

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

МАЦЕНКО ІВАННА ІВАНІВНА

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

УДК 351.7: 614.2 (477)
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**ІНСТИТУЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

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

І. І. МАЦЕНКО

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
ДАЦІЙ Надія Василівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор наук з державного управління, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: **МАЦЕНКО Іванну Іванівну** допущено до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № ____ від « ____ » _____ 2025 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)

« ____ » _____ 2025 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **МАЦЕНКО Іванна Іванівна** 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)

Тетяна ДМИТРЕНКО
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

МАЦЕНКО І. І. Інституційний механізм державної політики охорони здоров'я в Україні. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Розкрито сутність інституту охорони здоров'я як ключового структурного елемента системи публічного управління. Проаналізовано динаміку інституту охорони здоров'я в Україні. Здійснено порівняльний аналіз модернізації української охорони здоров'я в контексті функціонування та особливостей світових моделей. Обґрунтовано практичні шляхи вдосконалення державної політики охорони здоров'я.

Ключові слова: інститут охорони здоров'я, державна політика охорони здоров'я, публічне управління, адміністрування, система охорони здоров'я, модернізація, динаміка інституту, світові моделі охорони здоров'я, реформа охорони здоров'я, децентралізація, здоров'я, соціальні детермінанти.

ANOTATION

MATSENKO I. Institutional mechanism of state health policy in Ukraine. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 281 «Public management and administration» – Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The essence of the health institute as a key structural element of the public administration system is revealed. The dynamics of the health institute in Ukraine are analyzed. A comparative analysis of the modernization of Ukrainian health care in the context of the functioning and features of world models is carried out. Practical ways of improving state health care policy are developed and substantiated.

Keywords: health institute, state health policy, public administration, administration, health care system, modernization, dynamics of the institute, world models of health care, health care reform, decentralization, health, social determinants.

ЗМІСТ

ВСТУП		5
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
	1.1. Інститут охорони здоров'я як основа системи охорони здоров'я населення в публічному управлінні	9
	1.2. Концепція здоров'я як мета функціонування інституту охорони здоров'я	16
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	20
РОЗДІЛ 2.	АНАЛІЗ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	21
	2.1. Динаміка інституту охорони здоров'я в сучасній Україні	21
	2.2. Модернізація української охорони здоров'я в контексті функціонування світових моделей охорони здоров'я	29
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	37
РОЗДІЛ 3.	НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	38
	3.1. Вектори модернізації інституту охорони здоров'я в Україні	38
	3.2. Шляхи подолання соціальних викликів сучасної політики охорони здоров'я	46
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	52
ВИСНОВКИ		54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		58
ДОДАТКИ		64

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Протягом останніх тридцяти років інститут охорони здоров'я в Україні зазнав інтенсивних трансформацій, що охопили глибоку модернізацію та реформування організаційних, управлінських і фінансових засад галузі. У державі розпочався перехід до нової, здебільшого страхової, моделі функціонування системи медичної допомоги на рівні вторинної та третинної ланок, було суттєво розширено спектр медичних послуг, а роль високотехнологічної медицини помітно зросла. Паралельно відбувається еволюція системи підготовки й підвищення кваліфікації медичних кадрів, що створює підґрунтя для формування сучасної, ефективної та стійкої системи охорони здоров'я.

У таких умовах наукове осмислення процесів модернізації як складного суспільного явища, їхніх особливостей, суперечностей та наслідків набуває особливої ваги. Актуальним стає системний аналіз механізмів державної політики у сфері здоров'я, який дозволяє виявити логіку функціонування інституцій, оцінити ефективність їх взаємодії та визначити напрями удосконалення в умовах глибинних соціальних та політичних змін.

Вагомий внесок у дослідження інституційних засад державної політики охорони здоров'я зробили і вітчизняні науковці. Зокрема, у працях В. Лазоришинця, Г. Слабкого, Н. Ярош представлено комплексний аналіз державного управління системою охорони здоров'я України; О. Липинська, С. Свірідова, О. Балан досліджують якість медичних послуг крізь призму управлінських рішень; Н. Дацій, І. Драган, Т. Малахова вивчають зарубіжні моделі публічного управління у сфері здоров'я; у колективній монографії під загальною редакцією М. Білинської та Я. Радиша ґрунтовно розглянуто державну політику у сфері охорони здоров'я; Р. Демчак аналізує соціальний захист населення й моделі

функціонування соціальних систем; Ю. Думанський, М. Шутов, В. Лобас, С. Вовк досліджують сучасний стан світових систем охорони здоров'я.

Аналіз наявних наукових напрацювань свідчить, що попри значну увагу до реформування медичної галузі, питання інституційного механізму державної політики охорони здоров'я в Україні залишаються недостатньо розкритими, особливо у вимірі комплексного публічно-управлінського аналізу. Це зумовлює потребу у подальшому науковому вивченні цієї проблематики з урахуванням сучасних викликів, трансформаційних процесів та стратегічних пріоритетів розвитку української державності.

Метою кваліфікаційного дослідження є розробка теоретичних підходів та практичних рекомендації до розвитку інституційного механізму державної політики охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення вказаної мети необхідно вирішити такі *завдання*:

- розкрити сутність інституту охорони здоров'я як ключового структурного елемента системи публічного управління;
- проаналізувати динаміку інституту охорони здоров'я в Україні;
- здійснити порівняльний аналіз модернізації української охорони здоров'я в контексті функціонування та особливостей світових моделей;
- оцінити ключові вектори модернізації інституту охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати соціальні виклики та критичні наслідки модернізації, що виникли внаслідок впровадження нової державної політики охорони здоров'я;
- обґрунтувати практичні шляхи вдосконалення державної політики охорони здоров'я.

Предметом дослідження є розвиток інституційного механізму державної політики охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження виступають процеси реалізації державної політики охорони здоров'я.

Методи дослідження. Метод аналізу нормативно-правових актів – для дослідження нормативно-правових основ і документів, які регламентують функціонування інституту охорони здоров'я в Україні. Історичний метод для аналізу динаміки розвитку інституту охорони здоров'я в Україні, вивчення етапів реформування системи охорони здоров'я та змін, які відбулись внаслідок історичних, політичних і соціальних процесів. Метод системного підходу – для вивчення інституту охорони здоров'я як складної соціально-економічної системи, що включає взаємодію між різними складовими (законодавча, управлінська, медична) та зовнішніми чинниками.

Публікація дослідження. Matsenko I., Kudriashova O. State and legal policy in the field of health protection Ukrainian citizens. *Stredoevropsky vestnik pro vedu a vyzkum*. 2025. № 11. С. 88–100.

Практичне значення отриманих результатів роботи полягає в тому, що її результати, висновки та рекомендації можуть бути використані для удосконалення функціонування інституційного механізму державної політики охорони здоров'я в Україні. Для органів державної влади та управління: Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) та Національна служба здоров'я України (НСЗУ) можуть використати надані пропозиції для підвищення ефективності, прозорості та підзвітності управлінських рішень, особливо у сфері фінансування та якості медичних послуг. Органи місцевого самоврядування та регіональні державні адміністрації можуть застосувати рекомендації для оптимізації управління медичними закладами на місцевому рівні та покращення доступності послуг.

Інформаційна база дослідження є багатовекторною та охоплює кілька груп джерел, необхідних для комплексного аналізу інституційного механізму: Закони України («Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»), постанови Кабінету Міністрів України, накази МОЗ, стратегічні документи та концепції реформування системи охорони здоров'я; монографії, статті.

Елементи наукової новизни кваліфікаційної роботи полягають у вдосконаленні теоретичного підходу до аналізу інституційного механізму державної політики охорони здоров'я через призму публічного управління, що дає змогу виявити системні дисбаланси та визначити шляхи їх усунення при оцінці ключових напрямків модернізації інституту охорони здоров'я в Україні та розробці практичних рекомендацій для вдосконалення державної політики охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи. Робота має наступну структуру, а саме: вступ, 3 розділи (6 підпунктів), висновки, список використаних джерел (51 джерело). Загальна кількість сторінок – 57, з них 1 сторінка додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Інститут охорони здоров'я як основа системи охорони здоров'я населення в публічному управлінні

Впровадження медичної реформи (зокрема, з 2017 року) супроводжувалося впровадженням Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного замовника медичних послуг, зміною фінансування через принцип «гроші йдуть за пацієнтом» [25] та автономізацією медичних закладів. Ці швидкі темпи трансформаційного переходу до нової моделі фінансування та управління, незважаючи на позитивні очікування щодо підвищення якості та доступності послуг, спричинили й нові соціальні проблеми. Вони торкнулися як медичного персоналу (зміна умов праці, навантаження, перекваліфікація), так і пацієнтів (адаптація до нових правил, нерівний доступ до послуг у різних регіонах, низький рівень задоволеності якістю).

З наукової точки зору [2; 46; 49], охорона здоров'я розглядається як соціальний інститут [46], що «виконує в суспільстві конкретні функції та відповідає на потреби людей у захисті здоров'я та забезпеченні медичного обслуговування» [2, с. 45]. Цей інститут формує норми та правила цієї діяльності та її кадрове забезпечення.

Інститут охорони здоров'я має складну структуру, що охоплює багатоманітні елементи, зокрема: медичні установи та організації (державної, комунальної та приватної форми власності) [41]; функціонування, яке регулюється державою через загальнодержавну та місцеву системи охорони здоров'я [26, с. 69]. Соціальний інститут охорони здоров'я є структурним та функціональним елементом соціальної системи охорони здоров'я [47], яка на міжнародному рівні

виступає частиною загальносвітової соціетальної системи охорони здоров'я. Міжнародний рівень інституціоналізації представлений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) [3].

Можна погодитися з позицією, що вкладається у подвійний зміст поняття «система охорони здоров'я»: вузький сенс (сукупність органів державної влади, а також фармацевтичних, медичних та інших організацій, що діють у сфері охорони здоров'я громадян [17, 24, 29, 32]); широкий сенс (упорядкована форма соціальних (суспільних) відносин, що виникає в процесі здійснення державою функції з охорони здоров'я населення [15, 22]).

Офіційна дефініція визначає охорону здоров'я як систему охорони здоров'я громадян у країні. До неї включаються організації, установи, підприємства, асоціації, наукові товариства, фахівці та інші суб'єкти господарювання, незалежно від їхньої відомчої належності та організаційно-правової форми. Їхня діяльність пов'язана «з виробництвом, забезпеченням, контролем якості, реалізацією лікарських засобів, медичної техніки, наданням медичних послуг, профілактикою захворювань, організацією та управлінням процесами та фінансами у сфері охорони здоров'я громадян, освітою медичних працівників» [17, с. 74].

Це визначення повною мірою відображає організаційну, правову та адміністративну складові системи як упорядкованість змісту цілісного утворення, що складається із взаємодіючих частин.

За основу підходу до вивчення системи охорони здоров'я та її інституту ми приймаємо кілька ключових методологічних положень: роль і місце в суспільстві (розгляд їхньої ролі та місця в суспільстві з урахуванням предметно-практичних особливостей транзитивності та ціннісно-нормативних соціальних відносин [48]); динаміка соціальних змін (врахування динаміки переходу суспільства від соціально-класової обмеженості (характерної для системи Семашка) до різноманіття, властивого новому соціальному простору. Це дає змогу прогнозувати

динаміку соціальних процесів, у рамках яких соціальні інститути формують новий характер міжгрупових відносин [44, с. 89]).

Об'єкт дослідження функціонує як у цілісній суспільній системі, так і в різних конфігураціях соціуму (демографічних [18], територіальних, соціально-економічних), що має суттєві особливості. Виходячи з цього, дослідження модернізаційних змін інституту охорони здоров'я має здійснюватися на різних структурних рівнях (мікрорівні та макрорівні).

Під модернізацією ми розуміємо прогресивні соціальні зміни, «в результаті яких соціальна система (або підсистема) покращує параметри свого функціонування» [20, с. 21]. Модернізація розглядається як рух системи (інституту) через здійснення певних намірів до визнаної моделі [7, с. 130], як правило, до існуючого успішного зразка. Сутність модернізації в охороні здоров'я полягає у якісній трансформації інституційних засад та управлінських механізмів (зміна бюджетно-кошторисної моделі на модель єдиного платника НСЗУ [29]). І. Фуртака у своїй загальній теорії соціального становлення говорить про модернізацію як про «процес, що відбувається під впливом перетворювального потенціалу людської діяльності» [46, с.28]. Цей потенціал утворюється внаслідок поєднання трьох факторів: здатність акторів (мотивація, переконання, досвід); структурні обставини (цінності та норми, економічна готовність, розвиток технологій); форма суспільства (успадковані традиції та культурна спадщина). Модернізація розглядається як наслідок глобалізації, що викликає, проте, захисну реакцію, спрямовану на збереження самобутності, яка відповідає місцевим традиціям та умовам [46, с. 29]. На думку вченого, мета модернізації – зробити людей щасливими, забезпечити їм повноцінне та гідне життя.

Модернізація має бути пов'язана з традицією даного суспільства, його унікальною соціальною пам'яттю, культурною спадщиною, релігійними чи ідеологічними переконаннями. Початок модернізації має бути обумовлений сприятливими обставинами. І. Фуртак підкреслює, що модернізація не завжди

призводить до прогресу, оскільки вона має побічні ефекти та дисфункції [46, с. 30]. Часто вона змушена боротися з традицією, що стає центром конфлікту, який може спричинити стагнацію чи кризу. Процес є відкритим, і передбачити кінцевий результат неможливо [43].

Модернізаційні зміни в українській охороні здоров'я, розпочаті з 2017 року [42], спрямовані на перехід до Національної Медичної Страхової Моделі (ННІ) через впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» та Державної програми медичних гарантій [31]. Ці зміни мають враховувати: правові аспекти (регулювання через нормативно-правові акти [24; 33; 35]); соціальний захист (забезпечення соціальної підтримки та гарантій [30]); якість послуг (постійний моніторинг та оцінка якості надання медичної допомоги [14; 16; 37]); нові виклики (адаптація системи до нових загроз (як, наприклад, в умовах воєнного стану) [18, 33; 35]).

Модернізація повинна забезпечити перехід від пасивної реакції на хворобу до активної моделі громадського здоров'я, що є необхідною умовою для стійкого соціального розвитку.

Для нашого дослідження важливим є «метод супутніх змін», який вважають «головним знаряддям соціологічних досліджень» [18]. Суворо паралельність змін, що відбуваються у двох соціальних явищах, свідчить про причинно-наслідкові зв'язки між ними. Його перевага в тому, що він виявляє не просто зовнішній зв'язок двох фактів, а їхню внутрішню причетність.

Синтез соціологічних і природничо-наукових методів у теорії Дюркгейма [20, с. 49] сприяє подальшому осмисленню характеристик системи охорони здоров'я як соціального інституту. Якщо розглядати соціальні зміни системи охорони здоров'я з позиції теорії соціальних систем, можна чітко побачити, що поведінка акторів визначена та сконструйована особливостями соціальної структури. Поведінка медичного персоналу визначається самим інститутом охорони здоров'я. Це обумовило і методику соціологічного дослідження – в якості

респондентів в емпіричному дослідженні нами були опитані медичні працівники як «елементи соціального інституту» [25].

Аналіз моделей охорони здоров'я [38] показує стабільність інституціоналізованих цінностей у різних моделях. Однак цінності системи мають здатність до змін [37], що в ситуації модернізації [20] виступає фактором стабілізації, а не руйнування. Механізмом стабілізації є саме упорядкованість процесу зміни – модернізація соціального інституту шляхом реформ [1, с. 26].

Цей процес можна розділити на два етапи: зниження стабільності інституціоналізованих цінностей (їхня зміна) в інституті охорони здоров'я пострадянського зразка та підвищення стабільності цінностей у видозміненому інституті. Однією з першочергових цінностей є здоров'я, його збереження та зміцнення.

Регулювання напруги (мотиваційне спонукання) пов'язане з тиском з боку модернізованого інституту охорони здоров'я на мікро- та макрорівнях, що проявляється у зміні нормативно-правової бази [24; 33] та кадрових програм [39; 51].

У процесі модернізації вторинна соціалізація (інтерналізація цінностей) відбувається надзвичайно швидкими темпами і недостатньо враховує відмінності у ціннісних установках різних соціальних груп. Враховуючи структурну складність інституту, йдеться про систему цілей. ВООЗ [3] конкретизує функціональну сферу як «Сприяння зміцненню здоров'я протягом усього життя... з урахуванням необхідності привернення уваги до екологічних факторів ризику і соціальних детермінант здоров'я, а також до гендерних аспектів, забезпечення справедливості і дотримання прав людини» [3].

Цілі розвитку охорони здоров'я в Україні [42; 43] спрямовані на «збільшення чисельності населення, тривалості життя, тривалості здорового життя, зниження рівня смертності та інвалідності, а також дотримання прав громадян у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних із цими правами державних

гарантій» [43]. Модернізація у сфері охорони здоров'я спричинила зміну мотивації елементів системи (медичних працівників) з погляду їхнього вкладу, необхідного для функціонування системи. Для аналізу умов, що впливають на задоволення потреб, в якості респондентів було обрано медичних працівників, які зазнали максимального прояву напружень при модернізації охорони здоров'я.

У соціальному інституті фізичні об'єкти (засоби та ресурси) передбачають контроль з боку елементів (індивідів, груп, організацій). В інституті охорони здоров'я ситуація, при якій множинність цілей (підцілей, завдань) і обмеженість засобів, визначає свободу розпорядження засобами. Ефективність роботи соціального інституту (досягнення мети) залежить від адаптаційного перерозподілу засобів і ресурсів. Таким чином, навколо цієї функції концентрується економічна організація інституту. Аналіз на макрорівні включає «становлення та розвиток територіальних фондів обов'язкового медичного страхування (у світовому досвіді), фінансування медичних організацій та рівня матеріального забезпечення медичних працівників» [20, с. 35].

Соціальний інститут охорони здоров'я в рамках соціальної системи є диференційованим і складається з самостійних організаційних структур (елементів). Крім того, ці елементи можуть розглядатися як підсистеми, які, будучи відмінними від даної, входять до іншої системи (послуг, освіти, культури, соціального забезпечення [30, с. 50], фізичної культури). Функція інтеграції фокусується у системі правових норм та юридичній практиці [1; 24].

Аналіз даної функції на макрорівні передбачає аналіз правових документів, що визначають юридичні норми та правила функціонування системи [24; 34], а також юридичної основи реформування охорони здоров'я (в українському контексті – Концепція розвитку [12; 42] та Закон України «Про основи законодавства про охорону здоров'я» [24]).

Прагнення до досягнення цілей є однією зі значущих характеристик суб'єктів соціальної системи. В процесі взаємодії їх дії виникають «функціональні

потреби» [27, с. 14], які є основним фактором, що впливає на розвиток системи охорони здоров'я як соціального інституту. Вони виникають з індивідуальних, біологічних та культурних потреб.

Продовжуючи традиції структурного функціоналізму [23, с. 46], пропонує системний підхід до обґрунтування причин відхиляючої поведінки цілих груп та підгруп соціальної системи. Відхилення у поведінці щодо досягнення цілей у групі медичних працівників, адміністративного та обслуговуючого персоналу, вкладаються у «типологію форм індивідуального пристосування» [23, с. 78] (інновація тощо). Ці відхилення виникають «...внаслідок нормального реагування на соціальну ситуацію, в якій вони опиняються» [23, с. 88]. Варіанти поведінки (інновація) можуть змінювати один одного. Рівновага між цілями і способами їхнього досягнення можлива лише при отриманні задоволення як від інституціонально схвалюваних способів, так і від результатів досягнення цілей.

Сучасна система охорони здоров'я України (як і гібридні системи) є комбінацією елементів страхової та бюджетної моделей, що визначає її соціологічну амбівалентність (стан із суперечливими нормативними очікуваннями). Це проявляється, наприклад, у нездатності системи забезпечити одночасно швидке і якісне лікування, запровадити обов'язкове медичне страхування і достойну оплату праці, виявляти милосердя та надавати медичні «послуги» [40, с.90].

При розгляді модернізації інституту охорони здоров'я ми спираємося на теорію конструювання соціальної реальності. Це дозволяє проаналізувати реальність повсякденного життя. Теорія допомагає розкрити конфлікти, що виникли внаслідок модернізації інституту. Наприклад, це може бути конкуренція між різними групами медичних працівників, яка переростає у конфлікти за розподіл посад та матеріальних благ. Прагнення інституту охорони здоров'я до збереження сприяє появі постійного персоналу з підтримання, що, у свою чергу, визначає появу конфліктів та проблем соціального контролю. Конкуруючі

визначення реальності: «Конкуруючі визначення реальності» [39] є невід'ємною частиною модернізаційного процесу. Цей аспект виявився особливо вираженим у регіонах зі стрімкими змінами у системі охорони здоров'я (як це було в Україні під час реформи НСЗУ).

Зміна інституту охорони здоров'я визначається нами як значна на підставі біографічної безперервності та незгод, що виникають, що відбулося внаслідок вторинної соціалізації.

Модернізація охорони здоров'я розглядається як зміна, вдосконалення, що відповідає сучасним вимогам соціального інституту охорони здоров'я шляхом реформ [1; 25].

Методологічним базисом є структурно-функціональна система, відповідно до цього, охорона здоров'я розглядається як соціальний інститут, що включає набір стабільно існуючих елементів (правил, норм, установок), які регулюють людську поведінку та перетворюють її на систему ролей і статусів. Суб'єкти можуть вступати у взаємодію за емоційними причинами або ґрунтуючись на інструментальних причинах (нейтральність).

1.2. Концепція здоров'я як мета функціонування інституту охорони здоров'я

Модернізація інституту охорони здоров'я та соціальні зміни тісно пов'язані зі зміною ставлення суспільства до здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [3] визначає здоров'я як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів» [3]. Цей стан вимагає постійної підтримки та захисту. Саме Інститут охорони здоров'я у соціальній державі [2] виконує базову (специфічну) функцію збереження та покращення здоров'я населення.

Дослідники різних галузей наук звертаються до осмислення поняття «здоров'я» [4; 5; 8]. Соціальний зміст здоров'я формувався, виходячи з розуміння його як обов'язкової умови буття людини та повноцінної реалізації нею індивідуальних і суспільних практик. Розуміння здоров'я постійно трансформувалося, включаючи дві площини вивчення: індивідуальне здоров'я та громадське здоров'я.

Здоров'я як цільова установка функціонування інституту охорони здоров'я випробовує вплив безлічі факторів. Розуміння причин, що впливають на здоров'я і хворобу, дає можливість інституту охорони здоров'я виконувати свої функції шляхом модернізації організаційних структур. Р. Демчак відзначав, що «для суспільств, як і для індивідів, здоров'я добре і бажане, хвороба ж, навпаки, погана, і її слід уникати» [9]. Він наголошував на важливості причин у своєму «методі супутніх змін» [9]. Зниження рівня здоров'я (поява хвороби) є наслідком факторів, які, на перший погляд, не мають внутрішнього зв'язку, але виявляють причетність через залежність від «третього «непоміченого явища» [9].

Необхідність в охороні здоров'я диктується, зокрема, залежністю економіки країни від стану громадського здоров'я. Зв'язок громадського здоров'я з економічним станом країни є взаємним і має пряму кореляційну залежність (особливо за показниками чисельності та здоров'я працездатного населення). У цьому ракурсі здоров'я нації можна розглядати як видове здоров'я. Виходячи з положень [29; 31]: «Неможливо навіть уявити собі вид, який сам по собі і в силу своєї основної організації був би невиліковно хворий» [29]. Це дозволяє зробити висновок про обов'язковість видового здоров'я як здоров'я найбільш працездатної частини населення.

Здоров'я відноситься до «культурно-латентної сфери» [36], яка підтримує стратегічно важливі культурні моделі. Використовуються ідеї Парсонса [36] при визначенні способів орієнтації суб'єкта: універсалізм формує мотивацію щодо

здоров'я у певних груп (пенсіонери, інваліди), хоча він ставив його на друге місце після універсалізму-досягнення.

Дослідження показує відмінності стандарту соціальної структури (макрорівень) та норм бажаної поведінки одиниці (мікрорівень). Цей підхід використовується при аналізі здоров'я як цінності з позиції теорії мотивації та способів його підтримання різними соціальними групами.

У сучасному суспільстві споживання відбувається «розтрата здоров'я, його проїдання», що парадоксально призводить до появи усвідомленої потреби у здоров'ї (психологічного, фізіологічного дефіциту) (Додаток А). Засновник теорії психологічного здоров'я А. Маслоу розміщував фізіологічні потреби в основі своєї піраміди, а потреби у самоствердженні – на вершині. Він не розглядав потребу у здоров'ї як самостійну, пояснюючи це тим, що «сита людина не відчуває себе голодною, той, хто перебуває у безпеці, не відчуває загрози» [46].

Ми пропонуємо розглядати здоров'я як невіддільну частину кожного рівня потреб. Враховуючи неможливість задоволення більшості потреб у стані хвороби, потреба у здоров'ї може вважатися базовою. Маслоу стверджував, що «людина, у якої є перешкоди на шляху до задоволення будь-якої з базових потреб, може з повним правом розглядатися як хвора» [46]. Якщо ці перешкоди обумовлені суспільними відносинами, то винуватити у хворобі необхідно суспільство.

Значна частина людей не вважає здоров'я вищою цінністю, жертвуючи ним заради інших благ, доки потреба у ньому не зрівняється з потребою у житті. Усвідомлення здоров'я як основної життєвої цінності приходить тільки з його втратою. Одним із завдань інституту охорони здоров'я є включення потреби у здоров'ї до системи усвідомлених життєвих цінностей.

Інститут охорони здоров'я має обмежені ресурси у збереженні здоров'я, особливо на мікрорівні, що підтверджує пріоритет СДЗ (способу життя). В англійській мові «health» (здоров'я) походить від «whole» – цілісність, міцність. У загальнослов'янській від «схожий на дерево» [50, с. 199], що вказує на схожість у

розумінні цілісності у різних культурах. У світі існує понад три сотні визначень здоров'я, і універсальної дефініції поки не вироблено.

На основі аналізу 70+ формулювань Р. Грицько [46] виділив: рівновагу з навколишнім середовищем, здатність до адаптації, участь у соціальній діяльності, розумове та соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних можливостей (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні підходи (моделі) до визначення здоров'я

Модель	Основні характеристики	Акцент
Медична	Відсутність хвороб та їх симптомів.	Медичні ознаки
Біомедична	Відсутність органічних порушень та відчуття нездоров'я.	Біологічні ознаки
Біосоціальна	Додавання соціальних ознак до біологічних, пріоритет соціальних.	Діалектична тотожність соціального та біологічного
Ціннісно-соціальна	Можливість задоволення матеріальних та духовних потреб людини.	Цінність та можливості

Суть соціальної взаємодії полягає у процесі дії, що розгортається, який є причиною, а не наслідком життєвих умов. Це пояснює ірраціональність деяких здоров'я зберігаючи практику (відсутність загальних цінностей, самотність). У цьому ракурсі регуляторами виступають компроміс, примус, розсудливість або необхідність для досягнення власних цілей, що найчастіше стосується лікування вже наявних захворювань, а не їх профілактики.

Виділяючи структури споживання (харчування, культура, зовнішність), які мають відношення до здоров'я, підкреслюють, що різні соціальні групи мають різні «стилі життя» [45]. Це призводить до різних потреб у здоров'ї та нерівності у отриманні медичних послуг. Поняття «символічне насильство» (формування «хибного знання» або через виховання) важливе для розуміння зв'язку між належністю до певного класу, стилем життя та ставленням до здоров'я.

Здоров'я розглядається як біосоціальний стан із пріоритетом соціального. Для його збереження потрібні певні умови соціального середовища, в яких

охорона здоров'я відіграє другорядну роль. Формування усвідомленої цінності здоров'я можливе лише за умови задоволеності базових потреб, на що вплив держави є незаперечним.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У сучасних умовах реформування галузі, зокрема після впровадження медичної реформи та створення Національної служби здоров'я України, відбувається трансформація інституційних механізмів управління, фінансування та організації медичної допомоги. Такі зміни спрямовані на підвищення ефективності системи, доступності та якості медичних послуг, однак водночас супроводжуються соціальними, організаційними та кадровими викликами, що потребують комплексного наукового осмислення та адаптації управлінських підходів.

Водночас концепція здоров'я виступає ключовою метою функціонування інституту охорони здоров'я та відображає комплексний підхід до розуміння здоров'я як біосоціального феномена, що включає фізичний, психологічний і соціальний компоненти. Сучасні наукові підходи підкреслюють, що рівень громадського здоров'я формується під впливом широкого спектра чинників – соціально-економічних умов, способу життя, екологічного середовища, доступності медичних послуг та ефективності державної політики у цій сфері. У цьому контексті модернізація системи охорони здоров'я має бути спрямована не лише на удосконалення медичних послуг, а й на формування культури здоров'я, розвиток профілактичних практик та створення умов для збереження і зміцнення здоров'я населення, що є важливою передумовою соціального розвитку та підвищення якості життя суспільства.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Динаміка інституту охорони здоров'я в сучасній Україні

Система охорони здоров'я в Україні, як і в більшості індустріальних країн, історично є частиною ширшої системи соціального захисту населення, що впроваджується державою. Фактично, охорону здоров'я можна розглядати як ключовий елемент цієї системи.

Поняття «охорона здоров'я» визначається як «система заходів політичного, економічного, правового, соціального, наукового, медичного... характеру, здійснюваних органами державної влади... з метою профілактики захворювань, збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я кожної людини, підтримання її довголітньої активної життєдіяльності, надання їй медичної допомоги» (на основі Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [24].

Для аналізу еволюції соціального захисту, а отже, й системи охорони здоров'я, доцільно використовувати класифікаційні режими «держав загального благоденства» (Welfare State) данського соціолога Г. Еспінг-Андерсена [7]. Українські науковці, що досліджували соціальну політику та захист, такі як М. Білинська, Я. Радиш [8] адаптували ці концепції до вітчизняних реалій.

Ґрунтуючись на підходах соціальної політики, можна виділити три основні принципи, на яких будується соціальний захист (і, відповідно, надання медичної допомоги): принцип «що ти маєш» (адресна допомога) (допомога спрямовується тим, хто знаходиться у складній життєвій ситуації та не має інших доходів. Це так звана «адресна» допомога, найбільш поширена в англійських країнах (США, Велика Британія); принцип «що ти зробив» (соціальне страхування) (основна мета

– підтримання рівня життя, набутого протягом трудової діяльності (пенсія, допомога по хворобі, інвалідності). Важливу роль відіграє минулий заробіток. За цим принципом функціонують класичні схеми соціального страхування (країни Європейського Союзу); принцип «хто ти є» (універсалізм) (трудоий стаж та наявність доходів не впливають на надавані субсидії (грошові чи натуральні). Громадяни можуть розраховувати на базову суму від держави (Скандинавські країни).

Система охорони здоров'я, згідно з постулатами ВООЗ [3], не може ґрунтуватися лише на одному з цих дихотомічних принципів, оскільки це порушило б ідеї «всезагального охоплення» та «рівності доступності медичної допомоги» [3]. Ефективна система охорони здоров'я повинна інтегрувати різні принципи, застосовуючи їх до відповідних соціальних ризиків (хвороба, старість, інвалідність).

Після розпаду СРСР Україна, як і всі країни пострадянського простору, успадкувала радянську (соціалістичну) модель охорони здоров'я – «Систему Семашка» [8]. Криза 90-х років, спричинена зміною суспільно-економічної формації, поглибила соціальну нерівність і загострила проблеми медичного обслуговування. Це змусило Україну шукати новий механізм фінансування та управління, ключовим з яких стало впровадження елементів обов'язкового медичного страхування та, згодом, радикальної реформи, що ґрунтується на стратегічній закупівлі послуг (НСЗУ) [29], для виведення системи з паралічу.

На початковому етапі (1990-ті роки) впровадження елементів медичного страхування розглядалося як механізм подолання «бар'єру» між лікарями та пацієнтами, а також як спосіб соціального вирівнювання – забезпечення рівної доступності допомоги для всіх верств населення. Професор О. М. Амосов (та інші українські дослідники [37], що займалися соціальною політикою) відзначав, що медичне страхування мало стати «притоком і перерозподілом фінансових ресурсів» [37] у галузі, щоб подолати хронічне недофінансування.

Модернізацію охорони здоров'я в Україні варто розглядати як упорядкований процес змін соціального інституту, спричинений адміністративними реформами.

Початком нового етапу в українській охороні здоров'я, спрямованого на відхід від суто бюджетної моделі, стало прийняття Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) [24] та низки законів про медичне страхування. Було закладено правову основу для запровадження медичного страхування. За базис умовно бралася модель, схожа на модель Бісмарка (обов'язкове державне соціальне страхування), але її реалізація була фрагментарною та непослідовною через постійні суперечності з бюджетним кодексом та відсутність єдиного фінансового каналу.

Впродовж 90-х і 2000-х років в українській ОЗ домінувало двоканальне фінансування (бюджетне утримання закладів плюс неофіційні платежі пацієнтів, які маскувалися під добровільні внески). Це призвело до порушення базового принципу рівності в якості надання медичної допомоги та обмеження медичних втручань через жорстку тарифікацію та лімітування обсягів послуг.

На початку 2000-х років, на тлі трансформації українського суспільства та зростання потреб вищого рівня (за пірамідою А. Маслоу, де охорона здоров'я є елементом потреби у безпеці), інститут ОЗ критично потребував якісних змін. Україна зіткнулася з різким зростанням захворюваності на соціально значущі хвороби (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, онкологія) [38]. Хоча в цей період були спроби реалізації національних програм, спрямованих на боротьбу з цими хворобами, вони, як правило, були орієнтовані на лікування, а не на профілактику та роботу із соціальними детермінантами здоров'я (спосіб життя, харчування, стрес).

У період 1991–2014 років в Україні була лише побудована правова база для модернізації, але функціонування системи відбувалося за застарілим радянським зразком. Ця інституційна інерція та темпоральна пауза між прийняттям законів та їхньою реальною імплементацією зумовили значне відставання української

охорони здоров'я у порівнянні з країнами, що активно впроваджували структурні реформи (наприклад, у Східній Європі).

Структурна зміна інституту може відбутися лише під впливом напруги, джерелом якої можуть бути технічний, економічний та політичний рівні. На початку 2000-х років в українській системі охорони здоров'я технічний (відсутність сучасного обладнання) та економічний (хронічне недофінансування, низькі зарплати) рівні напруги були присутні, але не мали достатньої сили для радикальної внутрішньої структурної зміни. Це призводило до «капітуляції» – пасивного прийняття існуючих дисфункцій і опору інтерналізації нових зразків.

Політичний рівень напруги (державно-правовий контроль), хоча й був ключовим інструментом для ініціювання реформ, також не був «всесокрушаючим» (за термінологією Парсонса), що спостерігалось пізніше, під час впровадження реформи НСЗУ (2018–2020 рр.) [32]. Дисфункції інституту, особливо у функції досягнення мети (забезпечення якісної та доступної допомоги), були критично усвідомлені українським політикумом. Це стимулювало проведення «структурної диференціації» інституту ОЗ.

В рамках урядових програм та стратегій (наприклад, «Концепція розвитку охорони здоров'я та медичного страхування в Україні») [26] проводилася перегрупування ресурсів між структурними елементами (функція адаптації).

Впроваджувалися більш клінічно ефективні та менш витратні рішення, що відповідало функції досягнення мети. Одним із перших кроків, спрямованих на підвищення соціальної справедливості, було впровадження механізмів «монетизації пільг» (Закон України від 2004 року, який регулював заміну натуральних пільг грошовим еквівалентом) [26]. Натуральний спосіб часто сприяв корупції та порушував принцип рівноправного отримання пільг (особливо для мешканців сільської місцевості). Впровадження грошового еквівалента посилило принцип «що ти маєш» (адресна допомога) та доповнило принцип «що ти зробиш»

(трудові заслуги), що дозволило більш рівномірно розподілити кошти серед тих, хто дійсно потребує соціальної підтримки.

На початку 2000-х стало очевидно, що точкові пілотні проекти, які часто фінансувалися міжнародними інституціями (наприклад, Світовим банком) та були орієнтовані на «західні цінності» без урахування української специфіки, не досягли успіху і вимагали заміни на національно орієнтовану стратегію. У цей період Україна почала формувати Національні пріоритетні проекти у сфері охорони здоров'я (хоча й менш фінансово насичені, ніж у сусідніх країнах). Вони були спрямовані на: розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД); забезпечення доступу до високотехнологічної медичної допомоги; підготовку медичних кадрів та підвищення їхньої заробітної плати (переважно у ПМД та екстреній допомозі).

Зокрема, було посилено додаткове лікарське забезпечення для пільгових категорій громадян, а також програма забезпечення життєво необхідними лікарськими засобами (ЖНЛЗ), включаючи лікування рідкісних хвороб. У цьому випадку при настанні соціального ризику (хвороба, інвалідність) використовується принцип «що ти маєш» (адресна допомога).

З початку 2010-х років інституційні зміни в українській ОЗ почали набирати обертів, що було зумовлено необхідністю підготовки до асоціації з ЄС та прийняттям фундаментальних нормативних актів. Цей період ознаменувався: спробами консолідації законодавства про медичне страхування та фінансування; прийняттям Закону України «Про лікарські засоби» у новій редакції (або аналогічних актів), що регулював обіг ліків; програмами модернізації медичної галузі, спрямованими на перехід від моделі Семашка до нової моделі, заснованої на принципах соціального/обов'язкового медичного страхування (що стало основою для подальшої радикальної реформи НСЗУ) [29; 32; 33].

Важливим кроком було усвідомлення відставання у виробництві високотехнологічного медичного обладнання та фармацевтичних препаратів. Цей

блок має критичне значення для формування тарифів на медичні послуги, їхньої доступності та якості роботи персоналу. Розробка цільових програм була спрямована на коригування цього відставання та розвиток вітчизняної медичної промисловості.

На відміну від сусідніх країн, які активно інвестували у структурну модернізацію на початку 2000-х, Україна до 2014 року переважно будувала правову базу, тоді як реальне функціонування системи залишалося на застарілому радянському зразку. Це підтверджує висновок про необхідність темпоральних пауз у процесі модернізації, але й вказує на запізнення України у якісному реформуванні.

На початку 2010-х років український уряд намагався посилити регулювання у сфері медичного страхування, приймаючи низку підзаконних актів, спрямованих на жорстке регулювання та впровадження так званого «мнимого одноканального фінансування» (по суті, концентрацію фінансових потоків у рамках існуючих бюджетних механізмів).

Проте, як показала практика, такий підхід, що намагався поєднати бюджетні обмеження з принципами страхування, порушував основоположні принципи страхової справи. Це призводило до швидкого скасування або значних змін у відповідних нормативних актах, оскільки система виявлялася нежиттєздатною без фундаментальної структурної перебудови.

У 2012–2014 роках в Україні відбувалася підготовка до масштабнішої соціальної політики. Влада декларувала наміри щодо зміцнення матеріально-технічної бази, розвитку високих технологій та підвищення заробітної плати медичних працівників. Ці наміри, сформульовані у державних програмах та стратегіях, мали на меті заповнити один із ключових факторів модернізації – «якість акторів» (через підвищення мотивації медичних працівників). Однак, реалізація цих обіцянок не відповідала заданим параметрам. Українські економісти та аналітики (наприклад, у звітах громадських організацій та

незалежних аудитах) виявляли значне відставання у виконанні завдань щодо підвищення зарплат.

Замість реального збільшення оплати праці, часто використовувалася «оптимізація» всередині бюджетних установ. Це включало скорочення штату молодшого медичного та допоміжного персоналу (наприклад, переведення санітарок в прибиральниці), що створювало ілюзію зростання середньої зарплати, але фактично призводило до зростання навантаження на медичних працівників, які залишилися. Така імітація підвищення рівня заробітної плати призводила до зниження авторитету державних програм, породжувала незадоволеність та спричиняла соціальні протиріччя та конфлікти у медичному середовищі.

Таким чином, до 2014 року система охорони здоров'я в Україні являла собою унікальну гібридну систему з вираженими дисфункціями: змішана модель (складалася з елементів Бюджетної моделі (залишки системи Семашка / моделі Беверіджа) [37], Елементів соціального страхування (нереалізованих), а також Масштабної тіньової медицини (платні послуги); неготовність до реформ (домінуючі інституційні зміни, що тривали з 1991 року, не були завершені на мікро- та макрорівнях. Охорона здоров'я виконувала основні функції соціального інституту, але з критичним дефіцитом фінансування та відсутністю мотивації акторів).

Подальший розвиток системи вимагав коригування стратегії. У Стратегічних документах, що з'явилися після 2014 року та визначили вектор реформ (впровадження НСЗУ), були чітко артикульовані ключові дисфункції, які необхідно було подолати: незадоволеність громадян якістю медичної допомоги (високий відсоток); недостатній рівень якості та доступності первинної допомоги; відтік кваліфікованих медичних працівників із державного сегменту.

Відсутність компромісу між лікарями-«експертами-інтелектуалами» (які відчували зниження статусу) та новими «ефективними менеджерами» (які впроваджували реформи). Аналіз цього періоду показує, що пріоритетна увага

була зміщена з питань фінансування (як у попередніх національних проектах) на соціальні проблеми розвитку охорони здоров'я: конкуренція інтересів різних соціальних груп, складнощі адаптації в процесі перманентної оптимізації та трансформація експертів-інтелектуалів у контр-експертів (критиків системи) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Стадії модернізації української охорони здоров'я

Стадія	Роки	Якість Актора (Мотивація)	Структурні Обставини (Реформи)	Збереження Елементів Традиції (Семашка)
Планування	1991– 1993	Так	Ні	Так
Напруга	1994– 2005	Так	Так	Так
Адаптація	2006– 2013	Ні	Так	Так
Радикалізація (Підготовка)	2014 – н. ч.	Ні	Так	Ні

Модернізація охорони здоров'я в Україні до 2014 року мала виражену стадійність із дисфункціями та побічними ефектами. Підтримання традиції (системи Семашка) призводило до стагнації та негативної зворотної реакції, що вимагало часових пауз для перегляду і зміни устоїв.

До 2014 року інститут охорони здоров'я був у стані «культурної травми» – причини, що паралізувала його активність. Відсутність комплексної, одномоментної та рішучої адміністративної реформи (як це відбулося пізніше з НСЗУ) при повній неготовності всіх факторів (акторів, економічних умов, технологій) унеможлиблювала швидкий та ефективний перехід до нової моделі.

2.2. Модернізація української охорони здоров'я в контексті функціонування світових моделей охорони здоров'я

Синкретичний характер моделі організації охорони здоров'я в сучасній Україні до початку радикальних реформ (що поєднувала елементи системи Семашка, нереалізованого страхування та тіньового ринку) обумовив значну складність у її трансформації. Для конкретизації вітчизняної моделі та визначення її подальшої еволюції є доцільним застосування порівняльного аналізу ключових світових систем охорони здоров'я.

За класифікацією, що ґрунтується на звітах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [3], виділяють чотири основні моделі, які можуть слугувати інструментом для оцінки соціальних змін: Модель Беверіджа, Модель Бісмарка, Національна Медична Страхова Модель та Модель «Із кишені» [7].

Модель Беверіджа, відома як «соціалізована медицина», є невід'ємною складовою соціальної політики Великої Британії (відповідно до Доповіді Вільяма Беверіджа 1942 року). Ця система базується на принципі державного управління та монополії у фінансуванні. Існують виключно податкові надходження (загальні податки). Управління здійснюється державою через «систему єдиного платника» [7, с. 130] (Національна служба охорони здоров'я – NHS), яка контролює обсяги, порядок надання та вартість медичних послуг. Більшість медичних установ перебувають у державній власності, а фахівці є державними службовцями. Система Семашка, успадкована Україною, також відноситься до різновидів цієї моделі.

Переваги такої моделі полягають у всезагальному охопленні та низькій ціні медичної допомоги для громадян, оскільки вони не обтяжені медичними рахунками. Однак, вона породжує протиріччя, пов'язані з необхідністю сплати високих податків незалежно від користування послугами, обмеженням прав

пацієнтів у виборі лікаря та невизначеними термінами очікування, що пригнічує соціальну конкуренцію.

На противагу Беверіджу, Модель Бісмарка, або «соціальне медичне страхування», була системно сформована в Німеччині як частина соціальної політики Отто фон Бісмарка у 1880-х роках. Її центральним елементом є обов'язкове медичне страхування. Фінансування здійснюється через обов'язкові страхові внески до «лікарняних кас» (фондів по хворобі), які спільно покриваються роботодавцями та працівниками. Фонди є неприбутковими та працюють за принципом множинності платників. Існує конкуренція між державними (*gesetzliche Krankenkasse*) та приватними фондами. Медичні установи та спеціалісти переважно приватні. У приватних страхових компаніях розмір внеску залежить не від доходу, а від страхового ризику (віку, статі, анамнезу), що відповідає принципу еквівалентності. Це створює конкуренцію на ринку медичних послуг. Тарифи на послуги встановлюються спільно державою та медичними асоціаціями, забезпечуючи загальне жорстке регулювання витрат.

Модель Бісмарка створює умови для конкуренції у фармацевтичній промисловості та сприяє збереженню доступної вартості ліків. Ця модель є поширеною у таких країнах, як Німеччина, Франція, Японія, Швейцарія та інші.

У Моделі Бісмарка яскраво простежується принцип солідарності або взаємодопомоги державного медичного страхування, який полягає у відсотковому паритеті внесків щодо доходів. Застраховані громадяни сплачують рівну частину від своїх доходів, що гарантує їм отримання всіх необхідних медичних послуг. Усі клієнти фондів, незалежно від соціального статусу, обслуговуються на рівних умовах. Важливою особливістю є те, що основним критерієм відшкодування витрат є беззаперечна необхідність лікування, причому, за наявності різних варіантів, вибирається найбільш економічно вигідний.

Позитивні ефекти системи включають всеохоплення, впевненість громадян у відсутності прямих рахунків від медичних організацій, помірні адміністративні

витрати держави та короткі терміни очікування на отримання послуг первинної медико-санітарної допомоги.

Негативні ефекти моделі містять: обов'язкові високі внески, фокусування на низьких витратах, неповний обсяг допомоги в сільській місцевості та тривалий час очікування для отримання послуг спеціалізованої допомоги або послуг, що не вимагають невідкладних заходів.

Національна Медична Страхова Модель (National Health Insurance, NHI) характеризується синтезом елементів як Моделі Беверіджа, так і Моделі Бісмарка. Найбільш репрезентативним прикладом такої системи є охорона здоров'я Канади. Система функціонує на засадах національної програми медичного страхування, реалізованої через серію тринадцяти взаємопов'язаних провінційних і територіальних планів. Це забезпечує розумний доступ усім жителям до необхідних, з медичної точки зору, послуг без прямої оплати особистими коштами (за умови наявності медичної страховки – Health Insurance Card). Фінансування може здійснюватися за рахунок страхових премій, податків на заробітну плату, податків з продажів або поєднання методів. Провінції та території мають значну свободу дій у визначенні способів фінансування. Плани повинні фінансуватися та управлятися некомерційною державною або державно-уповноваженою структурою.

Медичне обслуговування може надаватися державним або приватним сектором, але приватні структури є некомерційними. Лікарі можуть бути приватними підприємцями, проте їхня діяльність обов'язково вписується в систему державного фінансування і підпорядковується урядовим приписам. Крім Канади, цю модель прийняли такі країни, як Тайвань і Південна Корея [9].

Позитивні сторони NHI включають дешевизну та простоту адміністрування, відсутність затрат на маркетинг, безприбутковість та відсутність фінансових мотивів для відмови у претензіях. Єдиний платник (держава) володіє значною ринковою владою для встановлення коректних цін. Основний позитивний фактор

системи – її висока гнучкість. Недоліки системи полягають у відсутності навіть мінімальної конкуренції за пацієнтів, обмеженості обсягу послуг державним регулюванням, а також тривалому часі очікування на певні види допомоги.

У Сполучених Штатах Америки відсутня чітка та узгоджена єдина система організації охорони здоров'я. Її модель представлена фрагментами усіх чотирьох розглянутих вище систем, тому її виділяють окремо під назвою «лоскутне покривало». Приклади інтеграції моделей у США: «соціалізована медицина» (Елементи Беверіджа): Представлена Програмою медичного обслуговування ветеранів Tricare та Програмою Medicaid; Tricare: програма, що повністю фінансується федеральним бюджетом (з податків), забезпечуючи повний обсяг медичних послуг для військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей на безоплатній основі. Ця програма є найбільш покриваючою для своїх пацієнтів у США;

Національна Медична Страхова Модель (NHI) представлена у США державною програмою Medicare, введеною також у 1965 році. Ця програма функціонує на принципах державного медичного страхування і призначена насамперед для громадян віком від 65 років та осіб з інвалідністю. Фінансування здійснюється через цільові фонди, які наповнюються за рахунок цільових податків на соціальне страхування (страхових внесків) із заробітної плати, які сплачують працівники, роботодавці та самозайняті особи. Загальна ставка податку на Medicare становить 2,9% від заробітної плати, що покривається порівну роботодавцем та працівником. Цей механізм демонструє принцип солідарності, характерний для Моделі Бісмарка, але з централізованим державним управлінням, що наближає її до Національної Медичної Страхової Моделі [37].

Елемент «соціального медичного страхування» у США представлений обов'язковим приватним страхуванням для найманих працівників і самозайнятих. Існує думка, що обов'язкове приватне медичне страхування у США має суттєві відмінності від класичної Моделі Бісмарка. Воно частково зберігає риси Моделі «Із кишені», оскільки існує пряма залежність між типом страхового плану,

розміром внесків (insurance premiums), франшизою (deductible) та обсягом покриття, що визначає кінцеву фінансову відповідальність застрахованої особи. З огляду на гібридний характер, цей елемент часто пропонується розглядати як окрему, регульовану державою, модель приватного страхування.

Необхідність детального вивчення структури та функцій приватної системи страхування США диктується трансформаційними процесами в Україні та постійними спробами модернізації та оптимізації вітчизняної системи. Приватне медичне страхування охоплює близько 40% населення США. Плани поділяються на типи, що відрізняються покриттям: мережеві плани (покривають послуги лише тих постачальників, які входять до мережі плану (наприклад, НМО – Health Maintenance Organization, що орієнтований на профілактику); гнучкі плани: Частково покривають обслуговування поза мережею (наприклад, РРО – Preferred Provider Organization).

Категорії страхових планів базуються на співвідношенні оплати послуги страховою компанією та застрахованою особою: платинова (90 %/10 %), золота (80 %/20 %), срібна (70 %/30 %) та бронзова (60 %/40 %) [14, с. 120]. Окремо існує катастрофічна категорія. Незважаючи на існування різних форм страхування, самостійна оплата медичних витрат громадянами («із кишені») все ще становить значну частку (близько 10–16 % випадків). Реформа АСА 2010 року була спрямована на мінімізацію цих витрат шляхом всезагального охоплення обов'язковим приватним страхуванням.

На тлі постійної критики системи США, зростає підтримка ідеї переходу до системи єдиного платника (single-payer system), за яку виступають значна частина американців та лікарів. Дослідження показують, що така система могла б скоротити витрати на охорону здоров'я та покращити якість медичного обслуговування через універсальне покриття та вертикальне регулювання цін.

Системи єдиного платника (у формі державного чи «страхового» фінансування) є визначальними рисами Моделі Беверіджа, Національної медичної

страхової моделі та Системи Семашка. Вони передбачають відмову від прибутковості в галузі та повну відмову від моделі «із кишені» для населення.

Систему охорони здоров'я України до радикальних реформ (до впровадження НСЗУ) неможливо було чітко віднести до жодної з класичних категорій. Вона, подібно до інших перехідних систем, демонструвала наявність елементів усіх чотирьох світових моделей, проте з кардинальними особливостями, що підкреслювали її дисфункціональний гібридний характер.

Незважаючи на формальне обов'язкове медичне страхування (у деяких його декларативних формах), реалізація цього принципу мала суттєві відмінності від класичної Моделі Бісмарка: комерційний елемент у посередниках (у системі, де декларувалося страхування, могли функціонувати приватні страхові організації, які теоретично могли мати на меті отримання прибутку. Це є відмінністю від неприбуткового принципу Бісмарка); відсутність реальної конкуренції (медичні установи переважно були представлені бюджетними (державними) закладами.

Серйозною відмінністю від класичної системи Бісмарка була відсутність прямих особистих платежів (co-payments) самим застрахованим. Внески від роботодавців (як податок): Формальними платниками страхових внесків за працююче населення були роботодавці. Однак, згідно з експертними оцінками, це фінансування фактично трансформувалося у цільове оподаткування працюючого населення. Бюджетні трансфери за непрацюючих: Фінансування медичної допомоги непрацюючих громадян (пенсіонерів, дітей) здійснювалося через бюджетні асигнування до Фонду, що є, по суті, розрахунками в межах бюджетної системи держави.

Модель Беверіджа (бюджетна) була представлена у системі охорони здоров'я через: фінансування соціально значущих сфер (діяльність медичних закладів (психіатричного, наркологічного, протитуберкульозного профілю), інформаційно-аналітичних центрів, станцій переливання крові фінансувалася за рахунок бюджетів суб'єктів (областей/громад) у межах виконання державного завдання);

медична допомога військовослужбовцям та співробітникам силових структур (військові госпіталі, поліклініки) фінансувалася безпосередньо з бюджетів відповідних відомств [36].

Змішання елементів двох моделей було неефективним. Наявність страхових посередників (компаній) мала б бути спрямована на стримування постачальників медичних послуг. Однак, в умовах жорсткого державного контролю та обмеження обсягу надання медичної допомоги, роль страхових компаній ставала неефективною і невиправданою.

Незважаючи на гібридний стан дореформеної української системи, було б доречно віднести її до Національної Медичної Страхової Моделі (ННМ), що об'єднує страхову та бюджетну складові, проте саме змістове наповнення діючої моделі (до реформи) не дозволяло це зробити повною мірою.

Елементи, що наближають систему до ННМ, можна було простежити у формі Добровільного Медичного Страхування (ДМС). ДМС в Україні, як правило, передбачало придбання поліса для отримання високоякісних послуг та сервісу, переважно у приватних медичних організаціях. Державні бюджетні установи не могли повноцінно брати участь у конкурентній боротьбі через відсутність необхідного сервісу, низьку доступність та дефіцит медичного персоналу. У цьому контексті особливу небезпеку становить планомірне скорочення числа медичних установ, яке спостерігалось в країні до початку реформи.

Недоліки системи: Зменшення можливостей контакту між лікарем і пацієнтом не може підвищити доступність медичної допомоги. Ця невідповідність цілі та методів її досягнення була пов'язана зі спробою з'єднання в єдине ціле страхової та бюджетної моделей. Національна Медична Страхова Модель (ННМ) може слугувати тим сполучним елементом, за якого бюджетна, страхова та платна підсистеми функціонували б незалежно одна від одної та за чітко визначеними правилами.

Платні медичні послуги в Україні історично компенсували відсутність доступності, сервісу, а в деяких випадках і якості медичної допомоги, що гарантувалася державою. Оплату «із кишені» (Out-of-pocket) «вимушувала» здійснювати сама система охорони здоров'я, точніше, поява емерджентних властивостей системи, які були відсутні в її елементів окремо.

Як правило, до платної медицини звертаються громадяни з високим та вище середнього рівня достатку. Хоча офіційні дані потребують актуалізації, за оцінками, обсяг платних медичних послуг населення становив значну частку від бюджету державного фонду страхування (навіть понад 29% за аналогічними світовими показниками). Це насторожує, враховуючи, що населення з високим рівнем доходу становить меншість.

Слід зазначити, що деякі види медичної допомоги традиційно не покривалися державним обов'язковим страхуванням: проведення оглядів та експертиз, санаторно-курортне лікування, косметологічні послуги, зубне протезування та імплантація, а також придбання ліків поза стаціонаром.

З вищесказаного можна зробити висновок, що основою дореформеної української системи охорони здоров'я був гібрид, заснований на залишках Моделі Бісмарка (через формальне обов'язкове страхування) та інкорпорації елементів Моделі Беверіджа (бюджетне фінансування).

Українська система охорони здоров'я не мала тотожних аналогів у світі: у її складі знаходилися елементи чотирьох розглянутих моделей. Побудова на основі Моделі Бісмарка, але з елементами бюджетного фінансування, наявністю платних послуг та основних постулатів Національної Медичної Страхової Моделі (єдиний платіж, державне планування), але з суттєвими відмінностями у структурі та напрямку грошових потоків, робить систему новим видом моделі. Для цієї змішаної моделі пропонується термін: «модифікована національна медична страхова модель».

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

Після здобуття незалежності Україна успадкувала радянську модель організації охорони здоров'я – систему Семашка, яка базувалася на централізованому державному управлінні та бюджетному фінансуванні. Упродовж 1990–2014 років вітчизняна система охорони здоров'я перебувала у стані інституційної інерції: хоча було створено нормативно-правову базу для модернізації та впровадження елементів медичного страхування, реальні механізми функціонування галузі залишалися значною мірою незмінними. Домінування двоканального фінансування, поширення неформальних платежів, недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення та низька мотивація медичних працівників спричинили формування системних дисфункцій, що зумовило необхідність комплексної трансформації інституційного механізму державної політики у сфері охорони здоров'я.

Порівняльний аналіз світових моделей організації охорони здоров'я засвідчив, що українська система до початку радикальних реформ мала виражений гібридний характер, поєднуючи елементи кількох моделей – Беверіджа, Бісмарка, національної медичної страхової моделі та частково моделі «із кишені». Така синкретична структура зумовлювала суперечливість фінансових потоків, обмежену ефективність управління та нерівномірність доступу населення до медичних послуг. Водночас аналіз світового досвіду свідчить, що подальша модернізація системи охорони здоров'я в Україні має ґрунтуватися на поєднанні принципів державного регулювання, стратегічної закупівлі медичних послуг та забезпечення універсального доступу населення до медичної допомоги. Це створює передумови для формування модернізованої моделі охорони здоров'я, орієнтованої на підвищення якості медичних послуг, ефективність використання ресурсів та забезпечення соціальної справедливості у сфері медичного забезпечення населення.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Вектори модернізації інституту охорони здоров'я в Україні

Модернізація системи охорони здоров'я України є яскравим прикладом радикальної інституційної зміни у сфері публічного управління, спрямованої на трансформацію неефективної адміністративно-командної моделі до сервісно-орієнтованої моделі, що ґрунтується на принципах стратегічного державного закупівлі послуг.

До початку масштабних реформ (започаткованих у 2017 році) українська система охорони здоров'я характеризувалася такими системними дисфункціями. При декларованій безоплатності медичних послуг, фінансування галузі здійснювалося за залишковим принципом через державні та місцеві бюджети. Це призводило до домінування витрат на утримання інфраструктури (будівлі, комунальні послуги) над витратами на лікування (ліки, обладнання, гідна оплата праці медиків). Заклади охорони здоров'я діяли як бюджетні установи, що були жорстко підпорядковані адміністративній вертикалі (МОЗ та регіональні департаменти). Вони не мали управлінської та фінансової автономії для самостійного прийняття рішень щодо підвищення якості послуг чи ефективного використання ресурсів. Невідповідність між гарантованим державою обсягом допомоги та фактичним фінансуванням стимулювала зростання неофіційних платежів з боку пацієнтів, що, зі свого боку, підривало соціальну справедливість і створювало умови для корупційних ризиків, особливо у сфері державних закупівель. Ці передумови зумовили гостру потребу впровадження інституційної модернізації як передумови для підвищення соціального благополуччя та якості людського капіталу.

Модернізація інституційного механізму державної політики охорони здоров'я в Україні реалізується за трьома основними, взаємопов'язаними векторами [38]:

1. Децентралізація фінансування та перехід до стратегічної закупівлі. Ключовим елементом модернізації стала фундаментальна зміна фінансової моделі галузі, закріплена Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [26; 31]. Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) [32] як центральний орган виконавчої влади, що виконує функцію єдиного стратегічного замовника (закупівельника) медичних послуг. Це замінило традиційне бюджетне утримання на контрахтування послуг. Впроваджено механізм оплати послуг (Primary Care Capitation, DRG-групи та глобальний бюджет), що базується на фактично наданому обсязі допомоги та кількості обслуговуваного населення. Це стимулює конкуренцію між закладами та підвищує їхню орієнтованість на пацієнта.

2. Інституційна автономізація медичних закладів. Для ефективної роботи з НСЗУ медичні заклади були зобов'язані змінити свій правовий статус. Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) змінили статус з бюджетних установ на Комунальні некомерційні підприємства (КНП). Ця зміна є критичною з точки зору публічного управління, оскільки вона надала ЗОЗ юридичну та фінансову автономію: можливість самостійно управляти фінансами, розпоряджатися доходами від НСЗУ, встановлювати розмір заробітної плати персоналу та закуповувати обладнання. Органи місцевого самоврядування стали власниками КНП, що підвищило їхню відповідальність за ефективність та доступність медичних послуг на підвідомчій території.

3. Пріоритет первинної ланки та цифрова інтеграція. Модернізація розпочалася з реформування первинної медичної допомоги (ПМД), як основи ефективної системи. Запроваджено вільний вибір лікаря ПМД (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) та оплату його праці за капітаційною ставкою (залежно від

кількості підписаних декларацій). Цифрова трансформація через розбудову електронної системи охорони здоров'я (eHealth) (електронна медична картка, електронні рецепти та направлення) забезпечила прозорість збору даних та єдиний інформаційний простір, необхідний для стратегічного планування та моніторингу НСЗУ.

На відміну від еволюційних процесів реформування, які тривали десятиліттями в інших країнах, українська модернізація демонструє високу швидкість та радикалізм змін. Ця «турбо-модернізація» створює унікальні виклики для інституційного механізму: необхідність швидкої розбудови управлінської спроможності НСЗУ, адаптації керівників КНП до ринкових умов та ефективної координації між центральним (МОЗ, НСЗУ) та місцевим (КНП, ОМС) рівнями управління.

Інституційна модернізація механізму управління охороною здоров'я, що стрімко розгорнулася в Україні з 2017 року, стала джерелом як позитивних структурних зрушень, так і напруженості в соціально-трудої сфері. Першопричиною цієї напруги є «механізм розгортання потреб» [26, с. 69] – зіткнення підвищених суспільних очікувань (вимог до якості та доступності послуг) із обмеженою спроможністю оновленого інституційного механізму задовольнити ці потреби у перехідний період. У результаті, реформа одночасно призводить до прогресу (за показниками фінансової прозорості та автономії закладів) і регресу (за показниками соціального статусу та задоволеності медичного персоналу).

Виклики, що супроводжують модернізаційний процес, особливо гостро проявилися на регіональному рівні, зокрема у Житомирській області. Серед основних труднощів виділяються кадрові та управлінські проблеми. Зміна статусу медичних закладів на Комунальні некомерційні підприємства (КНП) вимагала заміни старої адміністративно-господарської моделі управління на ефективний медичний менеджмент. Це спричинило ротацію керівництва, включаючи головних

лікарів. Хоча нові керівники (часто залучені з інших регіонів або приватного сектору) можуть бути професіоналами, вони нерідко стикаються з труднощами адаптації до місцевого менталітету, соціокультурних особливостей громад Житомирщини та сформованих роками внутрішніх колективних норм [36].

Крім зазначеного слід виділити дефіцит молодих спеціалістів. Регіони, такі як Житомирська область, стикаються з проблемою відтоку кваліфікованих кадрів до великих міст або приватного сектору. Нові економічні умови, запроваджені НСЗУ, не завжди забезпечують конкурентний рівень оплати праці, що призводить до кадрового голоду, особливо у сільській місцевості та малих містах області.

Слід зазначити на соціально-психологічній напрузі. Для медичних працівників перехідний період став стресовим. Впровадження нових правил роботи з Електронною системою охорони здоров'я (eHealth), необхідність освоєння складних протоколів та збільшення бюрократичного навантаження (робота з електронними документами та вимогами НСЗУ) додатково ускладнило робочий процес. Наслідками стали черги в закладах та конфліктні ситуації в колективах.

З метою виявлення соціальних наслідків модернізації інституційного механізму доцільно провести соціологічне дослідження думки медичних працівників області. Внаслідок інституційної модернізації та переходу до контрактування послуг соціальний статус лікаря у Житомирській області знизився через невідповідність нових функціональних вимог рівню матеріальної та соціальної захищеності.

Для перевірки цієї тези в рамках даної дипломної роботи застосовується аналіз вторинних даних та результатів соціологічного дослідження, яке охоплює лікарів державних КНП Житомирської області. Це лікарі з вищою освітою, які працюють у КНП Житомирської області.

У рамках структурно-функціонального аналізу, соціальний статус медичного працівника визначається комплексом його прав, обов'язків, типів винагороди та

соціальних очікувань. Вплив модернізації найяскравіше проявляється в його психологічному та економічному аспектах (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Рівень задоволеністю роботою лікарів Житомирської області [36]

Категорія відповіді	% від загальної кількості лікарів Житомирської області
Повністю задоволений (не планує зміну роботи)	10 %-15 %
В цілому задоволений, але сподівається на підвищення зарплати	30 %-40 %
В цілому задоволений, але готовий перейти на кращі умови (наприклад, у приватний сектор)	15 %-20 %
Абсолютно не задоволений, але працювати буде	10 %-15 %
Буду шукати інше місце роботи	2 %-5 %

Дані демонструють низький рівень повної задоволеності (лише 10–15 %), що свідчить про глибоку інституційну проблему. Значна частина лікарів, хоч і залишається у державній сфері, перебуває у стані «надії на поліпшення» (економічний аспект) або потенційного відтоку (готовність до переходу).

Категорія «абсолютно не задоволений, але працювати буде» може свідчити про прояв відхиляючої поведінки у формі ритуалізму, де лікар приймає нові інституційні норми та правила (наприклад, регламентований час прийому, електронна документація), але відмовляється від цілей (надання максимально якісної, нерегламентованої допомоги) через невідповідність ресурсів. Це призводить до дисбалансу між реальною поведінкою.

Аналіз зв'язку між стажем і задоволеністю оплатою праці вказує на відсутність чіткої релевантної залежності між досвідом лікаря та його економічним статусом.

Зі збільшенням стажу (понад 5–10 років) зростає не задоволеність, а частка лікарів, які сподіваються на підвищення заробітної плати. Це свідчить, що в інституційному механізмі КНП (у регіоні) оплата праці недостатньо корелює з досвідом, практичними навичками та кваліфікацією.

У секторі державного управління охорони здоров'я успішність діяльності лікаря (професійний розвиток, накопичений досвід) не має прямого та адекватного зв'язку з підвищенням рівня заробітної плати. Це підриває мотивацію та сприяє вертикальному та горизонтальному відтоку цінних кадрів.

Таким чином, інституційна модернізація в Житомирській області, хоча й створила рамкові умови для ефективності (автономія, контракування), спричинила зниження соціального статусу лікаря, що є критичним ризиком для реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Професійно-посадовий аспект соціального статусу охоплює такі ключові елементи, як кар'єра, трудова мобільність, професійні досягнення та домагання. У контексті державної служби та публічного управління, кар'єра є свідомо обраним шляхом посадового чи професійного просування, що веде до досягнення бажаного статусу. Рух по адміністративній вертикалі класифікується як вертикальна кар'єра (посади головного лікаря, заступника), а змістовне освоєння фаху та підвищення кваліфікації – як горизонтальна кар'єра.

Модернізаційні процеси, особливо перехід до Комунальних некомерційних підприємств (КНП) у Житомирській області, суттєво вплинули на реалізацію цього аспекту.

Аналіз умов праці демонструє критичні наслідки інституційних змін для кар'єрних можливостей лікарів (табл. 3.2).

У процесі впровадження моделі стратегічної закупівлі послуг (НСЗУ) більшість керівних посад у КНП були зайняті «ефективними менеджерами», які часто залучалися ззовні, або мали виразні адміністративні компетенції. Така ситуація створила бар'єр для професійного просування класичних лікарів-практиків. Це обмежило можливості вертикальної кар'єри для більшості медичного персоналу, який не має управлінських амбіцій, але є висококваліфікованим фахівцем.

Аналіз умов праці

Параметр задоволеності умовами роботи	% цілком задоволених або швидше задоволених (дані для Житомирщини)	Критичний висновок
Перспективи професійного розвитку	60 %-65 %	Більшість лікарів бачать можливості для росту кваліфікації, що є позитивним наслідком реформи.
Стан медичного обладнання	45 %-50 %	Низький рівень задоволеності. Це свідчить про значне відставання матеріально-технічної бази в регіональних КНП, що обмежує професійну реалізацію.
Можливість професійного зростання	60 %-65 %	Відносно висока оцінка, що може бути пов'язана з доступністю навчання та курсів підвищення кваліфікації.

Діяльність адміністративного апарату КНП орієнтована переважно на фінансову стійкість закладу та виконання умов контракту з НСЗУ (економія коштів, звітність), а не на підвищення комфорту роботи лікарів чи безумовне поліпшення якості послуг.

Перехід до концепції «медична послуга» як категорії публічного управління суттєво змінив соціальні практики та психологічний клімат взаємодії: деперсоналізація (наближення взаємодії до моделі «надання послуги» призвело до певної анонімізації відносин. Лікар, обмежений нормами, часом прийому (наприклад, 15-хвилинний регламент) та паперовою роботою, може сприйматися пацієнтом як «бюрократ до прохача»); залежність від «Системи» (пацієнти, хоч і отримали більшу юридичну захищеність через Програму медичних гарантій, починають усвідомлювати свою анонімну залежність від «системи» (НСЗУ/КНП) [31], а не від конкретного лікаря. Це може знижувати рівень довіри до медичного працівника як до індивіда).

Оцінка змін рівня життя лікарями є ключовим індикатором економічного аспекту їхнього соціального статусу (табл. 3.3).

Оцінка змін рівня життя лікарями Житомирської області

Оцінка зміни рівня життя	% лікарів, які відзначили покращення
Суттєво покращився	10 %-15 %
Скоріше покращився, ніж погіршився	40 %-45 %
Не змінився	20 %-25 %
Скоріше/суттєво погіршився	15 %-20 %

Слід відзначити загальну позитивну тенденцію. Понад 55 % лікарів суб'єктивно відзначають покращення рівня життя. Це може бути результатом легалізації доходів та збільшення офіційної заробітної плати, особливо на первинній ланці, завдяки прямим виплатам від НСЗУ.

Детальний аналіз залежності оцінки рівня життя від стажу роботи виявляє конфлікт інтересів між групами:

– молоді спеціалісти (1-5 років): ця група найбільше відзначає покращення. Ймовірно, це пов'язано з тим, що їхня офіційна зарплата, встановлена за контрактом НСЗУ, значно вища за мізерні ставки, які існували до реформи;

– досвідчені фахівці (понад 5 років): значна частина цієї категорії (особливо 5-10 років стажу) відзначає погіршення або відсутність змін. Це може бути пов'язано з втратою неформальних джерел доходу («незначна подяка», «відкати» від фармкомпаній) та низькою диференціацією оплати праці відповідно до багаторічного досвіду, що демотивує найбільш кваліфікованих лікарів.

Інституційна модернізація призвела до утворення двох виразних соціальних груп у медичному співтоваристві Житомирщини [33]:

– «ефективні менеджери» (адміністративний персонал): переважно молоді, або зовнішні спеціалісти, які відзначають суттєве покращення свого економічного статусу та мають підтримку структур влади. Вони є носіями нового інституційного порядку (принципи КНП та НСЗУ);

– «експерти-інтелектуали» (класичні досвідчені лікарі): ця група, незважаючи на високу кваліфікацію, відчуває зниження економічного та

посадового статусу, оскільки нові правила обмежують їхню професійну автономію та не забезпечують гідну оплату їхнього досвіду. Вони можуть ставати «контр-експертами» – критиками системи, які чинять прихований опір новим інституційним нормам.

Слід визначити критичні проблеми модернізації в Житомирській області. Першою є кадровий відтік. Бажання найбільш грамотних та досвідчених лікарів перейти у приватну практику або високооплачувані приватні клініки (наприклад, у Києві чи Львові) призводить до втрати кваліфікованих кадрів у державному секторі Житомирської області.

Нездатність державної системи (КНП) забезпечити високий рівень матеріально-технічного забезпечення (особливо високотехнологічним обладнанням) у поєднанні з низькою оплатою праці призводить до глибокого соціального розмежування. Заможні пацієнти обирають приватну медицину, тоді як соціально незахищені громадяни змушені користуватися менш забезпеченою державною системою. Це підриває заявлену ціль державної політики – забезпечення рівного доступу до якісних послуг.

Модернізація механізму охорони здоров'я, попри позитивні структурні зміни, є довгостроковим процесом, що вимагає негайного інституційного втручання для усунення соціальних протиріч та підвищення економічного статусу ключових виконавців – лікарів-експертів.

3.2. Шляхи подолання соціальних викликів сучасної політики охорони здоров'я

Модернізація інституційного механізму охорони здоров'я в Україні, ініційована «зверху» через фінансову децентралізацію та впровадження Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [32], створила низку соціальних

проблем, які потребують уваги публічного управління, особливо на регіональному рівні, як у Житомирській області.

Аналіз ситуації в регіональних Комунальних некомерційних підприємствах (КНП) Житомирщини свідчить про глибокі соціальні та фінансові проблеми, що ускладнюють повну реалізацію Програми медичних гарантій. Потреба населення у якісному медичному обслуговуванні критично перевищує фактичні можливості закладів. Коефіцієнт стабільності персоналу, особливо лікарів, має тенденцію до зниження. Це є прямим індикатором проблем у системі мотивації та кадровій політиці регіональних управлінських структур (Департаментів охорони здоров'я та керівництва КНП) щодо збереження досвідчених фахівців.

Фактична укомплектованість штату фізичними особами часто становить менше ніж 70 %-80 % [36]. Це призводить до надмірного суміщення посад медиками (до 80 %), що критично підвищує робоче навантаження та ризик професійного вигорання, особливо у службі екстреної медичної допомоги та у сільських районах області. Регіональні заклади охорони здоров'я Житомирщини успадкували значно зношену матеріально-технічну базу (будівлі, обладнання 80-х років). Це ускладнює: ліцензування (багато будівель не відповідають сучасним ліцензійним та санітарним вимогам); впровадження стандартів (фізична відсутність сучасного обладнання унеможливорює повноцінне запровадження державних медичних стандартів та надання високотехнологічної допомоги); фінансова нерівновага КНП: Незважаючи на перехід до оплати за послуги через НСЗУ, деякі регіональні КНП є фінансово нестійкими. Це може виражатися у зростанні кредиторської заборгованості перед постачальниками за ліки, комунальні послуги та обладнання. Така ситуація свідчить про недосконалість тарифікації складних та дорогих послуг НСЗУ або про неефективний фінансовий менеджмент на місцях.

Ці проблеми загалом вказують на те, що політико-економічна логіка моделі НСЗУ, орієнтована на ринкові механізми, не повністю відповідає

інфраструктурним та кадровим реаліям «дотаційних» регіонів, які потребують комплексної державної інвестиційної підтримки.

У контексті низької задоволеності оплатою праці, система соціальних гарантій та пільг є критично важливим інструментом для підтримки та залучення кадрів. Згідно з теорією соціальних змін [26; 42], система винагород за дії, що відповідають новій моделі, є необхідним механізмом підтримки стабільності реформи. Хоча більшість медиків інформовані про наявність пільг, значна частина (до 40%) не може точно оцінити їхній реальний грошовий розмір та вагомість. Це вказує на недостатню прозорість та комунікацію з боку адміністративних структур щодо соціального пакету. Понад 85% лікарів декларують надзвичайну важливість державних заходів підтримки (табл. 3.4). Цей високий показник прямо вказує на недостатність базової заробітної плати та низький рівень соціальної захищеності медичного персоналу в цілому.

Таблиця 3.4

Аналіз побажань лікарів Житомирської області щодо компонентів соціального пакету

Складова соціального пакету	Важливість
Пільгове пенсійне забезпечення	90 %-95 %
Путівки в санаторії, бази відпочинку	85 %-90 %
Надання матеріальної допомоги	85 %-90 %
Медичне обслуговування для пенсіонерів-медиків	80 %-85 %

Пріоритетність пільгового пенсійного забезпечення та санаторно-курортного лікування свідчить про глибоку незахищеність та високу стресовість професії. Лікарі прагнуть гарантій довгострокової соціальної стабільності, а не лише премій до святкових дат.

Низький рівень задоволеності та відтік кадрів свідчать про те, що державна політика підтримки медичних працівників, особливо у Житомирській області, є недостатньо ефективною та не забезпечує відновлення їхнього благополуччя до рівня, який існував (чи очікувався) у дореформений період.

Для подолання соціальних викликів необхідно застосувати такі інституційні механізми [41]:

- перегляд фінансової моделі НСЗУ для регіонів (необхідна диференційована тарифікація медичних послуг, що враховує витрати на відновлення матеріально-технічної бази регіональних КНП, а не лише поточні витрати. Це дозволить закладам акумулювати кошти на модернізацію обладнання, яке лікарі критично оцінюють як незадовільне);

- адресна кадрова політика та фінансова мотивація (створення регіональних програм для Житомирської області, що передбачають житлові компенсації або пільгове кредитування для фахівців, які погоджуються працювати у дефіцитних спеціалізаціях (терапія, педіатрія) та сільській місцевості. Забезпечення прозорого зв'язку між стажем, кваліфікацією та офіційною заробітною платою для подолання парадоксу, коли досвідчені лікарі отримують недостатнє визнання);

- подолання бюрократизму та підвищення суб'єктності лікаря (зменшення адміністративного навантаження на лікарів, спричиненого надмірною звітністю перед НСЗУ та страховими компаніями. Лікарі висловлюють побажання: «Керувати по совісті» та «Зменшити бюрократизм у роботі НСЗУ») [42];

- інституціоналізація зворотного зв'язку (створення механізмів, які дозволяють лікарям на місцях (у КНП) висловлювати свої пропозиції щодо вдосконалення системи та бути почутими управлінським апаратом).

Подібні заходи сприятимуть формуванню нової соціальної практики та підвищенню соціального статусу лікаря, що є необхідною умовою для успішної та довгострокової реалізації державної політики охорони здоров'я.

Престижний аспект соціального статусу лікаря відображає суспільну оцінку професії та її привабливість для молоді. Хоча професія лікаря традиційно залишається однією з найбільш соціально значущих, її престиж, на думку експертів, переживає значні коливання.

На початку інституційних змін та у відповідь на соціально-політичні виклики спостерігалось короточасне підвищення соціального статусу лікаря (ефект підвищеної уваги та легалізації доходів).

У поточному періоді (2025 рік) здійснюють вплив економічні чинники (низька оплата праці на ставку) та професійно-посадові чинники (бюрократичне навантаження, обмеження кар'єри), які призвели до поступового зниження престижу. Лікарі відчують дисонанс між високою соціальною значущістю своєї праці та низьким матеріальним забезпеченням, що впливає на їхній соціально-психологічний стан.

Психологічний аспект статусу охоплює рівень задоволеності професійною діяльністю, відсутність конфліктів та професійне самопочуття. Високий коефіцієнт суміщення (1.5-1.6 ставки) [51, с. 91], постійний тиск через необхідність швидкого обслуговування пацієнтів та великий обсяг паперової роботи є прямими факторами, що призводять до професійного вигорання. Навіть при законодавчо зменшеному робочому часі, нам доводиться працювати понаднормово, щоб забезпечити сім'ю. Це виснажує і призводить до того, що на пацієнта вже не залишається ні сил, ні бажання глибоко вникати в проблему.

Диспропорція в оплаті праці між лікарями-практиками та адміністративним апаратом, а також непрозорість у розподілі стимулюючих виплат, породжує напругу всередині медичних колективів. Лікар змушений балансувати між деонтологічними принципами (приділити пацієнту час, виявити співчуття) та адміністративним регламентом (15 хвилин на прийом, заповнення купи паперів). Цей конфлікт підтверджує двояку структуру аттитюду лікаря, який змушений змінювати диспозицію при переході з державного сектору до приватного, де його дії відповідають його установкам.

Експертне опитування (2025 р.) дозволило конкретизувати найбільш гострі проблеми інституційного механізму охорони здоров'я Житомирської області, що потребують першочергового втручання органів публічного управління.

Першочергові проблеми системи охорони здоров'я Житомирської області (за оцінками експертів, 2025 р.)

Категорія проблеми	Пріоритетне судження експертів	Сфера управління
Економічний аспект	Збільшити заробітну плату медичному персоналу (на одну ставку) та забезпечити диференціацію стимулюючих виплат.	Фінанси, Кадрова політика
Управлінський аспект	Скасувати або переглянути принципи страхової медицини в частині фінансування системи охорони здоров'я (критика НСЗУ).	Законодавство, Інституційна реформа
Бюрократичний аспект	Зменшення бюрократизму у роботі НСЗУ та страхових компаній, звільнення лікаря від надмірної паперової роботи.	Регламентація, Інформатизація
Кар'єрний аспект	Керувати за совістю та прозоро обирати керівників (критика призначення "своїх" замість досвідчених лікарів).	Публічне управління, Антикорупційна політика
Технічний аспект	Поліпшення матеріально-технічного забезпечення та більш ефективно впровадження сучасних методів лікування і діагностики.	Регіональна інвестиційна політика
Соціальний аспект	Необхідність поліпшення житлового питання для молодих та досвідчених спеціалістів.	Соціальна політика, Місцеве самоврядування

Таким чином, результати дослідження 2025 року підтверджують [51, с. 95], що, незважаючи на структурну модернізацію, державна підтримка медичних працівників залишається неефективною і не забезпечує належного рівня добробуту та професійного визнання. Це вказує на відсутність ключового чинника успішної модернізації – винагородження дій, які відповідають новій, більш ефективній, моделі.

Система Програми медичних гарантій [31], яка в Україні функціонує за моделлю стратегічної закупівлі послуг, містить інституційні суперечності, які віддаляють її від класичних принципів страхової справи та ускладнюють публічне управління: централізація влади та фінансів (НСЗУ, як єдиний національний закупівельник, має майже необмежені функції контролю, нагляду та фінансування. Фактично, НСЗУ функціонує як державна фінансово-кредитна установа, яка

виконує роль квазі-страховика, а не як класична страхова організація, яка керується принципами ринкового страхування); протиріччя в ролях (в Україні, на відміну від класичних страхових моделей (наприклад, план Бісмарка), відсутній баланс сил між державним контролем та страховими принципами); державна вертикаль (Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) має прямий вплив на регіональні та місцеві медичні заклади, а НСЗУ, попри формальну незалежність, інтегрована у державну вертикаль влади); несумісність цілей (мета НСЗУ: раціоналізація витрат, контроль якості через перевірки та штрафи. Мета Лікаря/КНП: Надання медичної допомоги, відновлення здоров'я, забезпечення фінансової стійкості закладу в умовах недостатньої тарифікації послуг).

Ці інституційні суперечності та несумісні нормативні очікування призводять до постійної соціальної напруги, де медичні працівники та адміністрація КНП на Житомирщині змушені працювати в умовах протилежних цілей та необґрунтованого фінансового ризику.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

Отже, проведений аналіз засвідчив, що модернізація інституційного механізму державної політики охорони здоров'я в Україні відбувається через структурні зміни фінансової моделі, автономізацію медичних закладів та цифровізацію управління, що загалом спрямовано на підвищення ефективності системи та якості медичних послуг. Водночас на регіональному рівні, зокрема у Житомирській області, ці процеси супроводжуються низкою соціально-економічних і кадрових викликів: дефіцитом медичних кадрів, недостатнім матеріально-технічним забезпеченням, високим рівнем бюрократичного навантаження та зниженням соціального статусу лікарів. Виявлено також інституційні суперечності між економічною логікою функціонування

Національної служби здоров'я України та реальними можливостями регіональних медичних закладів, що породжує соціальну напругу серед медичного персоналу. У зв'язку з цим подальший розвиток інституційного механізму державної політики охорони здоров'я має передбачати удосконалення фінансової моделі НСЗУ, посилення регіональної кадрової політики, зменшення бюрократичних процедур та підвищення соціально-економічної мотивації медичних працівників, що є необхідною умовою для забезпечення стійкості реформ та підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. На підставі комплексного теоретичного аналізу, інститут охорони здоров'я розглядається як складний соціальний інститут та ключовий структурний елемент публічного управління, функціонування якого регулюється державою для задоволення потреб населення у захисті здоров'я та медичному обслуговуванні. Його модернізація (перехід від бюджетно-кошторисної моделі до моделі єдиного платника (НСЗУ)) є прогресивним соціальним процесом, що передбачає якісну трансформацію інституційних засад та управлінських механізмів, проте вона амбівалентна і нелінійна. Згідно з методологічними підходами структурного функціоналізму та соціального конструктивізму, модернізація генерує як стабілізуючі фактори (збереження ключової цінності здоров'я, структурна диференціація), так і внутрішні напруження та дисфункції, що вимагає аналізу на різних структурних рівнях (мікро- та макрорівні) для забезпечення стійкого переходу до нової моделі.

2. Здоров'я визначено комплексним біосоціальним станом (що відповідає визначенню ВООЗ як повного фізичного, душевного та соціального благополуччя), що розглядається як ключова цільова установка функціонування інституту охорони здоров'я. Його розуміння еволюціонує від індивідуального до громадського (видового) здоров'я, яке тісно корелює з економічним розвитком країни; при цьому здоров'я знаходиться під впливом соціальних детермінант та стилів життя різних соціальних груп, а усвідомлення здоров'я як життєвої цінності (що може бути розглянуте як базова потреба, невід'ємна від ієрархії Маслоу) часто виникає лише з його втратою, що ставить перед інститутом охорони здоров'я завдання не лише лікування, але й формування усвідомленої потреби у здоров'ї та забезпечення необхідних соціальних умов для його збереження.

3. Проведений аналіз інституційної динаміки української охорони здоров'я у період 1991–2014 років засвідчує, що система залишалася в стані інституційної

інерції та "культурної травми", незважаючи на постійні спроби впровадження адміністративних реформ і правової бази (елементів страхування). Фактично, система перетворилася на дисфункціональну гібридну модель, де успадковані елементи (низьке бюджетне фінансування, неефективне управління, збереження традиції) вступали у суперечність із декларованими принципами соціального страхування та ринкової економіки. Це призвело до двоканального фінансування (бюджет + тіньові платежі), зростання соціальної нерівності у доступі до медичних послуг, неефективної імітації підвищення мотивації медичних працівників через "оптимізацію" кадрів, і як наслідок, до критичної незавершеності модернізації та неготовності інституту до якісних змін до моменту початку радикальної фази реформ.

4. Аналіз системи охорони здоров'я України з 2014 по 2017 рр. довів, що така система характеризувалася дисфункціональним гібридним характером, який не мав тотожних аналогів у світі. Вона являла собою «модифіковану національну медичну страхову модель» – складний синтез, що поєднував: залишки Моделі Беверіджа/Семашка (через бюджетне фінансування соціально значущих та відомчих установ); деформовані елементи Моделі Бісмарка (через формальне обов'язкове страхування та внески, що фактично трансформувалися у цільове оподаткування); значну частку Моделі «Із кишені» (через вимушену оплату населенням послуг, сервісу та ліків, які не покривалися державою).

Ключовим системним протиріччям було виявлення соціологічної амбівалентності: неефективне змішання страхових та бюджетних механізмів. Наявність приватних страхових посередників в умовах державної монополії на постачальників та жорсткого бюджетного контролю робила їхню функцію зі стимулювання конкуренції та стримування витрат невиправданою.

Для забезпечення ефективного функціонування системи та покращення доступності послуг реформа має бути спрямована на чітке розмежування цих моделей, дозволяючи бюджетній, страховій та платній підсистемам діяти

незалежно, з властивими їм структурою управління, регуляцією та механізмами фінансування, враховуючи при цьому історичні традиції та менталітет населення.

5. Визначено ключові вектори модернізації – децентралізація фінансування (НСЗУ), інституційна автономізація (КНП) та пріоритет первинної ланки з цифровою інтеграцією (eHealth), які створили необхідні рамкові умови для підвищення ефективності та прозорості галузі. Однак висока швидкість («турбо-модернізація») та радикалізм змін призвели до системної соціальної напруги на регіональному рівні (зокрема, у Житомирській області).

Встановлено критичні наслідки модернізації у Житомирській області: зниження соціального статусу лікаря (внаслідок невідповідності нових функціональних вимог рівню матеріальної та соціальної захищеності); кадрові та управлінські проблеми (відтік кваліфікованих кадрів, дефіцит молодих спеціалістів та напруга між «ефективними менеджерами» (адміністрацією КНП) і «експертами-інтелектуалами» (досвідченими лікарями), чий досвід недостатньо корелює з оплатою праці); низька задоволеність роботою (лише 10%–15% лікарів повністю задоволені роботою, що вказує на глибинну інституційну проблему та ризик ритуалізму (прийняття правил без досягнення цілей) як форми відхиляючої поведінки).

Таким чином, модернізація створила позитивні структурні зрушення (фінансова автономія, прозорість), але одночасно спричинила критичні соціальні ризики, що загрожують стійкій реалізації державної політики охорони здоров'я.

6. Аналіз ситуації в регіональних КНП Житомирської області доводить, що політико-економічна логіка моделі НСЗУ не повністю відповідає інфраструктурним та кадровим реаліям регіонів. Визначено ключові соціальні виклики та шляхи їх подолання: кадровий дефіцит та вигорання (фактична укомплектованість штату становить менше ніж 70 %–80 %, що призводить до надмірного суміщення посад (до 80 % персоналу) та критичного ризику професійного вигорання); проблеми соціального пакету (понад 85% лікарів

декларують надзвичайну важливість державних заходів підтримки (пільгове пенсійне забезпечення, санаторно-курортне лікування), що прямо вказує на недостатність базової заробітної плати та низький рівень соціальної захищеності); інституційна невідповідність (фінансовий механізм НСЗУ, який діє як квазі-страховик та централізований контролюючий орган, недостатньо враховує потреби у відновленні зношеної матеріально-технічної бази регіональних КНП та не забезпечує адекватної тарифікації складних послуг, спричиняючи фінансову нерівновагу закладів.

Для подолання цих викликів необхідне негайне інституційне втручання, що передбачає перегляд фінансової моделі НСЗУ (диференційована тарифікація для регіонів), адресну кадрову політику (житлові програми, прозорий зв'язок між стажем і ЗП) та зменшення бюрократичного навантаження на лікаря. Ці заходи мають на меті підвищити економічний статус та суб'єктність лікаря, що є критичною умовою успіху реформи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративно-правова реформа в Україні / за заг. ред. С.В. Петкова. Київ: КНТ, 2022 180 с.
2. Болотіна Н.Б. Право соціального захисту України: [навч. посіб.] 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: Знання, 2008. 663 с.
3. Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) URL:<https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who> (дата звернення: 12.08.2025)
4. Голованова І. А., Криснова О. І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. № 1 (3). 2016. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf> (дата звернення: 12.08.2025)
5. Голубчиков М. В. . Орлова Н.М. Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення (Лекція) Україна. *Здоров'я нації*. 2017. №3 (44). С. 89–94.
6. Голубчиков М.В. та ін. Методика перевірки стану обліку і звітності та вірогідності статистичної інформації у лікарняних закладах: методичні рекомендації Київ: МОЗ України, 2013. 20 с.
7. Дацій Н.В., Драган І.В., Малахова Т.В. Ефективні зарубіжні моделі публічного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 20. С. 128-132.
8. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. :у 2 ч. / [заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ. : НАДУ. 2015. Ч. 1. 396 с.
9. Демчак Р.Е. Соціальний захист населення та діючі моделі в країнах з різним рівнем розвитку ринкових відносин. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2016. № 12. URL: http://nbuv.gov.ua/_2016_12_6(дата звернення: 22.09.2025)
10. Думанський Ю.В. Шутов М.М., Лобас В.М., Вовк С.М. Сучасний стан систем охорони здоров'я світу: монографія. Донецьк: ВІК. 2013. 368 с.

11. Здреник В. Моделі охорони здоров'я: зарубіжний досвід і українські перспективи. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи*: матер. допов. Всеукраїнської науково-практичної конф. з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль-Кам'янець Подільський, ТНЕУ, 2018. 346 с.
12. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250214112> (дата звернення: 30.08.2025).
13. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П. та ін. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. Київ, 2014. 312 с.
14. Липинська О.А., Свірідова С.С., Балан О.С. Якість надання медичних послуг через призму управлінських рішень. *Економічний журнал Одеського політехнічного університету*. 2023. № 3 (25). С. 119–126.
15. Малиновський В.Я. Державне управління : навч. посіб. Луцьк : Вежа : Вол. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2000. 558 с.
16. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні. [Монографія] Тернопіль, Тайп, 2012. 199 с.
17. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник /за ред. Ю. В. Вороненка. Київ.: НМАПО, 2014. 367 с.
18. Міжнародна організація з міграції, «Україна: Звіт про внутрішнє переміщення в Україні – опитування загального населення, раунд 12, 16-23 січня 2025 р.». <http://nowar.nbu.gov.ua/post/0001123> (дата звернення: 30.09.2025)
19. Міністерство охорони здоров'я України [Офіційний сайт]. України. URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 23.08.2025)
20. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. моногр.; /за наук. ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т. Л. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.

21. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Грузєва Т.С. та ін Громадське здоров'я: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. /за ред. В. Ф. Москаленка. 3-тє вид. Вінниця : Нова книга, 2013. 560 с.
22. Мосов С.П., Нижник Н.Р. Теоретичні аспекти державного управління: моногр. Чернівці: Технодрук, 2011. 248 с.
23. Морра Імас Л.Дж., Ріст Р.К. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку. Київ : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2015. 580 с.
24. Основи законодавства України про охорону здоров'я.: Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 URL: <https://www.dec.gov.ua/materials/zakon-ukra-ni-osnovi-zakonodavstva-ukra-ni-pro-ohoronu-zdorov-ya/?role=applicant> (дата звернення: 12.08.2025)
25. Оцінка медичної сфери в Україні. *Публікація соціологічної групи «Рейтинг»*. Оцінка медичної сфери в Україні за 21-29 травня 2019 року. Київ, 2019. 40 с.
26. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення*: матеріали V наук.-практ. конф. 27 жов. 2021 року : тези допов. Луцьк, 2021. С. 68–70.
27. Петков С.В., Армаш Н.О., Соболев Є.Ю. Адміністративна деліктологія: сучасна модель відповідальності посадових осіб органів публічної влади: навч. посіб. Київ: КНТ, 2015. 153 с.
28. Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність – голова Бюро ВООЗ в Україні. URL: interfax.com.ua/news/interview/821272.html (дата звернення: 16.10.2025)

29. Положення про Національну службу здоров'я України :Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0xt> (дата звернення: 11.08.2025)

30. Прилипко С.М., Гончарова Г.С., Юровська В.В., Конопельцева О.О. Право соціального забезпечення: навч. посіб. / авт.: за заг. ред. В.В. Жернакова. Харків: Нац. ун-т «Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого», 2013. 126 с.

31. Програма медичних гарантій URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/programa-zrosla> (дата звернення: 13.09.2025)

32. Про утворення Національної служби здоров'я України. Київ, 2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.08.2025)

33. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо надання соціальних послуг у разі введення надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях : Постанова Кабінету Міністрів України № 560 від 7 травня 2022 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.10. 2025)

34. Про державну службу : Закон України від 10.12.2015 № 889-VIII із змінами, внесеними згідно із Законами. Київ, 2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-19#Text> (дата звернення: 11.09.2025)

35. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 14.10.2025)

36. Регіональні системи громадського здоров'я, Центр громадського здоров'я: МОЗ України. URL <https://phc.org.ua/en/node/1822> (дата звернення: 06.11.2025)

37. Резнікова Н. В., Іващенко О. А., Войтович О. І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу

медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277> (дата звернення: 13.11.2025).

38. Решота, Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeleymedychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення: 10.10.2025).

39. Солонина Є. Реформа медичної освіти: тести і протести. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/30035683.html> (дата звернення: 15.09.2025)

40. Справа «Джилік проти Управління охорони здоров'я Західного Норфолку і Вісбеку та Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення». *Медичне право*. 2020. № 26 (II). С. 89–137.

41. Створення державою розгалуженої мережі медичних закладів є однією з гарантій реалізації громадянами їхніх прав у сфері охорони здоров'я від 29.12.2019 р. URL: <https://supreme.court.gov.ua/supreme/pres-centr/news/858086/> (дата звернення: 22.10.2025)

42. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки 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%202024.2022.pdf> (дата звернення: 24.09.2025)

43. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: передумови прийняття та мета від 12 січня 2025 р. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/pi/cd0a626045/content> (дата звернення: 30.09.2025)

44. Ткачова Н.М. Механізми державного регулювання регіональної економічної безпеки. Монографія. Донецьк: Донецький державний університет управління.2009, 284 с.

45. Центр громадського здоров'я: Міністерства охорони здоров'я України [Офіційний сайт]. / МОЗ України: ЦГЗ. URL: <https://phc.org.ua/pro-centr/ustanovchi-dokumentu> (дата звернення: 12.11.2025)
46. Фуртак І. І., Грицко Р. Ю., Ступницький Р.М. Соціальна система управління охороною здоров'я України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2 (68). С. 27–31.
47. Четверікова Л. О. Соціальна держава: теоретичний аспект / Українська національна ідея: реалії та перспективи розвитку: Збірник наукових праць. Львів, 2004. Вип. 15. 106 с.
48. Четверікова Л.О. Сучасна парадигма метасоціального інституту: історико-теоретичні виміри соціальної держави. Львів : Астролябія, 2017. 151 с.
49. Черноног Р.А. Держава і суспільство: порівняльний аналіз. Перспективи. *Науковий журнал. Серія: Філософія, історія, соціологія, політологія. Одеса*, 2019. № 4 (16). С. 34–45.
50. Яковлева Г.О. Соціальна підтримка як вид соціального забезпечення в Україні. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2016. № 6/1. С. 197–202.
51. Matsenko Ivanna, Kudriashova Olena State and legal policy in the field of health protection Ukrainian citizens *Multidisciplinárni mezinárodní vědecký magazín "Stredoevropsky vestnik pro vedu a vyzkum"* je registrován v České republice. *Státní registrační číslo u Ministerstva kultury ČR: E 21425*. № 11. 2025. P. 88–100.