сільської медицини, підвищенням відповідальності за фінансові порушення, посиленням профілактики та формуванням державної кадрової політики [29].

Проведений аналіз підтверджує, що регуляторні інструменти істотно впливають на розвиток медичного ринку в Україні. Серед ключових бар'єрів залишаються дефіцит фінансування та страхових механізмів, бюрократизація, наслідки війни, зношеність інфраструктури, технологічні обмеження, відтік кадрів і регіональна нерівність доступу. Для підвищення ефективності державного регулювання доцільним є посилення стратегічного планування, програмно-цільових підходів, а також удосконалення фінансових інструментів, стандартизації медичної допомоги та механізмів тарифного й цінового регулювання.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

3.1 Рекомендації щодо визначення вартості допомоги, що фінансуються державою

Формування економічно обґрунтованої вартості медичної допомоги, що фінансуються державою, є однією з ключових передумов ефективного функціонування СОЗ та забезпечення сталого її розвитку. У сучасних умовах модернізації СОЗ виникає потреба у створенні цілісного, стандартизованого й науково обґрунтованого механізму тарифоутворення, здатного забезпечити відповідність між реальними витратами СОЗ і державними фінансовими нормативами. Від правильності формування вартості медичної допомоги залежить не лише обсяг і якість медичної допомоги, але й спроможність держави гарантувати рівний доступ до необхідних послуг для всіх категорій населення [30].

Сучасний механізм тарифоутворення в Україні має низку системних недоліків, пов'язаних із використанням різномірних підходів до обліку витрат, обмеженістю даних, відсутністю єдиного стандарту ведення фінансової документації та застарілими нормативами, що не відповідають реаліям функціонування медичної галузі. У результаті тарифи, які застосовуються в межах програми державних фінансових гарантій, часто не відображають фактичної ресурсоемності медичної послуги. Це породжує хронічне недофінансування медичних закладів, обмежує їх можливості щодо оновлення матеріально-технічної бази, спричиняє трудову міграцію медичних працівників та зумовлює посилення територіальної нерівності у доступі до медичної допомоги. Такі диспропорції

вимагають побудови оновленої методології визначення вартості послуг, яка б ґрунтувалася на реальних економічних показниках та міжнародних підходах [40].

Розрахунок вартості державної медичної допомоги повинен базуватися на низці фундаментальних принципів, що забезпечують комплексність та обґрунтованість тарифної політики. Важливим є дотримання принципу економічної достовірності, який передбачає повний і точний облік усіх витрат, пов'язаних зі створенням медичної допомоги. До таких витрат мають належати витрати на лікарські засоби та медичні вироби, оплату праці медичного персоналу, енергоресурси, амортизаційні відрахування, обчислення вартості експлуатації медичного обладнання, витрати на утримання інфраструктури та адміністративно-управлінські витрати. Ігнорування хоча б одного з цих компонентів неминуче призводить до викривлення реальної вартості послуги та створення фінансового дисбалансу на рівні ЗОЗ.

Принцип прозорості є одним із фундаментальних елементів ефективної системи визначення вартості медичних послуг, оскільки саме від рівня відкритості й зрозумілості тарифоутворення залежить якість державного управління фінансовими потоками у СОЗ. Запровадження єдиної державної методики розрахунку тарифів, побудованої на стандартизованих підходах і чітко визначених правилах обліку витрат, забезпечує можливість об'єктивного контролю за фінансовими операціями як з боку медичних закладів, так і з боку державних інституцій та громадянського суспільства. Прозорість процесу тарифоутворення сприяє не лише зниженню корупційних ризиків, а й мінімізує можливості маніпулювання фінансовими показниками, приховування або необґрунтованого збільшення витрат. Вона створює рівні умови для всіх надавачів медичних послуг, формує конкурентне середовище та зміцнює довіру населення до системи державного фінансування. Крім того, відкритість дозволяє проводити якісний зовнішній аудит, порівняльний аналіз витрат і результатів діяльності ЗОЗ, що є

важливою передумовою для подальшого удосконалення політики фінансового забезпечення галузі [31].

Важливим також залишається принцип соціальної справедливості. Державний тариф має гарантувати рівний доступ до медичної допомоги незалежно від місця проживання, соціального статусу чи матеріальних можливостей пацієнта. Недостатній рівень тарифів спричиняє виникнення прихованих платежів і додаткових витрат, що перекладаються на пацієнтів, що є неприпустимим у системі державних гарантій. Надмірно високі тарифи, у свою чергу, можуть призвести до неефективного розподілу бюджетних коштів. Тому тариф має бути одночасно економічно обґрунтованим і соціально збалансованим.

Важливим також є урахування регіональної специфіки, оскільки витрати на надання медичної допомоги у різних областях України суттєво відрізняються через географічні, економічні та демографічні фактори. Тому тарифна політика повинна передбачати можливість застосування територіальних коригувальних коефіцієнтів, які дають змогу адаптувати вартість послуг до реальних витрат конкретного регіону.

Удосконалення системи визначення вартості медичної допомоги неможливе без створення єдиної електронної платформи для збору, аналізу і обробки фінансових даних ЗОЗ. Така система має забезпечувати уніфікований облік витрат, автоматизацію розрахунків, формування порівняльної статистики та створення достовірної бази для тарифоутворення. Централізований збір інформації дозволить отримувати об'єктивні дані щодо фактичних витрат, визначати регіональні відмінності, формувати прогностичні моделі фінансування та планувати розподіл бюджетних коштів на основі доказової аналітики.

Для стаціонарної медичної допомоги одним із ключових напрямів підвищення ефективності фінансування є впровадження системи діагностично-споріднених груп (далі – DRG), яка вже багато років є базовим стандартом у країнах ЄС та ОЕСР. DRG передбачає класифікацію пацієнтів за однорідними

клінічними групами, що характеризуються подібною складністю лікування, необхідністю використання ресурсів та прогнозованими витратами. Такий підхід дозволяє фінансувати медичні заклади не за кількість ліжко-днів, а за реальну ресурсоемність конкретних випадків лікування – тобто «гроші йдуть за пацієнтом», а не за тривалістю госпіталізації [50].

Міжнародний досвід підтверджує ефективність DRG у раціоналізації витрат та підвищенні прозорості фінансових потоків (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Порівняльний аналіз застосування DRG у країнах ЄС

Країна	Рік запровадження DRG	Основні результати
Німеччина	2003	зменшення вартості регіональних відмінностей, скорочення тривалості госпіталізації на ~20%, прогнозованість бюджетних витрат
Чехія	2007	оптимізація розподілу ресурсів, зниження неефективних госпіталізацій, підвищення конкурентності між лікарнями
Польща	2008	створення єдиних правил компенсації, зменшення корупційних ризиків, зміцнення контрольної функції Національного фонду здоров'я

Для України впровадження DRG має стратегічне значення, оскільки створює можливість переходу від застарілих підходів фінансування до моделі, у якій оплата стаціонарних послуг відповідає фактичній клінічній та економічній складності випадку. Це дасть змогу усунути практику утримання непотрібних ліжко-місць, скоротити нераціональні госпіталізації, забезпечити справедливий розподіл державних коштів між лікарнями, а також підвищити загальну ефективність використання бюджетних ресурсів. У довгостроковій перспективі DRG формує умови для прозорого, предиктивного та результативного фінансування медичної допомоги, орієнтованого на якість лікування та потреби пацієнта. Додатковою передумовою формування ефективної системи тарифоутворення є необхідність регулярного перегляду тарифів. З урахуванням

інфляційних процесів, коливання цін на лікарські засоби та медичні вироби, змін вартості енергоресурсів, оновлення клінічних протоколів та поступової модернізації обладнання, перегляд тарифів повинен відбуватися щонайменше один раз на рік. Відсутність систематичного перегляду призводить до швидкого знецінення тарифів і подальшого розширення фінансового дефіциту у медичних закладах.

Реалізація запропонованих рекомендацій сприятиме побудові фінансово збалансованої, ефективної та соціально орієнтованої моделі фінансування медичної допомоги. Оптимізація тарифоутворення дозволить забезпечити належний рівень матеріально-технічного забезпечення закладів, створить умови для підвищення заробітної плати медичних працівників, сприятиме зниженню фінансового навантаження на населення та зменшенню рівня тіньових платежів. Вона також забезпечить раціональне використання державних коштів, підвищить якість управлінських рішень і дозволить створити конкурентне середовище в медичній галузі, орієнтоване на результат і якість медичної допомоги.

Таким чином, удосконалення методики визначення вартості медичної допомоги є ключовим напрямом реформування СОЗ. Запровадження комплексної моделі тарифоутворення, заснованої на принципах об'єктивності, прозорості та соціальної справедливості, створить основу для побудови стабільної та ефективної системи державного фінансування, здатної забезпечити високий рівень медичного обслуговування населення в умовах сучасних викликів.

3.2 Пропозиції щодо підвищення ефективності гарантування доступу до медичної допомоги

Попри наявність усталених методичних підходів, у практиці публічного управління все ще немає достатньо чіткого розмежування між поняттями

«Програма державних гарантій медичного обслуговування населення» та «державне замовлення на надання безоплатної медичної допомоги». Якщо зміст Програми державних гарантій законодавчо визначений і є відносно однозначним, то категорія державного замовлення залишається концептуально невизначеною, що призводить до різночитань і фактичного ототожнення цих двох інститутів. Це ускладнює формування цілісної системи гарантування доступу населення до медичної допомоги та породжує методологічні суперечності. Додатково така невизначеність послаблює управлінську логіку планування: розмивається відповідальність замовника та надавача, ускладнюється формування прозорих фінансових зобов'язань і механізмів контролю виконання гарантованих обсягів допомоги.

З огляду на це доцільно уточнити зміст поняття «державне замовлення» у СОЗ. Під ним пропонується розуміти офіційно сформульоване та фінансово забезпечене зобов'язання уповноваженого органу влади доручити конкретному ЗОЗ надання визначеного обсягу безоплатної медичної допомоги певній групі населення, за яку замовник несе повну або часткову фінансову відповідальність. У ролі замовників можуть виступати центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, установи обов'язкового медичного страхування та їхні підрозділи, а також інші розпорядники бюджетних і цільових коштів. Один заклад охорони здоров'я, як правило, обслуговує декількох замовників, формуючи «портфель замовлень», тоді як консолідованим замовленням доцільно вважати сукупний обсяг таких доручень, підкріплених фінансовими гарантіями головного замовника. Для уникнення підміни понять доцільно розглядати Програму державних гарантій як рамковий документ, що визначає перелік і принципи гарантій, тоді як державне замовлення – як інструмент практичної реалізації цих гарантій через конкретизований обсяг послуг, закріплений за надавачем і підкріплений фінансуванням.

Запропонована модель формування Програми державних гарантій на рівні територіальної громади принципово відрізняється від традиційних ресурсно-орієнтованих підходів. Вихідною точкою є реальна потреба населення у конкретних видах медичної допомоги, виражена через структуру та інтенсивність звернень, а не умовні показники на кшталт «кількості ліжко-днів» чи «кількості відвідувань». Лише після визначення потреб ці параметри трансформуються у звичні облікові індикатори – для технічного зіставлення з чинною системою планування. Такий підхід дає змогу зберігати фокус на реальних потребах громади, а не лише на можливостях існуючої мережі закладів. З методологічної точки зору це означає перехід від логіки «планування від ресурсу» до логіки «планування від потреби», де мережа і потужності мають підлаштовуватися під структуру звернень і захворюваності, а не навпаки.

Територіальна програма державних гарантій формується в умовах обмежених фінансових ресурсів, тому її параметри мають узгоджуватися з державними нормативами та показниками, закріпленими в профільних програмах і законодавстві. Для цього використовуються статистичні, демографічні й фінансові дані, що забезпечує співмірність місцевих рішень із загальнонаціональною політикою у СОЗ. Базовою метою є створення інтегрованого механізму оцінювання потреб у фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсах, необхідних для забезпечення встановлених державою обсягів і стандартів безоплатної медичної допомоги для населення конкретної адміністративно-територіальної одиниці. Такий підхід дозволяє одночасно оцінити «масштаб потреби» та «межі спроможності» системи, що є передумовою реалістичного планування без накопичення дефіцитів.

У межах цього механізму необхідно: чітко окреслити обсяг і зміст зобов'язань держави чи місцевої влади щодо гарантування населенню якісної безоплатної медичної допомоги; співвіднести ці зобов'язання з фактичними потребами населення та вимогами соціального законодавства; виявити чинники,

що впливають на формування програми (медичні, демографічні, організаційні, економічні) і оцінити можливості їх цілеспрямованого управління. На основі даних про вікову структуру, рівень та профіль захворюваності формуються потреби у різних видах медичної допомоги та визначається оптимальна мережа закладів, їх потужність і ефективність використання. Додатково доцільно враховувати регіональні відмінності у структурі захворюваності та транспортній доступності, оскільки саме вони суттєво впливають на «реальний», а не формальний доступ до послуг.

Необхідною передумовою функціонування такої моделі є створення та регулярне оновлення нормативної бази: медичних стандартів, організаційних моделей надання допомоги, а також норм матеріальних, трудових та фінансових витрат на одиницю медичної послуги. Уніфіковані методичні підходи до медико-організаційного і економічного обґрунтування територіальних програм забезпечують їхню структурну цілісність, порівнюваність результатів і можливість ефективного моніторингу.

Методика формування програм державних гарантій ґрунтується на принципі пріоритетності медичних потреб над суто економічними міркуваннями: при прийнятті управлінських рішень у першу чергу оцінюється вплив на доступність і якість допомоги, а фінансові розрахунки визначають межі реалізації цих рішень. Водночас обмеженість ресурсів розглядається як об'єктивна умова, що вимагає чіткої відповіді на запитання: який обсяг допомоги може бути забезпечений за наявних можливостей або які додаткові ресурси потрібні для виконання встановлених стандартів. Важливим є також забезпечення методологічної єдності на всіх рівнях – від окремого ЗОЗ до центральних органів влади – шляхом застосування узгодженої системи показників і розрахунків. Ключовим регуляторним принципом у цьому контексті має бути баланс зобов'язань і фінансування: затвердження нових або розширених гарантій є доцільним лише за наявності підтверджених джерел їх ресурсного забезпечення. Інакше система

неминуче переходить у режим хронічного дефіциту та перекладання витрат на пацієнта.

Процес формування Програми державних гарантій має поетапний, «висхідний» (bottom-up) характер. Спочатку програми розробляються на рівні окремих закладів охорони здоров'я: вони визначають обсяги медичної допомоги у натуральному та вартісному вираженні, розраховують потребу в лікарських засобах, витратних матеріалах та інших ресурсах, структурують послуги за видами (стаціонарні, амбулаторні, стаціонарозамінні) та джерелами фінансування. На наступному етапі органи місцевого самоврядування консолідують отриману інформацію, формують зведені показники, розраховують середні витрати та співвідносять їх з можливостями місцевих бюджетів, проводячи необхідні коригування. Територіальні органи управління охороною здоров'я, у свою чергу, аналізують місцеві програми, перевіряють їх узгодженість із нормативами, розробляють альтернативні варіанти з урахуванням фінансових обмежень та готують узагальнену територіальну програму. Для підвищення точності та керованості цього процесу доцільно застосовувати цифрові/автоматизовані інструменти розрахунків, що мінімізують вплив людського чинника, пришвидшують моделювання та спрощують перевірку узгодженості показників між рівнями.

На рівні регіону формуються кілька сценаріїв реалізації Програми державних гарантій, які різняться за структурою мережі ЗОЗ, обсягами медичної допомоги, рівнем впровадження ресурсозберігальних технологій. Це дає змогу мінімізувати ризик бюджетного дефіциту та водночас зберегти необхідний рівень доступності й якості допомоги. Після завершення узгоджувальних процедур територіальні програми затверджуються органами влади відповідних рівнів, а заклади охорони здоров'я отримують офіційні державні замовлення, фінансово підкріплені коштами бюджетів та системи загальнообов'язкового медичного страхування. У випадку нестачі ресурсів для повної реалізації програм регіони

можуть ініціювати отримання додаткового фінансування з державних фондів у встановленому порядку. Сценарний підхід також дозволяє завчасно оцінити наслідки зміни попиту: за неповної визначеності обсягів послуг тариф може варіюватися залежно від структури комплексної послуги (від мінімального гарантованого стандарту до розширеного пакета втручань), а балансування програми – здійснюватися через пріоритетизацію або нормативне раціонування.

Окремим напрямом виступає планування лікарського забезпечення, яке здійснюється з використанням стандартизованих медичних технологій та «Банку медичних послуг». Нормування витрат медикаментів і витратних матеріалів за нозологіями та видами допомоги забезпечує прогнозованість витрат і можливість реалістично оцінити потребу у лікарських засобах для стаціонарних, амбулаторних і стаціонарозамінних форм лікування, а також для пацієнтів, які отримують препарати безоплатно або на пільгових умовах. На основі розрахунків, виконаних закладами, місцеві органи влади формують узагальнені плани-замовлення, коригують цінові позиції, а територіальні органи охорони здоров'я інтегрують їх у єдину регіональну програму лікарського забезпечення.

У підсумку запропонований підхід до розроблення Програми державних гарантій медичного обслуговування поєднує орієнтацію на реальний попит населення, стандартизацію медичних технологій, ресурсне планування та механізми фінансового балансування. Його впровадження створює організаційні та економічні передумови для підвищення результативності державної політики в СОЗ і раціонального використання бюджетних коштів за умов хронічного обмеження фінансових ресурсів.

3.3 Оптимізація державного регулювання якості медичної допомоги

Європейський інтеграційний курс України та воєнні виклики зумовили потребу в оновленні державного управління у СОЗ. Традиційні регуляторні інструменти дедалі менше відповідають суспільному запиту на прозорість, ефективність та орієнтацію на міжнародні стандарти, що актуалізує формування сучасної моделі регулювання медичного ринку, у якій забезпечення якості медичної допомоги виступає ключовим елементом державної політики.

У сучасних умовах якість медичної допомоги набуває міжсекторального значення, оскільки безпосередньо впливає не лише на стан громадського здоров'я, а й на соціальну стабільність, рівень довіри до державних інституцій та інвестиційну привабливість країни.

Загострення проблеми якості зумовлене поєднанням фінансових обмежень воєнного часу, необхідності впровадження дороговартісних технологій, зростання очікувань пацієнтів, процесів децентралізації та нерівномірності розвитку інфраструктури. Це істотно підвищує навантаження на державні інституції, відповідальні за гарантування доступності та дотримання стандартів медичної допомоги [32; 51].

За відсутності системного підходу до управління якістю зазначені фактори можуть призводити до посилення соціальної нерівності у доступі до медичних послуг і фрагментації медичного простору.

Сучасний медичний ринок України формується на поєднанні ринкових механізмів і державного контролю, що потребує системного перегляду підходів до управління якістю. Такий перегляд охоплює розвиток правових і етичних засад діяльності надавачів допомоги, зміцнення фінансових інститутів і створення конкурентного середовища, у якому критерії якості визначають регуляторні рішення. Управління якістю розглядається як стратегічний інструмент модернізації системи та подолання накопичених дисфункцій [31; 51].

Економічна ефективність СОЗ безпосередньо пов'язана з якістю медичної допомоги та моделями фінансування. Після здобуття незалежності трансформація економічних засад галузі зумовила необхідність досягнення балансу між медичною результативністю, соціальною справедливістю та економічною раціональністю як ключового орієнтиру державної політики [34].

Недотримання цього балансу призводить до зростання частки приватних витрат населення, поширення неформальних платежів та зниження ефективності використання бюджетних ресурсів.

Визнання України країною з ринковою економікою актуалізувало потребу формування зрілого медичного ринку. Водночас нерівномірність розвитку ринкових механізмів, недостатня реалізація підприємницького потенціалу та слабкість інституційної інфраструктури стримують становлення конкурентного й передбачуваного середовища. У цьому контексті пріоритетом є розвиток нормативно-правової й етичної бази, фінансових інститутів, механізмів контролю якості та ефективних процедур врегулювання спорів.

Особливого значення набуває уніфікація вимог до якості для державного та приватного секторів охорони здоров'я.

Результативні зміни потребують консолідації зусиль держави, професійної спільноти та суспільства. Охорона здоров'я має розглядатися як соціально-економічна система, у якій якість і доступність медичної допомоги залежать від відповідності між реальними витратами та обсягами ресурсів, спрямованих на СОЗ. Суттєвим стримувальним чинником залишається дефіцит економічних компетентностей управлінських кадрів у ЗОЗ, що ускладнює впровадження економічно обґрунтованих реформ [51]. Це обумовлює необхідність посилення управлінської підготовки керівників медичних установ та розвитку сучасних інструментів фінансового менеджменту.

Розвиток цивілізованого медичного ринку пов'язується з наявністю сучасної правової та етичної основи, розвиненої інфраструктури, стабільних фінансових

інститутів, посилення ролі пацієнта, добросовісної конкуренції, участі професійних асоціацій у регулюванні та впровадження управління якістю за міжнародними стандартами [52].

Стратегічним завданням державної політики України визначено гарантування права громадян на належну медичну допомогу, що зумовлює ключову роль управління якістю в системі державного регулювання [53]. Міжнародні підходи ВООЗ акцентують на створенні механізмів безперервного підвищення якості та раціонального використання медичних технологій. Якість медичної допомоги трактується як відповідність втручань установленим стандартам за відсутності шкоди для пацієнта [54], а також як поєднання технологічної, етичної та гуманістичної складових взаємодії між пацієнтом і медичним працівником [43]. Таким чином, сучасне розуміння якості виходить за межі суто клінічних показників і охоплює соціальні та комунікативні аспекти медичної діяльності.

Попри наявність нормативних декларацій, в Україні відсутня цілісна стратегія управління якістю, а контроль має фрагментарний характер. Управління якістю доцільно розглядати як процес визначення стандартів, реалізації заходів для їх досягнення та моніторингу результатів із подальшим коригуванням управлінських рішень. Недостатня узгодженість між рівнями управління знижує ефективність впроваджуваних регуляторних заходів.

Важливим індикатором якості є задоволеність пацієнтів, яка дозволяє оцінювати організаційні, етичні та комунікативні аспекти медичної допомоги й формувати емпіричну базу для розвитку інструментів оцінювання якості. Комплексне оцінювання має охоплювати доступність, якість процесів і технологій, медико-статистичні результати, пацієнтський досвід, матеріально-технічне забезпечення та кадровий потенціал [55].

До таких параметрів належать рівень доступності медичних послуг для населення, досконалість застосовуваних технологій і клінічних процедур, медико-

статистичні результати (показники захворюваності, летальності, обсяги оперативних втручань), а також оцінка пацієнтського досвіду, зокрема задоволеність умовами лікування, якістю комунікації з медичним персоналом і фінансовим навантаженням. Важливе значення мають також стан матеріально-технічної бази та рівень професійної підготовки медичних працівників, оскільки саме ці чинники безпосередньо впливають на можливість надання допомоги належної якості. У низці випадків до аналізу доцільно включати й економічний аспект, пов'язаний з ефективністю використання ресурсів системи.

Доступність медичної допомоги як ключовий вимір її якості доцільно розглядати за кількома напрямками: територіальним, кадровим, технологічним і спеціалізованим. Територіальна доступність визначає можливість отримання послуг у межах прийнятної відстані та часу, кадрова – наявність достатньої кількості кваліфікованих фахівців, технологічна – рівень оснащення закладів сучасним обладнанням, а спеціалізована – можливість отримання високотехнологічної чи вузькопрофільної медичної допомоги.

Нерівномірність розвитку інфраструктури охорони здоров'я в Україні зумовлює істотні територіальні диспропорції у доступі до медичних послуг. Особливо гостро ці проблеми проявляються у сільській місцевості, де обмеженість медичної інфраструктури, кадровий дефіцит і транспортні бар'єри ускладнюють своєчасне звернення по допомогу. Подібна ситуація спричиняє приховану медичну потребу населення, пізню діагностику захворювань і підвищені ризики інвалідизації.

Важливим чинником підвищення якості медичної допомоги є рівень професійної підготовки медичного персоналу. Компетентність лікарів і середнього медичного персоналу, сформована на основі сучасних знань, практичних навичок і безперервного професійного розвитку, виступає ключовою передумовою безпечного та ефективного лікування. Не менш значущою є правова й нормативна обізнаність управлінських і клінічних працівників, яка визначає спроможність

системи охорони здоров'я реалізовувати конституційні гарантії щодо захисту здоров'я громадян.

Реалізація права пацієнта на вільний вибір лікаря є важливим інструментом підвищення якості медичної допомоги. Відмова від жорсткої територіальної прив'язки та перехід до пацієнтоорієнтованої моделі взаємодії сприяють підвищенню відповідальності медичних працівників і формуванню конкурентного середовища в межах системи охорони здоров'я.

Матеріально-технічний стан більшості закладів охорони здоров'я в Україні залишається недостатнім і потребує системного оновлення. Нерівномірний розподіл інвестицій, концентрація ресурсів у високоспеціалізованих центрах і обмежені фінансові можливості держави призводять до збереження значних диспропорцій у доступі населення до якісної медичної допомоги, особливо у сфері високотехнологічних втручань.

Підвищення якості медичної допомоги потребує впровадження науково обґрунтованих інструментів оцінювання результативності діяльності закладів охорони здоров'я, а також організації безперервного процесу вдосконалення із залученням медичного персоналу. Ефективність такого підходу залежить від узгодженості дій усіх суб'єктів системи охорони здоров'я, наявності стимулів, сучасних інформаційних систем і дієвих механізмів зворотного зв'язку.

Узагальнюючи, удосконалення державного регулювання якості медичної допомоги має ґрунтуватися на розвитку сучасної нормативно-правової бази, стандартизації медичних послуг, розбудові інформаційно-аналітичної інфраструктури, запровадженні економічних стимулів і вдосконаленні системи професійної підготовки кадрів. Це створює передумови для формування ефективної та пацієнт-орієнтованої системи управління медичною допомогою в Україні.

ВИСНОВКИ

1. СОЗ є важливою складовою економічного механізму держави, а стан здоров'я населення визначає якість суспільного відтворення. У цій сфері формується специфічний результат діяльності – медичні послуги з соціальною та ринковою природою. Розширення автономії ЗОЗ має ґрунтуватися на фінансовій самостійності, перерозподілі управлінської відповідальності та стратегічному плануванні. Ефективність змін залежить від нормативного забезпечення, оновлення механізмів фінансового менеджменту й залучення всіх ключових стейкхолдерів. Для диверсифікації фінансування важливим є розвиток сегмента платної медичної допомоги, що забезпечує додаткові доходи закладів та підвищує якість обслуговування пацієнтів.

2. Українська модель поєднує ринкові механізми з конституційними гарантіями безоплатної медичної допомоги, що потребує збалансованої політики та значних ресурсів. Виявлено ключові особливості розвитку системи: регіональні відмінності, історична нерівномірність формування інституцій, хронічний дефіцит фінансування та нестабільність управлінських підходів. Накопичений досвід створює потенціал для вдосконалення сучасної моделі управління.

3. Запропоновано класифікацію інструментів державного регулювання за типами сегментів ринку СОЗ. У Проведено аналіз регулювання надання медичної допомоги, визначено позитивні тенденції та проблеми, а також напрями вирішення. Доведено, що чітке визначення сутності медичної допомоги є передумовою розвитку ринку медичної допомоги та ефективного залучення інвестицій.

4. Встановлено, що розвиток ринку стримується неузгодженим нормативним регулюванням, складними ліцензійними процедурами, зношеною інфраструктурою, дефіцитом кадрів та наслідками війни. Реформування ринку

потребує застосування стратегічного управління, бюджетних і податкових стимулів та єдиних стандартів якості. Визначено підходи до формування вартості медичної допомоги і вдосконалення Програми державних гарантій, що мають ґрунтуватися на реальних потребах населення. Запропоновано алгоритм узгодження обсягів допомоги з ресурсними можливостями закладів. Також окреслено пріоритети підвищення якості медичної допомоги: створення системи стандартизації, регулярне оновлення стандартів відповідно до доказової медицини, розвиток інформаційно-аналітичної інфраструктури, економічні стимули для медичних працівників та удосконалення системи професійної підготовки.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про автономізацію ЗОЗ. Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
2. Басева О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2024. 640 с.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
4. Белікова І.О. Державне управління розвитком кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України: монографія. Київ: НАДУ, 2020. 212 с.
5. Про створення Національної служби здоров'я України. Закон України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
6. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
7. Державна стратегія цифрової трансформації у сфері охорони здоров'я України: аналітичний звіт. Київ: МОЗ України, 2021. 52 с.
8. Бондар О.В. Лізингові та аутсорсингові моделі фінансування медичних закладів: міжнародний досвід та можливості для України. *Економіка та держава*. 2021. № 5. С. 45–51.
9. Державна політика в соціогуманітарній сфері: підручник / за заг. ред. В.А. Скуратівського, В.П. Трощинського. Київ : НАДУ, 2020. 284 с.
10. Кропивницький М.О. Нормативно-правове забезпечення соціального захисту населення в Україні в контексті адміністративно-правової політики України. *Київський часопис права*. 2024. № 2. С. 167–175.

11. Цивільний кодекс України. Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
12. Про ліцензування видів господарської діяльності. Закон України від 02.03.2015 р. №222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
13. Загорський В.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2020. 276 с.
14. Барзилович А.Д. Державне регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 2. С. 10 – 18.
15. Цивільний кодекс України. Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
16. Про ліцензування видів господарської діяльності. Закон України від 2.03.2015 р. № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
17. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).
18. Іванов С.П. Правове регулювання надання послуг в Україні: теоретико-практичні аспекти. Київ: Юридична думка, 2020. 312 с.
19. Лозиченко О. Державне регулювання національної економіки: сутність та особливості реалізації. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2022. № 4(28). С. 43–51.
20. Шевченко О.М. Вплив соціально-економічних та безпекових факторів на громадське здоров'я України: аналітичний вимір. Київ: Наукова перспектива, 2023. 358 с.
21. Tkach K. Regulatory and legal regulation of the healthcare sector in Ukraine and Hungary: general and special // *Visegrad Journal on Human Rights*. 2023.

22. Khudyu A. Regulatory and legal framework for the provision of medical services in Ukraine. *State Administration*. 2025. № 3(134)

23. Калашніков О. В. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: механізми та інструменти публічного управління. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2019. № 3. С. 45–51.

24. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).

25. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).

26. Система методів державного регулювання економіки URL: <http://fingal.com.ua/content/view/922/39/1/2/> (дата звернення: 01.12.2025).

27. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vbumb/2024.pdf (дата звернення: 01.12.2025).

28. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2021. Вип. 3. С. 82–88.

29. Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету міністрів України 30.11.2016 р № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/250432586> (дата звернення: 01.12.2025).

30. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: аналітичний огляд / Всесвітня організація охорони здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2021. 112 с.

31. Прозорість і підзвітність у системах охорони здоров'я : аналітичний звіт / Всесвітня організація охорони здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2017. 84 с.

32. Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції (20 жовтня 2022 р.). Київ: МОРІОН, 2022. 216 с.

33. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я : автореф. дис. к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 20 с.

34. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery / World Health Organization Regional Office for Europe. 2024.

35. Набхан О.В., Моїсеєнко Р.О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 110–116.

36. Немцінов О.М. Вплив державного управління на діяльність багатoproфільних закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я*: матеріали науково-практичної конференції, 20 жовтня 2022 р. Київ : МОРІОН, 2022. С. 7–11.

37. Цивільний кодекс України. Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).

38. Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку та статистики. Постанова Кабінету Міністрів України. від 4.05.1993 р. № 326. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.12.2025).

39. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838> (дата звернення: 01.12.2025).

40. Семенова А.В., Лехан В.М., Гандзюк М.І. Управління системою охорони здоров'я України в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану: виклики та напрями модернізації. Київ: Національна академія медичних наук України, 2022. 48 с.

41. Стеценко С.Г. Адміністративно-правове забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні: монографія. Київ: Алерта, 2020. 312 с.
42. Дані ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>. (дата звернення: 01.12.2025).
43. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі, ВООЗ; 1994 р. URL: http://samlib/s/stonogin_s_w/europe.shtml. (дата звернення: 01.12.2025).
44. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>. (дата звернення: 01.12.2025).
45. Статистичні дані системи МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> (дата звернення: 01.12.2025).
46. Про створення Єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 21.05.1998 р. № 127. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0127282-98#Text> (дата звернення: 01.12.2025).
47. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: Вид-во НАДУ, 2020. 416 с.
48. Про створення Національної служби здоров'я України. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 01.12.2025).
49. Ukraine – Health System Transformation: Analytical Report / The World Bank. Washington, DC: World Bank Group, 2020. 146 p.
50. OECD Reviews of Health Systems. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality / OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Paris : OECD Publishing, 2012. 268 p.
51. Палагусинець Р. В. Публічне управління системою охорони здоров'я в період воєнного часу. *Публічне управління та адміністрування у сфері охорони*

здоров'я: матеріали науково-практичної конференції (20 жовтня 2022 р.). Київ: МОРІОН, 2022. С. 14–18.

52. Куценко В., Кінаш І., Євтушенко Г. Збереження та зміцнення здоров'я населення крізь призму сталого розвитку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. Вип. 15. С. 89–98.

53. Гальцова О.Л. Державна політика у сфері охорони здоров'я: початок другого етапу реформи. *Український журнал прикладної економіки*. 2024. Том 5. № 2. С. 101–107.

54. Європейське бюро ВООЗ. URL: <https://www.who.int/europe/ru/about-us/about-who-europe> (дата звернення: 01.12.2025).