

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

Кафедра політології та публічного управління

На правах рукопису

ЖИШКО МАКСИМ БОГДАНОВИЧ
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ
СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТПАНДЕМІЇ В УКРАЇНІ

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітньо-професійна програма «Державна служба»

Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:

доцент кафедри політології та
публічного управління, кандидат
соціологічних наук

КУЗЬМУК ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №____ засідання кафедри політології та публічного управління
від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри (_____) проф. Бусленко В.В.

Луцьк - 2024

АНОТАЦІЯ

Максим Богданович Жишко. Особливості функціонування сучасної системи охорони здоров'я в умовах війни та постпандемії в Україні. Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр». Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування». Освітньо-професійна програма: «Державна служба». - Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Стислий виклад результатів дослідження:

Ця робота присвячена аналізу сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні, особливо в умовах війни та постпандемії. Дослідження охоплює питання державного регулювання стандартів якості медичної допомоги, впровадження міжнародного досвіду та найкращих практик для формування стійкої системи охорони здоров'я.

Основна увага зосереджена на стандартизації якості медичних послуг, акредитації, ліцензуванні, а також на ролі безперервної медичної освіти. Дослідження підкреслює необхідність модернізації моделі Семашка через перехід до змішаної системи, що базується на ринкових принципах, та розробку Медичного кодексу України.

Робота також розглядає міжнародне законодавство у сфері охорони здоров'я та його вплив на українську систему, вказуючи на інтеграцію міжгалузевих підходів та акцент на превентивну медицину. Особлива увага приділяється соціально-економічним аспектам, які впливають на доступність та якість медичних послуг.

Наукова новизна:

Дослідження вносить нові ідеї в адаптацію та реформування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема через впровадження міжнародних стандартів та інноваційних підходів до управління якістю.

Практичне значення:

Результати роботи можуть бути використані для вдосконалення державної політики та управління системою охорони здоров'я в Україні, поліпшення якості медичних послуг, а також для підготовки медичних кадрів.

Ключові слова: охорона здоров'я, якість медичних послуг, державне регулювання, стандартизація, акредитація, ліцензування, безперервна медична освіта, модель Семашка, Медичний кодекс України, міжнародне законодавство, превентивна медицина, соціально-економічні аспекти, інноваційні підходи.

ABSTRACT

Maksym Bohdanovych Zhyshko. Features of the functioning of the modern healthcare system in conditions of war and post-pandemic in Ukraine. Work on obtaining a master's degree. Specialty: 281 "Public management and administration". Educational and professional program: "Public Service". - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

Summary of research results:

This work is dedicated to analyzing the current state of the healthcare system in Ukraine, particularly in the context of war and post-pandemic conditions. The research covers issues related to state regulation of healthcare quality standards, the implementation of international experience, and best practices for forming a sustainable healthcare system.

The main focus is on the standardization of medical service quality, accreditation, licensing, and the role of continuous medical education. The study emphasizes the necessity of modernizing the Semashko model by transitioning to a mixed system based on market principles and developing the Medical Code of Ukraine.

The work also examines international healthcare legislation and its impact on the Ukrainian system, highlighting the integration of interdisciplinary approaches and an emphasis on preventive medicine. Special attention is given to socio-economic aspects affecting the accessibility and quality of medical services.

Scientific novelty:

The research introduces new ideas for adapting and reforming Ukraine's healthcare system, particularly through the implementation of international standards and innovative quality management approaches.

Practical Significance:

Results of the work can be used to improve state policy and management of the healthcare system in Ukraine, enhance the quality of medical services, as well as for the preparation of medical personnel.

Keywords: healthcare, quality of medical services, state regulation, standardization, accreditation, licensing, continuous medical education, Semashko model, Medical Code of Ukraine, international legislation, preventive medicine, socio-economic aspects, innovative approaches.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПРИНЦИПИ РОБОТИ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Поняття «система охорони здоров'я».....	10
1.2. Стан наукового опрацювання викликів і трансформацій у системах охорони здоров'я закордоном та в Україні.....	13
1.3. Поняття «безперервний професійний розвиток».....	18
1.4. Переваги і виклики різних моделей охорони здоров'я у сучасному світі.....	20
1.5. Суб'єкти та структури іноземних моделей охорони здоров'я.....	28
1.6. Суб'єкти та структури сучасної моделі охорони здоров'я в Україні: детальний огляд.....	29
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА У ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
2.1. Міжнародне законодавство у сфері охорони здоров'я.....	34
2.2. Українське законодавство у сфері охорони здоров'я.....	36
Висновки до розділу 2.....	44
РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТПАНДЕМІЇ В УКРАЇНІ	
3.1. Сучасний стан державного регулювання стандартів якості надання медичної допомоги.....	46
3.2. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Аналіз та оцінка якості в системі охорони здоров'я: досвід лікаря.....	51
Висновки до розділу 3.....	54
ВИСНОВКИ.....	56

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....64

ВСТУП

Актуальність теми

Війна в Україні створила безпрецедентні умови, які вимагають від держави швидкої адаптації системи охорони здоров'я до потреб постраждалого населення. Це включає не лише надання екстреної медичної допомоги, але й забезпечення стабільної роботи медичних закладів в умовах підвищеного навантаження та обмежених ресурсів. Водночас пандемія COVID-19 висвітлила вразливі місця системи охорони здоров'я, зокрема у сфері управління епідеміологічною безпекою, що вимагає посилення координації між різними рівнями системи та забезпечення готовності до подібних криз у майбутньому.

Актуальність теми дослідження також обумовлена необхідністю інтеграції міжнародних стандартів та кращих світових практик у систему охорони здоров'я України. Це включає впровадження сучасних технологій і підходів до організації медичних послуг, які дозволять підвищити їх ефективність та якість. Важливу роль у цьому відіграє стандартизація медичних процедур, що забезпечує прозорість і підзвітність системи охорони здоров'я.

У контексті війни та постпандемії особливої уваги потребує питання доступності медичних послуг для всіх верств населення. Забезпечення територіальної доступності, особливо в сільській місцевості та в районах, що постраждали від воєнних дій, є критично важливим для збереження здоров'я нації. Впровадження госпітальних округів та кластерів, а також розвиток телемедицини є частиною зусиль держави щодо покращення доступності медичних послуг.

Крім того, в умовах війни виникає гостра потреба у наданні спеціалізованої медичної допомоги, зокрема у сфері психічного здоров'я та фізичної реабілітації. Нові виклики, що постали перед системою охорони здоров'я, вимагають від держави розробки комплексних програм, які включають не лише медичну, але й соціальну підтримку постраждалих осіб. Це

потребує тісної співпраці з міжнародними організаціями та впровадження ефективних моделей інтегрованої допомоги.

Зважаючи на вищезазначене, тема дослідження є надзвичайно актуальною та важливою для розвитку національної системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. Вона спрямована на формування стратегії, що дозволить підвищити стійкість системи, забезпечити доступність якісних медичних послуг та підвищити рівень здоров'я населення в умовах воєнних дій та постпандемії.

Наукова новизна теми «Особливості функціонування сучасної системи охорони здоров'я в умовах війни та постпандемії в Україні» полягає в інтеграції багатьох аспектів, які до цього часу не були комплексно досліджені у вітчизняній науці. Одним з ключових аспектів новизни є дослідження впливу війни на функціонування медичних закладів. Військові дії на території України створюють безпрецедентні умови для роботи медичних закладів, викликаючи необхідність адаптації до швидко змінюваних умов, зокрема через мобілізацію ресурсів, координацію з волонтерськими організаціями та міжнародними партнерами. Цей аспект дослідження охоплює вивчення нових форм організації медичної допомоги, таких як створення польових госпіталів та мобільних медичних бригад, які забезпечують надання допомоги в умовах обмеженої доступності до стаціонарних закладів.

Постпандемічний контекст додає нових викликів, які стосуються адаптації системи охорони здоров'я до наслідків COVID-19. Це включає в себе не лише управління поточними епідеміологічними загрозами, але й розробку стратегій для запобігання майбутнім пандеміям. Важливим є вивчення механізмів інтеграції нових технологій в охорону здоров'я, зокрема дистанційного консультування та штучного інтелекту в діагностиці, які стають актуальними в умовах соціального дистанціювання і обмеження фізичного контакту.

Іншим аспектом новизни є дослідження соціально-економічних наслідків для системи охорони здоров'я. В умовах війни та постпандемії особливо

важливим є забезпечення доступу до медичних послуг для вразливих категорій населення, включаючи внутрішньо переміщених осіб. Дослідження також охоплює питання фінансування системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів, пошук альтернативних джерел фінансування та оптимізацію використання наявних ресурсів.

Зважаючи на багатофакторний характер досліджуваної теми, наукова новизна полягає у міждисциплінарному підході, який включає медичні, соціальні, економічні та правові аспекти. Це дозволяє всебічно оцінити стан системи охорони здоров'я, виявити основні проблеми та запропонувати інноваційні рішення для їх подолання. Таким чином, тема дослідження не лише актуальна, але й має значний потенціал для практичного застосування, сприяючи розвитку національної системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів.

Метою дослідження є комплексний аналіз та критична оцінка функціонування системи охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану та постпандемічного періоду. Дослідження спрямоване на виявлення викликів, які постали перед системою охорони здоров'я, та розробку рекомендацій щодо її адаптації та модернізації для забезпечення стійкості та ефективності в умовах сучасних загроз.

Завдання дослідження:

1. Розглянути сутність охорони здоров'я, а також - погляди провідних науковців на проблеми та перспективи розвитку систем охорони здоров'я.
2. Дослідити та порівняти різні моделі охорони здоров'я, розглянувши їхні переваги та недоліки. Звернути увагу на структуру, фінансування, доступність та якість медичних послуг.
3. Оцінити роль держави у забезпеченні стійкості системи охорони здоров'я України в умовах війни та постпандемії. Проаналізувати державні програми та ініціативи, спрямовані на підтримку системи охорони здоров'я.
4. Проаналізувати зміни в нормативно-правовій базі, що регулює сферу охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

5. Визначити особливості функціонування системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та постпандемії. Проаналізувати зміни в організації медичних послуг, доступності медикаментів та обладнання, а також вплив на фізичне та психічне здоров'я населення. Розглянути питання впровадження нових технологій та стратегій реагування на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я.

6. Розробити рекомендації щодо адаптації та модернізації системи охорони здоров'я України з урахуванням сучасних викликів (війна, постпандемія) та міжнародного досвіду.

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я України в умовах сучасних глобальних викликів, пов'язаних з воєнним станом та постпандемічним відновленням.

Предметом дослідження є особливості функціонування медичних закладів, нормативно-правове забезпечення, організаційні та фінансові механізми, а також використання інноваційних технологій в системі охорони здоров'я України в умовах війни та постпандемії.

Матеріалом дослідження є законодавчі та нормативні акти України у сфері охорони здоров'я, звіти міжнародних організацій, статистичні дані про стан медичних послуг в Україні, а також аналітичні публікації та дослідження, присвячені проблемам охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій.

Практичне значення результатів цього дослідження полягає в розробці рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності та стійкості системи охорони здоров'я, що є критично важливими для забезпечення здоров'я населення в умовах кризових ситуацій.

1. Покращення якості медичних послуг: одним з ключових аспектів дослідження є визначення шляхів удосконалення якості медичних послуг, що надаються в Україні. Виявлені в ході дослідження фактори, такі як підвищення кваліфікації медичного персоналу, стандартизація процесів та впровадження новітніх технологій, можуть бути використані для формування ефективних політик та стратегій покращення якості обслуговування пацієнтів.

2. Адаптація міжнародних практик: аналіз міжнародного досвіду у сфері охорони здоров'я, зокрема моделей, таких як Бісмарківська та Беверіджська, дозволяє виявити елементи, що можуть бути адаптовані в Україні з урахуванням національних особливостей. Це сприятиме підвищенню конкурентоздатності медичних послуг та забезпеченню їх більшої доступності для населення.

3. Фінансові механізми та управління: дослідження фінансових механізмів, таких як медичне страхування та державне фінансування, виявляє можливості для оптимізації витрат та підвищення ефективності використання ресурсів. Результати дослідження можуть бути використані для розробки нових моделей фінансування, що сприятимуть стійкому розвитку системи охорони здоров'я.

4. Задоволеність пацієнтів: важливим аспектом є підвищення задоволеності пацієнтів від отриманих медичних послуг. Аналіз факторів, що впливають на задоволеність, дає змогу виявити слабкі місця в організації медичної допомоги та сформулювати рекомендації для покращення комунікації між пацієнтами та медичними закладами.

5. Інноваційні технології: впровадження інноваційних технологій, таких як телемедицина та штучний інтелект, дозволяє оптимізувати процеси надання медичних послуг та підвищити їхню доступність. Результати дослідження можуть стати основою для розробки програм впровадження таких технологій у системі охорони здоров'я України.

6. Підготовка кадрів: розробка програм безперервного професійного розвитку медичних працівників є ключовою для забезпечення високої якості медичних послуг. Дослідження пропонує шляхи вдосконалення підготовки кадрів, що враховують сучасні вимоги до знань та навичок медичного персоналу.

Таким чином, результати цього дослідження мають велике практичне значення для реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. Реалізація запропонованих рекомендацій сприятиме

підвищенню ефективності та стійкості системи охорони здоров'я, що в свою чергу забезпечить покращення якості життя населення та створення умов для стійкого соціально-економічного розвитку країни.

РОЗДІЛ 1. ПРИНЦИПИ РОБОТИ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття «система охорони здоров'я»

Система охорони здоров'я України пройшла складний шлях становлення та розвитку, що тісно пов'язаний з історичними та соціально-економічними трансформаціями в країні. Від централізованої моделі радянської системи, характеризувалась державною монополією на медичні послуги та жорсткою ієрархічною структурою, до поступового переходу до моделі, орієнтованої на пацієнта, з більшою увагою до первинної медико-санітарної допомоги та розвитком приватного сектору. Цей процес супроводжувався пошуком оптимальної моделі фінансування, забезпечення доступності та вищої якості медичних послуг.

Визначення сутності системи охорони здоров'я є фундаментальним питанням, яке дозволяє зрозуміти її місце та роль у суспільстві, а також визначити стратегічні напрямки її розвитку.

Перш за все, сутність системи охорони здоров'я визначається її цілями та завданнями. Основною метою є забезпечення здоров'я населення, що включає в себе профілактику захворювань, надання медичної допомоги, реабілітацію та паліативну допомогу. Досягнення цієї мети потребує виконання ряду завдань:

- зниження рівня захворюваності та смертності шляхом профілактичних заходів, ранньої діагностики та ефективного лікування;
- підвищення тривалості та якості життя: шляхом створення умов для здорового способу життя, забезпечення доступу до якісної медичної допомоги та реабілітації;
- розвиток медичної науки та технологій: для впровадження інноваційних методів діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Для досягнення поставлених цілей та завдань система охорони здоров'я має ґрунтуватися на певних принципах організації та функціонування. До них належать наступні:

- **якість:** медична допомога має відповідати сучасним стандартам та ґрунтуватися на доказовій медицині. Це потребує постійного підвищення кваліфікації медичних працівників, впровадження нових технологій та контролю якості медичних послуг;
- **справедливість:** розподіл ресурсів системи охорони здоров'я має бути справедливим і враховувати потреби різних груп населення. Особливу увагу слід приділяти захисту прав вразливих груп населення, таких як діти, люди похилого віку, інваліди та хронічно хворі;
- **ефективність:** система охорони здоров'я має функціонувати ефективно, тобто забезпечувати максимальні результати за помірних витрат. Це потребує оптимізації використання ресурсів, впровадження сучасних методів управління та фінансування.

Ці принципи взаємопов'язані та взаємозалежні. Їх реалізація на практиці є важливою умовою ефективного функціонування системи охорони здоров'я та забезпечення здоров'я населення.

Сутність системи охорони здоров'я також визначається роллю та взаємодією різних акторів, які беруть участь у її функціонуванні.

Держава відіграє ключову роль у формуванні та реалізації політики в галузі охорони здоров'я. Вона відповідає за законодавче регулювання, фінансування, розробку стандартів та контроль якості медичних послуг. Держава також забезпечує функціонування державних медичних закладів та програм громадського здоров'я. Важливим аспектом державної ролі є забезпечення соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я, зокрема через систему медичного страхування.

Громадськість має бути активним учасником процесу формування та реалізації політики в галузі охорони здоров'я. Громадські організації можуть представляти інтереси пацієнтів, здійснювати громадський

контроль за діяльністю медичних закладів, проводити просвітницьку роботу та сприяти формуванню здорового способу життя.

Приватні медичні заклади доповнюють державну систему охорони здоров'я, розширюючи доступ до медичних послуг та створюючи конкуренцію, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги.

Ефективна взаємодія між державою, громадськістю та приватним сектором є важливою умовою для створення системи охорони здоров'я, яка б задовольняла потреби населення та забезпечувала високу якість медичної допомоги.

Система охорони здоров'я не існує ізольовано, а тісно взаємодіє з іншими соціальними системами, такими як освіта, соціальний захист, економіка та екологія.

Освіта відіграє важливу роль у формуванні здорового способу життя та профілактиці захворювань. Здоров'я має бути невід'ємною складовою освітніх програм на всіх рівнях.

Система соціального захисту доповнює систему охорони здоров'я, забезпечуючи підтримку вразливим групам населення, які потребують додаткової допомоги у зв'язку зі станом здоров'я.

Економічний розвиток країни безпосередньо впливає на можливості фінансування системи охорони здоров'я та забезпечення її ресурсами.

Стан довкілля має значний вплив на здоров'я населення. Забруднення навколишнього середовища може спричиняти різні захворювання, тому важливо враховувати екологічні фактори при розробці та реалізації політики в галузі охорони здоров'я.

Врахування взаємозв'язку системи охорони здоров'я з іншими соціальними системами є важливим для створення комплексного підходу до забезпечення здоров'я населення.

Вивченням сутності системи охорони здоров'я в Україні займалися такі українські науковці, як Юрій Вороненко [1], Ольга Худошина [2], Володимир Борщ та інші.

Ми виділили ряд спільних рис, які характеризують їхні бачення:

- системний підхід: система охорони здоров'я розглядається як складна система, що складається з взаємопов'язаних елементів;
- соціальна спрямованість: основною метою системи охорони здоров'я є задоволення потреб населення у якісній та доступній медичній допомозі;
- важливість державного регулювання: держава відіграє ключову роль у забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я.

Враховуючи аналіз поглядів українських дослідників та сучасні виклики (російсько-українська війна, постпандемія), ми сформулювали визначення сутності системи охорони здоров'я в Україні.

Система охорони здоров'я в Україні - це складна соціально-економічна система, що являє собою сукупність взаємопов'язаних організаційних, фінансових та правових механізмів, спрямованих на забезпечення здоров'я населення шляхом профілактики захворювань, надання медичної допомоги, реабілітації та паліативної допомоги. Вона ґрунтується на принципах доступності, якості, справедливості, ефективності та прозорості, а також передбачає активну участь держави, громадськості та приватного сектору.

Розуміння сутності системи охорони здоров'я є важливою передумовою для ефективного управління цією системою та забезпечення належного рівня здоров'я населення.

1.2. Стан наукового опрацювання викликів і трансформацій у системах охорони здоров'я закордоном та в Україні

Видатні дослідники, такі як Мартін Маккі, Джозеф Стігліц, Атул Гаванде, Річард Уїлкінсон, Кейт Пікетт, Валентин Парій та Юрій Вороненко, зробили значний внесок у розуміння сутності та реформування систем охорони здоров'я. Їхні роботи охоплюють широкий спектр тем, включаючи вплив соціально-економічних та політичних факторів, значення діджиталізації, нерівність у доступі до медичних послуг, роль державного регулювання, а також

інноваційні підходи до управління та профілактики захворювань. Ці дослідження пропонують рішення для покращення ефективності та якості медичних систем, підкреслюючи потребу в міжнародній співпраці та інтеграції наукових знань у практичну політику.

1.2.1. Мартін Маккі

Професор Мартін Маккі, видатний дослідник у галузі громадського здоров'я, є одним із найвпливовіших закордонних науковців, які досліджують функціонування систем охорони здоров'я. Він працює в Лондонській школі гігієни і тропічної медицини та є автором численних публікацій, що стосуються організації та реформування систем охорони здоров'я, зокрема в країнах Східної Європи та пострадянського простору. М. Маккі є співавтором відомої роботи «Healthcare in Transition: Learning from Experience», яка надає всебічний аналіз викликів і трансформацій у системах охорони здоров'я по всій Європі. У цій монографії досліджуються процеси реформування систем охорони здоров'я в різних державах, включаючи Україну. М. Маккі підкреслює важливість розуміння соціальних, економічних і політичних контекстів, які формують політику та практику охорони здоров'я [3]. У своїх дослідженнях М.Маккі аналізує вплив глобалізації, технологічних досягнень і демографічних змін на надання медичних послуг. Він зосереджується на ролі доказової політики в реформуванні систем охорони здоров'я та необхідності адаптивних стратегій для вирішення нових проблем у галузі громадського здоров'я. Це дослідження є важливим ресурсом для політиків, медичних працівників та дослідників, які цікавляться динамікою систем охорони здоров'я та факторами, що визначають їх еволюцію. М. Маккі приділяє особливу увагу діджиталізації медичних послуг, яка відіграє значну роль у підвищенні прозорості та ефективності медичних систем. Він досліджує, як технології можуть покращувати доступність медичних послуг, забезпечувати зворотний зв'язок між пацієнтами та медичними установами, а також сприяти більш раціональному використанню медичних ресурсів. Його дослідження доводять, що

діджиталізація є важливим інструментом для подолання нерівності в доступі до медичних послуг та підвищення їх якості [3].

1.2.2. Джозеф Стігліц

Професор Джозеф Стігліц, лауреат Нобелівської премії з економіки, також зробив вагомий внесок у розуміння функціонування систем охорони здоров'я через призму економічних теорій. Його роботи часто стосуються економічної нерівності та її впливу на доступність і якість охорони здоров'я. У своїй книзі «The Price of Inequality» Дж. Стігліц досліджує, як економічна нерівність веде до нерівного доступу до медичних послуг і погіршує загальний стан здоров'я населення. Дж. Стігліц наголошує на важливості доступності медичних послуг для всіх верств населення, підкреслюючи, що нерівність у доступі до охорони здоров'я є не лише моральним питанням, але й економічною проблемою. Він стверджує, що економічна нерівність підриває ефективність системи охорони здоров'я, оскільки обмежує можливості для профілактики захворювань і своєчасного лікування, що в кінцевому підсумку призводить до вищих витрат на охорону здоров'я. У своїх роботах Дж. Стігліц також аналізує роль уряду у забезпеченні доступності та якості медичних послуг. Він вказує на важливість державного регулювання та фінансування охорони здоров'я як засобу зниження нерівності та підвищення загального рівня здоров'я населення. Його дослідження підкреслюють, що інвестиції в охорону здоров'я не лише покращують добробут населення, але й сприяють економічному зростанню, оскільки здорові громадяни є більш продуктивними. Дж. Стігліц також наголошує на необхідності міжнародної співпраці у вирішенні проблем глобального здоров'я, таких як пандемії, які не визнають національних кордонів. Він зазначає, що глобальна співпраця є ключем до успішного подолання таких викликів і забезпечення стійкості систем охорони здоров'я по всьому світу. Його дослідження надають глибоке розуміння того, як економічні фактори впливають на системи охорони здоров'я, і пропонують шляхи досягнення більшої рівності та ефективності в цій сфері [4].

1.2.3. Атул Гаванде

Атул Гаванде, відомий хірург, написав монографію «The Checklist Manifesto: How to Get Things Right», яка була опублікована у 2009 році. У цій книзі А. Гаванде досліджує, як простий інструмент - контрольний список - може значно покращити ефективність і безпеку в різних сферах, включаючи медицину, авіацію та будівництво. А. Гаванде використовує приклади з медичної практики, де контрольні списки допомогли знизити рівень помилок під час хірургічних операцій. Він підкреслює, що в умовах сучасної складності та надмірної інформації контрольні списки стають важливим інструментом для забезпечення виконання критичних завдань. Книга демонструє, як систематичний підхід до організації процесів може привести до значних поліпшень у ефективності та якості роботи. «The Checklist Manifesto» стала популярною серед професіоналів різних галузей завдяки своїй простоті та ефективності. Книга отримала позитивні відгуки за свій практичний підхід та здатність вплинути на мислення щодо управління ризиками та підвищення якості [5].

1.2.4. Річард Уїлкінсон і Кейт Пікетт

Річард Уїлкінсон і Кейт Пікетт є авторами відомої книги «The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone», яка була вперше опублікована у 2009 році. У цій праці автори досліджують вплив нерівності доходів на різні аспекти життя суспільства, зокрема - фізичне та психічне здоров'я. Їхні дослідження свідчать, що в більш нерівних фінансово суспільствах, таких як США і Великобританія, спостерігаються вищі рівні медичних проблем порівняно з більш рівними фінансово суспільствами, наприклад, у країнах Північної Європи та Японії. Основний аргумент книги полягає в тому, що нерівність посилює статусні відмінності, що призводить до підвищеного рівня тривоги та стресу, які негативно впливають на здоров'я суспільства. «The Spirit Level» стала важливим внеском у дискусію про нерівність, сприяючи формуванню суспільної думки з цього питання [6].

1.2.5. Валентин Парій

Валентин Парій - відомий український науковець, доктор медичних наук і професор, який активно досліджує функціонування систем охорони здоров'я, зокрема в Україні. Він зробив значний внесок у розробку концепцій та практичних рекомендацій щодо реформування системи охорони здоров'я. Його наукові інтереси охоплюють такі ключові аспекти, як розвиток альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я, стандартизація медичних технологій, управління якістю медичних послуг та інноваційні підходи до організації медичної допомоги. В. Парій має понад 190 публікацій, у тому числі 5 колективних монографій, які досліджують різні аспекти функціонування систем охорони здоров'я. Однією з його відомих робіт є дослідження задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою, в якому він аналізує фактори, що впливають на рівень задоволеності пацієнтів, і пропонує шляхи покращення якості медичних послуг. Це дослідження є важливим, оскільки задоволеність пацієнтів є ключовим показником ефективності системи охорони здоров'я.

Ще однією важливою темою, яку досліджує В. Парій, є економічна оцінка профілактики захворювань, зокрема раку шийки матки. Він аналізує витрати та вигоди від впровадження профілактичних заходів, таких як вакцинація та скринінг, що дозволяє не лише покращити здоров'я населення, але й оптимізувати використання ресурсів у системі охорони здоров'я. Його підхід до економічної оцінки є важливим інструментом для прийняття обґрунтованих рішень у сфері планування та фінансування медичних програм.

В. Парій також є членом експертної групи Міністерства охорони здоров'я України і декількох медичних асоціацій. Його активна участь у розробці державних політик та стратегій свідчить про важливість наукових досліджень для вдосконалення системи охорони здоров'я. Він підкреслює необхідність інтеграції наукових знань та практичного досвіду для розв'язання існуючих проблем у сфері охорони здоров'я [7].

1.2.6. Юрій Вороненко

Вороненко Юрій Васильович, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, є відомим фахівцем з організації та управління охороною здоров'я. Він розглядає систему охорони здоров'я як складну систему, що складається з багатьох взаємопов'язаних елементів. Вороненко підкреслює важливість надання медичної допомоги, яка зосереджена на потребах пацієнта, наголошує на необхідності постійного підвищення якості та ефективності медичних послуг, а також підтримує впровадження нових технологій та підходів в організацію охорони здоров'я.

Також Вороненко вважає, що стратегічне планування є ключовим фактором успішного розвитку системи охорони здоров'я. Він підкреслює важливість адаптації системи охорони здоров'я до постійних змін у суспільстві та технологіях, вивчає міжнародний досвід в організації охорони здоров'я та пропонує застосовувати найкращі практики в Україні.

В управлінні якістю Вороненко підтримує впровадження стандартів якості медичної допомоги та наголошує на важливості систематичного моніторингу та оцінки якості медичних послуг.

Він також підкреслює необхідність інвестування в професійний розвиток медичних працівників та важливість створення умов для їхньої мотивації. Вороненко наголошує на необхідності ефективного використання фінансових ресурсів в охороні здоров'я та розглядає медичне страхування як важливий механізм фінансування охорони здоров'я [1] [8].

1.3. Поняття «безперервний професійний розвиток»

Для продовження ліцензування від кожного лікаря вимагається так званий «безперервний професійний розвиток» (далі - БПР). Це поняття було введено Всесвітньою федерацією медичної освіти у 2001 році замість раніше вживаного терміну «безперервна медична освіта» [23].

Всесвітня федерація медичної освіти визначає три ключові етапи підготовки медичних працівників. Після отримання диплома лікарі проходять

післядипломне навчання в інтернатурі, резидентурі або на курсах спеціалізації, де здобувають більш вузьку спеціальність. Наступний етап - безперервний професійний розвиток (БПР), що є безперервною освітою протягом усього життя. Ця універсальна модель підготовки також застосовується до медичних сестер, фельдшерів, парамедиків, провізорів, фармацевтів і військових медиків. Кожен з цих етапів передбачає постійне вдосконалення та виправлення наявних недоліків [23].

Інтернатура займає центральне місце в підготовці лікаря, адже саме на цьому етапі здобуваються спеціальність і право на практику. В Україні інтернатура за півстоліття свого існування зіткнулася з численними проблемами. БПР - це процес підтримки та підвищення професійної компетентності лікарів відповідно до розвитку медичних технологій і науки протягом усього професійного життя, тривалість якого може становити 30-40 років. Відповідальність за БПР покладається на самого лікаря та професійні асоціації [24].

Організація БПР суттєво відрізняється в різних країнах і не завжди є жорсткою, навіть там, де вона обмежується підтвердженням права лікаря продовжувати практику раз на 5-7 років. Наприклад, у Словенії БПР включає лекції, пасивну участь у конгресах, публікацію наукових статей, підготовку монографій або підручників; самостійне навчання з використанням мультимедійних програм і вивчення наукової літератури; пізнавальні екскурсії та відвідини наукових установ; участь у лекціях відомих науковців або лікарів; доповіді на конференціях [25].

Обсяг навчання за програмою БПР у Словенії виражається в кредитних одиницях (далі - КО). Для оновлення ліцензії лікар має набрати щонайменше 75 КО протягом семи років. Щороку лікар повинен отримати 15 КО. Лікарська палата Словенії надає дозволи на проведення семінарів, лекцій та інших форм БПР на основі програм і рекомендацій лекторів. КО нараховуються за кожну годину читання лекції, участь у конференціях, семінарах, симпозіумах, участь у міжнародних форумах та за кожну написану статтю [25].

В Україні система безперервного професійного розвитку (БПР) існує також. Для продовження дії ліцензії необхідно набрати щонайменше 50 балів за рік. Окрім цього, проводять атестацію кожні п'ять років, враховуючи накопичені лікарем бали, а для моніторингу БПР створено систему портфоліо. Також в останні роки в Україні модернізовано перелік та значимість різних форм підвищення кваліфікації: окрім традиційних передатестаційних циклів і тематичного вдосконалення, враховуються акредитовані майстер-класи, тренінги та самоосвіта через дистанційні освітні ресурси, включаючи іноземні [22].

1.4. Переваги і виклики різних моделей охорони здоров'я у сучасному світі

У соціально стабільних державах медичне законодавство, яке регулює діяльність лікарських організацій, є високорозвиненим. Наприклад, у таких країнах, як Франція, Німеччина, Італія та США, існують медичні кодекси, що чітко визначають права громадян на охорону здоров'я, регламентують професійну діяльність медичних працівників, які є членами громадських лікарських організацій, та встановлюють відповідальність за порушення цих норм [9].

На думку іноземних експертів, новим підходом до державного управління охороною здоров'я є широке впровадження принципів загального менеджменту якості, що забезпечує успішні реформи в таких країнах, як США, Іспанія, Велика Британія, Італія, Фінляндія, Швеція, а також у більшості держав Центральної та Східної Європи [10]. Сучасні класифікації моделей систем охорони здоров'я здебільшого базуються на структурних критеріях. Найпоширенішими є ринкова модель з державним контролем (система Бісмарка), державна модель (система Беверіджа) та державна нормативно-адміністративна модель (система Семашка), яка на сьогодні існує в Україні [11].

Система Бісмарка базується на принципах соціального страхування. Ця модель була вперше впроваджена в Німеччині у 1880-х роках під керівництвом Отто фон Бісмарка. Її основною ідеєю є обов'язкове медичне страхування, яке фінансується за рахунок внесків працівників та роботодавців, а також частково субсидій з державного бюджету [12].

Особливості системи Бісмарка:

1. Фінансування через внески: медичне страхування фінансується за рахунок обов'язкових внесків, які сплачуються і працівниками, і роботодавцями. Внески зазвичай визначаються як відсоток від заробітної плати.

2. Плюралізм страховиків: у системі працює багато страхових організацій, які конкурують між собою за клієнтів, що сприяє підвищенню якості послуг.

3. Участь держави: хоча фінансування в основному покладається на страхові внески, держава може надавати субсидії для підтримки системи, особливо для незахищених верств населення.

4. Обов'язковість страхування: всі громадяни повинні бути застраховані, що забезпечує високий рівень охоплення населення медичними послугами [12].

Переваги системи Бісмарка:

+ Високий рівень охоплення: завдяки обов'язковому страхуванню, практично все населення має доступ до медичних послуг.

+ Конкуренція серед страховиків: це сприяє покращенню якості обслуговування та зменшенню витрат.

+ Стабільність фінансування: фінансування через внески забезпечує стійкість системи [12].

Виклики системи Бісмарка:

- Високі адміністративні витрати: залученість багатьох страховиків може призводити до збільшення бюрократичних витрат.

- Необхідність регулювання: держава повинна активно регулювати ринок страхових послуг, щоб уникнути зловживань.

- Внески можуть бути тягарем: для деяких груп населення високі внески можуть бути фінансово обтяжливими [12].

Система Бісмарка активно функціонує не лише в Німеччині, але й у ряді інших країн, таких як Франція, Бельгія, Нідерланди, Швейцарія та Японія, де вона адаптована до місцевих умов і потреб [12].

Переваги моделі Беверіджа включають надання соціального захисту широким верствам населення. Недоліки, виявлені при аналізі цієї моделі, можуть бути усунені шляхом створення відповідних механізмів оптимізації. Ця модель охоплює системи охорони здоров'я скандинавських країн, Ірландії, Великобританії та країн Південної Європи, таких як Греція, Португалія, Іспанія тощо [13].

Її **основними елементами** є такі:

1. Загальна доступність медичних послуг з повним охопленням населення медичним страхуванням і уніфікація обсягу та переліку наданих медичних послуг.

2. Переважання державного фінансування системи охорони здоров'я через цільове оподаткування на центральному, регіональному та місцевому рівнях.

3. Пріоритетність планування витрат державного бюджету у фінансовому механізмі функціонування системи охорони здоров'я з жорстким державним контролем рівня витрат в медичній сфері та відповідальність регіональних органів державного регулювання за розподіл коштів між провайдерами медичних послуг.

4. Жорстка залежність рівня заробітних плат і компенсацій медичного персоналу від кількості обслуговуваних пацієнтів [13].

Хоча модель Беверіджа для організації медичних послуг вважається прогресивною і демонструє вищу ефективність у порівнянні зі страховою системою в оптимізації адміністративних витрат, вона має значний **недолік**: високий рівень бюрократії в процесі прийняття управлінських рішень. Це супроводжується значними витратами на адміністрування і сильною залежністю медичної сфери від державного фінансування. Відсутність

мотивації у провайдерів медичних послуг до економії ресурсів і зменшення трансакційних витрат, а також поліпшення якості медичного обслуговування і задоволення потреб пацієнтів погіршують конкурентні умови на ринку медичних послуг [13]. Великобританія є яскравим прикладом успішного впровадження моделі Беверіджа, займаючи провідні позиції в світі за доступністю і якістю медичних послуг, а також за ефективністю їх організації і фінансування. Основним фактором успіху є відсутність посередників у національній системі охорони здоров'я, що дозволяє значно знизити трансакційні витрати і підвищити конкурентоспроможність медичних послуг. Ліцензування лікарів у Великобританії виконує Загальна Медична Рада (GMC) [14]. Відповідно до чинного законодавства, надання медичної допомоги є легальним як у термінових випадках, так і в інших обставинах, незалежно від наявності ліцензії.

З іншого боку, особи без лікарської ліцензії позбавлені певних прав, пов'язаних з медичною практикою. Вони не можуть вимагати виплату за надане лікування в суді, виписувати рецепти на ліки, а також не мають права працювати лікарем у державних лікарнях та інших громадських закладах. Британські лікарі, які працюють за кордоном, не зобов'язані мати ліцензію, проте можуть отримати реєстрацію в Загальній Медичній Раді (далі - GMC) як підтвердження своєї кваліфікації та доброї репутації. Лікарі з реєстрацією та ліцензією від GMC включаються до онлайн-реєстру, що дозволяє перевірити їх право на професійну діяльність у Великій Британії в будь-який час.

Для продовження своєї професійної діяльності у Великій Британії лікарі повинні регулярно поновлювати ліцензії, підтверджуючи відповідність кваліфікаційним вимогам. Як правило, рішення про оновлення ліцензії приймається кожні п'ять років. Щорічно з лікарів, які мають ліцензію або реєстрацію GMC, стягуються внески, і несплата цих внесків може призвести до відкликання ліцензії та реєстрації. Через високу конкуренцію на ринку праці GMC рекомендує лікарям знайти роботу перед отриманням ліцензії [14].

З червня 2014 року, відповідно до змін у законодавстві, GMC має право перевіряти володіння лікарями англійською мовою, вимагаючи мінімальні бали за системою IELTS (International English Language Testing System). Лікарі з країн Європейського економічного простору, які можуть підтвердити своє громадянство і завершену базову медичну освіту, мають право отримати повну реєстрацію в GMC завдяки угодам про взаємне визнання освіти і кваліфікації. Лікарі з країн поза європейським економічним простором можуть подати заявку на повну реєстрацію, якщо вони можуть підтвердити наявність медичного ступеня, визнаного GMC, і рік практичної роботи. В іншому випадку їм може бути надана лише часткова реєстрація (provisional registration) [14].

У більшості економічно розвинених країн світу практикується добровільне медичне страхування. Найбільш воно поширене у США, де існує ліберальна ринкова економіка, але відсутні державні гарантії в сфері охорони здоров'я для більшості населення. У цій країні також немає систем обов'язкового медичного страхування як частини соціального захисту населення. Медична економіка в США є парадоксальною комбінацією недоліків і переваг. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% свого валового внутрішнього продукту - більше, ніж будь-яка інша країна у світі, але понад 15% американців не мають жодного фінансового захисту через відсутність страхових медичних полісів [15].

Для того щоб отримати дозвіл на самостійну медичну практику в США, тобто без нагляду в рамках програми післядипломної підготовки, всі лікарі - як місцеві, так і міжнародні випускники - повинні отримати ліцензію від медичної ліцензійної ради штату, в якому вони планують працювати. Для цього необхідно скласти всі частини іспиту USMLE (United States Medical Licensing Exam). Студенти та лікарі, які навчалися за межами США, проходять ті ж самі іспити та оцінюються за такими ж стандартами, як і випускники американських медичних навчальних закладів. Іспити USMLE розроблені для оцінки здатності лікарів вирішувати проблеми, а не лише запам'ятовувати інформацію. USMLE складається з трьох етапів, які дають змогу оцінити здатність лікаря

застосовувати широкий спектр знань, концепцій і принципів, зокрема базові навички взаємодії з пацієнтами. Лікарі з міжнародними медичними дипломами повинні отримати сертифікат від Освітньої Комісії для іноземних лікарів (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) [15]. В окремих штатах США існують додаткові вимоги для кандидатів, які бажають отримати медичну ліцензію.

У Німеччині система керованої медичної допомоги відсутня, що дозволяє кожному громадянину обирати лікаря на власний розсуд. Після отримання медичної освіти, яка триває шість років, лікарі загальної практики проходять чотирирічну спеціалізацію. З 1999 року спостерігається зростання інтересу до сімейної медицини, що пояснюється покращенням підготовки сімейних лікарів та їх постійним професійним розвитком. Це підвищує престиж сімейної медицини, оскільки розвиток є добровільним, але регульованим [16].

Один з найуспішніших прикладів реформування медичних послуг відбувся в Грузії. Основні напрямки реформ були зосереджені на створенні конкурентного середовища для надання медичних послуг, повному скасуванні зовнішньоторговельних обмежень на імпорт лікарських засобів і медичного обладнання, зміцненні державно-приватного партнерства в медичній сфері, а також на радикальному реформуванні госпітального та фармацевтичного секторів. Імплементация інвестиційних програм з приватизації державних лікарень та введення тендерних закупівель медичних товарів дозволили суттєво модернізувати ці заклади та вийти на новий рівень медичного та інноваційно-технологічного забезпечення. Передача медичних закладів у власність інвесторів супроводжувалася зобов'язаннями приватних установ надавати медичні послуги протягом семи років в обмін на право комерційного використання лікарняної нерухомості та обладнання [17].

Висока ефективність реформ у медичній сфері Грузії зумовлена глибокими інституційними змінами, які включали мінімізацію ролі державного регулювання, значне скорочення бюрократичного апарату, що обслуговує медичну галузь, спрощення ліцензійних та реєстраційних процедур, а також

створення прозорого регуляторного середовища. Скорочення 84% ліцензійних та дозвільних видів підприємницької діяльності створило основу для впровадження чітких і зрозумілих правил для всіх учасників ринку медичних послуг [17].

Система охорони здоров'я Японії забезпечує універсальний страховий захист через медичне страхування для працівників та їхніх родин (60% населення), а також державне медичне страхування для представників приватного бізнесу, пенсіонерів і безробітних (40%). Управління системою медичного страхування в Японії здійснюється не лише урядом, а й численними компаніями: асоціаціями медичного страхування, фондами для працівників та їхніх утриманців, фондами благодійних організацій для державних службовців, муніципальними національними фондами для зайнятих у приватному бізнесі і безробітних, а також 166 громадськими фондами для певних професійних груп, таких як лікарі та юристи. Японська система охорони здоров'я характеризується складним центральним і місцевим контролем. Міністерство охорони здоров'я, праці та добробуту встановлює правила на центральному рівні, тоді як префектури відповідають за розвиток регіональних програм медичного страхування, ліцензування лікарень та контроль юридичних угод з постачальниками. Центральний уряд здійснює нагляд за регулюванням медичної допомоги, включаючи укладання та скасування договорів медичного страхування з постачальниками [18].

В Австралії охорона здоров'я переважно фінансується державою, а політика у цій сфері формується з активною участю громадськості. Загальнодоступна медична допомога надається через державну систему медичного страхування «Медікер», яка фінансується за рахунок загального оподаткування та цільового прибуткового податку.

Усім австралійським громадянам забезпечується субсидована амбулаторна допомога з можливістю обрати лікаря, безкоштовне лікування в державних лікарнях та пільгове постачання ліками. Сфера охорони здоров'я в Австралії підлягає суворому суспільному та державному регулюванню.

Австралійська рада із стандартів охорони здоров'я здійснює добровільну акредитацію лікарень, тоді як державні реєстраційні палати в кожному штаті відповідають за акредитацію медичних працівників. За останні двадцять років активно відбувається приватизація, при якій державні установи переходять до приватного сектору, що активно залучається до надання послуг у державних закладах. Більшість штатів ведуть політику зменшення ролі держави у наданні медичних послуг, збільшуючи роль недержавних і приватних секторів [19].

Національна медична модель: у цій моделі держава є єдиним платником за медичні послуги, що забезпечує централізоване управління системою охорони здоров'я [20]. Прикладом є Канада.

Особливості:

1. Державне фінансування: всі медичні послуги фінансуються з державного бюджету.
2. Універсальний доступ: всі громадяни мають право на медичні послуги незалежно від фінансового стану.
3. Контроль витрат: центральна влада контролює витрати на медицину, що знижує загальні витрати системи [20].

Приватна модель: ця модель базується на приватному фінансуванні охорони здоров'я, де медичні послуги надаються приватними закладами, а громадяни оплачують їх самостійно або через приватне страхування [21].

Прикладом є система охорони здоров'я в США. **Особливості:**

1. Приватне фінансування: основним джерелом фінансування є приватні страхові внески або особисті платежі.
2. Конкуренція: існує висока конкуренція серед приватних медичних закладів, що може підвищувати якість послуг.
3. Обмежений доступ: доступ до медичних послуг залежить від наявності страхування або фінансових можливостей пацієнта [21].

Інша форма організації системи охорони здоров'я - державна нормативно-адміністративна модель, відома як **модель Семашка** [22]. Її характерними рисами є регламентованість взаємодії між лікарем (лікувально-профілактичним

закладом) і пацієнтом; централізоване управління системою охорони здоров'я з суворим вертикальним принципом побудови; виключно бюджетне фінансування. Модель Семашка майже не піддається модернізації чи реформуванню через домінування бюрократичних і адміністративно-командних методів управління, що перешкоджає наявності економічних механізмів для стратегічного розвитку та менеджменту. Нині країни, медичні системи яких були створені за моделлю Семашка (Україна, Молдова, Грузія, Естонія, Киргизстан, Литва, російська федерація), перебувають на різних етапах їхньої структурної модернізації та реформування з акцентом на розвиток страхових чи комбінованих підходів. Зважаючи на це, сучасна модель охорони здоров'я в Україні називається змішаною (детальніше про неї - в підрозділі 1.6) [22].

1.5. Суб'єкти та структури іноземних моделей охорони здоров'я

У кожній з описаних вище моделей існують специфічні структурні підрозділи, які виконують різні функції у системі охорони здоров'я. Ці підрозділи можуть включати як державні організації, так і приватні структури.

Структури у Беверіджській моделі:

1. Державні клініки та лікарні: основні постачальники медичних послуг, що фінансуються з державного бюджету.
2. Громадські організації: можуть брати участь у моніторингу якості послуг та забезпеченні доступності медичних послуг для вразливих груп населення.
3. Агенції охорони здоров'я: державні установи, які займаються плануванням та управлінням системою охорони здоров'я [26].

Структури у Бісмарківській моделі:

1. Фонди медичного страхування: основні фінансові інституції, які збирають внески від громадян та роботодавців і оплачують медичні послуги.
2. Приватні медичні заклади: лікарні та клініки, що надають медичні послуги на комерційній основі.

3. Професійні асоціації: організації, які представляють інтереси медичних працівників та забезпечують дотримання стандартів якості [27].

Структури у Національній медичній моделі:

1. Центральні агенції: організації, що відповідають за розподіл ресурсів та контроль за якістю медичних послуг.

2. Мережа клінік: мережа державних і частково приватних клінік, які співпрацюють з державою для надання медичних послуг.

3. Регуляторні органи: відповідають за стандартизацію та ліцензування медичних закладів та працівників [28].

Структури у Приватній моделі:

1. Приватні лікарні та клініки: основні постачальники медичних послуг, які конкурують між собою.

2. Страхові компанії: приватні компанії, які пропонують медичне страхування як засіб оплати медичних послуг.

3. Асоціації пацієнтів: громадські організації, які представляють інтереси пацієнтів та захищають їхні права на доступ до медичних послуг.

1.6. Суб'єкти та структури сучасної моделі охорони здоров'я в Україні: детальний огляд

Україна має свою специфічну модель охорони здоров'я, яка поєднує елементи різних світових моделей (і яка первинно була побудована за моделлю Семашка з подальшим поступовим трансформуванням).

Основні суб'єкти та структури української моделі:

1. **Верховна Рада України** - формує державну політику щодо охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я [30].

2. **Президент України** - відповідає за впровадження державної політики в галузі охорони здоров'я, виступаючи гарантом влади, та реалізує інші функції, передбачені Конституцією України [30].

3. **Кабінет Міністрів України** - відповідає за розробку та реалізацію державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, створює економічні, правові та організаційні механізми для стимулювання ефективної роботи у цій галузі. Він також стежить за розвитком мережі медичних закладів, укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я [30].

4. **Міністерство охорони здоров'я** (далі - МОЗ) є центральним виконавчим органом, який формує та реалізує державну політику в галузі охорони здоров'я. Воно розробляє нормативні акти, стандарти та протоколи лікування, контролює якість медичних послуг та ліцензування медичних закладів, координує діяльність регіональних департаментів охорони здоров'я, забезпечує фінансування медичних програм та сприяє міжнародному співробітництву [30].

5. **Інші міністерства та відомства України:** Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України, які мають свої власні медичні служби, що забезпечують медичними і профілактичними послугами відповідні категорії службовців та членів їх сімей. Державна кримінально-виконавча служба України є відповідальною за організацію медичних та профілактичних заходів усередині пенітенціарної системи [30].

6. **Національна служба здоров'я України** (далі - НСЗУ) - реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [31].

7. **Обласні департаменти охорони здоров'я** - структурні підрозділи Міністерства охорони здоров'я, які функціонують на обласному рівні. Відповідають за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, розробку нормативних актів, контроль за якістю медичних послуг [30].

8. **Міські ради, виконавчі комітети міських рад** - також здійснюють управління закладами охорони здоров'я, організацію медичного обслуговування населення, забезпечують доступність медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності [30].

9. **Районні ради, районні державні адміністрації, сільські та селищні ради** - реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством [30].

10. **Комунальні медичні заклади:** лікарні та поліклініки, що перебувають у власності місцевих громад і надають медичні послуги населенню [30].

11. **Приватні медичні заклади:** останнім часом в Україні спостерігається зростання кількості приватних клінік, які надають більш якісні та різноманітні медичні послуги [30].

12. **Громадські організації та асоціації** - відіграють важливу роль у захисті прав пацієнтів, моніторингу якості медичних послуг та проведенні інформаційних кампаній [30].

Висновки до розділу 1

Охорона здоров'я - це стратегічна інвестиція в людський капітал, що є рушійною силою прогресу. Здорове населення - запорука продуктивної, креативної та активної нації. Охорона здоров'я сприяє зниженню смертності, інвалідності та збільшенню тривалості життя, що має позитивний вплив на економічний та соціальний розвиток країни.

Дослідження провідних науковців вказують на такі ключові аспекти трансформації систем охорони здоров'я:

- роль держави: державне регулювання та міжнародна співпраця є важливими для забезпечення ефективної системи охорони здоров'я;
- значення інновацій: технології відіграють ключову роль у підвищенні ефективності медичних послуг;
- запобігання захворюванням: акцент на профілактику може значно підвищити ефективність медичних послуг.

Ці аспекти важливо враховувати при розробці та впровадженні реформ в охороні здоров'я відповідно до сучасних викликів.

Безперервний професійний розвиток (БПР) є обов'язковою складовою продовження ліцензування лікарів. Цей процес включає постійне вдосконалення професійної компетентності медичних працівників протягом усього їхнього кар'єрного шляху. У різних країнах організація БПР варіюється. Наприклад, у Словенії лікарі повинні набрати 75 кредитних одиниць протягом семи років через участь у лекціях, конференціях, публікаціях та інших формах навчання. В Україні лікарі зобов'язані накопичити щонайменше 50 балів за рік для продовження ліцензії. Система включає атестацію кожні п'ять років, використання портфоліо для моніторингу досягнень, а також модернізовані форми підвищення кваліфікації, включаючи майстер-класи, тренінги та дистанційні освітні ресурси.

Існують різні системи охорони здоров'я, кожна з яких має власні особливості. Наприклад, система Бісмарка (ринкова модель з державним контролем) заснована на соціальному страхуванні, фінансується через обов'язкові внески, забезпечує високий рівень охоплення, але має високі адміністративні витрати і потребує державного регулювання. Система Беверіджа (державна модель) забезпечує загальну доступність медичних послуг через державне фінансування. Вона є ефективною, але страждає від бюрократії та залежності від державного фінансування. Модель Семашка (державна нормативно-адміністративна модель) з централізованим управлінням і бюджетним фінансуванням має труднощі з модернізацією через бюрократичний підхід. Національна медична модель (як у Канаді) забезпечує

універсальний доступ через державне фінансування з контролем витрат. Приватна модель (як у США) базується на приватному фінансуванні, пропонує високу конкуренцію, але обмежує доступ для незабезпечених верств населення.

Кожна модель має свої унікальні підрозділи, які забезпечують ефективне функціонування системи охорони здоров'я. Зокрема, в Україні основні суб'єкти та структури моделі Семашка включають Верховну Раду України, яка визначає законодавчу базу та фінансування галузі, Президента України, який втілює державну політику в сфері охорони здоров'я, та Кабінет Міністрів України, що розробляє державні програми та створює механізми для їх реалізації. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) формує політику, розробляє стандарти, контролює якість та ліцензування. Інші міністерства мають свої медичні служби для забезпечення службовців. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) реалізує фінансові гарантії медичного обслуговування. Обласні департаменти охорони здоров'я реалізують політику на місцевому рівні, тоді як міські ради та виконавчі комітети організовують медичне обслуговування на муніципальному рівні. Районні та сільські ради реалізують політику у межах своїх повноважень. Комунальні медичні заклади забезпечують вищу доступність медичних послуг, у той час як приватні медичні заклади надають більше різноманіття послуг і переважають за кількістю установ. Громадські організації та асоціації захищають права пацієнтів та контролюють якість медичних послуг. Ця система охоплює різні рівні управління та види власності, забезпечуючи комплексний підхід до охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА У ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Міжнародне законодавство у сфері охорони здоров'я

Ключовими документами для розробки державної політики в сфері охорони здоров'я в багатьох країнах є Європейський кодекс соціального захисту (European Code of Social Security; Страсбург, 1962 рік) і Хартія соціальних прав (Charter on Social Rights; Гавана, 1982 рік) [31][32]. Основні принципи державної політики та стратегії в сфері охорони здоров'я були окреслені на першій Міжнародній конференції з питань зміцнення здоров'я (I International Conference on Health Promotion; Канада, 1986 рік), в документі, відомому як Оттавська хартія сприяння зміцненню здоров'я (Ottawa Charter for Health Promotion). Відповідно до прийнятих рішень, передбачається впровадження нових управлінських технологій у сфері охорони здоров'я, заснованих на міжгалузевому підході [33].

На конференції було зазначено, що фактори, які впливають на здоров'я, мають свої біологічні та соціальні основи. Державна політика для збереження і покращення здоров'я повинна об'єднувати різні, але взаємодоповнюючі методи, такі як законодавчі зміни, фіскальні заходи, податкові реформи та організаційні трансформації. Також важливо виявляти та усувати перешкоди, що заважають формуванню ефективної політики в галузі охорони здоров'я [35]. Відповідно до Оттавської хартії, реалізація заходів для покращення здоров'я має включати такі напрямки:

- 1) розробку політики охорони здоров'я з урахуванням міжгалузевого підходу;
- 2) створення сприятливих умов, які базуються на соціально-екологічному підході до здоров'я;
- 3) зміцнення ролі громад у визначенні пріоритетів, прийнятті рішень, плануванні стратегій та їх реалізації для покращення здоров'я;

4) розвиток особистих і соціальних навичок через надання інформації, освіти в галузі здоров'я та вдосконалення життєвих умінь;

5) переорієнтацію системи охорони здоров'я на профілактику захворювань, акцентуючи увагу на превентивній медицині та первинній медичній допомозі [35][38].

Отже, основними стратегічними завданнями для реалізації принципів Оттавської хартії на глобальному рівні є наступні:

1) рух до «здорової» державної політики, яка чітко орієнтована на підтримку та покращення здоров'я, а також справедливий доступ до медичних послуг;

2) боротьба з негативними факторами навколишнього середовища, такими як небезпечні умови життя, неправильне харчування, виснаження ресурсів, забруднення, небезпеки на виробництві та проблеми з житлом;

3) усунення нерівностей у праві на доступ до медичних послуг як всередині суспільства, так і між різними соціальними групами;

4) визнання населення - основного ресурсу країни - таким, що потребує підтримки через фінансові та інші важелі впливу;

5) зміна акцентів в медичній сфері на превентивну медицину і політику збереження здоров'я;

6) визнання здоров'я як ключового соціального ресурсу та важливої політичної проблеми [35] [38].

Право на здоров'я як пріоритет закріплено в статті 12 Загальних коментарів Комітету з економічних, соціальних та культурних прав [35]. Міжнародні хартії та декларації служать базою для формування національної політики охорони здоров'я в більшості країн, передбачаючи:

- поступове впровадження державних політик та стратегій охорони здоров'я з використанням максимально можливих ресурсів;

- заборону на погіршення існуючого стану охорони здоров'я [36].

Основні характеристики права на здоров'я включають його доступність, прийнятність та якість. Таким чином, у всьому світі право на здоров'я повинно

забезпечуватись національними програмами, стратегіями розвитку та політиками в галузі охорони здоров'я на всіх рівнях - національному, регіональному та місцевому, інтегруючи основні чинники здоров'я як частину комплексного підходу до охорони здоров'я та прав людини [37].

2.2. Українське законодавство у сфері охорони здоров'я

У нормативно-правову базу, що регулює сферу охорони здоров'я в Україні з моменту здобуття незалежності, входять понад 5,5 тисячі законодавчих і підзаконних актів, що мають комплексний характер [39]. Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року (№2801-ХІІ, редакція від 16.01.2020 року), держава та суспільство гарантують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності країни. Формуючи державну політику, Україна враховує принципи міжнародних договорів, які вона ратифікувала [40].

Ключовими законодавчими актами є наступні:

1. **Конституція України**, яка закріплює право на охорону здоров'я [41]. Зокрема, у статті 49 Конституції України йдеться, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Це право забезпечується державою через фінансування соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного та доступного медичного обслуговування для всіх громадян. Усі державні та комунальні медичні заклади надають безкоштовну медичну допомогу, і держава зобов'язується не скорочувати існуючу мережу таких закладів. Крім того, держава підтримує розвиток медичних установ різних форм власності.

Також держава дбає про розвиток фізичної культури та спорту, забезпечуючи санітарно-епідемічний добробут населення.

2. **Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»**, що є основоположним документом, який регулює всі аспекти

охорони здоров'я в Україні, забезпечуючи комплексний підхід до захисту здоров'я громадян та організації медичної допомоги [40].

Основні положення закону стосуються такого:

а) прав і обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я: закон гарантує громадянам право на охорону здоров'я, включаючи доступ до медичних послуг, захист від шкідливих впливів навколишнього середовища та участь у реалізації державної політики охорони здоров'я;

б) медико-санітарної допомоги: встановлюються гарантії надання медичної допомоги, зокрема, доступність медичних послуг, їх якість і своєчасність;

в) організації охорони здоров'я: закон визначає принципи управління системою охорони здоров'я, включаючи державне регулювання, планування, фінансування та контроль якості медичних послуг;

г) фінансування системи охорони здоров'я: охорона здоров'я фінансується за рахунок державного бюджету, фондів медичного страхування та інших джерел, не заборонених законодавством;

д) прав медичних працівників: закон визначає права та обов'язки медичних працівників, включаючи право на безпечні умови праці, професійний розвиток, соціальні гарантії та захист професійної честі;

е) медичного забезпечення окремих груп населення: окремі групи населення, такі як діти, люди похилого віку, вагітні жінки та інші, мають право на спеціальні умови медичного обслуговування. Закон передбачає заходи для їхнього захисту та підтримки;

ж) профілактики захворювань: закон наголошує на важливості профілактичних заходів, включаючи пропаганду здорового способу життя, вакцинацію та інші превентивні заходи для зменшення ризику захворювань;

з) наукових досліджень та освіти у сфері охорони здоров'я: підтримка наукових досліджень і освітніх програм у медичній сфері є важливим аспектом закону, що сприяє підвищенню якості медичного обслуговування;

и) міжнародного співробітництва: закон передбачає активну участь України в міжнародних програмах і проектах у сфері охорони здоров'я. Це включає обмін досвідом, участь у міжнародних наукових дослідженнях та співпрацю з міжнародними організаціями для покращення рівня надання медичних послуг;

к) екологічних та гігієнічних норм: закон підкреслює важливість дотримання екологічних і гігієнічних норм у всіх сферах життя для забезпечення високого рівня громадської охорони здоров'я. Це включає контроль за якістю харчових продуктів, води, повітря, а також санітарне регулювання робочих місць та житлових умов;

л) контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я: закон встановлює механізми державного контролю та нагляду за дотриманням стандартів у сфері охорони здоров'я, включаючи перевірки медичних закладів та моніторинг якості наданих послуг;

м) відповідальності за порушення законодавства: закон визначає, що порушення норм у сфері охорони здоров'я призводить до відповідальності, яка може включати адміністративні, дисциплінарні чи кримінальні санкції. Це стосується як окремих осіб, так і організацій, які порушують правила та стандарти медичного обслуговування;

н) інформаційної політики: закон гарантує право пацієнтів на доступ до інформації про їхній стан здоров'я, методи лікування та можливі ризики. Також передбачено право пацієнтів на отримання інформації про діяльність медичних закладів та якість їхніх послуг;

о) захисту прав пацієнтів: особлива увага приділяється захисту прав пацієнтів, включаючи право на конфіденційність медичної інформації, інформовану згоду на лікування та захист від будь-яких форм дискримінації.

3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [42], що визначає державні фінансові гарантії для надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості.

Ці гарантії забезпечуються за рахунок коштів Державного бюджету України через програму медичних гарантій. Закон базується на Конституції України і регулює суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, включаючи міжнародні договори, ратифіковані Верховною Радою України. Закон також визначає права пацієнтів, включаючи право на отримання безкоштовної інформації про медичні послуги, вибір лікаря, захист персональних даних, а також право на оскарження дій медичних установ.

Основні положення закону описують наступне:

а) програма медичних гарантій - визначає перелік та обсяг медичних послуг, які держава повністю оплачує за рахунок державного бюджету. Це включає профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію, допомогу при вагітності та пологах;

б) надавачі медичних послуг - це заклади охорони здоров'я та фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію на медичну практику та уклали договір з уповноваженим органом;

в) реімбурсація - повне або часткове відшкодування вартості лікарських засобів, що відпущені пацієнтам на підставі рецепта, за рахунок бюджету;

г) тарифи - ставки, що визначають розмір повної оплати за медичні послуги та лікарські засоби;

д) уповноважений орган - це центральний орган виконавчої влади зі спеціальним статусом, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування. Він відповідає за моніторинг потреб населення у медичних послугах, укладення договорів про медичне обслуговування, розробку програми медичних гарантій тощо;

е) принципи програми медичних гарантій - включають законодавче визначення умов фінансування, рівні державні гарантії для всіх, цільове використання коштів, універсальність та справедливість доступу до медичних послуг;

ж) права та обов'язки пацієнтів - пацієнти мають право на якісні медичні послуги за рахунок держави, вибір лікаря, доступ до інформації про їх здоров'я,

оскарження рішень медичних установ. Вони зобов'язані надавати достовірну інформацію та виконувати приписи лікаря;

з) договори про медичне обслуговування - укладаються між уповноваженим органом та медичними закладами. Вони містять перелік послуг, порядок оплати, обов'язки сторін тощо. Договори мають бути опубліковані на офіційному веб-сайті уповноваженого органу;

и) оплата медичних послуг - встановлюються єдині тарифи для всієї території України. Тарифи можуть бути різними, наприклад, глобальні ставки, капітаційні ставки, ставки на пролікований випадок тощо. Методика розрахунку тарифів затверджується центральними органами виконавчої влади;

к) контроль та відповідальність - контроль за дотриманням законодавства здійснюють центральні органи виконавчої влади. Особи, винні у порушенні закону, несуть відповідальність згідно з законодавством;

л) зміни до інших законів - вносяться зміни до законодавства про охорону здоров'я, захист персональних даних, ціноутворення та інші, щоб узгодити їх з положеннями цього закону.

Цей закон є важливим кроком у реформуванні системи охорони здоров'я в Україні, забезпечуючи фінансові гарантії для населення у сфері медичного обслуговування.

4. Постанова №1394 від 22.12.2023 р. «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» [43], яка регулює реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення на 2024 рік. У документі встановлено порядок та коефіцієнти, які забезпечують доступ населення до медичних послуг. Дана постанова чітко визначає, які медичні послуги фінансуються державою та як відбувається розподіл бюджетних коштів. Фінансування здійснюється на основі договорів з надавачами медичних послуг, які повинні відповідати встановленим стандартам якості та ефективності. Постанова описує механізми контролю за використанням бюджетних коштів, за що відповідають центральні органи виконавчої влади. Це забезпечує справедливий розподіл ресурсів у системі

охорони здоров'я. Також визначено критерії для укладення договорів між державними органами та медичними закладами, включаючи вимоги до матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення. Медичні заклади повинні відповідати цим критеріям для отримання державного фінансування.

Встановлення тарифів на медичні послуги враховує реальну вартість і всі необхідні витрати, що забезпечує прозорість фінансування і підвищення якості медичної допомоги. Передбачено механізми для перегляду тарифів та умов фінансування залежно від економічної ситуації. Постанова акцентує на рівному доступі до медичних послуг для всіх громадян України. Укладені договори повинні бути публічними, що забезпечує прозорість і громадський контроль.

Особлива увага приділяється захисту прав пацієнтів. Пацієнти мають право на отримання повної інформації про обсяг та якість медичних послуг, що фінансуються державою, та механізми оскарження дій медичних установ при неналежному виконанні обов'язків. Контроль за виконанням постанови здійснюють центральні органи виконавчої влади, які зобов'язані регулярно моніторити якість надання медичних послуг і дотримання умов договорів, а також вживати заходів у разі виявлення порушень.

5. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [44], що спрямована на покращення та розвиток системи охорони здоров'я, зокрема на забезпечення доступності та раціонального використання ефективних і безпечних лікарських засобів високої якості, а також надання населенню України доступу до якісних медичних послуг.

Вона орієнтується на провідні національні документи та міжнародний досвід, включаючи стратегічні документи ВООЗ, Європейського Союзу, а також найкращі практики країн ЄС, Великої Британії, США та інших держав. Положення стратегії враховують ряд раніше розроблених стратегічних документів уряду та Міністерства охорони здоров'я. Зокрема, в процесі розробки стратегії було проаналізовано та враховано наступні документи:

5.1. Національні стратегії:

- а) Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. №1013-р;
- б) Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. №1002-р;
- в) Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 28 грудня 2020 р. №1671-р;
- г) Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року, затверджена постановою КМУ від 5 грудня 2018 р. №1022;
- д) Указ Президента України №369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»;
- е) Національна економічна стратегія (2030 р.);
- ж) Стратегія економічної безпеки (2025 р.);
- з) Стратегія із створення безбар'єрного простору (2030 р.);
- и) Стратегія людського розвитку;
- к) Національна стратегії у сфері прав людини;
- л) Державна стратегія регіонального розвитку (2027 р.);

5.2. Міжнародні керівні документи:

- а) Цілі сталого розвитку;
- б) Угода про асоціацію між Україною та ЄС;
- в) Оцінки з дотримання прав людини відповідно до механізму Універсального періодичного огляду;
- г) зобов'язання за Меморандумом про взаєморозуміння між Україною та ЄС;
- д) Зобов'язання України перед МВФ;
- е) Міжнародні медико-санітарні правила;
- ж) Управління здоров'ям у 21 столітті (Європейське регіональне бюро

з) Всесвітньої організації охорони здоров'я)

и) Фармацевтична стратегія Європи 2020. [44]

6. Постанова Кабінету Міністрів України №216 від 10.03.2023 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» [45]. У ній визначено порядок використання державних коштів для безперервного професійного розвитку працівників охорони здоров'я, з урахуванням змін, внесених постановами КМ №193 від 23.02.2024 та №1051 від 06.09.2024. Основною метою є забезпечення фінансування загальнодержавних заходів у сфері медичної освіти, спрямованих на постійний професійний розвиток медичних працівників. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) є головним розпорядником і відповідальним за програму. Кошти виділяються на відшкодування витрат на професійне навчання медичних працівників, з обмеженням до 2000 гривень на людину в рік. Розподіл коштів здійснюється структурними підрозділами МОЗ на основі кількості медичних працівників, які потребують навчання, за винятком тих, хто вже отримав фінансування з інших джерел. Заклади охорони здоров'я укладають договори з медичними працівниками для відшкодування витрат на їхнє навчання. Щорічні плани навчання затверджуються закладами і подаються до структурних підрозділів. МОЗ збирає та аналізує дані щодо кількості медичних працівників, які потребують навчання, і розподіляє бюджетні кошти між відповідними підрозділами. Заклади надають щомісячні звіти про навчання медичних працівників, а структурні підрозділи передають ці дані до МОЗ. Витрати на навчання лікарів відшкодовуються через їхні банківські рахунки за наявності підтвердних документів. Кошти не можуть бути використані для придбання товарів або послуг, не пов'язаних з професійним розвитком. Також регламентується ведення бухгалтерського обліку та звітності, а ще - контроль за цільовим використанням бюджетних коштів.

Департамент охорони здоров'я, діючи на підставі цих актів, зосереджується на реалізації державної політики, контролі якості медичних

послуг та забезпеченні їх доступності [40][42]. Він також відповідає за впровадження програм медичних гарантій, які підтримують фінансування медичних установ та розвиток інфраструктури охорони здоров'я [43].

Отже, законодавча база України у сфері охорони здоров'я створює основу для ефективної системи, орієнтованої на потреби населення, та підтримує розвиток медичних послуг на всіх рівнях [39][40][41][42][43][44][45].

Висновки до розділу 2

Міжнародне законодавство у сфері охорони здоров'я базується на таких ключових документах, як Європейський кодекс соціального захисту та Хартія соціальних прав. Принципи державної політики в цій галузі були сформульовані в Оттавській хартії, яка закликає до міжгалузевго підходу, включаючи законодавчі зміни, фінансові реформи та організаційні трансформації для покращення здоров'я.

Завдання включають розробку політики з міжгалузевим підходом, створення сприятливих умов, зміцнення ролі громад, розвиток навичок, та переорієнтацію системи на превентивну медицину. Стратегічними цілями є створення «здорової» політики, боротьба з екологічними факторами, усунення нерівності в доступі до медичних послуг, визнання населення як ресурсу, та акцент на превентивну медицину.

Право на здоров'я визначається як пріоритет у міжнародних документах, підкреслюючи його доступність і якість. Вони вимагають впровадження політик з використанням всіх можливих ресурсів і заборону на погіршення стану охорони здоров'я, інтегруючи ці принципи в національні програми.

Українське законодавство у сфері охорони здоров'я містить понад 5,5 тисяч нормативних документів, що забезпечують реалізацію конституційних прав на медичну допомогу. Основні акти включають Конституцію України, яка гарантує право на охорону здоров'я, та Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», що регулює всі аспекти охорони здоров'я, від прав громадян до фінансування системи.

Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає державні фінансові гарантії медичних послуг за рахунок бюджету. Постанова №1394 регулює реалізацію програми медичних гарантій у 2024 році, забезпечуючи фінансування медичних послуг на основі договорів з надавачами послуг.

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року спрямована на покращення доступності якісних медичних послуг, враховуючи провідні міжнародні документи та практики. Постанова №216 визначає порядок використання коштів для професійного розвитку медичних працівників.

Законодавча база України у сфері охорони здоров'я створює основу для ефективної системи, орієнтованої на потреби населення та підтримуючи розвиток медичних послуг на всіх рівнях.

РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПОСТПАНДЕМІЇ В УКРАЇНІ

3.1. Сучасний стан державного регулювання стандартів якості надання медичної допомоги

В умовах війни та постпандемії в Україні питання забезпечення якості медичної допомоги стає особливо актуальним. Зміни в соціально-економічному середовищі та виклики, пов'язані з надзвичайними ситуаціями, вимагають адаптації системи охорони здоров'я до нових реалій. Державне регулювання, яке включає стандарти якості медичних послуг, відіграє ключову роль у забезпеченні доступності та ефективності медичної допомоги. Це регулювання не лише встановлює основи для надання медичних послуг, але й визначає напрями розвитку системи охорони здоров'я, що важливо для підвищення її стійкості.

Зміни, які відбуваються, зумовлюють необхідність постійного вдосконалення нормативно-правового забезпечення, що регулює стандарти якості та визначає функціонування системи охорони здоров'я в нових умовах. Створення госпітальних округів та кластерів, удосконалення механізмів акредитації та ліцензування є частиною зусиль держави щодо збереження та покращення якості медичних послуг. У цьому контексті міжнародний досвід та адаптація найкращих практик можуть суттєво вплинути на формування ефективної та стійкої системи охорони здоров'я в Україні.

Стандартизація якості медичної допомоги є основою збереження всіх можливих ресурсів і потенціалу нації. Забезпечення якості в охороні здоров'я - це процес, на який впливає велика кількість внутрішніх факторів і зовнішніх чинників, оскільки він стосується роботи як медичних працівників, так і керівників, а також усіх організацій, установ і працівників, пов'язаних із охороною здоров'я. І головне, якість стосується споживачів - пацієнтів.

Якість також включає оцінку медичної допомоги та її ефективності стосовно конкретного захворювання з акцентом на запобігання його подальшому розвитку. Коли професійні знання та наукові досягнення забезпечують оптимальні клінічні, функціональні та психологічні результати, якість розглядається як процес управління її складовими. Якість медичної допомоги як об'єкт управління є властивістю процесу взаємодії лікаря і пацієнта, яка зумовлена кваліфікацією медичного працівника, хто володіє знаннями та вміннями, можливостями та ресурсами для виконання необхідних медичних процедур/технологій, що знижують ризики прогресування/рецидиву захворювання та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовуючи необхідні ресурси охорони здоров'я з досягненням задоволеності пацієнта від взаємодії з лікувальним закладом.

Таким чином, загально визнаним і рекомендованим ВООЗ є те, що при вивченні якості медичної допомоги та заходів щодо охорони здоров'я, особливо у взаємодії лікаря і пацієнта, враховуються чотири основні складові якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.

Дослідники, теоретики та практики підкреслюють важливість забезпечення якості клінічної практики, що тісно пов'язана з оцінкою пацієнта і залежить від їх задоволеності отриманими послугами. Медичні працівники позитивно ставляться до заходів, спрямованих на підвищення їхніх професійних знань та навичок: вимоги до безперервної медичної освіти стали звичними. Нові показники якості постійно перевіряються та впливають на всіх постачальників медичних послуг, включаючи керівників лікарень, лікарів, медсестер, медичних техніків, спеціалістів з медичної документації та спеціалістів із покращення якості [46][47][48][49].

На законодавчому рівні поняття «якість медичної допомоги» в Україні визначено як «надання медичної допомоги та інші заходи щодо організації надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я» [50]. М. Миронов розглядає якість

медичної допомоги як комплексну категорію, що характеризує оцінку медичної допомоги як співвідношення між основними стандартизованими очікуваннями від медичного втручання та реально отриманими результатами, які базуються на дослідженні кадрового, матеріально-технічного потенціалу закладу охорони здоров'я, а також стану пацієнта [51].

На нашу думку, концептуальні засади за М. Мироновим є адекватними та враховують практично всі елементи якості (ефективності та результативності) медичної допомоги та інших заходів охорони здоров'я. Сюди включені клієнти (пацієнти), постачальники різноманітних медичних послуг та менеджери охорони здоров'я - усі основні суб'єкти, які є важливими для визначення якості медичної допомоги та медичної діяльності.

Для України важливо чітко відповісти на головні питання про те, що саме означає якість медичної допомоги та медичних заходів для пацієнтів і громад, для медичних працівників на всіх рівнях надання та організації медичної допомоги, для менеджерів, які організують процес і забезпечують злагодженість та ефективність функціонування систем охорони здоров'я. Це відповіді на запитання з усіх трьох сторін, які дозволять вам отримати реальні можливості та повніше оцінити якість медичної допомоги та заходи щодо охорони здоров'я.

Говорячи про якість у цілому, ми маємо на увазі рівень здатності послуги задовольняти потреби споживача, а управління якістю - це комплексна система, яка включає процеси забезпечення та контролю якості, а також спосіб її оцінки. Контроль якості як важлива складова управління якістю включає встановлення нормативів і забезпечення функціонування в межах цих стандартів через перевірку та збір даних, що гарантує дотримання вимог до якості [46]. Це має значення як для внутрішніх зацікавлених сторін, таких як керівництво; так і для пацієнтів, акредитуючих організацій та інших зовнішніх зацікавлених сторін [47].

Серед основних механізмів державного регулювання якості в охороні здоров'я виділяють такі: ліцензування, акредитацію, стандартизацію,

сертифікацію та атестацію (постійна освіта та навчання - безперервне підвищення кваліфікації). Законодавство України щодо якості медичної допомоги включає відповідні закони та нормативні акти, які регулюють цю сферу. Т. Коваленко підкреслює, що одна частина законодавства визначає основні принципи правового регулювання організації та управління у сфері охорони здоров'я загалом, тоді як інша частина визначає процедури державного контролю за якістю медичної допомоги [48].

Важливу роль у державному регулюванні якості медичної допомоги відіграє стандартизація у сфері охорони здоров'я. Система стандартів у цій галузі складається з державних соціальних стандартів та галузевих стандартів, які встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Законодавство визначає галузеві стандарти, такі як стандарт медичної допомоги, клінічний протокол, протокол надання реабілітаційної допомоги, журнал обліку матеріально-технічного оснащення та медична форма [49].

Для покращення якості медичних послуг в Україні Кабінет Міністрів затвердив «Порядок акредитації закладу охорони здоров'я», який визначає акредитацію як офіційне визнання наявності в закладі умов для якісного надання медичної допомоги, що відповідає стандартам у сфері охорони здоров'я [50]. Законодавство також передбачає можливість добровільної акредитації закладів охорони здоров'я [49]. Акредитація здійснюється після отримання ліцензії на провадження медичної практики [50]. Господарська діяльність у сфері охорони здоров'я, яка потребує ліцензування, дозволяється лише за наявності ліцензії [49].

О. Худошина стверджує, що підвищення якості медичних послуг можливе через належний контроль на всіх етапах цього процесу, з постійними змінами та вдосконаленням системи [2] [51]. Це дозволяє визначити взаємозв'язок між механізмами та інструментами державного регулювання якості медичної допомоги.

Указом Президента України від 24 лютого 2022 року №64/2022 в Україні запроваджено воєнний стан, який затверджено Законом України від 24 лютого 2022 року №2102-IX (Указ Президента України №64/2022, 2022). З метою підвищення якості первинної медико-санітарної допомоги в умовах воєнного стану Наказом МОЗ України від 17 березня 2022 року №496 «Деякі питання надання первинної медико-санітарної допомоги в умовах воєнного стану» надавачам первинної медичної допомоги необхідно забезпечити ведення обліку переселенців, які звертаються за первинною медичною допомогою, за встановленою формою; надання первинної медико-санітарної допомоги та медичної допомоги хворим у невідкладних ситуаціях з числа переселенців; щеплення відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень (Наказ МОЗ України №496, 2022).

Українське законодавство визначає межі госпітальних округів для забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги для населення. Госпітальний округ поділяється на госпітальні кластери, які забезпечують комплексний доступ до стаціонарної медичної допомоги. Кабінет Міністрів України встановлює межі та порядок функціонування госпітальних округів і кластерів, а також кластерних, надкластерних та інших типів закладів охорони здоров'я, які входять до мережі, здатної забезпечити комплексну медичну допомогу. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. №174 «Деякі питання організації дієздатної мережі закладів охорони здоров'я» затверджує механізм функціонування госпітальних округів і кластерів [52].

Актуальність підвищення якості та доступності медичної допомоги підтверджується рекомендаціями ВООЗ щодо розвитку системи якості медичної допомоги. В Україні створення систем управління якістю є пріоритетним напрямком трансформації системи охорони здоров'я, що визначає стратегічні перспективи діяльності медичних закладів [53]. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» також підкреслює цю важливість [54].

Деякі заходи, вжиті під час війни, допомогли зберегти сталий рівень якості медичної допомоги в умовах кризи. Це включало повну управлінську та фінансову автономію медичних закладів, що дозволило їм швидко реагувати на виклики. Запровадження спрощеного доступу для внутрішньо переміщених осіб до первинної медичної допомоги значно підвищило доступність для них медичних послуг [55].

Зміни до Програми медичних гарантій були спрямовані на вирішення нових проблем зі здоров'ям, таких як психічне здоров'я та фізична реабілітація, що виникли внаслідок війни. Було розроблено нові пакети медичних послуг, такі як «Супровід та лікування психічних розладів» та «Комплексна реабілітаційна допомога» [56].

3.2. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Аналіз та оцінка якості в системі охорони здоров'я: досвід лікаря

Працюючи нейрохірургом в одному із комунальних підприємств Луцька, М. Жишко має нагоду спостерігати особливості функціонування системи охорони здоров'я «зсередини». Це наштовхує на певні висновки та ідеї. Так, на думку авторів, забезпечення якості медичної допомоги в умовах війни та постпандемії в Україні вимагає вдосконалення інструментів та критеріїв на науковій основі з подальшим моніторингом ефективності. Стимулювання медпрацівників та контроль за рівнем задоволеності пацієнтів є важливими для виявлення основних проблем та напрямків вдосконалення управління якістю. Сучасні управлінські та правові заходи є необхідними для вдосконалення механізмів державного регулювання якості медичної допомоги.

Також автори вважають, що аби досягти покращення результатів здоров'я та задоволення законних очікувань населення, система охорони здоров'я повинна мати достатні ресурси, включаючи фінансові, підготовлений персонал, відповідні установи, обладнання та медикаменти. Разом з тим, важливо усунути недоліки: неефективні методи лікування, відсутність наукового підходу та слабку персоніфіковану орієнтацію на споживача.

Для покращення якості охорони здоров'я пропонується вдосконалення систем управління якістю у напрямку підвищення задоволеності пацієнтів і впровадження доказової медицини. Наш новий підхід до якості підкреслює важливість орієнтації на результати, а не лише на структури, і розглядає якість як функцію системи, а не окремих осіб. Запропонований підхід до покращення якості включає чотири етапи: ідентифікація проблеми, аналіз існуючих систем, розробка та впровадження змін.

Що ж стосується модифікованої моделі Семашка в Україні, то вважаємо, що вона має бути замінена на сучасну змішану модель, яка базується на ринкових принципах організації системи охорони здоров'я України. Перехід до нової моделі передбачає переорієнтацію діяльності медичних закладів на профілактику та формування здорового способу життя; зміну механізмів фінансування та виплат (зарплата залежить від кількості наданих послуг - для стимулювання медпрацівників; заклад фінансується більшою мірою за рахунок власних надходжень - для стимулювання керівників).

Одним з ключових завдань державної політики України у сфері правового регулювання медичної діяльності є розробка Медичного кодексу України та адаптація нормативно-правових актів відповідно до європейських і міжнародних стандартів. У процесі розробки Медичного кодексу України повинні бути врегульовані пріоритетні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я та шляхи їх реалізації; правові основи організації системи охорони здоров'я України; законодавче закріплення медичних термінів для правильного визначення відповідних об'єктів; чітке окреслення джерел фінансування системи охорони здоров'я; механізми запобігання нецільовому використанню державних коштів; права та захист прав пацієнтів; права та відповідальність медичних працівників; правове регулювання медичних експертиз, трансплантації органів, репродуктивних технологій, медичних експериментів, надання платних медичних послуг, психіатричної допомоги; надання медичної допомоги в контексті права людини на життя; формування оновлених детальних уніфікованих клінічних протоколів до кожного діагнозу,

створення маршрутів пацієнта і чітке дотримання їх, правові засади функціонування єдиного медичного простору України; питання міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я тощо.

У межах державної концепції реформування основною метою та критерієм управління системою охорони здоров'я, включаючи фармацевтичний сектор, має стати не лише якість медичних послуг, але й якість фармацевтичного обслуговування.

Додатково з метою поліпшення якості надання медичних послуг автори пропонують розвивати сферу медичного винахідництва шляхом залучення лікарів з найкращими показниками роботи до діяльності в науково-дослідних інститутах, спрощення бюрократичних процедур при сертифікації медичних винаходів, прозорого оцінювання новизни і значимості винаходу та шляхом відчутного преміювання за особливо важливі винаходи в медицині.

Зокрема, Жишко М. має ідеї таких інновацій: використання штучного інтелекту в діагностиці захворювань (під контролем фахівців) та розвиток мобільних додатків для дистанційного консультування. Це суттєво допоможе в умовах війни, коли пацієнти на фронті або взагалі не мають змоги отримати якісну медичну консультацію наживо, або ж змушені чекати цілий день у черзі до лікаря.

Також пропонується змінити систему фінансування науково-дослідних інститутів з бюджетної на змішану форму, залучаючи грантові кошти та спонсорські внески приватних компаній до конкретних досліджень з метою прискорення науково-технічного прогресу, який є особливо важливим під час війни.

Також, на думку авторів, наразі існує нерівноцінність у праві на отримання медичних послуг. Українська медицина є безкоштовною з розрахунком на те, що громадяни повинні сплачувати податки. Однак на безкоштовні медичні послуги претендують також велика кількість осіб, хто ухиляється від сплати податків. Це розорює «медичний бюджет». Інформацію про те, чи є громадянин офіційно працевлаштованим, кожен лікар може легко

перевірити через електронну систему охорони здоров'я. З метою вирівнювання у правах платників і неплатників податків автори пропонують впровадити для офіційно непрацевлаштованих людей працездатного віку (за винятком осіб з інвалідністю) або окремих щомісячний медичний збір, або платні медичні послуги (на вибір громадянина). Однак оскільки трапляються ситуації, коли громадянин нещодавно звільнився з попередньої офіційної роботи і ще не влаштувався на нову офіційну зайнятість, автори пропонують зробити «фільтр». Тобто для офіційно працевлаштованих осіб і для працездатних громадян, які не працюють офіційно терміном менше трьох місяців, медицина безкоштовна. Хто не сплачує податки терміном понад останні 3 місяці (на момент звернення у лікувальний заклад), але при цьому є працездатного віку і без інвалідності, пропонується зробити надання медичних послуг повністю платним.

Аналіз вітчизняного та міжнародного досвіду свідчить, що підвищити якість медичних послуг можна двома шляхами. Перший - це належний контроль за якістю на всіх етапах - від видачі відповідних дозволів на медичну діяльність до контролю кінцевих результатів. Другий - це управління процесом, де підвищення якості досягається шляхом поліпшення результатів роботи системи в цілому, через її постійну модифікацію та вдосконалення. Максимального ефекту можна досягти, гармонійно поєднуючи ці підходи та використовуючи всі доступні механізми впливу на якість медичних послуг.

Висновки до розділу 3

В умовах війни та постпандемії в Україні якість медичної допомоги стала критично важливою. Державне регулювання, що включає стандарти якості, забезпечує доступність та ефективність медичних послуг, адаптуючись до нових умов через вдосконалення нормативно-правової бази та акредитацію закладів. Міжнародний досвід сприяє формуванню стійкої системи охорони здоров'я. Якість медичної допомоги оцінюється через кваліфікацію лікарів, безпеку пацієнтів та їх задоволеність. Законодавство України визначає якість як

відповідність встановленим стандартам, а акредитація підтверджує, що заклади цих стандартів дотримуються. Під час війни впроваджено заходи для покращення первинної медико-санітарної допомоги і створено госпітальні округи для доступності медичних послуг. Підвищено доступність для переселенців і розроблено нові пакети для психічного здоров'я та реабілітації. Посилення автономії медичних закладів дозволяє їм швидше реагувати на виклики.

На думку авторів, для покращення якості медичної допомоги в Україні в умовах війни та постпандемії потрібно вдосконалити науково обґрунтовані інструменти та критерії з моніторингом ефективності. Важливі також стимулювання медпрацівників і контроль задоволеності пацієнтів. Ресурси в достатній кількості, підготовлений персонал і сучасна інфраструктура є критично важливими. Слабка орієнтація на споживача та неефективні методи лікування мають бути усунені.

Ключовим завданням є розробка Медичного кодексу України із оновленими уніфікованими протоколами та чітко дотримуваними маршрутами пацієнтів. Це регулюватиме всі аспекти медичної діяльності, права пацієнтів і працівників, та міжнародне співробітництво. Також важливо в умовах війни забезпечувати прискорення науково-технічного медичного прогресу, включаючи стимулювання медичного винахідництва, впровадження штучного інтелекту в діагностиці та розширення використання телемедицини.

Основними напрямками покращення є управління якістю та контроль на всіх етапах медичної діяльності. Це дозволить гармонійно поєднувати підходи для підвищення якості медичних послуг, використовуючи міжнародний досвід.

ВИСНОВКИ

Сучасна система охорони здоров'я є складною інфраструктурою, що об'єднує медичні, соціальні та економічні аспекти для забезпечення здоров'я населення. Вона має бути орієнтована на унікальні потреби та обставини кожної людини. Важливою складовою є не лише лікування захворювань, але й їх профілактика, що дозволяє знизити потребу у складних медичних процедурах і покращити якість життя. Дуже важливо інтегрувати фізичний, психічний і соціальний добробут, адже це є основою комплексного підходу до охорони здоров'я. Ефективність системи залежить від співпраці медичних працівників, управлінців, науковців та громадських організацій, які об'єднують зусилля для досягнення спільних цілей. Впровадження новітніх технологій, таких як телемедицина та електронні медичні картки, є критично важливим для підвищення ефективності та доступності медичних послуг. Крім того, система повинна бути здатною до адаптації та оперативного реагування на виклики, такі як війна або пандемія (а це потребує стратегічного планування та підготовки).

Проаналізувавши погляди провідних дослідників на трансформацію систем охорони здоров'я під впливом глобалізації, технологічного прогресу та демографічних змін, можна зробити висновок про необхідність комплексного підходу до реформування. Він має враховувати соціальні, економічні та політичні аспекти, а також спиратися на доказову політику та адаптивні стратегії.

Особливої уваги потребує вирішення проблеми економічної нерівності, яка суттєво впливає на доступність та якість медичних послуг. Державне регулювання та фінансування, поряд з міжнародною співпрацею, є ключовими інструментами у боротьбі з цією проблемою.

Враховуючи український контекст, ми вважаємо, що оптимальна модель системи охорони здоров'я для України передбачає наступне:

- стандартизацію медичних технологій та впровадження сучасних інструментів управління якістю, таких як уніфіковані клінічні протоколи,

маршрути пацієнтів та контрольні списки для підвищення ефективності й безпеки медичних послуг;

- посилення державного регулювання та міжгалузевої координації для забезпечення відповідальності держави за здоров'я населення;
- економічну оцінку профілактичних заходів для ефективного планування та розподілу ресурсів.

Впровадження цих заходів сприятиме створенню справедливої, ефективної та доступної системи охорони здоров'я в Україні, здатної адекватно реагувати на сучасні виклики.

Важливим компонентом медичної освіти є безперервний професійний розвиток (БПР), що забезпечує підтримку і підвищення професійної компетентності лікарів протягом всього їхнього професійного життя. БПР включає різні форми навчання, такі як лекції, самостійне навчання, участь у конференціях та публікація наукових робіт. В Україні система БПР включає необхідність накопичення балів за різні форми навчання, а також атестацію лікарів кожні п'ять років. Це сприяє підтримці високого рівня професійної підготовки медичних працівників і адаптації до сучасних вимог медичної практики. Вважаємо, що в Україні система БПР має бути вдосконалена шляхом впровадження більш гнучких та індивідуалізованих форм навчання.

Державне управління у галузі охорони здоров'я здійснюється шляхом використання конкретної моделі охорони здоров'я. У сучасному світі існує кілька моделей охорони здоров'я, кожна з яких має свої переваги і виклики.

Система Бісмарка, що базується на соціальному страхуванні, впроваджена у Німеччині та інших країнах, таких як Франція і Нідерланди. Її основні характеристики включають обов'язкове медичне страхування, фінансування через внески працівників і роботодавців, а також участь держави у вигляді субсидій. Перевагами цієї моделі є високий рівень охоплення населення медичними послугами та конкуренція серед страховиків, що сприяє покращенню якості обслуговування. Проте виклики системи включають високі

адміністративні витрати і потребу в активному державному регулюванні ринку страхових послуг.

Модель Беверіджа, що функціонує у Великобританії та скандинавських країнах, забезпечує загальну доступність медичних послуг через державне фінансування, що здійснюється за рахунок цільового оподаткування. Основний акцент робиться на централізованому управлінні і контролі витрат. Хоча ця модель вважається ефективною у зниженні адміністративних витрат, вона також стикається з викликами, такими як високий рівень бюрократії і залежність від державного фінансування.

Національна медична модель (як у Канаді) характеризується тим, що держава є єдиним платником за медичні послуги, і це забезпечує універсальний доступ та контроль витрат. У США практикується приватна модель охорони здоров'я, яка базується на приватному фінансуванні через страхові внески або особисті платежі. Хоча конкуренція серед медичних закладів може підвищувати якість послуг, доступ до медичних послуг часто обмежений фінансовими можливостями пацієнтів, що є значним викликом для цієї системи.

Державна нормативно-адміністративна модель, відома як модель Семашка, яка існує в Україні та деяких пострадянських країнах, характеризується централізованим управлінням і бюджетним фінансуванням. Ця система майже не піддається реформуванню через домінування бюрократичних методів управління, що ускладнює стратегічний розвиток та менеджмент.

Кожна модель охорони здоров'я містить свої структурні підрозділи. Різноманітність структурних підрозділів є характерною рисою іноземних моделей охорони здоров'я, які можуть включати як державні організації, так і приватні структури. У Беверіджській моделі основними постачальниками медичних послуг є державні клініки та лікарні, фінансовані з державного бюджету. Громадські організації можуть брати участь у моніторингу якості послуг та забезпеченні доступу до медичних послуг для вразливих груп

населення. Агенції охорони здоров'я займаються плануванням та управлінням системою охорони здоров'я.

У Бісмарківській моделі ключову роль відіграють фонди медичного страхування, які збирають внески від громадян та роботодавців для оплати медичних послуг. Приватні медичні заклади надають послуги на комерційній основі, а професійні асоціації представляють інтереси медичних працівників та забезпечують дотримання стандартів якості.

Національна медична модель, як у Канаді, включає центральні агенції, які відповідають за розподіл ресурсів та контроль якості медичних послуг, а також мережу державних і частково приватних клінік. Регуляторні органи здійснюють стандартизацію та ліцензування медичних закладів та працівників.

У Приватній моделі, на прикладі США, основними постачальниками медичних послуг є приватні лікарні та клініки, які конкурують між собою. Страхові компанії пропонують медичне страхування, а асоціації пацієнтів захищають їхні права на доступ до медичних послуг.

Українська модель охорони здоров'я, яка є модифікацією на базі системи Семашка, поєднує елементи різних світових моделей і включає низку суб'єктів та структур. Верховна Рада України формує державну політику в галузі охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад. Президент України відповідає за впровадження державної політики, виступаючи гарантом влади. Кабінет Міністрів України розробляє та реалізує державні цільові програми, створює економічні, правові та організаційні механізми для стимулювання ефективної роботи у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я є центральним виконавчим органом, який формує та реалізує державну політику, розробляє нормативні акти, стандарти та протоколи лікування. Інші міністерства та відомства, такі як Міністерство внутрішніх справ, Міністерство оборони та Служба безпеки, мають свої власні медичні служби для забезпечення медичними послугами відповідних категорій службовців. Національна служба здоров'я України реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування, а обласні

департаменти охорони здоров'я функціонують на обласному рівні, відповідаючи за реалізацію державної політики. Міські ради та виконавчі комітети здійснюють управління закладами охорони здоров'я, забезпечують доступність медичного обслуговування та розвиток лікувальних закладів. Районні ради та державні адміністрації реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень. Комунальні медичні заклади, такі як лікарні та поліклініки, перебувають у власності місцевих громад, а приватні медичні заклади надають різноманітні медичні послуги. Громадські організації та асоціації відіграють важливу роль у захисті прав пацієнтів, моніторингу якості медичних послуг та проведенні інформаційних кампаній.

Законодавство у сфері охорони здоров'я є ключовим для формування державної політики. Основні документи, такі як Європейський кодекс соціального захисту та Хартія соціальних прав, визначають принципи соціального захисту та охорони здоров'я, які країни використовують для розробки своїх національних стратегій. Оттавська хартія сприяння зміцненню здоров'я підкреслює важливість міжгалузевого підходу, що включає законодавчі зміни, фінансові заходи та організаційні трансформації для покращення здоров'я населення. Державна політика в сфері охорони здоров'я повинна об'єднувати різні підходи для усунення перешкод, що заважають її ефективному впровадженню. Відповідно до Оттавської хартії, здоров'я має бути визнане ключовим соціальним ресурсом і важливою політичною проблемою, що потребує акценту на превентивній медицині.

Українське законодавство у сфері охорони здоров'я охоплює понад 5,5 тисяч нормативно-правових актів, які забезпечують комплексний підхід до регулювання цієї галузі. Основними законами є Конституція України та Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», які гарантують громадянам право на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування. Держава забезпечує доступність медичних послуг, їх якість і своєчасність, а також підтримує розвиток медичних установ різних форм власності.

Законодавство визначає права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я, медико-санітарну допомогу, організацію охорони здоров'я, фінансування з державного бюджету та фондів медичного страхування, а також права медичних працівників. Особлива увага приділяється профілактиці захворювань, науковим дослідженням, міжнародному співробітництву та дотриманню екологічних та гігієнічних норм.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» встановлює державні гарантії для медичних послуг, що фінансуються з держбюджету, через програму медичних гарантій. Постанова №1394 від 2023 року регулює реалізацію програми медичних гарантій у 2024 році, визначаючи порядок фінансування та контролю за якістю медичних послуг.

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року спрямована на забезпечення доступності якісних медичних послуг, враховуючи міжнародний досвід і національні стратегії. Постанова Кабінету Міністрів України №216 від 2023 року визначає порядок використання коштів для безперервного професійного розвитку медичних працівників, забезпечуючи фінансування навчання для підвищення якості медичних послуг.

Законодавча база України у сфері охорони здоров'я створює міцний фундамент для ефективної системи, орієнтованої на потреби населення, і підтримує розвиток медичних послуг на всіх рівнях. Департамент охорони здоров'я реалізує державну політику, контролює якість медичних послуг і забезпечує їх доступність, впроваджуючи програми медичних гарантій і розвиваючи інфраструктуру охорони здоров'я.

Враховуючи досвід практикуючого нейрохірурга та аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я України, ми зробили ряд висновків щодо необхідних змін.

Зокрема, в умовах війни та постпандемії в Україні особливо важливим є забезпечення якості медичної допомоги. Зміни в соціально-економічному середовищі вимагають адаптації системи охорони здоров'я до нових реалій,

зокрема через удосконалення нормативно-правового забезпечення. Вважаємо, що важливими аспектами є вдосконалення механізмів акредитації та ліцензування, а також адаптація міжнародного досвіду, що може суттєво вплинути на формування ефективної та стійкої системи охорони здоров'я в Україні.

Подальше вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні вимагає зміни модифікованої моделі Семашка на ще більш сучасну змішану модель, яка базується на ринкових принципах. Це передбачає переорієнтацію на профілактику, зміну механізмів фінансування та виплат, розробку нормативно-правової бази, що адаптується до європейських і міжнародних стандартів.

Система управління якістю має бути орієнтована на результати та задоволеність пацієнтів. Важливим є впровадження доказової медицини, оптимальне використання ресурсів, зниження ризиків для пацієнтів та постійний моніторинг ефективності медичних послуг.

Для підвищення якості медичних послуг необхідне вдосконалення кадрових механізмів державного регулювання якості медичної допомоги шляхом підвищення мотивації та оплати праці медичних працівників, розширення можливостей їхнього професійного розвитку, а також запровадження ліцензування діяльності лікарів із персональною відповідальністю за якість надання медичної допомоги.

На нашу думку, ще одним важливим кроком у розвитку системи охорони здоров'я є впровадження інноваційних технологій, таких як штучний інтелект, телемедицина та мобільні додатки. Це дозволить підвищити ефективність та доступність медичних послуг, особливо в умовах війни, де військовослужбовці на фронті не завжди мають змогу отримати медичну консультацію та допомогу.

Необхідно підтримувати та стимулювати медичне винахідництво, адже воно є одним із ключових факторів розвитку системи охорони здоров'я в умовах війни та постпандемії. Для цього було би доцільно спростити процедури сертифікації медичних винаходів та створити систему преміювання за важливі досягнення в цій сфері.

Також для прискорення науково-технічного прогресу в медицині рекомендуємо змінити систему фінансування науково-дослідних інститутів. Це може включати залучення грантових коштів та спонсорських внесків від приватних компаній.

Ще одним ключовим завданням є розробка Медичного кодексу України із оновленими уніфікованими протоколами та чітко дотримуваними маршрутами пацієнтів. Це регулюватиме всі аспекти медичної діяльності, права пацієнтів і працівників, та міжнародне співробітництво.

Підсумовуючи, необхідно вдосконалювати державні методи регулювання якості медичної допомоги, враховуючи міжнародний досвід ЄС та США й інтегруючи найкращі практики в теперішні українські умови. Впровадження згаданих рекомендацій сприятиме створенню сучасної, ефективної та доступної системи охорони здоров'я в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вороненко Ю. В. Національна система охорони здоров'я України: проблеми та перспективи розвитку / Ю. В. Вороненко / *Україна: здоров'я нації*. - 2018. - № 1.- С. 8-15.
2. Худошина О. В. Стандартизація надання медичної допомоги в Україні: сучасний стан проблеми, 2014. URL: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2014/03/Standarty.pdf>
3. McKee M., Figureas J. (Eds.). Health systems in transition: learning from experience, 2004. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107574/9289010975-eng.pdf?sequence=3>, <https://iris.who.int/handle/10665/107574>.
4. Stiglitz J. E. The Price of Inequality: How Today's Divided Society Endangers Our Future. *W. W. Norton & Company*, 2012. URL: https://business.columbia.edu/sites/default/files-efs/imce/uploads/Joseph_Stiglitz/Price%20of%20Inequality%20for%20Sustainable%20Humanity.pdf.
5. Gawande A. The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. *Metropolitan Books*, 2009. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/The_Checklist_Manifesto.
6. Wilkinson R. G., Pickett K. The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone. *Allen Lane*, 2009. URL: <https://www.equalitytrust.org.uk/resources/the-spirit-level>, <https://www.theguardian.com/books/2009/mar/13/the-spirit-level>, https://en.wikipedia.org/wiki/The_Spirit_Level:_Why_More_Equal_Societies_Almost_Always_Do_Better.
7. Співробітники кафедри: Парій В. URL: <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedry/health-management/spivrobotnyky-kafedry/>, <https://t.ly/E2mOu>.
8. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. URL: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=uxobtMsAAAAAJ&citation_for_view=uxobtMsAAAAAJ:rCNdntzdTkkC.

9. Принципи Всесвітньої медичної асоціації «Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь якої національної системи охорони здоров'я» від 01.10.1963. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_004.
10. Декларація Всесвітньої медичної асоціації «Декларація стосовно ролі лікарів у вирішенні екологічних та демографічних проблем» від 01.09.1988. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_036.
11. Поворозник М. Ю. Бенчмаркінг моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*, 2016, Вип. 11, С. 41-43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2016_11_10.
12. Сміянов В.А. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування, 2021. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf>.
13. Бендукідзе К., Редер Ф., Танер М., Урушадзе А. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. *Київ: Інтерсервіс*, 2014. С. 41-43.
14. Health systems in transition: Armenia. Health system review / European Observatory on Health Systems and Policies. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*, 2013. Vol. 15, No. 8, 190 p.
15. Franks P., Clancy C. M., Nutting P. A. Yate-keeping revisited: Protecting patients over treatment. *New England Journal of Medicine*, 1992, V. 327, P. 424-429.
16. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської]. У 2 ч. Ч. 2. *Київ: НАДУ*, 2013. 484 с.
17. Розвиток медичної освіти в Україні: виклики та перспективи / [авт. кол.; наук. ред. І. О. Сидоренко]. *Київ: Медична освіта*, 2023. 120 с.
18. Медична освіта в світі та в Україні / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець [та ін.]. *Київ: Книга плюс*, 2005. 380 с.
19. Health systems in transition: Georgia. *Health system review*, 2009, Vol. 11, No. 8, P. 86.

20. Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє / Ю. В. Вороненко // *Медична освіта*, 2017, №3, С. 32-35.
21. Медична освіта у світі / В. Г. Передерій. *Київ: Книга плюс*, 2007. 256 с.
22. Smith J., Brown H. The Role of Gatekeeping in Healthcare: A Review // *International Journal of Healthcare Management*. 2021. Vol. 14, No. 3. P. 200-215.
23. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: виклики та рішення / [авт. кол.; наук. ред. М. І. Гончар]. *Київ: НАДУ*, 2023. 300 с.
24. Медична освіта в Україні. URL: <https://mcsu.org.ua/>.
25. Johnson J. A., Stoskopf, C. Comparative Health Systems: A Global Perspective. Part II: Health Systems of Countries, Chapter on Germany, pp. 150-175.
26. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. Volume on the United Kingdom, Chapter 2: Organization and Governance, pp. 45-67.
27. Офіційний сайт ВООЗ, розділ про універсальне медичне покриття. URL: <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>.
28. Руснак Л. М. Особливості державного управління діяльності у сфері охорони здоров'я. Держава та регіони. *Серія: Право*, 2013, №2 (40), С. 58-63. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/drp_2013_2_13.pdf.
29. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/polozhennja-pro-ministriv>.
30. European Code of Social Security. Treaty №048. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/048>.
31. Європейська конвенція з прав людини. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text.
32. Charter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health (November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada). URL: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
33. Charter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health (November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada). URL: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

34. General Comment №14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en.
35. Truba V., Borshch V., Haran O. Methodological frameworks for state regulation of health care system in the post-soviet countries. *Baltic Journal of Economic Studies*, 2018, Vol. 4, No. 5, pp. 364-370. URL: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2018-4-5-364-370>.
36. Human rights and health. WHO: official website. URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
37. Борщ В. І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-022-3-4>, https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/74302/Borshch-V.I.-Upravlinnia_zakladamy_okhorony_zdorovia_monohrafiia.pdf.
38. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. Київ: Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
39. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. (№2801-ХІІ, редакція від 16 січня 2020 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
40. Конституція України: в редакції від 01 січня 2020 р. №254к/96-ВР, стаття 49. Відомості Верховної Ради України, 1996, №30. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
41. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
42. Постанова від 22 грудня 2023 р. №1394 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>.

43. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>.
44. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 березня 2023 р. №216 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/216-2023-%D0%BF#Text>.
45. Aghaei H. A., Ravaghi H., Kringos D. S., Ogbu U. C., Fischer C., Azami S. R., Klazinga N. S. Використання заходів якості для підвищення якості: погляд персоналу лікарні. *PLoS One*, 2014, том 9, ст. 1.
46. Гріффін А., Маккеоун А., Віні Р., Річ А., Велланд Т., Гафсон І., Вулф К. Ревалідація та гарантія якості: застосування інфраструктури MUSIQ під час незалежних перевірочних візитів до медичних установ. *BMJ Open*, 2017, том 7, ст. 2.
47. Кляйн Т. А., Зельбах К. Л., Браннан Г. Д. Гарантія якості. Острів скарбів (Флоріда). *Видавництво StatPearls*, 2023, ст. 24-26.
48. Коваль І., Коваль М., Француз А., Кучерець Д., Шпілярович В. Тактичні особливості використання спеціальних знань при розслідуванні катувань, вчинених працівниками Національної поліції України. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*, 2019, том 10, ст. 1, 263-273.
49. Наказ МОЗ України 752 (2012). «Про порядок здійснення моніторингу якості медичної допомоги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Текст>.
50. Миронов А. Х. Державний контроль як засіб забезпечення якості медичної допомоги. *Публічне право*, 2019, розд. 4, ст. 36, 98-110.
51. Постанова Кабінету Міністрів України №174 (2023). «Деякі питання організації дієздатної мережі закладів охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.

52. ВООЗ. Рекомендації щодо розвитку системи якості медичної допомоги.
53. Закон України №2206-VIII (2017). «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.
54. Наказ МОЗ України №1516-22 (2022). «Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>.
55. Постанова Кабінету Міністрів України №1462-2022-п (2022). «Деякі питання організації реабілітації в галузі охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text>.