

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та
національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ГОНЧАРОВА ТЕТЯНА ВАЛЕНТИНІВНА

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ІНСТИТУЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

Т. В. ГОНЧАРОВА
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ПЕРШКО Лариса Олександрівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: ГОНЧАРОВУ Тетяну Валентинівну допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» _____ 2024 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«_____» _____ 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ГОНЧАРОВА Тетяна Валентинівна захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ГОНЧАРОВА Т. В. Інституційне забезпечення управління процесом надання медичних послуг. – Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Бакалавр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2024.

Досліджено інституціональну організаційно-функціональну структуру системи охорони здоров'я України, основоположні площини державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я при наданні медичних послуг, теоретичні та методологічні підмури публічного адміністрування в медичній галузі, а також виклики сучасності до індустрії збереження суспільного здоров'я. Висвітлено сенс та атрибути перетворення державної політики країни в медичній галузі в умовах запровадження воєнного стану та у перспективі. Обґрунтовано і запропоновано низку пропозицій щодо покращення функціонування інституційної інфраструктури сфери охорони здоров'я на базі кращих світових практик з урахуванням економічних, суспільних та міжнародних особливостей української дійсності.

Ключові слова: інституційне забезпечення, управління, охорона здоров'я, державна політика, процес, медичні послуги.

SUMMARY

HONCHAROVA T. Institutional support for managing the process of healthcare services provision. – Manuscript. Qualification work for a «Bachelor» degree in specialty 281 «Public Administration». – Polissia National University, 2024.

The article examines the institutional organizational and functional structure of the health care system of Ukraine, the fundamental areas of public administration of health care institutions in the provision of medical services, the theoretical and methodological foundations of public administration in the medical field, as well as the challenges of the modern public health industry. The meaning and attributes of the transformation of the country's state policy in the medical field in the context of martial law and in the future are highlighted. The author substantiates and offers a number of proposals for improving the functioning of the institutional infrastructure of the healthcare sector based on the best international practices, taking into account the economic, social and international features of Ukrainian reality.

Keywords: institutional support, management, health care, public policy, process, medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДМУРИ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	8
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	15
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ТА ПРОГАЛИН У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ІНСТИТУЦІЙНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	17
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	27
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТИТУЦІЙНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	28
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	37
ВИСНОВКИ	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	42
ДОДАТКИ	47

ВСТУП

Актуальність дослідження. Важливим елементом функціонування будь-якої держави є система охорони суспільного здоров'я. У світі було прийнято кілька глобальних і регіональних резолюцій ВООЗ щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я, зокрема WHA69.1, яка закликає до зміцнення основних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ) як основи для поліпшення практики громадського здоров'я та побудови стійких систем охорони здоров'я, здатних досягти цілей загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПЗ).

ОФГЗ мають вирішальне значення для забезпечення стійкості безпеки здоров'я та досягнення ЗОПЗ і Цілей сталого розвитку (ЦСР), узгоджуючись з іншими додатковими зусиллями у сфері розвитку. Цей напрям роботи має на меті сприяти підвищенню обізнаності про важливість цієї діяльності, її міжсекторальний характер, а також концептуальні та операційні зв'язки з безпекою, стійкістю, управлінням, соціальними та екологічними детермінантами, які сприяють досягненню ЦСР, пов'язаних з охороною здоров'я та власне із здоров'ям населення.

Підтримка країн і регіонів у сфері ОФГЗ включає розробку технічного керівництва щодо зміцнення ОФГЗ; надання технічної підтримки для розбудови потенціалу ОФГЗ на національному рівні; а також сприяння глобальним зусиллям щодо ОФГЗ у контексті зміцнення систем охорони здоров'я для забезпечення стійкості систем охорони здоров'я до зовнішніх впливів [1].

Метою галузі охорони громадського здоров'я є забезпечення громадян доступними медичними послугами за доступними цінами. Стаття 49 Конституції України закріплює право кожного на охорону здоров'я. Це право реалізується шляхом надання безоплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також шляхом розвитку медичних закладів усіх форм власності за сприяння держави. Україна прагне наблизитися

до міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я і з цією метою держава здійснює її реформування, спрямоване на забезпечення громадян якісними та доступними послугами з охорони здоров'я.

Метою роботи є на підставі поглибленого дослідження існуючої інституціональної організаційно-функціональної структури управління в сфері надання медичних послуг надати практичні рекомендації щодо удосконалення публічного адміністрування у вказаному секторі галузі.

Завдання роботи, що спрямовано на досягнення визначеної мети становлять:

- розгорнуте дослідження теоретико-методологічних та науково-прикладних засад інституційного забезпечення державного управління процесом надання медичної допомоги і послуг;
- пошук механізмів, інструментів та факторів впливу на процеси державного регулювання інституційного забезпечення на рівні охорони здоров'я;
- аналіз пріоритетних проблем та недоліків у архітектурі та забезпеченні інституційного управління процесом медичного втручання у суспільстві;
- широке вивчення кращого світового досвіду у досліджуваному секторі економіки іноземних країн;
- можливість й доцільність імплементації його пріоритетів на теренах України;
- обґрунтування та опрацювання практичних рекомендацій щодо шляхів модернізації інституційної інфраструктури та політики її проводу у ході надання медичної допомоги населенню нашої держави.

Об'єктом є процес формування системи інституційного забезпечення управління наданням медичних послуг в закладах охорони здоров'я.

Предметом нашої роботи є синергічне поєднання теоретичних, методологічних, історичних, наукових та прикладних аспектів побудови системи пріоритетів інституційного забезпечення публічної політики держави,

щодо реформації та прогресивного розвитку власне медичних установ та надання медичних послуг для удосконалення механізмів державного регулювання в Україні.

Методи дослідження. В кваліфікаційній роботі було застосовано методологічний інструментарій через використання інструментів пошуку аналогів інституційного забезпечення управління наданням медичних послуг, єдності діалектичного і історичного при характеристиці реформ в сфері охорони здоров'я, методів аналітики та синтезу наукових підходів до інститутів в сфері медицини, порівняного аналізу управлінських систем закладів охорони здоров'я, експериментування, бібліографічного пошуку. Значну увагу було приділено науці про наукове абстрагування, застосовано монографічний та структурно-функціональний підходи до аналізу інститутів управління наданням медичних послуг, поєднання індукції і дедукції тощо.

Апробація проведених досліджень здійснювалась шляхом участі у двох науково-практичних конференціях у Поліському національному університеті, що знайшло відображення в двох наукових публікаціях.

Елементами наукової новизни є спроба автора відобразити пріоритетність розвитку інститутів управління при наданні медичних послуг та напрямів зміни архітектоніки моделі інституційного забезпечення державного управління медичною допомогою в Україні.

Практична значимість отриманих результатів. Висновки і рекомендації, які одержано у ході здійсненої роботи та її інші наслідки зорієнтовано на вдосконалення публічного управління в галузі охорони здоров'я з метою більш ефективного її функціонування для укріплення, відновлення й збереження здоров'я української нації.

Структура та обсяг дослідження представленої кваліфікаційної роботи складається із вступу, 3-х основних розділів, загальних висновків, 44 використаних літературних джерел, 4-х додатків. Всього викладений матеріал становить 52 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДМУРИ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Повоєнний період до 2030 року став часом створення системи охорони здоров'я в Україні, яка відповідає європейським зразкам якості і ефективності надання медичних послуг, створює умови доступності отримання медичної допомоги на всіх рівнях адміністрування. Отже, інститути управління галуззю мають бути спрямовані благополуччя населення і покращення рівня життя, світова спільнота орієнтована на те, що 2030 рік буде переломним у очікуваних показниках тривалості життя і для України. Потрібно їх наблизити до європейських, що відповідає вимогам реалізації Цілей сталого розвитку ООН, викладених у Національній доповіді про стан здоров'я: «створення умов для здорового життя і благополуччя для кожного в будь-якому віці» [2].

Медична допомога в Україні надається закладами охорони здоров'я на всіх рівнях і з застосуванням різноманітних форм власності та форм господарювання, фізичними та юридичними особами, у відповідності до чинного законодавства, які провадять незалежну професійну діяльність (лікарями, медичними сестрами/братами). Всі вищезазначені суб'єкти надання медичних послуг, несуть юридичну і професійну відповідальність за життя і здоров'я людей при здійсненні медичної практики. *Інституційно система охорони здоров'я складається з* нормативно-правового забезпечення та інститутів, таких як, МОЗ, НСЗУ, ДП «Медичні закупівлі України», ДП «Державний експертний центр», ДП «Електронне здоров'я», ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», Органу професійного самоврядування медичних працівників (лікарів, медичних сестер) та Асоціації професіоналів громадського здоров'я [3].

З точки зору функцій, які покладені на *Міністерство охорони здоров'я* України, це перш за все, формування, координація та управління реалізацією

системи політичних заходів у системі надання медичних послуг, здійсненні контролю у дотриманні суб'єктами медичної галузі діючого законодавства. Пріоритетом *НСЗУ* є автономне розпорядження фінансовими ресурсами в системі охорони здоров'я, *ДП «Медичні закупівлі України»*, теж автономно розпоряджається стратегічними та високовартісними державними закупівлями через прозорий, антикорупційний механізм визначення потреби у медичних послугах та контролю за ефективністю використання поставлених товарів і послуг [3].

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України є науково-аналітичною організацією, яка створює основу для формування політики громадського здоров'я, розробки національних стандартів охорони здоров'я, розвитку нових знань з питань охорони здоров'я. *ДП «Державний експертний центр»* виступає автономною експертною установою, яка регулює клінічні випробування та здійснює державну реєстрацію лікарських засобів; займається фармаконаглядом, стандартизацією, оцінкою ефективності діяльності. *ДП «Електронне здоров'я»* є адміністратором та координатором функціонування цифрових платформ в охороні здоров'я, у відповідності з цілями сталого розвитку та найкращих практик. Завдяки балансуванню учасників (пацієнти, лікарі, розробники програмного забезпечення, страхові компанії, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство цифрової трансформації, *ДП «Електронне здоров'я»*, Центр громадського здоров'я, науковці, некомерційні організації, кіберполіція тощо) виникає постійна гармонійна потреба у функціональності та стандартизації [3].

Розвитку інститутів управління наданням медичних послуг сприяє посилення юридичного статусу закладів медицини, що працюють на державній та комунальній формах власності, що забезпечило їм розвиток фінансових та організаційних ресурсів. Органи професійних організацій, що об'єднують лікарів України, створили умови для доступу лікарів до професійного зростання, безперервного професійного навчання, організаційної та професійної незалежності, забезпечили якість механізмів управління

професійною відповідальністю та інтересами лікарів. Такі ж принципи створені для медичних сестер, реабілітологів, фахівців з громадського здоров'я тощо). Органи влади всіх рівнів несуть пряму відповідальність за стан здоров'я людей, розробляють рекомендації по удосконаленню інституційного забезпечення в охороні здоров'я та розбудови інфраструктури охорони здоров'я, а також фінансування регіональних/місцевих програм громадського здоров'я.

Доступна медична допомога стала реальною завдяки фінансуванню з різних джерел, зростанню витрат держави та розвиток добровільного медичного страхування. Громадянам, для отримання додаткових медичних послуг та лікарських засобів, надана можливість у придбанні полісу добровільного медичного страхування з гарантованим державним пакетом послуг. НСЗУ дає гарантію оплати основних видів якісних послуг та лікувальних засобів. Первинна медична допомога фінансується з застосуванням змішаної форми, через капітаційну ставку та виплат за показниками якості. Спеціалізована медична допомога фінансує відповідні обсяги надання медичної допомоги.

Щодо переліку лікувальних засобів, медичних виробів, то їх закупівлю формують за методологією оцінювання технологій враховуючи клінічну ефективність, економічну доцільність та організаційні аспекти. Захворювання у сфері психіатрії, реабілітації, паліативної допомоги, рідкісних та епідемічних захворювань покриваються захищеним фінансуванням. Пацієнти, які потребують необхідні ліки, отримують їх безкоштовно в аптечній мережі чи перебуваючи на стаціонарному лікуванні, через програму «Доступні ліки». Лікарняні мережі модернізовані і обладнуються у відповідності до вимог НСЗУ та європейських стандартів [4].

Пошкоджена медична інфраструктура відновлюється залежно від медико-демографічного складу населення та аналізу потреб у сферах медичної допомоги. *Спеціалізована, догоспітальна невідкладна та стаціонарна допомога в рамках ПМГ в Україні: поточний стан та перспективи.* Система надання медичної допомоги в Україні зазнала значних змін за останні роки,

зокрема впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) у 2020 році. ПМГ охоплює спеціалізовану амбулаторну, догоспітальну невідкладну та стаціонарну допомогу, яка надається мережею закладів охорони здоров'я.

- *Спеціалізована амбулаторна допомога* надається амбулаторними відділеннями в лікарнях, клініко-діагностичними центрами, спеціалізованими монопрофільними амбулаторіями та приватними лікарями.

- *Догоспітальна невідкладна допомога* надається станціями швидкої медичної допомоги та приймальними відділеннями лікарень.

- *Стаціонарна допомога* надається в лікарнях, які поділяються на опорні та не опорні.

Ризики.

- Недостатня координація між ПМСД та спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою.

- Високий рівень госпіталізації порівняно з сусідніми країнами.

- Неєфективне використання лікарняних ліжок, зокрема для лікування туберкульозу та психічних розладів.

- Відсутність чіткої стратегії розвитку інтегрованої моделі надання медичних послуг.

- Неєфективна система оплати за пакети послуг, яка стимулює надавачів послуг обирати лише ті пакети, які є найбільш економічно вигідними.

- Географічна нерівність у доступі до медичної допомоги.

Перспективи.

- Розроблення та впровадження чіткої стратегії розвитку інтегрованої моделі надання медичних послуг.

- Покращення координації між ПМСД та спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою.

- Оптимізація використання лікарняних ліжок шляхом розширення амбулаторного лікування та скорочення кількості госпіталізацій.

- Вдосконалення системи оплати за пакети послуг, щоб стимулювати надавачів послуг надавати якісну та ефективну допомогу.

- Зменшення географічної нерівності у доступі до медичної допомоги. Ефективна система надання спеціалізованої, догоспітальної невідкладної та стаціонарної допомоги є важливою для забезпечення здоров'я та добробуту населення України. Впровадження вищезазначених заходів може допомогти покращити якість та доступність медичної допомоги в країні [2].

Україна створила розгалужену мережу центрів паліативної та хоспісної допомоги, відділень довготривалого догляду, реабілітаційні центри за європейськими стандартами у відповідності з потребами реабілітації, розширила підготовку реабілітологів. Лікарі мають правосуб'єктність, що означає можливість вибору способу здійснення медичної практики: як самозайняті особи; як наймані працівники за трудовим договором (контрактом); як вільні професійні суб'єкти; або за цивільно-правовим договором із закладом охорони здоров'я будь-якої форми власності.

Рівність прав, широкі можливості у виборі місця роботи, можливість обирати форму економічних відносин з іншими суб'єктами сприяють професійній самореалізації та конкуренції, тим самим підвищуючи якість медичних послуг та усуваючи передумови для неофіційних платежів. Зростаюча автономія медичних закладів та ліцензування індивідуальної медичної практики дозволяє пацієнтам вільно обирати не тільки медичні заклади, але і страхові компанії.

Доступність для отримання якісних медичних послуг розширюється завдяки обізнаності, необхідності проходження профілактичних оглядів та географічній доступності закладів, де вони можуть отримати медичну допомогу. Пацієнти зацікавлені у підтримці власного здоров'я шляхом дотримання рекомендацій щодо здорового способу життя, профілактики захворювань та своєчасного проходження скринінгових програм. Отже, медична допомога є загальнодоступною для населення, незалежно від соціально-економічних і географічних обставин, її рівень підвищується за рахунок збільшення фінансування і, як наслідок, розширення пакетів медичних гарантій (МГП) [5].

Покращує інституційну основу управління медичними послугами *електронна система охорони здоров'я, яка створена у 2030 році*, вона цифризує систему (DHP), у відповідності до ВООЗ та міжнародних стандартів. Вона збалансовує потреби пацієнтів, лікарів, розробників програмного забезпечення, страхових компаній, міністерств, науковців, благодійних організацій, кіберполіції. Система створює постійну основу задоволення потреб, є функціональною. Урядові інститути зосереджуються на політиці, контролі якості, стандартизації, стимулюванні діяльності, а медичні установи розвивають нові послуги і продукти. Найкращі та найефективніші рішення держава може реалізувати за принципом державно-приватного партнерства. Платформа, орієнтована на рішення, дозволяє різним компаніям вільно надавати продукти та послуги [3].

DHP безперебійно співпрацює з іншими інститутами, засоби спілкування сприяють підвищенню якості взаємодії між учасниками. У закладах охорони здоров'я встановлюється сучасне комп'ютерне обладнання, їх обслуговують високопрофесійні адміністратори за допомогою сучасних сервісів. Пацієнтам пропонуються різноманітні функції, які допоможуть як запобігти захворюванню (профілактиці), так і вибрати лікаря та медичний заклад на основі рейтингу, а також контролювати хід лікування та реабілітації. Відстежуючи свої електронні медичні записи, пацієнти допомагають НСЗУ виявляти неякісні послуги та, надаючи зворотній зв'язок у цілому, швидко виявляти будь-які прогалини чи проблеми [2].

Створено Національний фонд громадського здоров'я, який за цільовими програмами замається фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення негативних чинників на здоров'я, наповнюється за рахунок спрямування 1% надходжень до державного бюджету від акцизного податку на медичну продукцію. Україна повністю імплементувала Рамкову конвенцію ВООЗ з боротьби проти тютюнопаління, її Керівні принципи та рішення дають змогу розпочати реалізацію політики «Закінчення тютюнової ери» у 2030 році. Збільшується *людський капітал в українській охороні здоров'я, так відповідно*

до європейських стандартів медичну освіту реформовано на всіх рівнях, медики користуються повагою, а середня зарплата відображає складність і відповідальність. Вищі медичні навчальні заклади в Україні відповідають європейським стандартам якості вищої освіти, про що свідчать висока успішність студентів на випускних іспитах, академічна якість професорсько-викладацького складу, наукові досягнення тощо. Професійний розвиток лікаря в Україні здійснюється у відповідності з освітніми стандартами ЄвроСоюзу [3].

З метою забезпечення порядку здійснення епідеміологічного нагляду та облікування інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги видано наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» щодо створення у кожній області у ЗОЗ відділу з інфекційного контролю на чолі з його керівником [4].

МОЗ України вже 18 серпня 2022 року повідомило, що пошкоджено 906 закладів охорони здоров'я, з яких 123 – повністю зруйновано. Таким чином, кількість повністю зруйнованих об'єктів майже в 4 рази перевищує загальну кількість лікарень, які були побудовані та реконструйовані у 2021 році! За оцінками Інституту KSE, загальна вартість збитків, завданих українській охороні здоров'я, сягнула 1,6 млрд. доларів. З огляду на розмір збитків, завданих медичним закладам, на відновлення пошкоджених об'єктів можуть піти роки, особливо на територіях, які були тимчасово окуповані. З іншого боку, будівництво нових об'єктів з нуля може допомогти уникнути недоліків системи Семашка завдяки застосуванню найкращих міжнародних практик і технологій [5].

Міністр охорони здоров'я України у Німеччині на Міжнародній конференції з питань відновлення України оголосив про жахливі наслідки війни для вітчизняної медицини. За його словами, війна завдала жахливих втрат українській системі охорони здоров'я: загальні втрати сфери сягають колосальних 17,8 мільярдів доларів збитків, 1832 пошкоджених або

зруйнованих медзакладів (пошкоджено 1618 медичних закладів, 214 з них зруйновані вщент і не підлягають відновленню). Найбільше постраждали медичні установи Харківської, Донецької, Миколаївської, Київської, Чернігівської, Дніпропетровської, Херсонської та Запорізької областей. Відновлення зруйнованої інфраструктури та забезпечення безперебійної роботи медичної сфери потребує значних зусиль та фінансових ресурсів. За оцінками міністра, протягом наступних 10 років на ці цілі буде потрібно понад 14 мільярдів доларів.»Підтримка міжнародних партнерів у цій сфері є критично важливою», – наголосив міністр. Ось декілька прикладів руйнувань та зусиль з відновлення:

- Харківська область: Тривають роботи з відновлення Харківської обласної дитячої клінічної лікарні, пошкодженої внаслідок обстрілів. Планується завершення робіт влітку 2024 року.
- Інші регіони: наразі вже відновлено понад 1100 пошкоджених медзакладів.

Україна звертається до міжнародної спільноти щодо потреби у допомозі міжнародних партнерів для відновлення зруйнованої інфраструктури та розвитку системи охорони здоров'я. Кожна жертва, кожен фахівець, який приїжджає на допомогу, кожна технологія, що надається, роблять неоціненний внесок у майбутнє України [5].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Таким чином, інституційне забезпечення управління процесом надання медичних послуг потребує системного підходу, тобто управління процесом надання медичних послуг слід розглядати як комплексну систему, що включає взаємодію між різними елементами, такими як медичні заклади, пацієнти, персонал, та ресурси. Уряду важливо застосовувати принципи стратегічного та операційного менеджменту для ефективного управління медичними закладами,

забезпечення якісного обслуговування та оптимізації витрат. Також, потрібно враховувати економічні принципи, такі як попит та пропозиція, фінансова стійкість та ефективність використання ресурсів, є ключовим для забезпечення доступності та якості медичних послуг. Проведення регулярного аналізу потреб населення в медичних послугах та планування відповідно до результатів цього аналізу теж має значення для інститутів.

Використання сучасних інформаційних систем для управління медичними послугами, зокрема для обліку пацієнтів, управління персоналом та ресурсами, а також для моніторингу якості надання послуг має стати пріоритетом. Також, розробка та впровадження стандартів якості надання медичних послуг, регулярне оцінювання та моніторинг виконання цих стандартів, формування ефективної нормативно-правової бази, яка забезпечує регулювання діяльності медичних закладів, захист прав пацієнтів та медичного персоналу, а також забезпечення фінансової підтримки галузі належить до пріоритетних задач державних інститутів.

Ефективне управління потребує інтеграції різних теоретичних підходів та методологічних інструментів, що дозволить створити стійку систему охорони здоров'я, здатну адаптуватися до змін та відповідати на потреби суспільства. Основна увага повинна приділятися комплексному аналізу, плануванню та впровадженню інноваційних рішень, які базуються на доказовій медицині та сучасних управлінських практиках. Відновлення української системи охорони здоров'я – це не лише питання надання медичної допомоги населенню, але й питання майбутнього країни. Сильна та стійка система охорони здоров'я є запорукою добробуту та процвітання України.

Важливо також зазначити, що наведені цифри ґрунтуються на даних, доступних станом на червень 2024 року. Ситуація може змінюватися в міру подальшого розвитку подій. Відновлення зруйнованих медичних закладів та розвиток системи охорони здоров'я загалом потребує не лише фінансової допомоги, але й кваліфікованих кадрів, сучасного обладнання та чіткої стратегії розвитку.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ТА ПРОГАЛИН У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ІНСТИТУЦІЙНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

До 1991 року Україна, як і більшість інших окупованих росією країн, була змушена прийняти централізовану систему охорони здоров'я «Семашка», яка страждала від неефективного надання медичної допомоги, великої кількості немедичного персоналу, низької заробітної плати медичних працівників і обмеженого доступу до сучасних медичних технологій [40].

Система Семашка у свій час мала певні досягнення (наприклад, вимога щорічного проходження громадянами диспансеризації та ліквідація багатьох інфекційних захворювань), незважаючи на «залишковий» принцип фінансування охорони здоров'я в колишньому Радянському Союзі. Однак задекларований принцип безкоштовного універсального охоплення призвів до надмірного використання послуг надмірної залежності від стаціонарної допомоги та відсутності конкуренції за пацієнтів, що часто характеризує змішані системи охорони здоров'я з більшим залученням приватних постачальників послуг [38].

Два основні шоки підірвали стабільність системи Семашка після розпаду комунізму в 1990-х роках. По-перше, звуження фіскального простору зменшило можливості урядів витратити кошти на охорону здоров'я, а по-друге, інтеграція у світову економіку призвела до зростання відносних цін, особливо на медикаменти та енергоносії [37]. Колишні соціалістичні країни, яким пощастило приєднатися до Європейського Союзу у 2004 та 2007 роках, поступово перейшли до системи соціального медичного страхування (СМС), що фінансується за рахунок страхових внесків, пов'язаних із зайнятістю. Україна, навпаки, намагалася зберегти залишки системи Семашка, не маючи достатніх фінансових ресурсів і не будучи готовою до стрімкого зростання цін на енергоносії, нові ліки та сучасне медичне обладнання. Як наслідок, якість

медичних послуг знизилася, зарплати медичного персоналу були сміховинно низькими, а хабарі залишилися звичним явищем [39].

Ранній болісний трансформаційний шок призвів до найбільшого скорочення очікуваної тривалості життя в Україні (яка досягла 67 років у 1995 році) порівняно з усіма цивілізованими країнами-сусідами (додаток А). Хоча до 2020 року очікувана тривалість життя в Україні поступово зростає до 71 року, вона все ще на 6 років нижча, ніж у Польщі та Словацькій Республіці. Незважаючи на досягнення з 2017 року значного прогресу у реформах, тим не менш, навіть після початку реформ витрати з власної кишені на охорону здоров'я продовжували зростати, досягнувши 51% у 2019 році, що є найвищим показником порівняно з сусідніми країнами Східної Європи (додаток Б). Це на 15 відсоткових пунктів вище, ніж у Молдові, яка посідає друге місце (36%), і більш ніж у два з половиною рази вище, ніж у Словацькій Республіці (лише 19%). По суті, пацієнти в Україні покривають з власної кишені більше половини витрат на охорону здоров'я, що серйозно підриває їхній фінансовий стан і обмежує доступ до медичної допомоги для пацієнтів, які її потребують [36].

Українська охорона здоров'я під час війни.

Ці відносно успішні реформи були брутально перервані повномасштабною російською агресією 24 лютого 2022 року. У період з 24 лютого по 3 вересня система епіднадзора ВООЗ за нападами на охорону здоров'я зафіксувала 503 напади (додаток В) на медичні установи, в результаті яких 129 осіб було поранено і 100 загинуло. Ці напади включають медичні установи (425 нападів), постачання (144 напади), транспорт (72 напади), персонал (60 нападів), пацієнтів (24 напади) і склади (12 нападів). Навіть ці високі цифри можуть бути надто оптимістичними, оскільки наразі неможливо точно оцінити ситуацію на окупованих територіях [35].

Одним із засобів регулювання сектору охорони здоров'я є оподаткування. Основні податки, які сплачують медичні заклади при здійсненні операцій з постачання медичних послуг, є податок на доходи фізичних осіб, податок на

додану вартість, єдиний податок. Однак, механізм правового регулювання справляння податків і зборів у сфері охорони здоров'я в Україні у сфері охорони здоров'я в Україні наразі є недосконалим. Саме тому важливо проаналізувати особливості правового регулювання цього питання та пошуку його ефективної моделі, у тому числі з урахуванням досвіду зарубіжних країн [17].

Сфера охорони здоров'я сьогодні активно реформується в усіх країнах, оскільки системи, які використовують дані для того, щоб продовжувати існувати у звичному режимі, а також для політичного збереження та пошуку реалізації нових економічних і медичних ресурсів [11].

Наприклад, сфера охорони здоров'я США повинна працювати над тим, щоб забезпечити для всіх осіб доступність до справедливих медичних послуг [12]. З цією метою частка витрат, що фінансуються за рахунок податків, у загальних витратах на охорону здоров'я щорічно збільшується у США. Податкові надходження є основним джерелом державних коштів доступних для фінансування та розширення, в тому числі сектору охорони здоров'я. Такий механізм фінансування використовується зокрема, в країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), поряд із соціальним медичним страхуванням та змішаним фінансуванням [13].

Важливим питанням для подальшого розвитку всіх країн у сучасних умовах є збалансування витрат на сферу охорони здоров'я. Таким чином, одним із напрямків, в якому повинна розвиватися польська система охорони здоров'я, є комерціалізація закладів охорони здоров'я – державних лікарень та медичних центрів [14].

Іншим напрямком є вдосконалення оподаткування цієї сфери загалом і зокрема механізму надання податкових пільг з урахуванням досвіду інших країн. Наприклад, лікарні за законодавством США звільняються від сплати федеральних, штатних та місцевих податків [15].

Позитивним фактором медичної реформи в Україні, яка здійснюється через призму сучасних світових тенденцій у цій сфері, є реорганізація

медичних закладів з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства зі статусом неприбуткових організацій. Іншим напрямом медичної реформи є вдосконалення механізму оподаткування операцій з постачання лікарських засобів та інших видів діяльності, що здійснюються медичними закладами. Загальний механізм оподаткування у сфері охорони здоров'я визначається положеннями Податкового кодексу України. Крім того, на порядок справляння податків впливають норми підзаконних нормативно-правових актів. Зокрема, Методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, підготовлені Міністерством охорони здоров'я України [16].

Міністерством охорони здоров'я України, зазначено, що такі підприємства не сплачують: податок на прибуток підприємств (якщо не порушують умови неприбутковості); податок на нерухоме майно, відмінне від земельної ділянки; земельного податку (якщо повністю утримуються за рахунок бюджету); єдиного податку. Однак податок на додану вартість вони сплачують відповідно до вимог Податкового кодексу України [16, 17].

Що стосується сплати єдиного податку, то відповідно до ст. 291-293 Податкового кодексу України, його платниками можуть бути медичні працівники – фізичні особи-підприємці, які надають медичні послуги. Зазвичай, вони є платниками єдиного податку другої групи та сплачують фіксований єдиний податок (у межах 20% від мінімальної заробітної плати). Однак, якщо вони отримують оплату за медичні послуги від страхових компаній, які є юридичними особами (повністю або частково) або надають платні медичні послуги для юридичних осіб відповідно до укладених договорів, то вони повинні зареєструватися платниками єдиного податку третьої групи у розмірі 3% доходу (у разі сплати податку на додану вартість) або 5% доходу (у разі включення податку на додану вартість) до складу єдиного податку). Такі платники податків можуть реалізувати право на застосування спрощеної системи оподаткування у наступному календарному році, якщо протягом

календарного року обсяг доходу не перевищує: для платників другої групи 1 500 000 гривень; третьої групи – 5 000 000 гривень [18].

Медичні заклади як суб'єкти малого та середнього підприємництва в зарубіжних країнах не застосовують спрощену систему оподаткування, оскільки для них передбачені інші системи оподаткування, оскільки їм надаються інші податкові пільги та державної підтримки. Так, у США з 2010 року скасовано податок на інвестиції в малий бізнес. Однак, Закон «Про зменшення податкового навантаження та створення нових робочих місць» дозволяє використовувати метод прискореної амортизації для обладнання, придбаного малими компаніями після 8 вересня 2010 року. Малі підприємства компанії з оборотом менше 50 мільйонів доларів США також можуть користуватися всіма видами кредитів для зменшення суми альтернативного мінімального податку [19].

Вважаємо, що це може бути враховано при формуванні оптимальної податкової політики у сфері охорони здоров'я. Особливістю медичного закладу як платника податків є те, що він також виступає податковим агентом при сплаті податку на доходи фізичних осіб медичними працівниками, які працюють у такому закладі за трудовим договором. При цьому останні (як і будь-які платники податків) можуть реалізувати право на податкову знижку якщо вони підтвердять фактично понесені протягом звітного податкового року витрати податкового року у річному податковому розрахунку, підтвердивши їх документально. Зокрема, платник податку або член його сім'ї першого ступеня споріднення має право відповідно до ст. 166 Податкового кодексу України, включити до податкової знижки суму коштів, сплачених ним на користь закладів охорони здоров'я – як компенсація вартості оплачених послуг з лікування. Крім того, податкова знижка надається також на суму коштів, сплачених платником податку, визнаним особою з інвалідністю або дитиною-інвалідом, на користь протезно-ортопедичних підприємств, реабілітаційних установ для компенсації вартості відповідних платних послуг [18].

Аналізуючи досвід США щодо сплати податку на доходи фізичних осіб, можна сказати, що процедура оподаткування є дещо схожою на ту, що існує в Україні. Так, оподатковуваний дохід федерального індивідуального прибуткового податку визначається шляхом вирахування податкових знижок та пільг від скоригованого валового доходу [18].

Однак ця податкова система в США є прогресивною – оподатковуваний дохід платника податків поділяється на податкові категорії. А механізм надання податкових знижок залежить від категорії платників (статус подачі декларації): самотній; платник, який перебуває у шлюбі і подає декларацію окремо від чоловіка (дружини); платник, який перебуває у шлюбі та подає декларацію разом з чоловіком (дружиною); голова домогосподарства; овдовіла особа, яка має на утриманні дитину [20]. Крім того, федеральні, штатні та місцеві податкові субсидії на охорону здоров'я та податкові субсидії на медичне страхування надаються приватним роботодавцям [21].

Ми вважаємо, що деякі з цих положень варто врахувати при вдосконаленні оподаткування доходів фізичних осіб в Україні, зокрема, прогресивну шкалу оподаткування доходів фізичних осіб доходів фізичних осіб в Україні, в тому числі при запровадженні прогресивної шкали оподаткування їх доходів. Доцільно також вивчити досвід окремих країн ЄС, де існує декілька рівнів оподаткування доходів фізичних осіб [13].

Зокрема, хотілося б наголосити на особливостях сплати податку на додану вартість медичними закладами в Україні, оскільки операції з надання послуг відповідно до ст. 185 Податкового кодексу України є об'єктом оподаткування цим податком [18]. Підставою для обов'язкової реєстрації постачальника медичних товарів (послуг) як платника податку є загальний обсяг операцій з їх постачання (повинен перевищувати 1 000 000 гривень за останні 12 місяців) [22]. Державна фіскальна служба України у своєму листі від 12 вересня 2016 року № 19610/6/99-99-15-03-02-15 роз'яснила, що до загального обсягу таких операцій включаються операції, що підлягають оподаткуванню за основною ставкою 7%, нульовою ставкою та звільнені від оподаткування

податком на додану вартість. Такої ж позиції дотримується і Верховний Суд України, розглядаючи спори у подібних правовідносин [23].

Як правило, ставка податку на додану вартість встановлюється на рівні 20% від бази оподаткування. Однак, операції з постачання на митну територію України товарів, що підлягають оподаткуванню податком на додану вартість, не є об'єктом оподаткування на умовах визначених ст. 193 Податкового кодексу України (повинні бути: дозволені для виробництва і застосування в Україні, внесені до відповідних реєстрів або відповідати вимогам відповідних технічних регламентів) за ставкою 7 %. Щодо лікарських засобів, медичних виробів та медичного обладнання дозволених для застосування у клінічних випробуваннях, умовою застосування ставки 7 % є наявність дозволу від МОЗ України на проведення випробувань [18].

Перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з постачання яких на митну територію України підлягають обкладенню податком на додану вартість за ставкою 7 %, визначено Постановою Кабінету Міністрів України від 3 вересня 2014 року № 410 [24]. Аналіз змісту Переліку свідчить про його недосконалість, оскільки операції з постачання інших аналогічних лікарських та засобів, не передбачених ним, оподатковуються за ставкою 20 %. Тому Перелік доцільно переглянути, визначивши чіткі критерії його формування. Іншою проблемою є те, що запровадження у 2014 році ставки 7 % на постачання аналізованих лікарських засобів у 2014 році стало однією з причин зростання цін на деякі з них, які є вищими, ніж у країнах ЄС де знижені ставки, де також застосовуються знижені ставки на операції з постачання цих товарів (Угорщина – 5 %, Франція – 5,5 %) [25].

З метою зниження ціни на лікарські засоби пропонується знизити ставку податку на додану вартість на операції з постачання лікарських засобів, а саме операції з постачання таких товарів, вивчивши досвід деяких країн ЄС. Вищезазначене вказує на те, що пільги є важливим елементами механізму оподаткування галузі охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Як зазначалося раніше, майже всі неприбуткові лікарні в США звільнені від сплати

федеральних штатів і місцевих податків, але, як і організації, звільнені від сплати податків лікарні повинні здійснювати діяльність які приносять користь їхнім громадам [26].

Ми приєднуємось до такого висновку, що такий підхід до надання податкових пільг медичним закладам має бути передбачений і в законодавстві України. Щодо операцій з постачання послуг з охорони здоров'я закладами охорони здоров'я, а також реабілітаційними закладами охорони здоров'я, а також реабілітаційними установами для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які мають відповідну ліцензію, то вони звільнюються від оподаткування податком на додану вартість відповідно до пп.197.1.5, ст. 197 розділу V Податкового кодексу України [18].

Однак, зміст аналізованої норми аналізованої норми потребує вдосконалення шляхом обмеження категорій осіб, яким надаються медичні послуги такими установами. Поняття «заклад стандартного догляду» та «заклад покращеного обслуговування» також потребують визначення для більш чіткого визначення Переліку медичних послуг, операції з постачання яких звільнюються від оподаткування цим податком [18].

Питання ефективності та обґрунтованості застосування податкових пільг з податку на додану вартість на операції з постачання медичних послуг були предметом відповідного аудиту, проведеного Рахунковою палатою (звіт від 19 березня 2019 року № 6-5) протягом 2016 року – вересень 2018 року. Встановлено, що МОЗ України здійснювало неналежний контроль за дотриманням вимог Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Така діяльність також здійснювалася без належної державної реєстрації та взяття на облік у податкових органах [19].

Результати зазначеного аудиту також свідчать про неналежний контроль Державною фіскальною службою України в аналізованій сфері (обсяг ПДВ до державного бюджету склав понад 4,6 млрд. грн.). Деякі медичні заклади – платники податків не повідомляють податкові органи про отримані суми

податкових пільг. Не застосовуються до платників податків штрафні санкції за таке порушення [27].

Тому доцільно переглянути норми щодо відповідальності МОЗ, Державної податкової служби України за неналежне здійснення нагляду та контролю в частині їх посилення. Доцільно запровадити персональну відповідальність посадових осіб контролюючих персональну відповідальність посадових осіб контролюючих органів за неправосудні рішення [28].

Крім того, ще однією причиною правопорушень в аналізованій сфері є надто часте внесення змін до Податкового кодексу України. Є свідчення щодо необхідності удосконалення функціонування Електронного кабінету та сервісу надання електронного цифрового підпису, а також запровадження процедури інформування про штрафи [29]. Остання пропозиція пов'язана з тим, що існують випадки перевірок Державною податковою службою України щодо неправомірного нарахування медичним закладам податку на додану вартість та штрафних санкцій [30].

З огляду на вищезазначене, доцільним є вивчення досвіду США щодо Програми передопераційного моніторингу (Pre-Operational Monitoring Program), для узгоджених рішень між податковим органом та платником податків [31]. Чинне законодавство України про відповідальність за співпрацю з ворогом загрожує багатьом українцям в умовах окупації, оскільки не містить чітких формулювань, за якими можна було б визначити колабораціонізм. Окрім цього, правоохоронці й судді теж вважають норми у цьому секторі юридично слабкими. Про що свідчить звіт Центру прав людини ZMINA.

Поняття «колабораціонізм» (стаття 111-1 Кримінального кодексу України) та «пособництво державі-агресору» (стаття 111-2 ККУ) з'явилися в українському законодавстві після початку повномасштабної війни. Так держава старалася вмістити всі види потенціального співробітництва населення з загарбниками та прилаштувати кордони санкціонованої та недозволеної практики на тимчасово захоплених територіях. Хоча ці статті діють лише півтора року, до Верховної Ради було подано щонайменше 12 законопроектів,

які пропонують внести до них зміни. Але більшість з цих законопроектів не враховують практичне застосування та труднощі, з якими стикаються правоохоронці та судді [30].

Депутати намагаються посилити покарання замість того, щоб провести комплексний перегляд підходів до кримінального переслідування. Такий підхід не допоможе досягти справедливості у покаранні за колабораціонізм. Недосконалість законодавства очевидна на практиці. Нечіткість формулювань призводить до широкого тлумачення цих статей, а також ускладнює розмежування всіх статей, які стосуються співпраці з державою-агресором. Це створює проблеми як для судової та правоохоронної системи, так і для людей, які перебувають в окупації. Українці, які живуть на окупованих територіях, не мають чіткого розуміння того, які дії дозволені, а за які доведеться нести відповідальність. Таке нерозуміння залякує населення в умовах окупації, кажуть правозахисники. Є й інша проблема: непропорційність між порушенням і покаранням [31].

Крім того, правоохоронці, судді та адвокати говорять про перевантаженість судової системи. А брак повних ресурсів спричинює, зокрема, зниження доброякісності слідства. Слідчі також перевантажені і не встигають проводити всі необхідні слідчі дії. Вони намагаються обмежитися встановленням особи і мінімальною доказовою базою для передачі справи до суду, а не досліджувати всі докази, які можна зібрати більш детально і ретельно. Склад злочину має передбачати чіткі види діяльності, які можна назвати злочинними. Додавання точного переліку видів колабораціонізму до Кримінального кодексу України дозволить покарати дійсно винних осіб, а не переслідувати всіх тих, хто залишився в окупації і був змушений виживати під контролем окупантів [32].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Отже, однією з основних проблем є недостатнє фінансування медичних установ, що призводить до обмеження ресурсів, зниження якості медичних послуг та відсутності сучасного обладнання. Також, залишається недостатнім рівень професійної підготовки медичного персоналу, відсутні можливості для підвищення кваліфікації негативно впливають на якість надання медичних послуг. Неефективна система управління, яка не забезпечує належну координацію та моніторинг процесів надання медичних послуг, знижує ефективність роботи медичних установ.

Корупція та неефективне використання ресурсів, також є суттєвими проблемами, що впливають на якість та доступність медичних послуг, потрібна розвинена система електронної медицини та інформатизації процесів надання медичних послуг, що ускладнює взаємодію між різними медичними установами та унеможлиблює ефективне управління пацієнтами. Існуюче законодавство у сфері охорони здоров'я потребує вдосконалення для забезпечення більш чіткого та ефективного регулювання діяльності медичних установ і захисту прав пацієнтів.

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТИТУЦІЙНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ ПРОВодУ НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

З метою удосконалення інститутів управління процесом надання медичних послуг, потрібно розвивати потенціал державних організацій за допомогою Міністерства охорони здоров'я, забезпечити прозорість, підзвітність та ефективність системи посилити спроможності партнерів України, щоб виграти час, необхідний для впровадження необхідних реформ у сфері охорони здоров'я. Сьогодні, у рамках зусиль з розвитку потенціалу відповідних державних установ, ПРООН залучили аналітичні центри для моніторингу впровадження медичної реформи та надання звітів і рекомендацій. ПРООН шукали та ділилися експертними думками щодо зміцнення національної системи охорони здоров'я, а також направляли наших радників для участі в урядових робочих групах [32].

Завдяки цій програмі з 2015 по 2017 рік десятки фахівців Міністерства охорони здоров'я та інших установ отримали нові знання та підвищили свою спроможність досягти найвищих стандартів прозорості, підзвітності, економічної доцільності та стабільності у царині урядових закупівель та контролю ланцюгів поставок у галузі охорони здоров'я. У 2019 році ПРООН допомогла забезпечити сертифікацію у сфері закупівель CIPS (Chartered Institute on Procurement and Supply) для працівників державного підприємства «Медичні закупівлі України». Цей навчальний тренінг для «Медичних закупівель України» також навчив учасників аналітиці ринку лікарських засобів. Нещодавно ПРООН завершила оцінку потенціалу регіональних медичних закупівель у 31 медичному закладі Донецької, Луганської, Полтавської, Рівненської та Волинської областей. Цей регіональний дослідницький проект надав огляд структури медичних закупівель на регіональному рівні, а також визначив прогалини та можливості, з якими стикаються регіональні органи влади [17].

Ще однією ініціативою ПРООН з розвитку потенціалу є посилення технічної спроможності онлайн-платформи «Є-ліки», яка працює в усіх регіонах України і дозволяє пацієнтам перевіряти наявність ліків у медичних закладах. Важливим компонентом комплексного підходу ПРООН до створення справедливого та прозорого національного процесу закупівель у сфері охорони здоров'я є співпраця з організаціями громадянського суспільства. Ми переконані, що спільнота пацієнтів має бути однією з рушійних сил реформування сектору охорони здоров'я [33].

Протягом останніх шести років ПРООН активно залучала громадські та пацієнтські організації до обговорень та консультацій щодо всіх ініціатив у сфері реформування системи медичних закупівель в Україні. Крім того, ПРООН співпрацює з пацієнтськими групами та іншими суб'єктами громадянського суспільства над створенням системи «стримувань і противаг», яка допоможе забезпечити громадський контроль над майбутньою діяльністю національної закупівельної агенції. З 2017 року ПРООН надає малі гранти пацієнтським організаціям для моніторингу наявності та використання закуплених ліків. Це дало змогу пацієнтам контролювати процес закупівель і таким чином сприяти його вдосконаленню [33].

Протягом останніх чотирьох років моніторингу зросла кількість учасників, типів захворювань та кількість охоплених регіонів. У 2017 році програма стартувала лише з двома захворюваннями та чотирма регіонами (див. Посібник з громадського моніторингу «Доставка, доступність та використання лікарських засобів на місцевому рівні»). До 2019 року моніторинг ліків охопив 13 захворювань в 11 регіонах. У 2020 році шість громадських організацій проаналізували доступність ліків у 17 областях України та місті Києві. Безпосередня участь пацієнтських груп не лише робить їх більш помітними та дозволяє почути їхні голоси, але й допомагає захистити права пацієнтів, запобігає дискримінації та дозволяє пацієнтам бути активними, поінформованими та значущими учасниками у власному здоров'ї [33].

В рамках німецько-української співпраці Український фонд соціальних інвестицій (УФСІ) та Німецький банк розвитку KfW підписали додаткові проектні угоди для фінансування проєкту «Покращення первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості» (УФСІ VII). Ми, m4h, були міжнародним консультантом для Фази VII проєкту, яка мала завершитися 30.04.2023, але була відкладена через російське вторгнення в Україну (ВР). Як і в попередніх фазах цього проєкту, очікувалося, що в результаті покращення та відновлення існуючої соціальної інфраструктури в регіоні реалізації проєкту будуть отримані безпосередні та опосередковані вигоди для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які рятуються від військових зіткнень між українським урядом та озброєними сепаратистами. У травні 2022 року УФСІ, KfW та m4h домовилися об'єднати заходи, що залишилися в рамках УФСІ VII, у поточний контракт на надання консультаційних послуг для наступної фази УФСІ VIII, оскільки через триваючий конфлікт обсяг втручання на цей момент є дуже нечітким [33].

Сам проєкт складається з трьох окремих, але взаємопов'язаних компонентів:

1. Інфраструктурний компонент: Близько 40 закладів первинної медичної допомоги (ЗПМД) планується відновити та повністю використати до кінця Проєкту.

2. Навчальні заходи для зацікавлених сторін: інтенсивні тренінги для місцевого самоврядування з питань енергоефективності будівель та приміщень, а також технічного обслуговування інфраструктури.

3. Закупівля меблів та медичного обладнання: Усі відремонтовані заклади первинної медико-санітарної допомоги оснащені сучасними та відповідними медичними інструментами та обладнанням, а також основними лікарськими засобами.

Це включає в себе детально:

- допомога у плануванні (вдосконалення дизайну; підготовка тендерної документації; підтримка муніципалітетів під час підготовки проектної документації тощо);
- допомога в проведенні тендерів та укладанні контрактів: Забезпечення відповідності процесів правилам та процедурам УФСІ, прийнятим KfW;
- підтримка у здійсненні нагляду за будівництвом та управлінні виплатами;
- допомога у розробці Плану екологічного та соціального управління (ПЕСУ) та Планів екологічного та соціального управління (ПЕСУ) проектних територій (ПТ) субпроектів;
- підтримка УФСІ у забезпеченні найвищого рівня дотримання Підрядниками стандартів охорони праці та безпеки життєдіяльності;
- щомісячна, щоквартальна, фінальна та інша звітність перед ГРП, а також підтримка ГРП у підготовці звітності для KfW;
- підтримка в інших питаннях, пов'язаних з реалізацією проекту [34].

Станом на лютий 2022 року УФСІ за підтримки m4h розпочав діяльність для 38 ПС, хоча й на різних стадіях завершення та подальших досягнень на центральному рівні, які наведені нижче.

а) Розроблено проектно-кошторисну документацію (ПКД) для об'єктів 38 ПС.

б) Завершено будівельні роботи на об'єктах 7 ПС.

в) Будівельні роботи тривають на об'єктах ще 23 ПС, а на об'єктах 4 ПС – розпочаті.

г) Рамкова програма екологічного та соціального менеджменту Проекту була оновлена та розміщена на веб-сайті УФСІ.

д) Всі Плани екологічного та соціального управління (ПЕСУ) були розміщені на веб-сайтах УФСІ та партнерів для громадських консультацій.

є) Закуплено та передано медичним закладам-партнерам необхідне лабораторне обладнання на суму 175 000 євро.

ж) Проведено фінальну підготовку до початку реалізації комплексної навчальної програми для лікарів, керівників медичних закладів-партнерів, представників органів місцевого самоврядування та регіональної влади, відповідальних за медичну сферу.

Після нападу Росії на Україну стало зрозуміло, що проєкт не може бути завершений у заплановані терміни. m4h надає підтримку УФСІ в перерозподілі обсягу інтервенції та нагляді за всіма видами діяльності, які все ще можливі під час війни, включаючи будівельні роботи на територіях, які все ще контролюються українським урядом [34].

З початку повномасштабного вторгнення російські терористи пошкодили 788 медичних закладів, а ще 123 перетворили на купу каміння. Наразі в Україні вже створено план відновлення медичної інфраструктури та розроблено необхідні зміни до державних будівельних норм. Оновлені вимоги до проектування та будівництва медичних закладів дозволять будувати лікарні, які відповідатимуть кращим європейським та міжнародним стандартам.

Наразі Міністерство охорони здоров'я у співпраці з Міністерством розвитку громад та територій України доопрацьовує нормативну базу для відновлення медичної інфраструктури України.

Натомість зруйнованих росією закладів охорони здоров'я України, мають бути побудовані модерні медичні установи на прикладі урахування найкращих закордонних зразків. Для реалізації наших амбітних планів сьогодні вкрай необхідно якнайшвидше ухвалити нові державні будівельні норми щодо закладів охорони здоров'я. Разом з експертною групою Мінрегіону вже пройдено довгий шлях і наразі це за крок до прийняття нових стандартів. Також МОЗ спільно з Мінрегіоном працює над змінами до державних санітарних норм та правил «Санітарно-гігієнічні вимоги до нового будівництва та реконструкції закладів охорони здоров'я». Завдяки оновленню державних будівельних норм та запровадженню санітарно-гігієнічних вимог, лікарні будуть будуватися за найкращими світовими стандартами. Насамперед, це значно покращить умови

перебування пацієнтів у медичних закладах та покращить умови роботи лікарів [35].

Після понад двох десятиліть невдалих спроб зберегти залишки системи Семашка, Україна нарешті розпочала серйозні реформи охорони здоров'я у 2017 році. Жорстока та неспровокована повномасштабна агресія росії 24 лютого 2022 року наразила Україну та її охорону здоров'я на великий ризик. Зараз слід визначитись якими мають бути пріоритети політики у сфері охорони здоров'я після перемоги України. Виклики та можливості відновлення системи охорони здоров'я в Україні [33].

Питання полягає в тому, як ми повинні відновити українську охорону здоров'я після перемоги. Нещодавній звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я містить низку дуже актуальних політичних рекомендацій для України. Деякі рекомендації безпосередньо пов'язані з поточним станом війни і включають, серед іншого, необхідність інтеграції гуманітарної допомоги з наданням послуг національними установами; забезпечення модульного перенаправлення медичного персоналу для потреб, пов'язаних з війною, таких як психічне здоров'я, сексуальне насильство і фізична реабілітація; проведення критично важливих короткострокових ремонтів лікарень, що включають підвищення енергоефективності [36].

Інші рекомендації можуть мати більш довгострокову перспективу, але ми повинні думати про них вже зараз. Однією з найгостріших проблем є нестача медичного персоналу. За словами нинішнього міністра Віктора Ляшка, до 15 червня 2022 року лише 0,5 % медичних працівників (2 273 лікарі та медсестри) залишили країну. Однак Україна страждала від нестачі лікарів ще до війни. У розпал COVID-кризи в серпні 2020 року, за словами Максима Степанова, який на той час був міністром охорони здоров'я України, в країні було 24 700 відкритих лікарських вакансій (у тому числі 8 000 у сільській місцевості). У звіті ВООЗ рекомендується залучати та готуватись до повернення медичних працівників, а також розробити цифровий реєстр робочої сили [36].

Попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах України, враховуючи, що третина українців була змушена покинути свої домівки з початку повномасштабної війни, що робить її найбільшою кризою переміщення людей у світі на сьогоднішній день. 7 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО) і 7 мільйонів біженців з України були зареєстровані по всій Європі. Внаслідок війни 27 % загального населення та 32 % ВПО мають у своєму домогосподарстві когось, хто перестав приймати ліки. До 30 % ВПО мають проблеми з доступом до медичної допомоги порівняно з 9 % загального населення. Оскільки ВПО та біженці починають повертатися, важливо відновити та розширити послуги первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) при переході від гуманітарної допомоги (де це доречно) з паралельним поліпшенням доступу до фармацевтичних препаратів, травматології, невідкладної допомоги та епіднадзора за станом здоров'я населення [22].

Ще до війни 2022 року Україна мала найнижчу частку державних видатків на охорону здоров'я в загальних державних видатках порівняно з країнами Східної Європи (додаток Г). Більше того, частка охорони здоров'я в державних видатках постійно знижувалася з 8,97 % у 2016 році до 7,67 % у 2019 році. Звісно, звіт ВООЗ застерігає Україну від подальшої депріоритизації охорони здоров'я в державних видатках, навіть попри війну. Вже було започатковано низку ініціатив, покликаних сприяти фінансуванню медичних послуг під час війни, зокрема, створення Багатостороннього донорського трастового фонду та Українського гуманітарного фонду. У нашій роботі ми розглянули лише деякі окремі рекомендації з нещодавнього звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я – щодо дефіциту медичного персоналу, відновлення ПМСД та пріоритетності охорони здоров'я у державних видатках – які можуть допомогти у відновленні української системи охорони здоров'я після перемоги [36].

Верховна Рада робить крок до самоврядування в медицині: законопроект № 10372 прийнято в першому читанні 12 червня 2024 року Верховна Рада

України проголосувала за основу законопроект №10372 «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні». Це знаменує собою важливий крок у реформуванні української системи охорони здоров'я, адже до цього самоврядні медичні організації в країні діяли лише у вигляді громадських об'єднань [9].

Медичне самоврядування – це система управління, яка дає змогу медичним працівникам самостійно регулювати свою професію за допомогою представницьких органів, що обираються з їх числа. Цей механізм поєднує в собі професійний контроль з боку колег та певну автономію для медичних працівників. Переваги медичного самоврядування:

- Підвищення якості медичної допомоги.
- Більш прозоре та підзвітне управління.
- Збільшення професійної автономії.
- Підвищення задоволеності роботою.
- Ефективне використання ресурсів [10].

Суть законопроекту полягає у законодавчому закріпленні статусу самоврядних організацій у сфері охорони здоров'я. Делегування медичним працівникам, об'єднаним у такі організації, окремих функцій органів державної влади. Створення п'яти палат професійного самоврядування: Палата лікарів сімейної медицини; Палата лікарів-спеціалістів; Палата стоматологів; Палата сестер медичних/братів медичних; Палата фармацевтів. Першими до самоврядування долучаться стоматологи та фармацевти. Інші фахівці будуть залучені після пілотного проекту з першими двома палатами. Очікувані результати: Підвищення автономності та відповідальності медичних працівників за розвиток своєї сфери. Покращення якості та доступності медичних послуг для населення. Більш ефективне використання бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я. Важливо зазначити: Цей законопроект є лише першим кроком на шляху до самоврядування в українській медицині. Попереду ще багато роботи, щоб система самоврядування запрацювала ефективно. Для успішного впровадження реформи важлива співпраця медичних працівників, органів державної влади та громадянського суспільства. Це рішення є

історичним для України і має потенціал значно покращити систему охорони здоров'я в країні [6 -8].

16 листопада 2023 року Верховна Рада України у другому читанні ухвалила законопроект № 4254 «Про публічні консультації в органах державної влади та місцевого самоврядування». Це знаменна подія, яка знаменує собою важливий крок на шляху до більш демократичного та прозорого врядування в Україні [44].

Основні положення закону:

- Визначення основних засад проведення публічних консультацій: закон чітко визначає, коли та як органи державної влади та місцевого самоврядування повинні проводити публічні консультації.

- Обов'язкова участь заінтересованих осіб: влада зобов'язана забезпечити участь широкого кола заінтересованих осіб у консультаціях, включаючи громадян, громадські організації, експертів та представників бізнесу.

- Різні форми консультацій: закон передбачає різні форми публічних консультацій, такі як електронні консультації, публічні обговорення та адресні консультації.

- Єдина онлайн-платформа: для зручності громадян буде створено єдину онлайн-платформу для проведення консультацій.

- Обов'язковий аналіз пропозицій: кожна пропозиція, подана під час консультацій, має бути проаналізована відповідним органом влади.

- Звіт за результатами консультацій: за результатами проведених консультацій орган влади має підготувати розгорнутий та публічний звіт.

Очікувані результати:

- Підвищення рівня народовладдя: закон сприятиме більш активній участі громадян у процесі прийняття рішень, що призведе до більш підзвітного та прозорого врядування.

- Покращення якості державного управління: завдяки публічним консультаціям органи влади зможуть краще розуміти потреби та думки

громадян, що призведе до прийняття більш обґрунтованих та ефективних рішень.

- Підвищення легітимності владних рішень: рішення, прийняті з урахуванням думки громадян, матимуть більшу легітимність та підтримку населення.
- Активніша участь громадян у державному управлінні: закон створить умови для більш активної участі громадян у державному управлінні та забезпечить врахування їхніх інтересів при ухваленні важливих рішень [44].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Відновлення системи охорони здоров'я українського народу після війни є одним із найважливіших завдань для забезпечення стабільності та благополуччя країни. Тільки шляхом спільних зусиль уряду, медичних працівників, міжнародних партнерів та громадськості можливо досягти успіху в цій складній справі. Українське законодавство про колабораціонізм недосконале, про що говорять самі правоохоронці. Важливо зазначити, що реалізація закону «Про публічні консультації в органах державної влади та місцевого самоврядування» розпочнеться після завершення повномасштабної війни в Україні. Ухвалення цього закону є значним кроком вперед для України на шляху до демократії та європейської інтеграції.

Необхідно збільшити обсяги фінансування медичних установ для забезпечення їх належного функціонування та оновлення матеріально-технічної бази, впровадити системи безперервного професійного розвитку медичних працівників та забезпечення доступу до сучасних навчальних програм і тренінгів, створити ефективну систему управління, що включає розробку нових методів координації та контролю за наданням медичних послуг. Потрібне активне впровадження антикорупційних заходів та забезпечення прозорості у використанні ресурсів медичних установ, а також інформатизація медичних

послуг, впровадження електронних систем для управління пацієнтами, обліку медичних даних та комунікації між медичними установами.

ВИСНОВКИ

У дослідженні етапів стратегічного аудиту системи охорони здоров'я в Україні в контексті концепції соціально-етичного спрямування зроблено висновки про тенденції взаємозв'язку між скороченням спеціалізованих медичних закладів та скороченням чисельності населення на основі результатів багатовимірної кореляційно-регресійної аналізу. Опитування населення щодо доступу до медичних послуг свідчить про те, що більшість респондентів не можуть мати відповідну меддопомогу, що посилюється зниженням доходів населення та економічною кризою. Було зроблено висновок, що сфера охорони здоров'я країни не відповідає соціально-етичним нормативам і правилам спрямування медичних послуг. Запропоновано удосконалити реформації галузі охорони здоров'я України з точки зору її відповідності соціально-етичним принципам.

На розв'язанні стоїть ціла низка загальних та стратегічних проблем. Серед них чільними є питання удосконалення правового регулювання, вдосконалення системи контролю та моніторингу, підвищення рівня кадрового забезпечення, чітке розмежування повноважень та відповідальності, залучення широких кіл громадськості, збільшення фінансування. Отримані результати дослідження оподаткування нарахованих податків у сфері охорони здоров'я в Україні свідчать про те, що на сьогоднішній день в Україні існує наявність проблем у цій сфері. Вони пов'язані як із недосконалим законодавством, так і з неналежним контролем та наглядом з боку Міністерства охорони здоров'я України та Державної податкової служби. А низка проблем в аналізованій сфері зумовлена проблемами функціонування електронних сервісів та ресурсів. Таким чином, механізм правового регулювання оподаткування у сфері охорони здоров'я в Україні потребує вдосконалення.

Враховуючи досвід інших країн, визначено основні напрями запровадження оптимальної моделі оподаткування у цій сфері в Україні можна виділити наступні:

- 1) використання податкових стимулів державної підтримки – за моделлю США;
- 2) запровадження прогресивного нарахованого оподаткування доходів фізичних осіб – за моделлю Іспанії доходів фізичних осіб – за моделлю Іспанії, Німеччини, Польщі, Словаччини та ін.;
- 3) застосування знижених ставок та пільг з податку на додану вартість – за моделлю США, Франції, Угорщини;
- 4) удосконалення функціонування електронного сервісу для платників податків – за моделлю США;
- 5) запровадження програми попереднього моніторингу операцій з метою вироблення узгоджених рішень між податковим органом та узгоджених рішень між податковим органом та платниками податків з відображенням певних операцій у фіскальному обліку ще до подання податкової звітності;
- 6) запровадження програми попереднього моніторингу операцій з метою відображення податковому обліку ще до подання податкової звітності – за американським зразком.

Реалізація вищезазначеного свідчитиме про бажання України бажання України наблизитися до міжнародних стандартів у цій сфері з метою забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами.

Сьогодні трансформація системи охорони здоров'я України відбувається в контексті європейської інтеграції та під її наглядом, зрештою ВООЗ і Світового банку. Ці агенції провели спільну оцінку впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я з 2016 року, щоб проаналізувати та узагальнити проміжні результати реформи. Оцінка процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні детально описана у спільному звіті ВООЗ та Світового банку [26]. Оцінка проводилася з метою фіксації результатів впливу реформи на задекларовані напрями реформування здоровоохорони та визначення відповідності міжнародним стандартам.

Намагання держави спрямувати реформи у галузі на якнайширше задоволення запитів громадян на медичну допомогу Верховна Рада ухвалила

закон № 4254 про публічні консультації, який забезпечує участь зацікавлених сторін, використовуючи різні форми та єдину онлайн-платформу. Органи влади повинні аналізувати пропозиції та публікувати детальні звіти. Закон має на меті сприяти розвитку демократії, якісному адмініструванню та залученню громадян до прийняття рішень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Essential public health functions. URL: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience/essential-public-health-functions> (дата звертання 12.06.2024).
2. Ukraine Health Financing Reform. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf> (дата звертання 19.06.2024).
3. Healthcare system in ukraine (HCS). URL: <https://uareforms.org/en/pages/new-page-655> (дата звертання 16.06.2024).
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/зкладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення». (Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 354 від 21.02.2023). URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/502232___684238 (дата звертання 16.06.2024).
5. На відновлення медичної інфраструктури в Україні потрібно понад 14 млрд. доларів — Ляшко. URL: <https://gwaramedia.com/na-vidnovlennia-medychnoi-infrastruktury-v-ukraini-potribno-ponad-14-mlrd-dolariv-liashko/> (дата звертання 12.06.2024).
6. Рада проголосувала за врачебное самоуправление в первом чтении. URL: <https://nikvesti.com/ru/news/public/verhovnaya-rada-prigolosovala-za-zakon-o-samoupravlenii-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата звертання 12.06.2024).
7. Верховна Рада в першому читанні прийняла закон про самоврядування у сфері охорони здоров'я. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/79040-verkhovna-rada-v-pershomu-chitanni-priynyala-zakon-pro-samovryaduvannya-u-sferi-okhoroni-zdorovya> (дата звертання 12.06.2024).

8. Вільна профспілка медичних працівників України проти законопроекту №10372 URL: <https://kvpu.org.ua/news/zahrozy-zakonodavchykh-initsiatyv/vilna-profspilka-medychnyh-praczivnykiv-ukrayiny-proty-zakonoprojektu-%E2%84%9610372/> (дата звертання 12.06.2024).

9. Проект Закону про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/43447> (дата звертання 20.06.2024).

10. Верховна Рада України зробила перший крок до впровадження в Україні медичного самоврядування. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/razom/250478.html> (дата звертання 20.06.2024).

11. Saltman RB. Structural effects of the information revolution on taxfunded European health systems and some potential policy responses. *Isr J Health Policy Res.* 2019;8(1):8. doi: 10.1186/s13584-018-0284-2. (дата звертання 14.06.2024).

12. Bhatt, Jay, Bathija, Priya. Ensuring Access to Quality Health Care in Vulnerable Communities. *Academic Medicine.* 2018; 93(9):1271-1275.

13. McCoy D, Chigudu S, Tillmann T. Framing the tax and health nexus: a neglected aspect of public health concern. *Health Econ Policy Law.* 2017;12(2):179-194. doi: 10.1017/S174413311600044X. (дата звертання 17.06.2024).

14. Jaworzynska M. A Comparative Analysis of the Health System Financing in Poland and Selected Countries. *Economics and Sociology.* 2016; 9(3):41-51 doi: 10.14254/2071-789X.2016/9-3/4 (дата звертання 12.06.2024).

15. Daniel B. Rubin, Simone R. Singh, Gary J. Young. Tax-Exempt Hospitals and Community Benefit: New Directions in Policy and Practice. *Annu. Rev. Public Health* 2015; 36: 545-557.

16. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. 2018: 40-44. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf. (дата звертання: 08.07.2024).

17. Assessed taxation in the health care sector in ukraine and foreign countries: comparative and legal analysis URL: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2020/WLek202002132.pdf> (дата звертання: 08.07.2024).

18. Податковий кодекс України від 02.12. 2010 року № 2755-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>. (дата звертання: 03.07.2024).

19. Голобородько Т.В. Облік та оподаткування суб'єктів малого бізнесу у зарубіжних країнах в умовах застосування міжнародних стандартів фінансової звітності Причорноморські економічні студії.. 2016; 12 (2):149-154.

20. Гречана В. Загальні засади оподаткування в США індустріальним прибутковим податком. Юридична газета. 2016;44(542). URL: <http://yur-gazeta.com/publications/practice/podatkovapraktika/podatki-na-amerikanskiy-lad.html>. (дата звертання: 04.07.2024).

21. Himmelstein DU, Woolhandler S. The Current and Projected Taxpayer Shares of US Health Costs. Am J Public Health. 2016; 106(3): 449-452.

22. Брагінський П. Про необхідність реєстрації платником ПДВ надавачів медичних послуг. URL: <https://healthreform.in.ua/3969-2/>. (дата звертання: 08.07.2024).

23. Лист Державної податкової служби України від 12.09.2016 № 19610/6/99-99-15-03-02-15.URL: <http://sfs.gov.ua/baneryi/podatkovikonsultatsii/konsultatsii-dlya-yuridichnih-osib/69858.html>. (дата звертання: 02.07.2024).

24. Про затвердження Переліку медичних виробів, операції з постачання на митній території України ввезення яких підлягає обкладенню податком на додану вартість заставкою 7 відсотків. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.09.2014 №410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2014-%D0%BF>. (дата звертання: 02.07.2024).

25. Податки в Україні vs країни ЄС: де платять більше? URL: <http://cost.ua/news/714-podatku-v-ukrayini-vs-krayiny-eu-de-platyat-bilshe>. (дата звертання: 29.06.2024).

26. Sara Rosenbaum, David A. Kindig, Jie Bao, Maureen K. Byrnes, Colin O'Laughlin. The Value Of The Nonprofit Hospital Tax Exemption Was \$24.6 Billion

In 2011. Health Affairs. 2015; 34 (7): 1225-1233. URL: <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1424>. (дата звертання 11.06.2024).

27. Звіт про результати аудиту ефективності та обґрунтованості застосування податкових пільг з податку на додану вартість за операціями з постачання послуг з охорони здоров'я: Затверджено рішенням Рахункової палати від 19.03.2019 № 6-5. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2019/6-5_2019/Zvit_6-5_2019.pdf. (дата звертання: 27.06.2024).

28. Циганок Ю. В Украине полмиллиона бухгалтеров. Мы выяснили, что их волнует. URL: <https://finance.liga.net/ekonomika/opinion/vukraine-polmilliona-buhgalterov-my-vuyasnili-hto-ih-volnuet>. (дата звертання: 27.06.2024).

29. Результати загальнонаціонального онлайн опитування платників податків. URL: <http://sfs.gov.ua/data/files/246197.pdf>. (дата звертання: 24.06.2024).

30. Серета А. Оподаткування медичних клінік, закладів охорони здоров'я та приватних лікарів: ПДВ, прибуток, судова практика, URL: <http://alltax.ua/pres-tsentr/publikatsii/380-opodatkuvannyamedichnikh-klinik-zakladiv-okhorono-zdorov-ya-ta-privatnikh-likarivpdv-pributok-sudova-praktika>. (дата звертання: 08.07.2024).

31. Zadorozhnyi O., Lapshyn Yu. Skhodynkamy amerykanskooho dosvidu. URL: <http://www.visnuk.com.ua/ua/pubs/id/1561>. (дата звертання: 08.07.2024).

32. Ukrainian legislation on collaborationism imperfect as law enforcement officers say themselves: report by human rights defenders. URL: <https://zmina.ua/en/event-en/ukrainian-legislation-on-collaborationism-imperfect-as-law-enforcement-officers-say-themselves-report-by-human-rights-defenders/> (дата звертання: 07.07.2024).

33. Building a more effective, efficient and equitable healthcare system in Ukraine. URL: <https://www.undp.org/ukraine/blog/building-more-effective-efficient-and-equitable-healthcare-system-ukraine>. (дата звертання: 11.07.2024).

34. Strengthening the primary healthcare in Ukraine. URL: <https://m4health.pro/project/strengthening-the-primary-healthcare-in-ukraine/> (дата звертання: 12.07.2024).

35. Ukraine will rebuild hospitals according to the best international standards in design and construction – Bohdan Borukhovskiyi. URL: <https://en.moz.gov.ua/en/ukraine-will-rebuild-hospitals-according-to-the-best-international-standards-in-design-and-construction-%E2%80%93-bohdan-borukhovskiyi>. (дата звертання: 13.07.2024).

36. How should we reconstruct Ukrainian health care after the victory? URL: <https://voxukraine.org/en/how-should-we-reconstruct-ukrainian-health-care-after-the-victory> (дата звертання: 11.07.2024).

37. Kutzin, J., Jakab, M., Cashin, C., 2010. Lessons from health financing reform in central and Eastern Europe and the former Soviet Union. *Health Econ. Policy Law* 5 (02), 135–147.

38. Obrizan, M., 2019. Diverging trends in health care use between 2010 and 2016: Evidence from three groups of transition countries. *Economic Systems* 43, no. 1 (2019): 19-29.

39. Obrizan, M., 2020. Transition welfare gaps: One closed, another to follow? *Economics of Transition and Institutional Change*, 28(4), pp.621-635.

40. Rechel, B., McKee, M., 2009. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet* 374 (9696), 1186–1195.

41. World Health Organization Global Health Expenditure database, URL: apps.who.int/nha/database. (дата звертання: 10.07.2024).

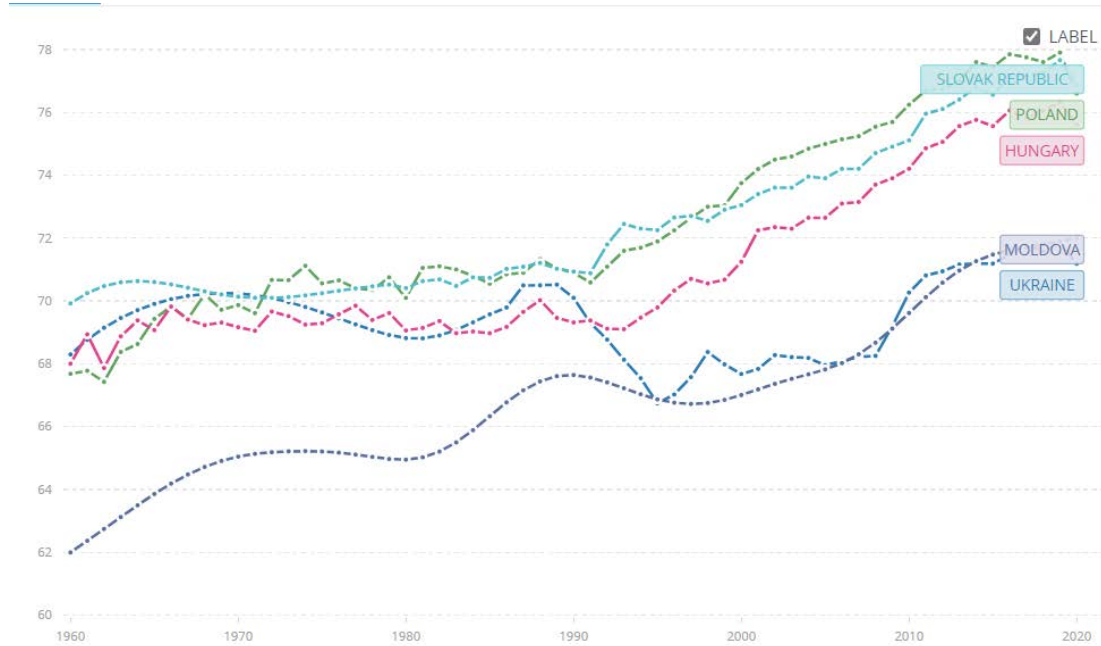
42. Life expectancy at birth, years. URL: data.worldbank.org. (дата звертання: 07.07.2024).

43. WHO’s Surveillance System for Attacks on Health Care. URL: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>. (дата звертання 22.06.2024).

44. Ухвалено закон про публічні консультації в органах влади. URL: <https://faktik.com.ua/uhvaleno-zakon-pro-publichni-konsultaczi%D1%97-v-organah-vladi/> (дата звертання: 24.07.2024).

ДОДАТКИ

Очікувана тривалість життя при народженні, років.



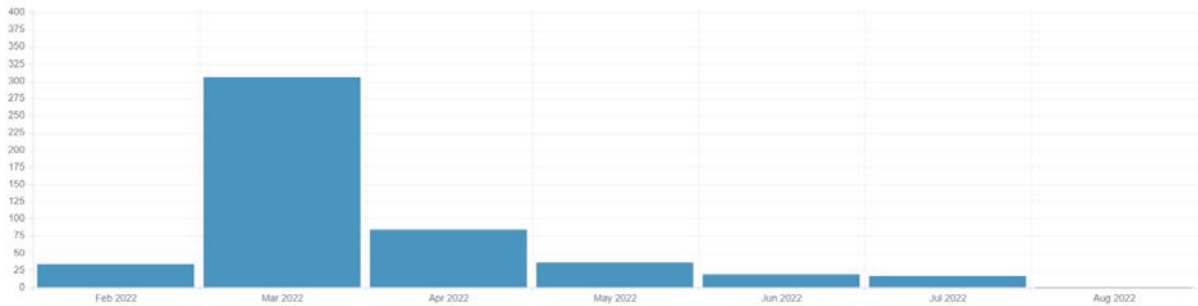
Джерело: [42].

Витрати на охорону здоров'я з власної кишені у % від поточних видатків на охорону здоров'я.



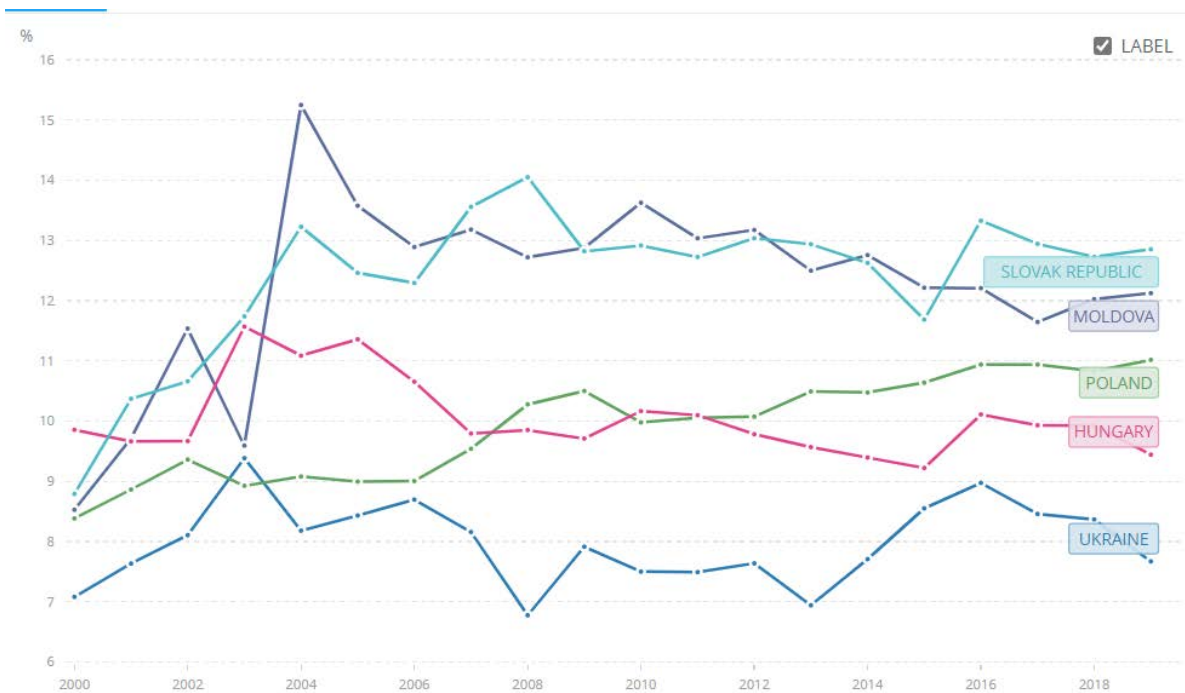
Джерело: [41].

Кількість нападів на охорону здоров'я у лютому-серпні 2022 року.



Джерело: [43].

Державні видатки на охорону здоров'я у % від державних видатків.



Джерело: [41].