

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПРАВА

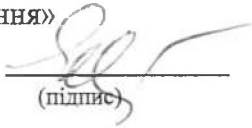
КАФЕДРА ФІНАНСОВОГО ТА ПОДАТКОВОГО ПРАВА

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА
СТРАХОВА МЕДИЦИНА**

Здобувача вищої освіти II рівня, II курсу, ПМУЗ 23-1 групи,
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

освітня програма «Публічне управління фінансовою діяльністю держави та органів
місцевого самоврядування»


(підпис)

Ходаківська Олена Вікторівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

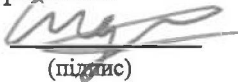
Науковий керівник

(підпис)

Бабенко А. Ю., к.ю.н., доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Керівник освітньо-професійної
програми


(підпис)

Сидоренко Олексій Миколайович, к.е.н., доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Допущено до захисту за рішенням кафедри фінансового та податкового права
протокол від «29» січня 2025 р. № 8

Завідувач кафедри


(підпис)

Глух Марина Василівна, к.ю.н., доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Ірпінь – 2025

Реєстрація № 3 27.04.25 AKO
(дата) (підпис відповідальної особи)

Результати перевірки до захисту 07.01.2025р.
(до захисту, на доопрацювання) (дата) (підпис)

Результат захисту вирішено 10.02.2025р. AKO
(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: AKO
(підпис)

О.Г. Михайлова
(ініціали, прізвище)

Члени комісії: AKO
(підпис)

М.В. Глух
(ініціали, прізвище)

AKO
(підпис)

О.А. Долгий
(ініціали, прізвище)

AKO
(підпис)

А.В. Гарбінська-Руден
(ініціали, прізвище)

ОЦІНЮВАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Об'єкти контролю	Діапазон оцінки в балах	Фактична кількість балів	Примітки	Дата, П.І.П.: голови комісії членів комісії, секретаря, (підписи)
ОЦІНЮВАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ КОМІСІЄЮ ПО ЗАХИСТУ				
1.Доповідь	від 0 до 10	10		1. Бондо 2. Шин 3. Довг 4. Риб 5. Г
2. Роздатковий матеріал	від 0 до 5	5		
3. Знання теоретичного та практичного матеріалу, вміння відповідати на запитання	від 0 до 25	25		
5. Апробація (участь у конференціях)	від 0 до 10	5		
РАЗОМ БАЛІВ	від 0 до 50	45		
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ	від 0 до 100	90		

ПЕРЕВЕДЕННЯ ОЦІНКИ ЗА 100-БАЛЬНОЮ ШКАЛОЮ ДО НАЦІОНАЛЬНОЇ ШКАЛИ ТА ШКАЛИ ЄКТС

Оцінка за 100-бальною шкалою	Оцінка за шкалою ЄКТС	Оцінка за національною шкалою	Дата	П.І.П.: голови, членів комісії, секретаря, (підпис)
90	A	відмінно	10.02.25р.	1. Бондо 2. Шин 3. Довг 4. Риб 5. Г

ЗМІСТ:

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1.Реалізація права на охорону здоров'я та регламентація у міжнародно-правових актах.....	6
1.2.Основні критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я у світі.....	11
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
2.1. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я.....	18
2.2. Визначення проблем страхового ринку та їх вирішення.....	27
2.3. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду	32
Висновки.....	43
Список використаних джерел.....	47

ВСТУП

Актуальність теми. Поточний стан системи охорони здоров'я в Україні переживає чи не один із найбільш складних періодів за часи незалежності. Не встигли вітчизняні заклади оговтатися від наслідків пандемії коронавірусної хвороби (SARS-CoV-2), як повномасштабне вторгнення росії у 2022 році спричинило чергове, не менш суттєве збільшення навантаження на медицину. Більше того, згідно із дослідженням, в Україні за два роки повномасштабної війни зруйновано близько 13% всіх закладів освіти та понад 50% медичних закладів [39].

Проте, питання забезпечення належного рівня вказаних послуг не обмежується виключно діяльністю профільних закладів, так як мова йде і про заходи та політику, що провадять органи публічного управління в даному напрямку. Для реновації наслідків негативного впливу росії та недоліків внутрішньодержавного характеру, однією із нагальних потреб являється формування належної системи фінансування. Такого роду потреба обумовлена також змінами економічних умов, демографічними викликами, зростанням витрат на медичне обслуговування та впровадженням інноваційних технологій.

Страхова медицина, як один із провідних підходів до фінансування, базується на принципах солідарності, взаємної відповідальності та ризик-орієнтованості, що дозволяє забезпечити стійкість системи охорони здоров'я навіть в умовах зростання потреб населення. Вивчення світового досвіду функціонування різних моделей фінансування, особливостей їх реалізації в країнах з різними економічними системами, а також аналіз ефективності страхової медицини в Україні є актуальним і необхідним для розробки стратегій реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Стан і ступінь розробки проблеми в спеціальній літературі. Зазначене підтверджується у результатах дослідження таких науковців як Арцатбанова О. В., яка вивчає різні механізми фінансування системи охорони

здоров'я, враховуючи як вітчизняний, так і іноземний досвід; Бойко О. та Хижинська Г., котрі аналізують кращі іноземні практики та напрямки імплементації в Україну. Цінними були теоретичні надбання у сфері страхування, викладені в рамках наукових розвідок Базилевич В. Д., Климчук Н. Я., Третяк Д. Д. З позиції публічного управління і адміністрування, ключові аспекти фінансування медичної галузі окреслені такими авторами як Кланца А. І., Кравченко Ж. Д.

Разом з тим, **метою** нашого **дослідження** є аналіз перспектив розвитку медичного страхування в Україні. Для досягнення поставленої мети нами було окреслено низку відповідних **задач**:

- охарактеризувати зміст інституту реалізації права на охорону здоров'я та дослідити специфіку його регламентації у міжнародно-правових актах;
- проаналізувати основні критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я у світі;
- систематизувати класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я;
- визначити проблеми страхового ринку та запропонувати шляхи їх вирішення;
- виявити перспективи розвитку медичного страхування в Україні.

Об'єктом роботи є суспільні відносини, що виникають у процесі управління фінансами в рамках діючої системи охорони здоров'я. **Предмет** випускної **роботи** – страхова медицина.

Методи дослідження. Методи дослідження були обраними у відповідності до вищевизначеної мети та поставлених задач, з огляду на предмет і об'єкт випускної роботи. Зокрема, герменевтичний метод застосовувався при ідентифікації ключових понять, розкритті дефініцій (п. п. 1.1, 2.1); догматичний – при здійсненні комплексного аналізу нормативно-правової бази, що регулює процедуру й особливості фінансування системи охорони здоров'я (п.п. 1.2, 2.1, 2.2); функціональний, на основі якого

досліджено наслідки таких дій (п. 2.2); діалектичний – в процесі оцінки іноземного досвіду та формуванні перспектив удосконаленні поточного стану управління фінансами, що орієнтовані на систему охорони здоров'я в країні.

Науково-практична значимість одержаних результатів. Дослідження сприяє поглибленню наукових знань про методи і підходи до розподілу фінансів, що є видатками на медичні потреби. Такий підхід дозволяє переходити від традиційного фінансування витрат до фінансування на основі очікуваних результатів, що підвищує наукову базу для розробки інноваційних стратегій управління державними фінансами. Запропоновані моделі управління та методи аналізу ефективності надають дослідникам інструменти для прогнозування, оцінки та адаптації бюджетних процесів. Результати роботи, зокрема викладені у емпіричній частині роботи, можуть бути використані як при написанні тез, доповідей на науково-практичних конференціях, так і застосовані при проведенні лекційних і семінарських занять із студентами профільних факультетів.

Структура дослідження. Випускна робота складається із вступу, 2 розділів, висновку та списку використаних джерел (включає в себе 50 найменування). Загальна кількість сторінок – 51.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1.Реалізація права на охорону здоров'я та регламентація у міжнародно-правових актах

Одним із пріоритетних напрямків діяльності держави була і залишається система охорони здоров'я. Така позиція в повній мірі кореспондується із положеннями ст. 3 Конституції України, в якій зазначено, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека охороняються в Україні як найвища соціальна цінність» [20]. Забезпечити реалізацію зазначеної тези апріорі неможливо без якісної та функціональної системи публічного управління. В контексті охорони здоров'я мова йде про систему організаційно-правових, адміністративних та соціально орієнтованих заходів, що реалізуються органами державної влади, місцевого самоврядування, а також іншими уповноваженими суб'єктами, спрямованих на забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг, збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і реагування на виклики та загрози у сфері громадського здоров'я, з урахуванням принципів законності, прозорості, партнерства та сталого розвитку. Логічно, що за таких умов управління охоплює планування, фінансування, координацію діяльності медичних закладів, моніторинг і оцінку здоров'я населення, впровадження інновацій у систему охорони здоров'я та забезпечення міжгалузевої співпраці для досягнення загального блага.

За досить тривалий період, що минув з моменту проголошення права людини на здоров'я у Загальній декларації прав людини [15], сукупність норм у цій сфері еволюціонувала, набула певної внутрішньої структури та ієрархії. Положення міжнародних актів регулюють найрізноманітніші питання в царині здоров'я – від профілактики та запобігання епідеміям і пандеміям до етичних

проблем, пов'язаних із втручанням медицини у життя людини. В комплексі, такий підхід дає можливість констатувати появу загального міжнародно-правового інституту права людини на здоров'я.

На міжнародному рівні не існує єдиного стандартного визначення «охорони здоров'я». Звичайна концепція «охорони здоров'я» – поняття ширше, ніж медична (лікарська) допомога, тобто допомога, що надається професійними лікарями. Медична допомога включає в себе також парамедицину (діяльність медичних сестер, які займаються доглядом на дому, та осіб, які надають непрофесійну лікарську допомогу). Поняття охорони здоров'я ширше за поняття медичної допомоги, оскільки воно включає в себе профілактичну охорону здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я, крім первинної охорони здоров'я, виділяє охорону здоров'я другого і третього рівнів.

Охорона здоров'я – це допомога на приватному рівні, яка включає в себе серед іншого допомогу матерям і дітям, запобігання і контроль над локальними ендемічними захворюваннями, імунізацію від основних інфекційних хвороб, а також необхідне лікування різних захворювань і травм. Охорона здоров'я другого рівня має більш спеціалізований характер і включає в себе, наприклад, рентгенівську діагностику, загальну хірургію, догляд за жінками з важким перебігом вагітності або з післяпологовими ускладненнями. Охорона здоров'я третього рівня ще більш спеціалізована і включає в себе, наприклад, нейро- і кардіохірургію.

Аналіз міжнародних документів, що регулюють відносини у сфері права людини на якісну і доступну медицину показує, що право акумулює у собі такі види суб'єктивних прав:

- право на доступ до системи охорони здоров'я. Безпосередньо праву на здоров'я присвячено ст. 11 Європейської соціальної хартії, яка закріплює конкретні заходи, що їх держави-учасниці повинні здійснювати безпосередньо або в процесі співпраці з публічними або приватними організаціями [14]. Право на доступ до системи охорони здоров'я

можливе лише за умови наявності зазначеної системи. Європейський комітет із соціальних прав конкретизував це зобов'язання, вказавши, що для його виконання необхідна наявність належної системи охорони здоров'я, яка фінансується переважно з державного бюджету;

- право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я. Воно, як правило, закріплено в актах внутрішньодержавного права, але також знаходить своє відображення і в міжнародно-правових документах. Так, п. 2 ст. 11 Європейської соціальної хартії передбачає зобов'язання договірних сторін надавати послуги консультаційного та просвітницького характеру, спрямовані на зміцнення здоров'я і здорового способу життя, а також на розвиток особистої відповідальності за своє здоров'я [14]. Відповідно, йдеться про створення системи освіти в галузі охорони здоров'я. Ключовим елементом для дотримання цього положення є запровадження санітарної освіти в школах;
- право громадян на медико-соціальну допомогу. У разі захворювання, втрати працездатності та в інших випадках громадяни мають право на медико-соціальну допомогу, яка включає профілактичну, лікувально-діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну та зубопротезну допомогу, а також заходи соціального характеру з догляду за хворими, непрацездатними та інвалідами, включно з виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності. Медико-соціальну допомогу надають медичні, соціальні працівники та інші фахівці в установах державної, муніципальної та приватної систем охорони здоров'я, а також в установах системи соціального захисту населення. У Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод [19] це право не регламентується, проте воно знаходить своє відображення в інших документах міжнародного рівня. Зокрема, згідно з Європейським кодексом соціального забезпечення (п. 3 ст. 10), метою медичної допомоги є збереження, відновлення або поліпшення стану здоров'я

особи, її працездатності, а також здатності задовольняти особисті потреби [13].

Реалізація прав людини у сфері охорони здоров'я хоча й гарантується нормами міжнародного права, але все ж залежить насамперед від ступеня розвитку національної системи охорони здоров'я, зокрема від рівня її нормативно-правового, організаційного та фінансового забезпечення. Доступ до медико-соціальної допомоги, до інформаційних ресурсів у сфері здоров'я та охорони здоров'я, система забезпечення лікарськими засобами – все це безпосередньо пов'язано з витратами, що закладаються в бюджет національних урядів на систему охорони здоров'я. Очевидно, що держави сильно різняться за рівнем національного багатства, але навіть у розвинених країнах Заходу коштів, передбачених бюджетом, часто не вистачає для покриття витрат, пов'язаних із медичним обслуговуванням усіх груп і верств населення. Разом з тим, одним із принципів міжнародно-правових норм, що гарантують права людини в галузі здоров'я, є принцип універсального охоплення.

Система охорони здоров'я України нині являє собою функціонально поєднану державну і комунальну системи охорони здоров'я, які умовно кажучи, доповнюють і «накладаються» одна на одну, із «вкрапленням» в їхню діяльність окремих медичних закладів приватної і колективної форм власності та індивідуальною діяльністю окремих медиків і фармацевтів [9, с. 85].

Як передбачено ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію [25]. Центральним органом, що формує політику в усіх сферах, в тому числі і сфері охорони здоров'я, є Кабінет Міністрів України, що відповідно до положень ст. 113 Конституції України є вищим органом у системі органів виконавчої влади, відповідальний перед Президентом України і Верховною Радою України, підконтрольний і підзвітний Верховній Раді України [20]. Саме завдяки їх діяльності забезпечується підтримка належного функціонування закладів охорони здоров'я, розширюється їх мережа,

проводяться тематичні цільові програми, укладаються відповідні міжурядові угоди тощо. Відповідно, у даному контексті не можемо не згадати про Міністерство охорони здоров'я України. Як ключовий суб'єкт у градації органів виконавчої влади, державний орган здійснює:

- нагляд за закладами охорони здоров'я в частині дотримання вимог законодавства, а також забезпечує дотримання прав пацієнта;
- формує консолідовані вимоги щодо критеріїв, котрі висуваються до закладів охорони здоров'я, екстреної медичної допомоги;
- утворення, ліквідація, реорганізація таких суб'єктів, в тому числі призначення та звільнення із посади керівників, затвердження статутів як основоположних для діяльності документів;
- акредитація закладів, що формують систему охорони здоров'я [28].

У сфері управління Міністерства охорони здоров'я України перебуває двоє не менш стратегічно важливих органи:

- Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками;
- Національна служба здоров'я України.

При цьому, на першу із перелічених структур покладається функція із контролю якості. Часом перевірки, проведені даною установою, знаходять відповідний резонанс у засобах масової інформації та фідбек з-поміж громадськості. В свою чергу, у випадку із Національною службою здоров'я України ситуація інша. По-перше, дана структура реалізує функції замовника медичних послуг; по-друге, вона виносить пропозиції стосовно формування державної політики; по-третє, реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування.

Найнижчим рівнем управління є місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, з-поміж яких пропорційно розподілені повноваження щодо розвитку системи охорони здоров'я. Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я можуть здійснювати і ради, і їх виконавчі органи, і сільські, селищні, міські голови.

Проте те, що стосується управління закладами охорони здоров'я, то зазначене повноваження віднесено до компетенції виконавчих органів місцевого самоврядування. Зокрема, у ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» об'єднані повноваження у сфері освіти, охорони здоров'я, культури, молодіжної політики, фізкультури і спорту, утвердження української національної та громадянської ідентичності [34].

Як влучно зауважує у своєму теоретичному дослідженні Пристая М. М., наступним рівнем слугують центральні органи виконавчої влади [30, с. 258]. У відповідності із положеннями Закону України «Про центральні органи виконавчої влади», до них віднесено бюро, інспекції, агентства, служби, комітети, міністерства, органи виконавчої влади наділені спеціальним статусом [37]. Публічне управління охороною здоров'я включає стратегічне планування, розробку та впровадження політик, адміністрування фінансових ресурсів, забезпечення доступності медичних послуг та контроль за їхньою якістю.

1.2. Основні критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я у світі

Основною метою державної та місцевої політики у сфері охорони здоров'я є зниження соціальної напруженості через реалізацію прав громадян на отримання якісної безоплатної медичної допомоги в рамках державних гарантій. Інституційні перетворення, пов'язані з реалізацією адміністративної та бюджетних реформ, орієнтовані на підвищення ефективності використання бюджетних коштів та забезпечення якості державних (муніципальних) послуг, зокрема медичного обслуговування населення. Основною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є формування системи, що забезпечує доступність медичної допомоги та підвищення ефективності медичних послуг, обсяги, види та якість яких мають відповідати рівню захворюваності та потребам населення, передовим досягненням медичної науки.

Проаналізувавши низку визначень, запропонованих українськими вченими, ми прийшли до висновку про доцільність трактування державної політики у сфері охорони здоров'я як систематизованої діяльності держави, спрямованої на створення, реалізацію та вдосконалення стратегій, нормативно-правових актів, програм і заходів, що забезпечують збереження, відновлення та зміцнення здоров'я населення, розвиток медичних послуг, захист прав пацієнтів та медичних працівників, а також забезпечення стійкого функціонування і фінансування системи охорони здоров'я. Як важелі, стимули та інструменти державної політики і заходи зі сторони органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я використовують правові норми, податкові пільги, національні проєкти, гранти, штрафи, орендні ставки, інвестиції тощо.

Принципи публічного управління у сфері охорони здоров'я можна поділити на загальні та спеціальні. Окреслимо загальні принципи:

- формування ефективної інституційної структури (зокрема її нормативно-правового забезпечення), що підтримує перехід від управління витратами до управління результатами;
- забезпечення рівності прав громадян на отримання безпечної, ефективної та якісної медичної допомоги;
- забезпечення гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги та підвищення соціальної відповідальності суб'єктів системи охорони здоров'я;
- постійне підвищення якості медичної допомоги;
- пріоритетність профілактики захворювань у сфері охорони здоров'я;
- пріоритетність профілактики захворювань.

До спеціальних, в свою чергу, відносимо:

- розроблення адміністративних регламентів для реалізації державних функцій та надання належних послуг у сфері охорони здоров'я;
- врахування поточних і перспективних потреб сфери охорони здоров'я на основі аналізу соціальних, демографічних та економічних процесів;

- запровадження універсального підходу до сплати страхових внесків за єдиним тарифом для всіх роботодавців та фізичних осіб-підприємців;
- встановлення єдиних вимог до визначення розміру внесків суб'єктів на медичне страхування непрацюючого населення;
- створення ефективної системи вирівнювання фінансового забезпечення територіальних програм державних гарантій надання медичних послуг.

Базуючись на принципах, котрі притаманні публічному управлінню у сфері охорони здоров'я, простіше формувати критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я (див. Табл. 2). Разом з тим, доцільно враховувати, що перелік відповідних показників систематично розширюється, що пов'язано в тому числі із ростом комерційної медицини. Кількість приватних клінік, лабораторій, реабілітаційних центрів як в Україні, так і у світі в останні роки суттєво підвищується. Як суб'єкти господарювання – представники бізнесу, вони відіграють амбівалентну роль: з одного боку – вони безпосередньо впливають на рівень розвитку та якість медицини в країні, при цьому ж, з іншої сторони – перебувають у зоні частково обмеженого контролю з боку влади на відміну від державних медичних установ. Так, ринок приватних медичних закладів в Україні до 2022 року постійно зростав та розвивався. З 2019 року по 2022 ринок виріс майже в 4 рази [1].

Порівнюючи державну та приватну медицину, коректно буде зауважити, що перша забезпечує всезагальний доступ до медичного обслуговування, задає певні стандарти в цій галузі, тоді як за приватною медициною зберігаються інновації, доступ до медичного забезпечення є оперативнішим, мінімізується у такий спосіб навантаження на державний бюджет. Загалом, на функціонування в Україні приватної медицини так чи інакше впливає низка чинників, серед яких нестабільність державної валюти, надмірна бюрократизація, недосконалість законодавчого регулювання у сфері медицини, відсутність належного доступу до кредитних ресурсів, з метою подальшого розширення своєї діяльності. В зазначеному контексті, оцінка

переваг та потенційних недоліків дозволяє усвідомити всю складність системи охорони здоров'я в Україні.

Табл. 1. Переваги та недоліки приватної і державної медицини [10, с. 20]

	Приватна медицина	Державна медицина
Переваги	– швидкий доступ до медичних послуг та забезпечення вищого рівня обслуговування; – активне впровадження інновацій та використання новітніх медичних технологій; – можливість для пацієнтів вибору лікарів, що відповідають їхнім потребам та уподобанням; – більша гнучкість та здатність надавати індивідуалізовану медичну допомогу	– доступність медичних послуг для всього населення, незалежно від фінансового стану; – регулювання цін державою на медичні послуги, забезпечуючи їхню доступність для різних верств населення; – системна організованість, що сприяє забезпеченню всебічної та координованої медичної допомоги
Недоліки	– вища вартість медичних послуг, що робить приватну медицину недоступною для певних верств населення; – спеціалізація на конкретних медичних напрямках і відсутність всебічного спектру медичних послуг; – завищені ціни на медичні послуги через відсутність державного контролю	– довгі черги на отримання медичної допомоги через велику кількість пацієнтів та бюрократію; – обмеженість ресурсів та нестача медичного обладнання через недостатність фінансування; – низька якість та несвоєчасність надання послуг через бюрократичні процеси та недостатню ефективність управління

Основним нормотворчим актом, який регламентує процедури трансформації системи управління охороною здоров'я є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 [32]. У цьому законі описана структура системи реформування охорони здоров'я на основі програм медичного забезпечення. Нормативно-правовий акт встановлює вимоги щодо програм надання медичних послуг, відповідальність за порушення в даній сфері. В частині фінансового аспекту, вона поширюється на наділені відповідними повноваженнями центральні органи державної влади, а у випадку здійснення контролю за якістю – на Міністерство охорони здоров'я України.

Система охорони здоров'я відчуває потребу вирішення масштабних завдань, котрі зводяться до зниження рівня смертності та підвищення зарплати медичних працівників при скороченні розмірів державного фінансування. Ніколи до цього вітчизняній охороні здоров'я не вдавалося забезпечувати істотне поліпшення показників здоров'я населення без додаткових державних коштів. Підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я при редукації фінансових дотацій – це головний виклик новітнього часу. Таким чином, базуючись на нормативно-правових вимогах та аналізуючи поточні реалії медицини в Україні, варто систематизувати критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я, які щонайбільш повно та вдало будуть транслювати якість медичного забезпечення населення.

Табл. 2. Критерії оцінки реалізації права на охорону здоров'я (складено автором)

Критерій	Опис	Показник/Індикатор
Доступність	Рівень забезпечення доступу населення до медичних послуг незалежно від соціального статусу чи місця проживання	- Географічна доступність (відстань до медичних закладів). - Економічна доступність (вартість послуг).
Якість медичних послуг	Відповідність медичних послуг сучасним стандартам лікування та догляду за пацієнтами	- Рівень задоволеності пацієнтів. - Відсоток успішного лікування.
Ефективність	Співвідношення між ресурсами, використаними на охорону здоров'я, і досягнутими результатами	- Скорочення рівня смертності. - Зменшення захворюваності.
Фінансова стійкість	Забезпечення достатнього і стабільного фінансування системи охорони здоров'я	- Частка бюджету, виділена на охорону здоров'я. - Використання міжнародної допомоги.
Рівність	Забезпечення рівних можливостей для всіх громадян у доступі до медичних послуг	Відсутність дискримінації за віком, статтю, доходом чи етнічним походженням.
Прозорість	Рівень відкритості та підзвітності органів публічного управління у сфері охорони здоров'я	- Доступність інформації про бюджет та програми. - Наявність механізмів громадського контролю.

Інноваційність	Використання сучасних технологій, методів лікування і управління у сфері охорони здоров'я	- Впровадження електронних медичних записів. - Рівень інвестицій в наукові дослідження.
Профілактика захворювань	Спрямованість політики на запобігання захворюванням та підтримку здорового способу життя	- Рівень вакцинації. - Кількість просвітницьких кампаній.
Дотримання прав пацієнтів	Забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я, включаючи конфіденційність та інформовану згоду	- Кількість скарг на порушення прав пацієнтів. - Наявність нормативно-правової бази.

У сучасному світі витрати на охорону здоров'я стабільно зростають через старіння населення, збільшення поширеності хронічних захворювань, а також розвиток нових медичних технологій та інновацій. У таких умовах ефективні моделі фінансування стають критично важливими для забезпечення доступності та якості медичних послуг. Обмеженість бюджетних ресурсів вимагає пошуку механізмів, які дозволяють збалансувати фінансові можливості держави, бізнесу та домогосподарств із потребою суспільства в якісній медичній допомозі. Не менш важливою є проблема доступності та рівності, адже нерівність у доступі до медичних послуг залишається гострою в багатьох країнах. Вибір ефективної моделі фінансування може суттєво зменшити ці розриви й забезпечити рівноправний доступ до охорони здоров'я для всіх верств населення.

Як влучно наголошено у дослідженні Козаченко Г. В. та Сологуб О. В., чим складнішим є об'єкт управління, тим більша кількість інструментів потрібна у здійсненні впливу керівної підсистеми на керовану [18, с. 37]. Разом з тим, слід брати до уваги, що одночасне використання декількох інструментів здатне утворювати певні суперечності, заважаючи досягненню бажаного ефекту. У багатьох країнах тривають реформи систем охорони здоров'я, спрямовані на вдосконалення фінансових механізмів. Дослідження різних моделей фінансування допомагає обґрунтувати та впровадити зміни, які підвищують ефективність та стійкість системи.

Таким чином можемо підсумувати, що система охорони здоров'я є однією з ключових соціальних інституцій, що забезпечує підтримку та збереження здоров'я громадян, а отже, потребує стабільного та достатнього фінансування. Розгляд теоретичних аспектів фінансування цієї системи дозволяє розкрити сутність різних моделей, їхні сильні та слабкі сторони, а також адаптувати найкращі практики для вирішення сучасних викликів. Фінансування системи охорони здоров'я може здійснюватися за допомогою різноманітних моделей, кожна з яких базується на певних теоретичних концепціях.

Основні моделі включають бюджетну, страхову та приватну системи фінансування. Кожна з них має свої особливості, що впливають на ефективність функціонування системи охорони здоров'я, рівень доступності медичних послуг та фінансовий захист громадян. Важливим аспектом теоретичних засад фінансування системи охорони здоров'я є визначення оптимального рівня державного та приватного фінансування, а також ефективність використання наявних ресурсів. Вибір конкретної моделі залежить від історичних, соціокультурних та економічних умов кожної країни, а також від її стратегічних пріоритетів у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я

У світі накопичено істотний досвід у галузі побудови та оптимізації моделей фінансування та організації охорони здоров'я. Так, провідні країни послідовно домагаються розширення охоплення населення безоплатною медичною допомогою, раціоналізації джерел фінансування і методів розподілу коштів, способів управління системою охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та усунення дублювання витрат. Незважаючи на те, що жодна з наявних у світі моделей охорони здоров'я не може претендувати на універсальність, аналіз параметрів цих моделей, їхніх сильних і слабких сторін, а також узагальнення досвіду конкретних країн має значення під час реформування та оптимізації чинної моделі охорони здоров'я в Україні.

Комплексний аналіз систем охорони здоров'я, що фінансуються з фондів загального медичного страхування, може послужити гарною підставою для розроблення механізмів переведення охорони здоров'я України на страхові принципи, гарантування на справі свободи вибору пацієнтом страхової та медичної організації, підвищення ефективності управління охороною здоров'я, посилення фінансового контролю з боку страхових компаній над медичними установами.

У сучасних умовах усі моделі охорони здоров'я можна умовно поділити на три типи:

1. бюджетна (державна);
2. страхова (соціально-страхова);
3. приватна (недержавна, або ринкова).

Характерною рисою першої моделі, яка відома як модель Семашка – Бевериджа, є значна роль держави. Основним джерелом фінансування слугують податкові надходження. Медичні послуги для всього населення

надаються на безоплатній основі. Частка сукупних витрат із суспільних джерел у ВВП, як правило, становить 8-11 %. Приватне страхування і співплатежі відіграють комплементарну роль [42].

Основний канал фінансування – державний бюджет. Провайдери медичних послуг отримують бюджетні кошти під контролем приватних управляючих компаній. Держава відіграє одночасно роль покупця і провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70 % і вище) витрат на охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я вирізняється високим ступенем централізації. Більша частина медичних послуг надається державними лікувально-профілактичними установами і приватно-практикуючими лікарями, але ринку, як правило, відведена другорядна роль. Держава жорстко контролює більшість аспектів ринку медичних товарів і послуг і послуг, встановлює правила допуску та доступу на ринок, формує переліки відшкодування, за допомогою тарифної політики та ціноутворення, забезпечує контроль над обсягами наданих медичних послуг. Контроль над якістю надання медичної допомоги здійснюється професійними медичними організаціями у формі акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування лікарів. Рівень співплатежів за такої системи незначний.

Другу модель, відому як модель Бісмарка, часто визначають як систему регульованого страхування здоров'я. Вона ґрунтується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання і соціальних гарантій [22, с. 83-84]. Програми обов'язкового медичного страхування охоплюють усе або практично все населення за співучасті держави у фінансуванні страхових фондів. Як і в бюджетній моделі, держава покриває понад 70 % витрат на медичні послуги, але сукупні державні витрати на охорону здоров'я, як правило, дещо вищі, ніж у бюджетній моделі, становлячи вже 9-13 % від ВВП [2; 5]. Вирішальну роль у розподілі коштів відіграють приватні некомерційні або комерційні страхові фонди чи компанії, роль ринку в задоволенні потреб населення в медичних

послугах є високою, а пацієнти володіють істотною свободою у виборі страхових компаній і постачальників послуг.

Форму управління охороною здоров'я в соціально-страховій моделі можна охарактеризувати як децентралізовану через велику кількість гравців на страховому ринку. Більшість медичних послуг оплачується за обов'язковим переліком. Активно використовується система співплатежів. Медичні послуги надають установи різних форм власності, але переважають приватні, некомерційні. Первинна медична допомога надається приватно-практикуючими сімейними лікарями. Ринок медичних послуг високорозвинений, а приватне страхування відіграє комплементарну роль. Роль держави в регулюванні ринку медичних послуг істотна, але менш значуща, ніж у бюджетних системах. Держава регулює діяльність страхових фондів, які спільно з асоціаціями провайдерів медичних послуг своєю чергою визначають їхні обсяги та якість [47]. Велику роль відіграють професійні організації та структури, діяльність яких націлена на захист прав споживачів.

Приватна модель, заснована на ринкових принципах, з використанням приватного медичного страхування називається також платною, ринковою, американською або моделлю приватного страхування [45, с. 46]. Для приватної моделі характерне надання медичної допомоги переважно на платній основі за рахунок самого споживача медичних послуг і відсутність єдиної системи державного медичного страхування [27]. Головним інструментом задоволення потреб, які не задовольняються ринком (малозабезпечені верстви населення, пенсіонери, безробітні), стає держава шляхом розроблення та фінансування суспільних програм медичної допомоги. Переважно приватну модель використовують у США, Ізраїлі, Південній Кореї.

У значній кількості наукових робіт вказується, що приватні структури більш схильні до впровадження у свою діяльність сучасних інформаційних систем і передового технічного обладнання, ніж бюджетні установи, які є більш інертними в цьому питанні [4; 8; 16; 44]. Подібну тенденцію пов'язуємо з тим, що комерційні організації прагнуть оптимізувати всю свою діяльність

для підвищення прибутку і зниження витрат, чому сприяє впровадження інноваційних технологій, які також необхідні для надання більш якісної та сучасної медичної допомоги. При цьому державні та муніципальні організації досить слабо зацікавлені у впровадженні інновацій, оскільки їхня фінансова та адміністративна несаможиттєвість, з одного боку, перешкоджає можливості розвитку установи в найбільш вигідному для неї напрямі, а з іншого, дає змогу задовольнятися наданими ресурсами і не мотивує вище керівництво до модернізації діяльності та пошуку шляхів додаткового фінансування. Окреслена проблема вкрай складна, оскільки для її вирішення необхідно змінити всю бюджетну систему української охорони здоров'я, що, на даний момент, неможливо, однак, робота з управлінською виконавчою ланками медичних організацій для підвищення їхньої зацікавленості в отриманні позабюджетних коштів стане відправною точкою в модернізації сфери.

Важливий показник приватної медицини – клієнтоорієнтованість та індивідуалізація підходів до діагностики та лікування. Дійсно, він є суттєвою відмінною рисою приватної охорони здоров'я, так як бюджетна система фінансування в своїй переважній більшості працює в умовах стандартизації [12]. Обидва підходи мають як позитивні сторони, так і негативні, проте, з погляду клієнта перший є більш кращим, а другий, найчастіше, залишає відчуття незадоволеності обсягом і якістю медичної допомоги. В основі різниці підходів лежить факт того, що прибуток і попит на послуги комерційних організацій безпосередньо залежить від задоволення потреб пацієнта, відповідно вони і будуть створювати підвищену сервісність.

Різниця організаційних підходів дає змогу фахівцям приватних установ приділяти більше часу на діагностику та підбір найбільш підходящого лікування. Працівники ж бюджетної системи здійснюють свою діяльність в умовах суворих приписів, що обмежує індивідуалізацію підходу, а факт того, що їм доводиться працювати в умовах підвищеного навантаження через епідеміологічну обстановку, що склалася, ще більше знижує якість наданої медичної допомоги. Поліпшити сформований стан справ досить складно,

оскільки резерви матеріальних, фінансових і людських ресурсів сильно обмежені, однак, створення нових механізмів стимулювання співробітників медичною організацією, а також зниження індивідуального навантаження є одним із небагатьох варіантів для підвищення якості послуг, що надаються і задоволеності ними громадян України.

Всі потенційні переваги приватної системи охорони здоров'я нівелюються тим фактом, що в гонитві за прибутком недобросовісні власники можуть знижувати якість послуг, що надаються, і застосовувати шахрайські схеми (наприклад, призначати методи дослідження, котрі не є необхідними у випадку із конкретним пацієнтом). Також допомога комерційними організаціями надається тільки за умови платоспроможності клієнта, що робить її доступною далеко не для всіх людей. В бюджетній, навпаки, є безліч позитивних сторін: так, вона забезпечує можливість отримання громадянами високотехнологічної та дорогої медичної допомоги, надання якої абсолютно не вигідно приватним організаціям, а наявність пілг реалізує конституційне право всіх громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу. Розв'язання ж виявлених проблем має складатися, як з організаційних заходів (наприклад, регулярне проведення оцінок ефективності діяльності організацій, як зовнішніх, так і внутрішніх), так і соціально-економічних, у вигляді заходів стимулювання розвитку державно-приватного партнерства, що надаються державою.

В світлі зазначеного, ми можемо виділяти дві категорії механізму збору коштів: державні і приватні. Державні механізми збору коштів (через податки і внески соціального страхування) встановлюються законом і є обов'язковими, вони покривають ризики у сфері медицини та фінансові ризики (авансові платежі) за часом і за населенням. З економічної точки зору покриття ризиків позитивно позначається на рентабельності, частково знижуючи невизначеність, пов'язану з обома типами ризиків, – наприклад, ми не завжди знаємо, чи хворіємо і коли саме, наскільки тяжким буде перебіг хвороби, у що обійдеться лікування і чи зможемо ми його оплатити. Не менш важливим є те,

що оскільки державні механізми збору коштів ґрунтуються на величині доходу, вони дають змогу не прив'язувати розмір виплат до ризику погіршення здоров'я. Іншими словами, вони забезпечують доступ до медичної допомоги, заснований на потребі, а не на здатності платити. Приватні механізми збору коштів зазвичай працюють на добровільній основі. Одні з них засновані на передоплаті (приватне медичне страхування), а інші на оплаті в момент користування послугою (прямі платежі населення).

Прямі податки стягуються з приватних осіб і компаній (наприклад, прибутковий податок, корпоративний, майновий). Непрямі податки стягують із споживання товарів і послуг (наприклад, податок на додану вартість (ПДВ)) [26, с. 181]. Податки можуть збиратися центральним урядом, на регіональному або місцевому рівні; вони можуть надходити до загального бюджету держави або спрямовуватися направлятися на конкретні цілі (наприклад, на освіту або охорону здоров'я). Природа податків, що йдуть на фінансування охорони здоров'я, впливає на справедливість у фінансуванні, прозорість і підзвітність. Прямі податки зазвичай пропорційні або прогресивні, непрямі часто регресивні.

Відрахування соціального страхування майже завжди стягуються із заробітків (заробітної плати або платні). У деяких випадках вони можуть стягуватися із загального доходу (дохід, що складається із заробітків і відсотків із капіталу), наприклад податок на прибуток у Франції (загальний внесок соціального страхування, Contribution Sociale Generalisee), але все одно збираються фондами медичного страхування. Відрахування можуть виплачувати самі наймані працівники або наймачі; як правило, вони становлять фіксовану частину доходу, встановлену державою або окремими страховими фондами.

Відрахування здатні покривати також потреби тих, хто їх не платить (безробітних, пенсіонерів або непрацюючих утриманців, які не працюють). В інших випадках кошти за тих, хто не платить відрахування, може вносити уряд або інший орган. За інших рівних умов відрахування соціального

страхування будуть пропорціональні або дещо регресивні, оскільки не стягуються із заощаджень або з доходів з капіталу. На практиці часто існує межа розміру відрахувань, що посилює регресивність.

Внески приватного медичного страхування встановлюються кожною страховою компанією самостійно, майже завжди як фіксована щомісячна або щорічна сума. Вони можуть обчислюватися на основі доходів для деякої групи населення (для всіх членів одного страхового фонду або іншої групи осіб, наприклад тих, що проживають у певній місцевості або які мають одну й ту саму професію) або залежати від ризику (ґрунтуються на індивідуальному чи груповому ризику). Приватне медичне страхування здатне відігравати різну роль і здійснюватися комерційними організаціями або державними та приватними некомерційними організаціями (такими як державні фонди медичного страхування й товариства взаємодопомоги або фонди соціально-страхового забезпечення). У більшості випадків від обов'язкового страхування приватне медичне страхування відрізняє саме його добровільний характер.

Ощадні рахунки на користь медичного страхування – це обов'язкові або добровільні відрахування фізичних осіб на цільові рахунки, призначені для оплати медичних послуг. Уперше вони з'явилися в Сінгапурі й сьогодні застосовуються в приватному медичному страхуванні США і Південної Африки. Вони можуть доповнювати план страхування, наприклад на випадок значних медичних витрат. Для них не характерні будь-якої форми перехресного субсидіювання. У ЄС єдиний приклад такого підходу можна віднайти в Угорщині, де ощадні рахунки, що формуються з податкових дотацій, застосовуються для часткової оплати державного медичного обслуговування або для оплати приватних медичних послуг.

Якщо не брати до уваги Німеччину та Грецію, розмір внесків в країнах Європи встановлюється централізовано, зазвичай як фіксована частина доходу для всіх категорій населення, хоча в деяких країнах ЄС для певних груп населення встановлено знижений розмір внесків. Надання фондам медичного страхування права самостійно визначати розмір внесків завдає шкоди рівності

у фінансуванні та рівності доступу, особливо якщо членство у фонді значною мірою визначається родом занять.

Дослідження світового та вітчизняного досвіду забезпечення якісної системи фінансування медичної сфери вказує на раціональність використання підходу медичного страхування. В цілому, ідея його впровадження дає змогу раціонально розподілити відповідальність й навантаження між державою, громадськістю та закладами охорони здоров'я. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших чинників, що характеризують рівень медичного обслуговування.

У Законі України «Про страхування» зазначено, що медичне страхування може бути як обов'язковим, так і добровільним. Але тлумачення змісту та принципів медичного страхування немає. Лише у ст. 4 цього закону визначено, що медичне страхування є різновидом особистого страхування [35]. У наукових дослідженнях коректно визначається предмет медичного страхування, що полягає у детермінації його як майнового інтересу, обумовленого порушенням стану здоров'я, що стосується застрахованої особи, а саме витрат на обслуговування лікувальних потреб, що в окремих випадках призводить до втрати працездатності особою [24]. При цьому, об'єктом слугує життя і здоров'я людей. Суб'єктне коло окреслюється по-різному. Одні науковці обмежуються баченням того, що до даного переліку слід відносити страховика, медичні заклади, застраховану особу та страхувальника [3; 41]. В роботах інших вчених можна віднайти альтернативну думку, де вказаний перелік доповнюється органами публічного управління, асистуючими організаціями, сімейними лікарями тощо [24].

Класифікація медичного страхування здійснюється в розрізі диференційованих ознак. Якщо ми беремо за основу форму залучення застрахованих осіб, то в такому випадку буде раціонально вести мову про індивідуальне та колективне страхування, при цьому колективне страхування

може приймати децентралізовану або ж змішану форми. Добровільним чи обов'язковим буде страхування у тому випадку, коли говорять щодо його форми проведення.

Добровільне страхування – це форма страхового захисту, яка укладається на основі вільного волевиявлення сторін. Воно базується на особистій ініціативі страхувальника, який прагне захистити свої майнові чи немайнові інтереси від можливих ризиків. Укладення договору добровільного страхування здійснюється на основі взаємних домовленостей і є виключно правом, а не обов'язком сторін.

Обов'язкове страхування – це форма страхового захисту, встановлена законодавством, яка передбачає обов'язкову участь певних осіб у страхових відносинах для захисту інтересів суспільства, третіх осіб або держави. Воно реалізується як юридичний обов'язок, передбачений нормативно-правовими актами, а умови страхування визначаються державою або відповідними регулюючими органами.

У випадку із добровільним страхуванням, особа, котра уклала правочин в перспективі отримає виключно той перелік необхідних послуг, котрі покривається страховим полісом або ж матиме право і на більш розширений перелік, при умові їх додаткової оплати. Обов'язкове медичне страхування як окремий інститут контролюється зі сторони держави та не має на меті комерціалізацію діяльності. Таким чином, головна відмінність між цими формами полягає у правовій природі: добровільне страхування ґрунтується на ініціативі та свободі вибору, тоді як обов'язкове є нормативно визначеним обов'язком. При яскраво виражених відмінностях, ми ідентифікуємо і спільні аспекти. Зокрема, як вказано у роботі Климчук Н. Я., до останніх можна віднести однакову економіко-правову природу, а також мету здійснення, що свідчить про потребу застосування останніх в державі у вигляді паралельних систем захисту майнових інтересів зацікавлених осіб при настанні страхових випадків [17, с. 57]. Очевидним є наступне: для того щоб медичне страхування

дійсно було гарантованим джерелом фінансування охорони здоров'я, необхідно мати платоспроможних страхувальників.

Обов'язковою умовою для роботи в умовах медичного страхування медичним організаціям необхідно пройти ліцензування (п. 15 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [33]) та акредитацію (ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я [25], вимоги Порядку акредитації закладу охорони здоров'я [29]) незалежно від форми їхньої власності, що надасть їм право на здійснення певних видів діяльності та послуг.

Найважливішою проблемою організації медичного страхування є тарифи на медичні послуги. Щодо тарифів на медичні послуги при добровільному медичному страхуванні, то їх встановлюють за угодою між страховою медичною організацією та організацією або особою, якій буде надано медичні послуги. Серед проблем страхової системи охорони здоров'я вкажемо на відсутність рівної доступності медичної допомоги для різних соціальних груп і різних адміністративних територій. Зазначимо, що в країнах зі страховою медициною зберігається тенденція до невиправданого підвищення цін на медичні послуги, хоча держава намагається стримувати зростання витрат на медичні послуги. Крім описаних недоліків, загалом за цієї системи охорони здоров'я відзначено низький пріоритет профілактичної роботи.

2.2. Визначення проблем страхового ринку та їх вирішення

Реформи в галузі фінансування охорони здоров'я неможливо механічно перенести з однієї країни в іншу через унікальність умов, що склалися в кожній країні. Проте уроки, взяті з міжнародного досвіду, дають змогу сформулювати низку керівних принципів для проведення реформ. Всесвітня організація охорони здоров'я дає досить слушні й детальні рекомендації про

те, як правильно побудувати систему фінансування охорони здоров'я в країні [49].

Наразі в Україні, кількість видатків на охорону здоров'я суттєво залежить від зовнішнього фінансування.

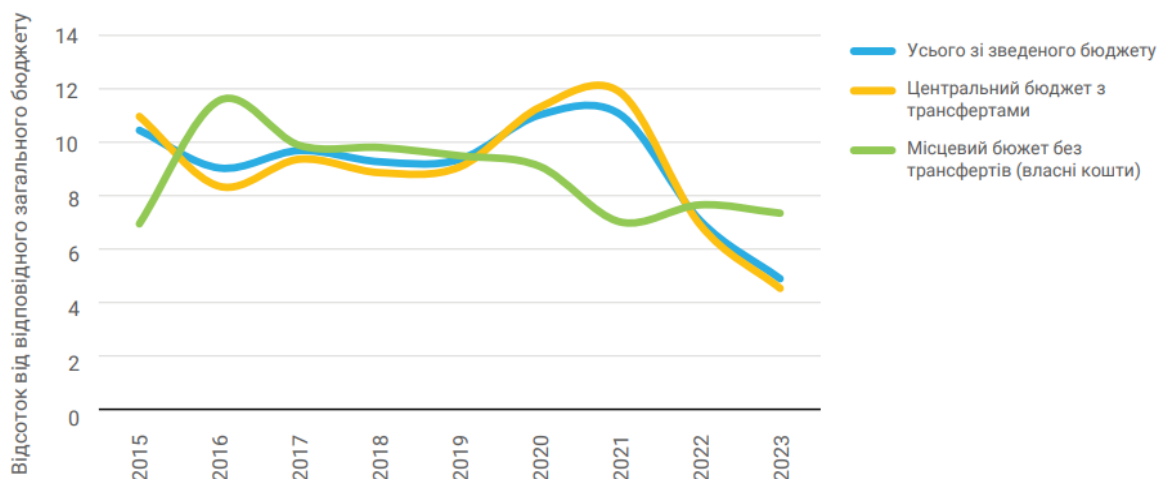


Рис. 1. Частка видатків на охорону здоров'я у загальних видатках бюджету 2015–2023 рр. [43, с. 8]

До 2040 р. Україна могла б задовольнити більшість потреб у невідкладній лікарняній допомозі за допомогою 120–140 лікарень загального профілю, кожна з яких обслуговує приблизно 300 000 населення, та 48–55 багатoproфільних спеціалізованих лікарень, кожна з яких обслуговує приблизно 750 000 населення [43]. Поточна ж ситуація, на жаль, залишає відкритим питання забезпеченості населення достатньою кількістю медичних закладів (рис. 2). Більше того, наявні лікарні повинні бути технологічно розвиненими і добре пов'язаними з іншими рівнями надання медичної допомоги, зокрема зі службами екстреної медичної допомоги, потужною системою первинної медичної допомоги і надавачами послуг тривалого лікування.

Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [36] в тій чи іншій мірі доторкається окреслених питань, проте, затверджена розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016, вона сама потребує оновлення і перегляду з точки зору пріоритетних напрямків із урахуванням

поточних реалій (наслідки війни, загроза нової пандемії тощо). Документ має носити проактивний характер та бути орієнтованим на усунення та пододання як реальних, так і потенційних викликів. В перспективі, таким документом міг стати проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [31], який ще не затверджений та перебуває на розгляді Міністерства охорони здоров'я.

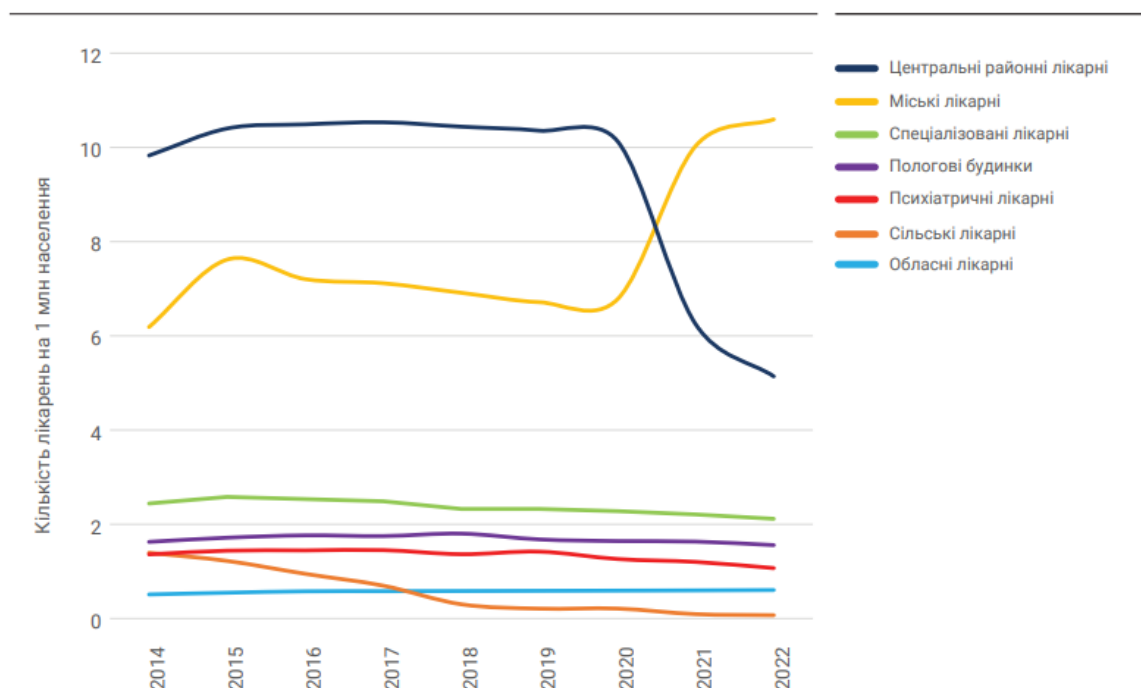


Рис. 2. Кількість лікарень в Україні на 1 млн населення, за типами [43, с. 50]

Для аналізу та планування ефективності системи фінансування охорони здоров'я в країні дуже важливо розуміти й аналізувати відмінності між приватними та державними медичними організаціями. У світі в більшості країн приватний сектор відіграє важливу роль у системі охорони здоров'я. Як наслідок, в більшості держав наразі існують «змішані системи охорони здоров'я», де товари та послуги з медичної допомоги надаються як державними, так і приватними постачальниками. Механізми державного фінансування, застосовувані для управління змішаними системами охорони здоров'я в країні, значно відрізняються від тих, які використовуються для управління системами, заснованими виключно на державних медичних закладах.

На жаль, в Україні в минулому і зараз жоден стратегічний документ не робив аналізу відмінностей державного фінансування охорони здоров'я в державному і приватному секторі. Для держави проблема полягає в тому, що в умовах глибокої недостатності державного фінансування охорони здоров'я уряд не може встановити нормальні тарифи на безкоштовні медичні послуги для приватних медзакладів так, щоб вони могли компенсувати свої операційні витрати та інвестувати в нове обладнання і приміщення для розширення своєї діяльності. З іншого боку державні медзаклади є залежними організаціями, і вони змушені працювати в умовах сильного недофінансування з боку держави. У результаті цього в державних медзакладах фахівці мають низьку кваліфікацію; обладнання та приміщення старі та сильно зношені і без окремої фінансової допомоги з боку держави державні медзаклади не можуть найняти висококваліфікованих спеціалістів, а також оновити і поліпшити своє обладнання та приміщення.

Через недостатність державного фінансування уряд платить медустановам за вкрай низькими тарифами. Поточні державні тарифи на медпослуги не відповідають фактичним витратам медустанов, і вони в 3-4 рази нижчі за ринкові ціни на медичні послуги в приватному секторі. В ідеалі тарифи за медпослуги, оплачувані державою, мають покривати:

- усі операційні витрати медустанов, де головним компонентом є зарплата фахівців;
- амортизацію або оренду медичного обладнання, транспорту і приміщень;
- прибуток медзакладів, який піде на розширення діяльності або на дивіденди власникам медзакладу.

Наразі замість підвищення державних тарифів на медпослуги (щоб медустанови могли покрити свої витрати й інвестувати в нове обладнання та приміщення) уряд створює держпрограми для фінансування будівництва нових приміщень і купівлі нового обладнання для державних медустанов, насамперед у сільській місцевості. Також аналогічний підхід посилює

дисбаланс між приватними та державними медзакладами та розширює власність держави в охороні здоров'я, що прямо суперечить гаслам уряду про децентралізацію.

На жаль, наш уряд слабо вивчає найкращий світовий досвід у державному фінансуванні охорони здоров'я. За останні 5-10 років безліч міжнародних досліджень згадують пострадянську країну Естонію, як приклад успішного переходу від радянської системи охорони здоров'я до системи, яка використовується в розвинених ринкових країнах. Судячи з програмних документів уряду, Україна теж намагається побудувати систему охорони здоров'я, яка використовується в розвинених ринкових країнах, але у своєму перехідному періоді ми застрягли десь посередині, і останнім часом уряд став повертатися назад до радянської системи.

На відміну від України, реформа фінансування охорони здоров'я в Естонії спочатку була спрямована на залучення приватних медустанов до надання безкоштовних медичних послуг, що фінансуються урядом за рахунок обов'язкової державної системи медичного страхування і за рахунок бюджету. У результаті приватні медустанови в цій прибалтійській країні надають більшу частину безкоштовних медичних послуг, що фінансуються державою. В Естонії теж є державні та муніципальні медустанови, але порівняно з Україною їхня частка на ринку порівняно невелика [23].

В Естонії, як і в розвинених ринкових країнах, дуже добре адаптована система незалежних саморегульованих професійних асоціацій, і галузь охорони здоров'я там не є винятком. Тут відсутнє окреме міністерство, а функція контролю та розвитку охорони здоров'я входить до обов'язків Міністерства соціальних справ. На противагу вітчизняному уряду, це міністерство не ухвалює жодних важливих рішень щодо фінансування та організації системи охорони здоров'я без узгодження з цими професійними асоціаціями. В Естонії є кілька незалежних професійних асоціацій в сфері охорони здоров'я. Найбільш великою організацією є Естонська медична

асоціація, поруч з нею – Естонське товариство сімейних лікарів, Естонський союз медсестер, Естонська асоціація госпіталів тощо.

2.3. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду

Фінансування охорони здоров'я у світі перебуває на перетині інновацій, соціальної відповідальності та економічних викликів. Тенденції універсального покриття, залучення приватного сектору, цифровізації та підвищення ефективності свідчать про те, що системи охорони здоров'я адаптуються до нових реалій. Проте для досягнення стійкості та справедливості необхідно забезпечити баланс між державними й приватними інтересами, а також між інноваціями та доступністю для всіх верств населення. Для кращого розуміння національних особливостей, проведемо короткий огляд практики іноземних держав.

Охорона здоров'я в Південній Кореї являє собою систему так званого єдиного платника, організовану Національною службою медичного страхування (NHIS). Завдяки цій системі платників майже всі громадяни отримують загальну медичну допомогу. Система страхування покриває 97,1% населення з 53 млн. громадян, а рівень задоволеності склав понад 90%. Південна Корея є амбасадором цифрових технологій і до 2030 року уряд планує зробити країну третьою у світі за конкурентоспроможністю цифрових технологій. Наразі понад 90% лікарень Південної Кореї вже використовують безпаперову комплексну систему охорони здоров'я. Крім того, уряд поставив за мету створити до 2030 року 18 «розумних» лікарень на основі цифрових технологій, які зможуть здійснювати моніторинг, діагностику та лікування пацієнтів у реальному часі [48].

Наразі дистанційна телемедицина заборонена в Південній Кореї, проте уряд визнає її потенціал. Міністерство охорони здоров'я нещодавно оголосило, що відповідно до чинних правил телемоніторинг від лікаря до пацієнта дозволено при деяких захворюваннях (цукровий діабет тощо). Розвиток

штучного інтелекту нині активно використовується для обробки рентгенівських зображень, розроблення лікарських засобів, а також для прогнозування взаємодії ліків на основі штучного інтелекту для зменшення побічних дій препаратів, зокрема відповіді на імунотерапію в онкологічних хворих [11].

Об'єднані Арабські Емірати мають високоякісну систему охорони здоров'я, найкращу на Близькому Сході. Система охорони здоров'я частково фінансується за рахунок податків, частково за рахунок системи обов'язкового медичного страхування. Будь-яка додаткова вартість лікування залежатиме від того, в якому еміраті ви перебуваєте. Наприклад, громадяни Об'єднаних Арабських Еміратів мають доступ до безоплатного медичного обслуговування в Абу-Дабі та Дубаї. В інших регіонах від них можуть очікувати оплати частини або всієї процедури. Громадяни країни можуть оформити страховку залежно від регіону проживання.

Об'єднані Арабські Емірати – світовий лідер за кількістю постачальників медичних послуг, що мають міжнародний сертифікат JCI. Стандарти допомагають організувати злагоджену роботу персоналу, мінімізувати ризик помилок і забезпечити безпеку пацієнта. У країні досить активно розвивається телемедицина. Громадяни та резиденти можуть отримати первинну консультацію віддалено через застосунок, а іноземні пацієнти в праві проконсультуватися з лікарем онлайн перед приїздом в Об'єднані Арабські Емірати. В країні активно впроваджують штучний інтелект для обробки результатів обстеження пацієнтів. Спеціальний алгоритм дає змогу відстежувати результати аналізів, УЗД і рентгенологічних зображень, що допомагає встановитися діагноз і виявити можливі проблеми зі здоров'ям до того, як людина їх відчує. Об'єднані Арабські Емірати запрошують лікарів з-за кордону, щоб скоротити час очікування та підвищити якість лікування.

Уряд заснував 4 медичні міста для розвитку охорони здоров'я та залучення інвестицій (Dubai Healthcare City в Дубаї тощо). Медичне місто – міський квартал із лікарнями, спеціалізованими клініками, медичними та

реабілітаційними центрами, готелями, оздоровчими та спа-центрами [38]. Країна також славиться медичним туризмом. Найпопулярнішими напрямками медичного туризму є: естетична хірургія, дерматологія, косметологія, ортопедія, стоматологія, репродуктивна медицина, комплексна діагностика та профілактичний медичний огляд. Вартість медичних послуг на 75% нижча, ніж у США, ЄС і Великій Британії.

У медичних закладах пропонується також високий рівень комфорту, сервіс у деяких клініках можна порівняти з сервісом у 5- або 7-зіркових готелях. Персонал клініки за замовчуванням розмовляє двома мовами — арабською та англійською.

Саудівська Аравія — одна з найбільших країн Близького Сходу з населенням понад 34 млн. осіб. Система охорони здоров'я в Саудівській Аравії за минулі роки зазнала значних поліпшень завдяки значним інвестиціям уряду в інфраструктуру охорони здоров'я, що призвело до розширення доступу до медичних послуг по всій країні.

Саудівська Аравія має змішану державну та приватну систему охорони здоров'я, серед яких 60% послуг надаються Міністерством охорони здоров'я. Система громадської охорони здоров'я Саудівської Аравії відкрита для громадян Саудівської Аравії та працівників державного сектору. Крім того, послуги безкоштовні і включають в себе: послуги лікаря загальної практики, лікування в лікарні, стоматологічне лікування, рецептурні ліки. Міністерство охорони здоров'я реалізувало кілька ініціатив, спрямованих на поліпшення якості медичних послуг, як-от Національна програма акредитації медичних закладів (NAP). NAP оцінює та акредитує медичні заклади на основі кількох критеріїв, включно з безпекою пацієнтів, інфекційним контролем та якістю медичної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я також реалізувало різні ініціативи, як-от Національна програма трансформації і «Бачення 2030», спрямовані на підвищення якості та ефективності медичних послуг у країні. Для просування профілактичної та комплексної допомоги, а також для поліпшення доступу до

медичних послуг центральний орган виконавчої влади планує створити кластери охорони здоров'я по всій Саудівській Аравії. Кожен кластер буде являти собою інтегровану мережу постачальників медичних послуг, які обслуговують близько мільйона осіб.

Міністерство охорони здоров'я розробило стратегію електронної охорони здоров'я, спрямовану на використання телемедицини для поліпшення доступності та якості медичної допомоги у віддалених районах [6]. Рівень впровадження телемедицини в Саудівській Аравії становить приблизно 70 %, і майже 34 % молодих лікарів використовують ІІІ для полегшення діагностики. У березні 2022 року Саудівська Аравія запустила віртуальну лікарню Seha, найбільшого постачальника електронної охорони здоров'я у світі та першого на Близькому Сході. Seha віддалено підтримує 130 лікарень по всій країні і надає понад 30 спеціалізованих послуг.

Туреччина почала перебудовувати свою систему охорони здоров'я на початку ХХІ ст., і поштовхом до цього послужив високий рівень незадоволеності пацієнтів. У 2003 році було запущено програму трансформації охорони здоров'я Туреччини, гарантуючи, що всі громадяни матимуть рівний доступ до якісної медичної допомоги [50]. У 2010 році МОЗ Туреччини розробило програму державно-приватного партнерства, що призвело до збільшення фінансової підтримки державних лікарень і збільшення кількості приватних лікарень. Нині програма трансформації охорони здоров'я Туреччини називається історією успіху, адже вона досягла не тільки поставлених цілей, а й закінчилася раніше терміну – у 2015 р. Крім того, проект стимулював збільшення за останні два десятиліття як тривалості життя на 4 роки, так і став причиною зниженню рівня дитячої смертності, а саме на 80% [40, с. 32].

Система громадської охорони здоров'я, що покриває 98,88% населення, водночас доступна й ефективна, а послуги, що надаються, перебувають на одному рівні з іншими країнами (Ізраїль і США), однак ціни набагато нижчі. Крім загальної охорони здоров'я існує широкий ринок різних страхових

компаній на будь-який бюджет. Туреччина має дуже вигідне місце розташування (лише за 2-3 години їзди від великих міст Європи та Близького Сходу) і безвізовий доступ більш ніж для 70 країн. Туреччина пропонує іноземним пацієнтам широкий спектр медичних послуг, а вартість лікування в Туреччині в середньому на 50-60% нижча, ніж у країнах Європи або США. Наприклад, у США процедура пересадки волосся коштує від 4000\$ до 15000\$, а в Туреччині від 320\$ до 4300\$ [21].

За останні 20 років задоволеність пацієнтів медичним сервісом зросла з 39,5% до 65,6% загалом і наразі також залишається досить високою. В країні, при цьому, налічується 34 лікарні, що мають міжнародний сертифікат JCI. Стандарти допомагають організувати злагоджену роботу персоналу, мінімізувати ризик помилок і забезпечити безпеку пацієнта.

У сфері медичних технологій особлива увага приділяється візуалізації, а саме ринку 3D-зображень, цифровій трансформації, включно з оцифровуванням карток пацієнт і електронних рецептів. Трансплантація органів, включно з пересадкою серця і печінки, є одним із найважливіших напрямків для розвитку. Турецькі вчені розробили новітні методи лікування відторгнення органу-трансплантата, що може значно підвищити ймовірність успіху цієї терапії.

У Грузії діють такі види страхування – державне, комерційне та корпоративне. Подібні види страхування пропонують громадянам країни певні знижки на лікування та медикаменти і навіть у деяких випадках безкоштовне лікування. Однак сам по собі ринок комерційного та державного страхування дуже різноманітний. За ними працюють 3 з 12 компаній, які можуть запропонувати послугу індивідуального страхування. При цьому ціни та послуги приблизно однакові, як і самі послуги. Вартість пакета на місяць коливається від 11-15 до 46 доларів [7, с. 205].

До мінімального пакета входять прийом у лікаря, швидка допомога, 50-60% знижка на амбулаторне обслуговування, знижки на послуги стоматолога та оперативне втручання. Різниця в пропозиції страховиків – тільки в

щорічних лімітах на той чи інший вид лікування і в клініках-провайдерах. У комерційного медичного страхування є один мінус – виключення з пакета страхування. Переважно вони пов'язані з гінекологічними та рідкісними захворюваннями, а також не фінансується лікування гепатиту, ВІЛ тощо. З негативом у рамках цієї моделі ставляться також до будь-якого виду нетрадиційної медицини та стимуляторів імунітету.

Під час вибору страхової компанії (клініка-провайдер) необхідно уважно перевіряти клініки та їхню репутацію загалом, а також слід пам'ятати, що компанія за пакетом оплачує тільки той ліміт, який обрав пацієнт. Будь-які додаткові, понад ліміт, послуги доведеться оплачувати самотійно. Що стосується корпоративного страхування, то такі послуги представляють у Грузії всі 12 страхових компаній. Вони орієнтовані тільки на людей, які працюють, і готові страхувати здоров'я працівників та членів їхніх сімей та пропонують їм великий вибір пакетів і знижок. При цьому бажану страхову компанію обирає не працівник, а сама компанія.

На сьогодні найпоширенішим видом страхування здоров'я в Грузії є державне страхування, яке було задіяне у 2013 році. Воно поширюється на громадян Грузії, іноземних громадян, які постійно проживають у країні, та осіб без громадянства. Держстрахування поширюється на тих, хто на 1 січня 2017 року не був застрахований у приватного страховика. Держстраховка ділиться на кілька пакетів – базовий і додатковий. Базовий пакет державного страхування передбачає знижки на амбулаторне обслуговування, безоплатний огляд лікаря та невідкладну допомогу за будь-якого випадку, а також безоплатні пологи і вагітність. Додатковий пакет страхування розрахований на дітей до 6 років, пенсіонерів, студентів, осіб з обмеженими можливостями, ветеранів та соціально незахищених. Для них медичне обслуговування повністю безкоштовне.

Крім цього держава фінансує лікування ВІЛ-інфекції, діабету, гепатиту С, туберкульозу, онкохворих з останньою стадією, лікування рідкісних захворювань. Громадяни з високим доходом, понад 40 тис. ларі/рік

позбавляються державної медичної страховки і можуть користуватися тільки окремими медичними державними програмами.

Окрему групу складають громадяни із середнім доходом – від 900 до 3,7 тис/ларі. Вони користуються державною медичною страховкою за видами послуг, що відповідають рівню фінансування. Окрему групу становлять громадяни з низьким доходом (щомісяця менше ніж 900 ларі), і самозайняті особи, а також підлітки від 6 до 18 років. У Грузії громадянам присвоюються також рейтингові бали, які становлять від 70000 до 100000 за шкалою оцінки добробуту. Міністерство праці, охорони здоров'я та соціального захисту Грузії максимально контролює рівень лікарень і лікарів.

У світі спостерігається низка тенденцій, які визначають розвиток цієї сфери, і вони відображають як глобальні економічні зміни, так і специфіку національних систем охорони здоров'я.

По-перше, однією з головних тенденцій є зміщення акценту на універсальне медичне покриття (Universal Health Coverage, UHC). Все більше країн прагнуть забезпечити доступ до медичних послуг для всього населення, незалежно від їхнього соціального статусу чи рівня доходів. Це означає розвиток моделей фінансування, які базуються на солідарності: страхові внески, податки або їх комбінація. Прикладом успішної реалізації UHC є системи охорони здоров'я в таких країнах, як Німеччина, Франція та Японія.

По-друге, зростає роль публічно-приватного партнерства у фінансуванні медичних послуг. Уряди багатьох країн залучають приватний сектор для модернізації інфраструктури, запровадження інновацій та підвищення ефективності надання послуг. Це особливо актуально в країнах із середнім і низьким рівнем доходів, де державні ресурси обмежені, а приватні інвестиції можуть стати каталізатором змін. Однак важливо забезпечити баланс, щоб уникнути надмірної комерціалізації медицини, яка може призвести до зниження доступності послуг для вразливих груп населення.

По-третє, значною тенденцією є цифровізація та впровадження інновацій. Технології змінюють не лише методи лікування, а й підходи до

фінансування. Наприклад, телемедицина та електронні медичні записи дозволяють оптимізувати витрати, роблячи систему охорони здоров'я прозорішою та ефективнішою. З іншого боку, використання великих даних (Big Data) допомагає прогнозувати фінансові потреби, оптимізувати витрати та розробляти політику на основі доказів.

Ще однією важливою тенденцією є зростання витрат на охорону здоров'я, що пов'язано зі старінням населення, збільшенням поширеності хронічних захворювань і впровадженням дорогих інновацій. Уряди змушені шукати нові джерела фінансування: збільшувати податки, запроваджувати спеціальні медичні збори або стимулювати приватні інвестиції. Водночас у багатьох країнах виникає дискусія про необхідність реформування системи для більш раціонального використання ресурсів, наприклад, шляхом переходу від моделі «плата за послугу» до моделі «оплата за результат». Крім того, глобальна пандемія COVID-19 стала каталізатором змін у фінансуванні охорони здоров'я. Країни інвестували значні кошти в екстрене реагування, посилення систем громадського здоров'я та вакцинацію. Пандемія також продемонструвала важливість міжнародної співпраці у фінансуванні охорони здоров'я, зокрема через такі ініціативи, як COVAX.

Зважаючи на вищевказане, ми вбачаємо перспективи у активізації роботи органів місцевого самоврядування в напрямку поліпшення фінансування сфери охорони здоров'я, що дало б змогу мінімізувати навантаження на державні органи. Більше того, саме вони мають можливість впливати на організацію фінансових потоків, управління ресурсами та запровадження інноваційних підходів, зважаючи на реальні потреби регіону. Нижче розглянуто основні напрями участі органів місцевого самоврядування в оптимізації фінансового забезпечення медичних закладів:

Формування місцевих бюджетів та ефективний розподіл коштів. Органи місцевого самоврядування здійснюють формування місцевих бюджетів, у яких значна частина видатків може бути спрямована на потреби охорони здоров'я. Оптимізація фінансування може включати проведення

аналізу поточних потреб медичних закладів, визначення пріоритетів та забезпечення адресного фінансування. Застосування програмно-цільового методу бюджетування дозволяє більш ефективно спрямовувати кошти на реалізацію конкретних завдань, таких як модернізація медичного обладнання чи впровадження інформаційних систем у лікарнях.

Запровадження механізмів державно-приватного партнерства. Державно-приватне партнерство є інструментом, який може забезпечити додаткові джерела фінансування для медичних закладів. Органи місцевого самоврядування можуть ініціювати та координувати відповідні проєкти, залучаючи приватний сектор до співпраці у таких напрямках, як будівництво, модернізація чи управління медичними закладами. Наприклад, реалізація концесійних договорів може сприяти оновленню інфраструктури лікарень за рахунок інвестицій приватного бізнесу.

Розвиток місцевих податкових ініціатив. Влада на місцях в праві запроваджувати місцеві податки та збори, частина з яких може спрямовуватися на фінансування медичної сфери. Наприклад, запровадження спеціального збору для підтримки охорони здоров'я або спрямування частини екологічного податку на вирішення медичних проблем, пов'язаних із впливом шкідливих факторів на здоров'я населення.

Пошук грантів та міжнародна співпраця. Доцільно залучати їх до участі у міжнародних програмах і грантових проєктах, що спрямовані на підтримку системи охорони здоров'я. Мова йде про програми Європейського Союзу, ООН чи міжнародних фондів, які надають фінансування для розробки та впровадження інновацій у сфері медицини, навчання персоналу чи закупівлі обладнання.

Підтримка автономізації медичних закладів. Автономізація медичних закладів передбачає надання їм статусу комунальних некомерційних підприємств, що дозволяє більш ефективно управляти фінансовими ресурсами та отримувати додаткові надходження через надання платних послуг, укладання договорів із Національною службою здоров'я України та участь у

програмах медичного страхування. Структури мають потенціал підтримувати даний процес, забезпечуючи заклади необхідною інфраструктурою та інформаційною підтримкою.

Використання цифрових технологій. Запровадження електронних систем управління фінансами медичних закладів може суттєво підвищити прозорість та ефективність використання коштів.

Залучення громадськості до процесу прийняття рішень. Участь громадськості у плануванні бюджету та визначенні пріоритетів фінансування медичної сфери може сприяти більш ефективному використанню коштів. Заходи можливо організовувати через публічні обговорення, громадські слухання чи застосовувати інструменти партиципаторного бюджетування, залучаючи громадян до вирішення ключових питань у сфері охорони здоров'я.

Створення резервних фондів та фінансова підтримка у кризових ситуаціях. Місцеві органи можуть створювати спеціальні резервні фонди, які використовуватимуться для підтримки медичних закладів у випадку надзвичайних ситуацій, таких як пандемії чи природні катастрофи, що дозволяє оперативно реагувати на виклики та забезпечувати медичні установи необхідними ресурсами.

Співпраця з неурядовими організаціями та благодійними фондами. Органи місцевого самоврядування можуть координувати співпрацю з неурядовими організаціями, благодійними фондами та волонтерами, які можуть надавати додаткові ресурси для забезпечення медичних закладів. Відповідно, це може включати закупівлю обладнання, забезпечення медикаментами чи проведення ремонтів у лікарнях.

Таким чином, участь органів місцевого самоврядування в оптимізації фінансового забезпечення медичних закладів є багатовекторною та потребує комплексного підходу. Ефективне поєднання бюджетних, інвестиційних, громадських і цифрових інструментів сприятиме сталому розвитку системи охорони здоров'я на місцевому рівні та підвищенню якості медичних послуг для населення.

Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я є відображенням глобальних викликів та змін, що впливають на всі аспекти людського життя. Еволюція систем охорони здоров'я спрямована на адаптацію до нових соціальних, економічних, технологічних та демографічних реалій, що диктують необхідність інноваційних підходів до забезпечення здоров'я населення. Вивчення цих тенденцій є ключем до розуміння того, як різні країни дають раду викликам, таким як старіння населення, зростання хронічних захворювань, пандемії та нерівність у доступі до медичних послуг. Відповідно, однією з основних тенденцій є глобалізація охорони здоров'я, яка проявляється у взаємодії між країнами через обмін знаннями, технологіями та практиками.

ВИСНОВКИ

Право на охорону здоров'я є одним із фундаментальних прав людини, яке визнається та гарантується національними законодавствами багатьох країн і міжнародними правовими актами. Його реалізація має вирішальне значення для забезпечення гідного рівня життя, соціальної стабільності та глобального розвитку. Міжнародно-правові акти, які закріплюють право на охорону здоров'я, забезпечують основи для регламентації цього права та встановлюють обов'язки держав щодо його впровадження. Загальна декларація прав людини (1948) проголошує право кожної людини на такий життєвий рівень, який необхідний для підтримки здоров'я та добробуту не лише самої людини, але й її сім'ї. Стаття 25 цього документа прямо зазначає, що кожен має право на медичне обслуговування і соціальні послуги, необхідні для здорового життя.

Особливу роль у регламентації права на охорону здоров'я відіграють акти Всесвітньої організації охорони здоров'я. Дана структура визначає здоров'я як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Вона також проголошує, що досягнення найвищого рівня здоров'я є одним із основних прав кожної людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального статусу. Всесвітня організація охорони здоров'я розробляє глобальні стратегії у сфері охорони здоров'я, підтримує країни у зміцненні їхніх систем охорони здоров'я, а також координує міжнародну співпрацю у боротьбі з епідеміями та іншими загрозами здоров'ю. Крім цього, право на охорону здоров'я відображене у низці регіональних міжнародних документів.

Реалізація права на охорону здоров'я у світі є складним і багатогранним процесом, який оцінюється за низкою критеріїв, котрі власне і відображають рівень забезпечення доступу до медичних послуг, ефективність функціонування систем охорони здоров'я, а також дотримання принципів рівності, якості та своєчасності надання медичної допомоги. Визначення таких

критеріїв дозволяє аналізувати стан охорони здоров'я у різних країнах та виявляти проблеми, які потребують уваги міжнародної спільноти.

Одним із ключових критеріїв є доступність медичних послуг, що охоплює як фізичну доступність медичних установ, так і фінансову доступність лікування. Відстань до медичних закладів, наявність транспорту, а також вартість послуг — усе це впливає на те, наскільки люди можуть користуватися правом на охорону здоров'я. У багатьох країнах, що розвиваються, жителі віддалених районів стикаються з серйозними перешкодами у доступі до медичної допомоги через брак інфраструктури. Якість медичних послуг — ще один важливий критерій, котрий включає рівень кваліфікації медичного персоналу, наявність сучасного обладнання, забезпечення необхідними медикаментами та дотримання стандартів лікування.

Низька якість медичних послуг часто стає причиною підвищеної смертності та ускладнень у лікуванні. Наприклад, у країнах з обмеженими ресурсами відсутність належної діагностики і лікування серйозних захворювань є поширеною проблемою. Рівність у доступі до охорони здоров'я також виступає вагомим критерієм. Це означає, що всі групи населення, незалежно від статі, віку, соціального статусу, національності чи інших ознак, повинні мати рівний доступ до медичних послуг. Однак нерівність у доступі до охорони здоров'я є серйозною проблемою як у країнах, що розвиваються, так і в розвинених державах. Наприклад, жінки, діти, люди з інвалідністю та мігранти часто стикаються з дискримінацією у системі охорони здоров'я. Ефективність функціонування системи охорони здоров'я є наступним важливим критерієм. Вона оцінюється за такими показниками, як тривалість життя, рівень дитячої та материнської смертності, кількість медичних працівників на душу населення, а також ефективність профілактичних заходів, таких як вакцинація. Успішність боротьби з інфекційними та неінфекційними захворюваннями також є індикатором ефективності системи.

Фінансування охорони здоров'я та розподіл ресурсів — ще один критерій, який відображає здатність держави забезпечити належний рівень медичних послуг. У багатьох країнах недостатнє фінансування стає причиною низької якості послуг, браку обладнання та лікарських засобів. При цьому важливим аспектом є прозорість і раціональність використання виділених ресурсів.

Своєчасність надання медичної допомоги є критичним фактором, особливо у випадках екстреної медицини. Запізнення у діагностиці та лікуванні можуть призводити до тяжких наслідків для здоров'я пацієнтів, зростання витрат на лікування та підвищення ризику смертності. Крім того, важливим аспектом є участь громадськості у формуванні політики охорони здоров'я, під чим розуміється залучення громадян до прийняття рішень, моніторингу та оцінки ефективності медичних програм. Активна участь громадськості сприяє підвищенню прозорості системи охорони здоров'я та врахуванню реальних потреб населення.

У сучасних умовах усі моделі охорони здоров'я можна умовно поділити на три типи: бюджетна (державна); страхова (соціально-страхова); приватна (недержавна, або ринкова). Кожна із запропонованих моделей має свої переваги та недоліки. Україна, до прикладу, перебуває на шляху до розвитку страхової медицини, відповідно модель функціонування медичного страхування не є повністю реалізованою. Страхова медицина в Україні поки що функціонує переважно у формі добровільного страхування через приватні компанії. Державні послуги забезпечуються Національною службою здоров'я України, але охоплення і якість послуг залежать від їхнього фінансування.

Важливо зазначити, що реалізація права на охорону здоров'я потребує комплексного підходу, який охоплює правові, економічні та соціальні аспекти. Держави несуть відповідальність за створення доступної, якісної та рівноправної системи охорони здоров'я, розробку та фінансування програм профілактики хвороб, боротьбу з нерівністю у доступі до медичних послуг. Міжнародна спільнота відіграє важливу роль у підтримці країн, які

стикаються з труднощами у забезпеченні цього права, через надання фінансової допомоги, експертної підтримки та розробку глобальних стратегій. Однак, попри існування розвиненої нормативної бази, реалізація права на охорону здоров'я стикається з численними викликами. Нерівність у доступі до медичних послуг, недостатнє фінансування систем охорони здоров'я, загроза пандемій, а також порушення прав людини під час надання медичних послуг залишаються актуальними проблемами.

Зважаючи на вищевказане, ми вбачаємо перспективи у активізації роботи органів місцевого самоврядування в напрямку поліпшення фінансування сфери охорони здоров'я, що дало б змогу мінімізувати навантаження на державні органи. Більше того, саме вони мають можливість впливати на організацію фінансових потоків, управління ресурсами та запровадження інноваційних підходів, зважаючи на реальні потреби регіону.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Аналіз ринку приватних медичних центрів України. 2023 рік. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/issledovanierynka/analiz-rynka-chastnyh-medicinskih-centrov-v-ukraine-2023-god>.
2. Арцатбанова О. В. Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>
3. Базилевич В. Д. Страхування : підручник. К. : Знання-Прес, 2008. 1019 с.
4. Байрак А. О. Оцінка впливу зовнішніх факторів на розвиток приватного медичного сектору в Україні. Вісник соціально-економічних досліджень. 2020. № 3–4. с. 9–19
5. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. с. 93–97
6. Булеца С. Б. Інформаційні інноваційні технології та права людини четвертого покоління в сфері охорони здоров'я : монографія / за заг. ред. Булеци С. Б., Менджул М. В. Четверте покоління прав людини: особливості правового регулювання, проблеми та перспективи розвитку в сфері охорони здоров'я. Ужгород : Вид-во УжНУ «Говерла», 2020. С. 104–115.
7. Бурбела А. Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України. Економіка і суспільство. Вип. № 8. 2017. с. 201-207
8. Голованова І. А., Краснова О. І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 1. с. 22–25

9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль, «Економічна думка», 2005. 460 с.
10. Дзюрах Ю. М., Дмитришин Ю. Б. Сучасні тенденції державної політики розвитку приватної медицини в Україні. Публічне управління та митне адміністрування. Вип. № 1 (40). 2024. с. 17-23
11. Дорошенко О. О. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1. с. 16-23
12. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання сфери охорони здоров'я). Державне управління: удосконалення та розвиток. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4.
13. Європейський кодекс соціального забезпечення: Кодекс Ради Європи від 06.11.1990. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329.
14. Європейська соціальна хартія (переглянута) від 3 травня 1996 року. Відомості Верховної Ради України. 2007. № 51. Ст. 2096.
15. Загальна декларація прав людини ООН: Декларація; міжнародний документ від 10.12.1948 р. URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_015
16. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д-держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
17. Климчук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні в сучасних умовах. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Вип. № 1 (87). 2021. С. 55-60
18. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. БІЗНЕСІНФОРМ № 2. 2024. с. 36-46

- 19.Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод: з поправками, внесен. відповідно до положень Протоколів №№ 11 та 14 з Протоколами №№ 1, 4, 6, 7, 12 та 13) // Право України. 2010. № 10. с. 215–233
- 20.Конституція України від 28.06.1996 № 254к/ 96ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-вр#Text>
- 21.Костріков А. В. Інформатизація сфери охорони здоров'я. Наукове забезпечення економічного розвитку, правового регулювання і управління в агропромисловому комплексі: міжнародна науково-практична конференція, 29 бер. 2019 р. Полтава. С. 204-206.
- 22.Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. 2010. Вип. 3. с. 82-88
- 23.Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування. рукопис. дис... д. наук з держ. управління. Чорноморський національний університет імені Петра Могили Міністерства освіти і науки України, Миколаїв, 2021. 437 с.
- 24.Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної медицини: навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». Запоріжжя: ЗДМУ, 2014. 227 с.
- 25.Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
- 26.Павленко В. В., Павленко В. Л. Податкове право зарубіжних країн: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ В. В. Павленко, В. Л. Павленко; за заг. ред. А. М. Подоляки. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. 422 с.
- 27.Павло В. Іванчов. Фінансовий механізм державного управління трансформацією медичної системи України в ринкових умовах. Actual problems of economics № 9 (231), 2020. с. 132-141

28. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#n8>
29. Порядок акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-п#Text>
30. Пристая М. М. Система органів публічного управління закладами охорони здоров'я. Юридичний науковий електронний журнал. Вип. № 9. 2023. с. 257-259
31. Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: міжсекторальна робоча група з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Міністерство охорони здоров'я України. 2022. 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>
32. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
33. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>
34. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>
35. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/85/96-211%D0%B2%D1%80>
36. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 30.11.2016 № 1013 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

37. Про центральні органи виконавчої влади: Закон України від 17.03.2011 № 3166-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17#Text>
38. Регіональний туристичний продукт: проектний підхід до забезпечення конкурентоспроможності: монографія / За заг. ред. М.М. Іжа, К.Д. Бабової, Т.М. Безверхнюк. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. 626 с.
39. Російські обстріли вивели з ладу більш ніж половину медичної інфраструктури України. Дослідження. Офіційний сайт Української Гельсинської спілки з прав людини. 2024. URL: <https://www.helsinki.org.ua/articles/rosiyski-obstrily-vyvely-z-ladu-bilshe-polovyny-medychnoi-infrastruktury-ukrainy/>
40. Ткаченко В. І., Кекух Д. П., Гайова О. А., Алексейченко О. І., Заставний І. І. Системи охорони здоров'я європейських країн очима сімейних лікарів. Сімейна медицина №5 (73), 2017. С. 31-34
41. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 12. с. 43–47
42. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. 2020. № 6. С. 315–320. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52>
43. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Всесвітня організація охорони здоров'я. 2024. 92 с.
44. Чопчик В. Д., Орлова Н. М. Значення приватних медичних закладів у забезпеченні населення м. Києва стоматологічною допомогою. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4. С. 44–50.
45. Чорновіл О. В. Економічні моделі управління національними системами охорони здоров'я. Економіка та підприємництво. Вип. № 5 (74). 2013. с. 45-49
46. Швець Ю. Ю. Міжнародно-правові норми про право особи на охорону здоров'я: шляхи імплементації у національне законодавство. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. 2018. № 1. С. 70-73

- 47.Шелєміна Н. І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. Економіка та суспільство. 2023. Вип. 53. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80> (дата звернення 19.06.2024).
- 48.Jones R. Health-Care Reform in Korea, OECD Economics Department Working Papers, № 797, OECD Publishing, Paris, 2010. URL: <https://doi.org/10.1787/5kmbhk53x7nt-en>.
- 49.Health financing: The World Health Organization. 2024. URL: https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1
- 50.Sozen C., Kisa A., Kavuncubasi S. Can rural telemedicine help to solve the health care access problems in Turkey? Clinical Research and Regulatory Affairs. 2003. № 20 (1). p. 117–126.