ФМІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут дистанційного та заочного навчання

Кафедра економіко-правових дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

для здобуття ступеня вищої освіти магістра

***на тему* «СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ`Я ЯК СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ»**

Виконав: здобувач 2 курсу 2 групи
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Кушнір Світлана Миколаївна
Індивідуальний навчальний план № 24-16
Мобільний телефон: 063 664 0823

Науковий керівник:
професор кафедри економіко-правових дисциплін, доктор економічних наук, професор
Козаченко Ганна Володимирівна _____

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«04» грудня 2025 р., протокол № 8
завідувач кафедри економіко-правових дисциплін
к.е.н., доцент
_____ **Анатолій ФАЇЗОВ**

Київ-2025

ЗМІСТ

С.

Вступ 3

РОЗДІЛ 1. РОЛЬ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЗМІЦНЕННІ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ. 6

1.1. Національна безпека України: сутність та складові. 6

1.2. Національні інтереси у сфері охорони здоров’я. 16

1.3. Сфера охорони здоров’я: погляд з позицій системного підходу. 24

Висновки до розділу 1. 34

РОЗДІЛ 2. СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ: СТАН, ЗАГРОЗИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ. 37

2.1. Стан сфери охорони здоров’я в Україні. 37

2.2. Ідентифікація загроз сфері охорони здоров’я в Україні. 47

2.3. Аналіз результатів медичної реформи в Україні. 56

Висновки до розділу 2. 66

РОЗДІЛ 3. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 69

3.1. Принциповий підхід до убезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. 69

3.2. Концептуальні засади організації загальнообов’язкового медичного страхування в Україні. 77

3.3. Індикатори дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я України. 89

Висновки до розділу 3. 98

Висновки. 102

Список використаних джерел. 106

ВСТУП

Актуальність теми. Забезпечення національної безпеки здійснюється у різноманітних сферах суспільства – у політиці, демографії, в економіці, культурі, екології, в охороні здоров’я. Кожна з цих складових важлива для забезпечення національної безпеки держави, але забезпечення національної безпеки у кожній з цих складових має свої характерні риси та особливості. Але попри важливість всіх складових національної безпеки найважливішою, пріоритетнішою складовою у будь-якій державі є сфера охорони здоров’я. Адже здоров'я населення в цивілізованих розвинених країнах є найвищою цінністю, одним із найважливіших ресурсів держави, якість та відтворення якого впливає не лише на стан соціально-економічної системи держави, а й на інші складові її національної безпеки − обороноздатність країни, економічну стабільність, соціальну єдність та здатність ефективно реагувати на кризові ситуації, що виникають у країні. Незадовільний стан системи охорони здоров'я послаблює національну безпеку, роблячи державу більш уразливою перед внутрішніми і зовнішніми загрозами.

Але активність та результативність дій держави у сфери охорони здоров’я не лише сприяє послабленню впливу реалізації загроз державі. У свою чергу, охорона здоров’я випробовує результати (наслідки) реалізації різноманітних загроз, що викликає в ній зміни негативного характеру, за наявності яких система охорони здоров’я починає гірше функціонувати, обмеженіше виконувати свої завдання, порушуючи при цьому принципи функціонування. Тому доцільним є вивчення сфери охорони здоров’я як складової національної безпеки з позиції безпекового підходу, що передбачає вивчення загроз цій сфері, напрями її убезпечення, визначення міри задоволення національних інтересів у сфері охорони здоров’я.

Отже, необхідність дослідження дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров’я, що є запорукою зміцнення національної безпеки

держави, зумовили актуальність теми, визначили її мету, завдання та логіку дослідження.

Мета дослідження: розроблення теоретичних, методологічних та правових засад щодо убезпечення сфери охорони здоров’я як важливої складової національної безпеки України.

Завдання дослідження:

розкрити зміст поняття «національна безпека» та проаналізувати національні інтереси як підґрунтя її забезпечення;

визначити національні інтереси у сфері охорони здоров’я;

розглянути сферу охорони здоров’я з позицій системного підходу;

проаналізувати стан сфери охорони здоров’я в Україні;

ідентифікувати загрози сфері охорони здоров’я в Україні;

вивчити результати медичної реформи в Україні;

сформувати принциповий підхід до убезпечення сфери охорони здоров'я в Україні;

обґрунтувати доцільність організації загальнообов’язкового медичного страхування в Україні**;**

розробити індикатори дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я України.

Об’єкт дослідження – національна безпека України.

Предмет дослідження – убезпечення сфери охорони здоров’я в Україні як важливої складової національної безпеки України.

Методологічна основа роботи. Методологічною основою послугувала сукупність принципів наукового пізнання, загальних та спеціальних методів і прийомів дослідження, використання яких спрямовано на об’єктивне, всебічне вивчення фактів, досліджуваних подій та явищ. Нормативну основу склали чинні нормативні акти України з питань регулювання правовідносин у сфері охорони здоров’я.

Методи дослідження. У роботі використано такі загальнонаукові методи як аналіз, синтез, класифікація, аналогія, метод порівняння. Зі спеціальних

методів застосовано системний, структурно-функціональний, захисний, індикаторний підходи, феноменологічний аналіз, контент-аналіз, аспектний аналіз, метод логічного узагальнення та проблемний аналіз, контекстуальний підхід, метод концептуалізації.

Елементи наукової новизни отриманих результатів:

отримали подальший розвиток з позицій захисного підходу концептуальні положення щодо організації загальнодержавного обов'язкового медичного страхування в Україні, що становлять собою упорядковану сукупність змін у фінансуванні сфери охорони здоров'я в Україні, які не порушують (або порушують незначною мірою шляхом внесення уточнювальних доповнень) чинний порядок фінансування діяльності комунальних та національних медичних закладів, що здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»;

вперше запропоновано з використанням сформульованих правил сукупність аналітичних показників для визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я та способи визначення їхніх індикаторів.

Практичне значення здобутих результатів. Здобуті результати та розроблені рекомендації можуть знайти використання як елемент методичної бази щодо створення фонду обов'язкового медичного страхування та щодо визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я з використанням пропонованих показників та їхніх індикаторів.

РОЗДІЛ 1
РОЛЬ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЗМІЦНЕННІ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

1.1. Національна безпека України: сутність та складові

Національна безпека є важливою сьогодні для будь-якої країни і її значення постійно зростає.

Сучасне розуміння «національна безпека» базується на положеннях про захист держави та її інтересів, що викладено у різні часи у наукових працях ще Платона (діалог «Держава» або «Політія») [78], Н. Мак'явеллі [48,63] та Т. Гоббса [71].

Поняття «національна безпека» виникло на початку XX столітті у США і почало активно використовуватися у різноманітних державних документах:

у посланні президента США Теодора Рузвельта Конгресу США у поясненні необхідності приєднання Панамського каналу для захисту національних інтересів США [88];

у Законі США про національну безпеку 1947 р., відповідно до якого у США поміж іншого (реструктуризація Збройних сил, розвідувальних організацій, заснування Міністерства оборони, Центрального розвідувального управління − ЦРУ) створено Раду національної безпеки [28].

Найчіткіше зв'язок національної безпеки та національних інтересів показано у наукових працях Г. Моргентау з реалістичної теорії міжнародних відносин «Політика між націями» (Politics Among Nations: The Struggle for Power and Peace, 1949 р.) [123] та «Влада серед націй» (In Defense of the National Interest, 1951 р.) [124]. Г. Моргентау висунув національний інтерес ключовим елементом зовнішньої політики і аналізував його крізь призму влади та безпеки держави.

В Україні поняття «національна безпека» увійшло до політичного та юридичного лексикону після набуття державою самостійності та незалежності.

Зокрема на початку 90-х років минулого століття поняття «національна безпека» використано в:

Декларації про державний суверенітет України [13];

Конституції України [5];

Концепції (основах державної політики) національної безпеки України [12];

Стратегії національної безпеки України 2020 р. [8] (зі змінами, внесеними Указом Президента Україні «Про внесення змін до Стратегії національної безпеки України» від 06.01.2025 № 16/2025, що стосуються охорони державних кордонів);

Законі України «Про національну безпеку України» від 21.06.2018 № 2469-VIII [6].

Визначення змісту поняття «національна безпека», що має юридичне закріплення, надане у Законі України «Про національну безпеку України» від 21.06.2018 № 2469-VIII: національна безпека України – це захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних та потенційних загроз (стаття 1 Закону України «Про національну безпеку України [6]).

Головною дефініцією у наданому визначенні змісту поняття «національна безпека» є дефініція «національні інтереси».

Дефініція «національний інтерес» спирається на поняття «інтерес», зміст якого у різних наукових системах тлумачиться з явними відмінностями (або особливостями).

Основні підходи до розуміння природи інтересу, що представлені в юридичній та філософській літературі, зводяться до такого:

інтерес – потреба;

інтерес – соціальна потреба;

інтерес – мета;

інтерес – благо;

інтерес – діяльна позиція [109].

У загальному сенсі поняття «інтерес» – це властиве (людині) ставлення до когось чи чогось, що виражає позитивну чи негативну спрямованість активності, діяльності, історичної творчості на пошук, вибір, використання або створення шляхів, засобів, способів, норм, соціальних інститутів, здатних задовольнити людські потреби [53].

Надане загальне тлумачення поняття «інтерес» конкретизується відповідно до конкретного об'єкта. Поняття «національний інтерес» конкретизується відповідно до такого об'єкта як держава.

Поняття «національний інтерес» набуло активного використання завдяки науковим напрацюванням науковців школи політичного реалізму, яскравими представниками якої є Г. Моргентау, Р. Арон, Е. Карр, Дж. Кеннан. В їхніх наукових працях середини XX століття поняття «національний інтерес» розглядається у контексті «сили» (влади) держави на міжнародній арені.

Офіційне визнання термін «національні інтереси» отримав у 1935 р., коли був включений до Оксфордської енциклопедії соціальних наук [119].

У наш час зміст поняття «національні інтереси» тлумачиться хоча в цілому одностайно, але суттєво залежить від використовуваного контексту – у контексті зовнішньої політики або внутрішньополітичної ситуації. Так, зокрема, національні інтереси – це:

усвідомлені особою і суспільством, гарантовані державою цільові настанови щодо необхідності існування та розвитку людини, нації і держави як єдиного організму [61, с. 54];

синтез інтересів певної національної спільноти, що є результатом зважування, витримки часом, узгодження та зведення до загального індивідуальних та групових інтересів [69];

сукупності пріоритетів і ціннісних установок, що дозволяють державі досягати середньо- та довгострокових цілей, визначених у стратегічних документах [55];

сукупність стратегічних цілей та пріоритетів держави, спрямованих на

забезпечення її суверенітету, безпеки, економічного розвитку та соціального благополуччя, що визначаються внутрішніми і зовнішніми умовами та обставинами, відображають як колективні прагнення нації, так і об'єктивні реалії міжнародної політики, у яких держава повинна діяти для досягнення своїх довгострокових цілей [105].

Наданим переліком визначення змісту поняття «національні інтереси» не обмежується, існують й інші погляди, проаналізовані, наприклад, в [105].

Поняття «національні інтереси» має юридичне закріплення у Законі України «Про національну безпеку України»: життєво важливі інтереси людини, суспільства і держави, реалізація яких забезпечує державний суверенітет України, її прогресивний демократичний розвиток, а також безпечні умови життєдіяльності і добробут її громадян (стаття 1 Закону України «Про національну безпеку України [6]).

Національну безпеку не можна ототожнювати з державною безпекою − захищеністю державного суверенітету, територіальної цілісності і демократичного конституційного ладу та інших життєво важливих національних інтересів від реальних і потенційних загроз невоєнного характеру (стаття 1 Закону України «Про національну безпеку України [6]).

Як видно, національна і державна безпека багато у чому за змістом є тотожними поняттями, але при цьому мають і помітну відмітність:

за обсягом поняття «національна безпека» є ширшим, оскільки охоплює весь комплекс національних інтересів України та їхній захист, тоді як поняття «державна безпека» є складовою поняття «національна безпека», оскільки її забезпечення передбачає здійснення системи заходів для протидії реалізації внутрішніх загроз, яка загрожує таким негативним змінам у державі як порушення економічної і соціальної стабільності, правового порядку і зрештою зменшення добробуту нації [99];

державна безпека є одним із пріоритетних напрямів забезпечення національної безпеки, поруч з іншими, такими як економічна чи інформаційна безпека;

державна безпека передбачає заходи для забезпечення безпеки в державі в цілому, включаючи внутрішні загрози, економічну стабільність, соціальну безпеку, правовий порядок та інші [41].

Надане у Законі України «Про національну безпеку України» визначення змісту поняття «національна безпека» спирається на базові поняття (імперативи) захисного підходу в безпекології – «захищеність» та «загроза».

Безпекологія є результатом розвитку безпекознавства – сукупності знань про безпеку соціально-економічних систем різного виду та функціонального призначення і закономірності її забезпечення [49, с. 14].

Безпекологія з позицій тринітарної цілісності та сприйняття соціально-економічної реальності як неструктурна та позаструктурна система є наукою про безпеку, яка вивчає її сутність, причини, форми вияву та роль в житті людей [83].

Саме імперативи будь-якого підходу (не лише захисного, а й інших) забезпечують опис експлейнарного базису наукової системи «безпекологія».

Зміст дефініції «захищеність» (як і поняття «захист») науковцями тлумачиться по-різному, але юридичного закріплення не має, а тому його статус та зміст науковцями тлумачиться по-різному.

Надані у кваліфікаційній роботі визначення змісту понять «захищеність» та «захист» відображають позицію автора з цього питання.

Поняття «захищеність» за своєю природою є характеристикою стану певного об’єкта − у даному випадку таким об’єктом виступають національні інтереси. У такому контексті захищеність є результуючою характеристикою стану певного об’єкта − у даному випадку таким об’єктом виступають національні інтереси.

Стан певного об’єкта, якому притаманна така риса (характерна ознака) як захищеність, є результатом захисту – процесу, зміст якого зводиться до системно здійснюваних у певній послідовності і ресурсно забезпечених комплексу заходів різного характеру (правових, економічних, організаційних, технічних та ін.).

Саме викладений погляд щодо статусу та змісту поняття «захищеність» використано у кваліфікаційній роботі.

Виходячи з результатів процесу захисту, національні інтереси можуть бути:

переважною або повною мірою захищеними (або дотриманими);

до деякої міри захищеними (або дотриманими);

слабо захищеними (або дотриманими);

незахищеними (не дотриманими).

Захист (будь-якого об’єкта) за своєю природою є процесом, що складається з послідовно виконуваних дій різноманітного характеру, метою яких є ліквідація, уповільнення реалізації загроз об’єкту або зменшення негативних наслідків реалізації загроз і зрештою убезпечення об’єкта, тобто збереження або приведення його до такого стану, в якому відсутні негативні зміни, спроможні таким чином змінити стан об’єкта, в якому він втратить спроможність повноцінно функціонувати і виконувати своє призначення.

Виходячи із наданого загального змісту поняття «захист», захист національних інтересів слід тлумачити як поступово здійснюваний процес, спрямований на своєчасне виявлення загроз, визначення їхнього характеру (потенційні або реальні), попередження реалізації загроз та пом’якшення її наслідків, спроможних негативно вплинути на дотримання та збереження національних інтересів (інтересів людини, суспільства та держави).

Поняття «захист» невіддільне від поняття «загроза», що є одним з найчастіше використовуваних понять в безпекології.

Поняття «загроза» віддзеркалює об'єктивну реальність, а оскільки вона є багатогранною, то у наш час існує дуже багато визначень змісту цього поняття. Проте це поняття юридично закріплено у Законі України «Про національну безпеку України»: явища, тенденції і чинники, що унеможливлюють чи ускладнюють або можуть унеможливити чи ускладнити реалізацію національних інтересів та збереження національних цінностей України (стаття 1 Закону України «Про національну безпеку України [6]).

Але вважаємо за доцільне у контексті тематики кваліфікаційної роботи уточнити визначення змісту поняття «загроза», базуючись на визначенні, наданому в [117]: сукупність процесів, явищ, ситуацій та тенденцій у зовнішньому або внутрішньому середовищі держави, які за наявності певних умов спроможні викликати негативні зміни різного характеру, масштабу та наслідків у процесі дотримання або збереження національних інтересів, які спроможні викликати спотворення, відхилення або гальмування у цьому процесі і, відповідно, трансформацію (перетворення) національних інтересів.

Таким чином, допоміжні поняття для визначення змісту поняття «національна безпека», надане у Законі України «Про національну безпеку України», уточнено в такий спосіб (рис. 1.1).

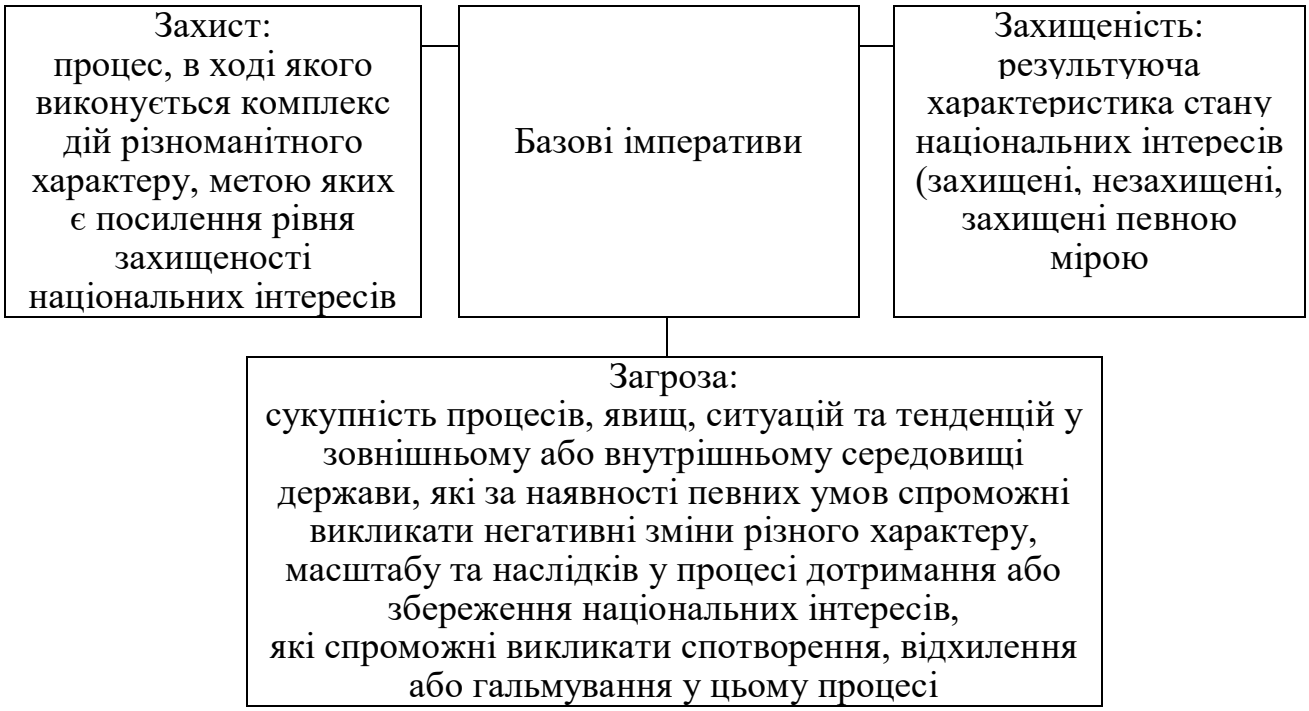

Рис. 1.1. Базові поняття (імперативи) безпекології у визначенні змісту поняття «національна безпека»

Складено автором.

У контексті наведеного правомірними є такі твердження:

єдине всеохоплююче визначення змісту поняття «національні інтереси» у широкому сенсі через наявність кількох аспектів сформулювати складно, а

якщо складнощі формулювання будуть подолані, то таке визначення буде дуже громіздким, а, за логікою Пор-Рояля [122]), збільшення змісту поняття веде до утворення низки понять з меншим обсягом;

у визначенні поняття «національні інтереси» слід уникати використання термінів, використання яких після дослідження їхнього змісту виявляється, як мінімум, невдалим, а, як максимум, недоречним, що викликає спотворення визначення.

Відштовхуючись від визначення змісту поняття «національні інтереси» в Законі України «Про національну безпеку України» та наявні погляді науковців, поняття «національні інтереси» можна визначити як у широкому сенсі, так і у більш вузькому – у контексті соціально-економічної ситуації в країні.

У виконаній кваліфікаційній роботі, виходячи зі спрямованості її теми, визначення змісту поняття «національні інтереси» доцільніше у контексті соціально-економічної ситуації в країні.

Отже, національні інтереси України у контексті соціально-економічної ситуації в країні доцільно розглядати як усвідомлені, визнані та схвалені суспільством його потреби, вираз та досягнення яких у відповідних формах покладено на керівну та керуючі підсистеми соціально-економічної системи держави.

Фундаментальні національні інтереси України надано у Законі України «Про національну безпеку України» (рис. 1.2).

Зрозуміло, що фундаментальні національні інтереси України сформульовано у загальному вигляді і їх можна конкретизувати з використанням певних ознак. Адже у реальності національні інтереси України, як і будь-якої держави, надзвичайно різноманітні, мають місце у будь-якій сфері суспільства та набувають пріоритетності залежно від конкретних обставин, в яких перебуває держава.

Упорядкування національних інтересів України за деякими критеріями надано у табл. 1.1.

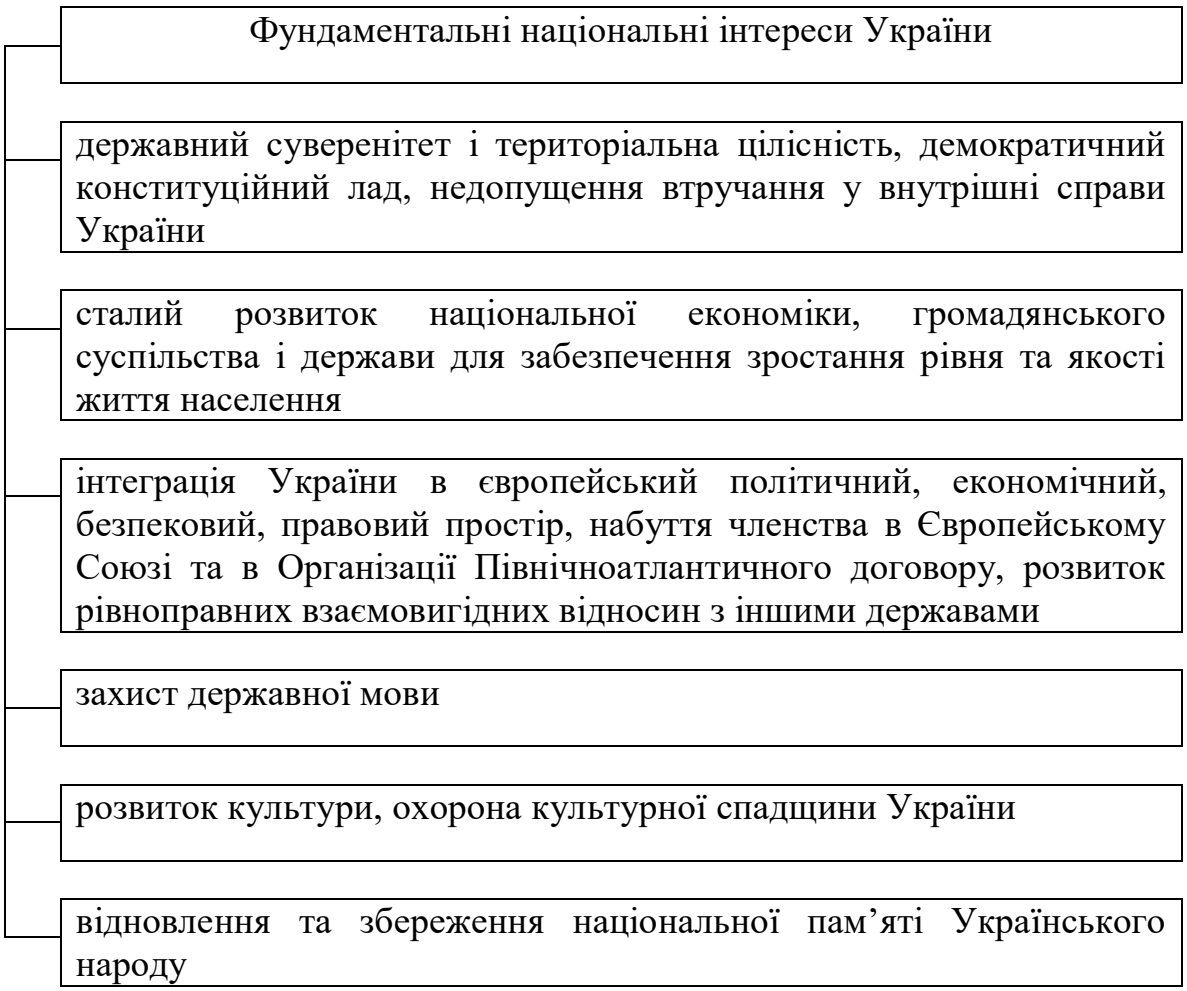

Рис. 1.2. Фундаментальні національні інтереси України відповідно до Закону України «Про національну безпеку України»

Складено автором на підставі статті 3 Закону України «Про національну безпеку України безпеку [6].

Зрозуміло, що надане у табл. 1.1 упорядкування національних інтересів України не вичерпує всього їхнього розмаїття, наданий їхній перелік лише покликаний показати його.

Кожен з наданих у табл. 1.1 видів національних інтересів тією чи іншою мірою має місце у будь-якій сфері держави – у воєнній сфері, в національній економіці, у соціальному житті тощо та у кожній складовій цих сфер.

Таким чином, національна безпека є найважливішим поняттям для будь-якої держави, а її досягнення (або забезпечення) – пріоритетним завданням органів державної влади з використанням всіх доступних законних способів.

Таблиця 1.1

Упорядкування національних інтересів Україні

Критерій	Групи національних інтересів
Сталість інтересів	Постійні (основні) інтереси: підтримка і збереження територіальної цілісності України, захист її кордонів, суверенітету та державності, розвиток зовнішньої торгівлі й збільшення інвестицій, взаємини із союзниками й вибір зовнішньополітичного курсу захист її кордонів, суверенітету та державності; створення і забезпечення системи
	Тимчасові (проміжні) інтереси: інтереси виживання (загроза існуванню держави), життєві інтереси (добробут нації), інтереси локального характеру
Період існування	Стратегічні інтереси: мають довгостроковий характер відповідно до обраного курсу розвитку держави, є переважною мірою геополітичними, їхнє формування є прерогативою Президента держави
	Оперативні інтереси: виникають при вирішенні окремих проблем для подальшої реалізації стратегічних інтересів, виступають засобами впровадження в життя стратегічних завдань держав
	Тактичні інтереси: є засобами впровадження в життя оперативних інтересів, як правило, короткострокові й з досягненням дотримання оперативних інтересів зникають.
Ступінь впливу на всі сфери держави	Пріоритетні (життєво-важливі) інтереси: подолання економічної кризи; досягнення національної злагоди, політичної та соціальної стабільності; створення цілісної системи забезпечення національної безпеки; створення демократичного суспільства
	Критичні інтереси: збереження генофонду, зміцнення здоров'я громадян, створення екологічно безпечних умов життєдіяльності, інтеграція України в європейську та світову спільноту, подолання економічної та політичної корупції
Природа інтересів	Політичні інтереси: розбудова демократичного суспільства; створення соціально-орієнтованої внутрішньої політики уряду; врегулювання конфліктного поділу всередині країни з урахуванням мовного, міграційного, соціального чинників
	Безпекові інтереси: забезпечення цілісності країни, розвиток міжнародних взаємовідносин (ЕС, НАТО тощо), екологічна безпека, енергетична безпека, ефективна служба органів внутрішніх справ та безпеки
	Економічні інтереси: розвиток економіки держави (у наш час – з урахуванням воєнного стану) вступ до ЄС, досягнення енергетичної незалежності, подальше реформування агропромислового комплексу, реформування податкової системи з урахуванням інтересів представників малого та середнього бізнесу, реформа управління державними підприємствами
	Соціальні інтереси: посилення механізмів соціального забезпечення, пенсій, соціальних виплат і допомоги та ін.; перешкоджання (подолання) аномії (соціально-психологічного стану суспільства, що характеризується розпадом системи цінностей, соціальних норм і правил, а також відсутністю чіткої моральної регуляції поведінки); створення умов для достойного життя населення (охорона здоров'я, надання якісних освітніх послуг, розвиток культури та спорту); сучасна комунікаційна політика із суспільством

Складено автором з використанням [39,40,62, 65,69,84,106,126].

Основу забезпечення національної безпеки становить дотримання національних інтересів, які є різними за пріоритетністю, досяжністю та сферами держави. Саме прагнення держави до дотримання національних інтересів є рушійною силою ефективного функціонування всіх сфер, галузей, інституціональних секторів держави, їхнього подальшого розвитку, що у свою чергу сприяє зміцненню національної безпеки.

Національна безпека є складним комплексним поняттям, в якому виразно виділяються її різноманітні складові, кожна з яких є важливою для забезпечення національної безпеки.

Однією з них є соціальна безпека, яка, у свою чергу, складається з кількох власних складових. Соціальна безпека є важливою для забезпечення національної безпеки, бо в ній увагу зосереджено саме на людях, їхніх потребах, життєвих цінностях, уподобаннях, які, власне, і визначають поведінку людей у державі, зокрема повагу та довіру до неї, громадську активність та поділ цінностей, які проголошує держава.

1.2. Національні інтереси України у сфері охорони здоров'я

У тлумаченні сутності поняття «національна безпека» у наш час виділяють три основні підходи:

захищеність та безперешкодне поширення базових цінностей суспільства − політичну незалежність, економічний добробут, розвиток, справедливість тощо;

захищеність взаємопов'язаних та взаємозумовлених національних цінностей та інтересів;

захищеність національних інтересів (наприклад, [75]).

Саме у контексті третього підходу − захищеність національних інтересів − тлумачиться зміст поняття «національна безпека» у Законі України «Про національну безпеку України» від 21.06.2018 № 2469-VIII (стаття 1 Закону України «Про національну безпеку держави України» [6] (захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного

конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних та потенційних загроз), тобто імперативним є поняття саме «національні інтереси». Саме у такому контексті тлумачення змісту поняття «національна безпека» проведено дослідження у кваліфікаційній роботі − спираючись на дослідження національних інтересів у сфері охорони здоров'я України.

Інтерес є суб'єктним і суб'єктивним явищем (рис. 1.3), тобто його неможливо уявити (сформулювати, виявити, задовольнити тощо) у відриві від певного суб'єкта – носія інтересу і від його власних уявлень про його сутність прагнення та прийнятних способів задовольнити. Саме такі уявлення виступають рушійної силою активної діяльності суб'єкта (носія) інтересу.

Суб'єктність інтересу означає, що якщо суб'єкт не усвідомлює інтерес, то немає підстав говорити про сам інтерес, тобто поза свідомістю суб'єкта (особа, колектив чи суспільство) не може бути інтересу [110]. Тобто поняття «інтерес» нерозривно пов'язано із суб'єктом, що його носієм.

Суб'єктивність інтересу означає, що його виражають, вимагають дотримання, виконуючи низку відповідних дій та ін., саме носії інтересу, виходячи з власних уявлень про критерії задоволення (дотримання) інтересів та способи задоволення.

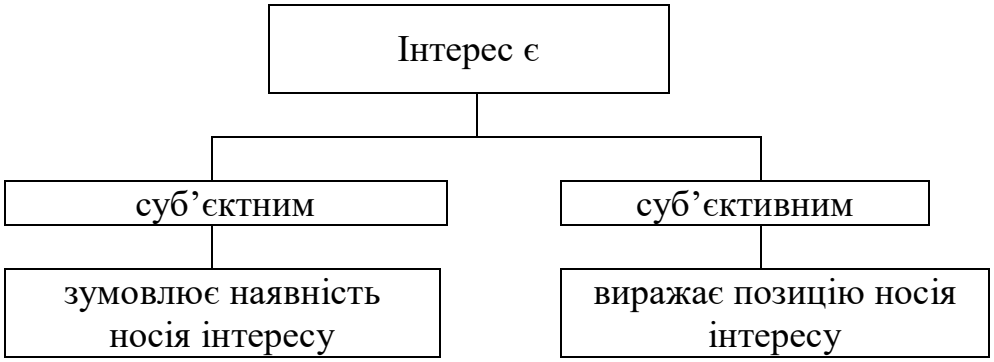

Рис. 1.3. Суб'єктність і суб'єктивність інтересу

Складено автором

У загальному сенсі носій інтересу − це особа або група осіб, утворена за певною ознакою, які мають, демонструють та висловлюють прагнення до

чогось, спрямовують свою активність, діяльність чи волю.

Інтерес має суспільно-соціальний характер. Так, лише щодо людини говорять про існування інтересу, а щодо інших живих істот говорять про потреби [64].

Розмаїття національних інтересів України зумовлює наявність таких їхніх носіїв як держава, суспільство та особи (громадяни). Кожен з цих суб'єктів має власний вид інтересів і, відповідно, власний погляд на способи та критерії їхнього дотримання, що і зумовлює виділення у загальному вигляді, відповідно, державних, публічних (суспільних) та приватних інтересів.

До державних інтересів належать, зокрема, забезпечення суверенітету держави, оборона від зовнішнього ворога, збереження територіальної цілісності, розвиток національної економіки та забезпечення благополуччя громадян та ін.

Державним інтересам притаманна низка ознак, серед яких доцільно зазначити на такі, що подано на рис. 1.4.

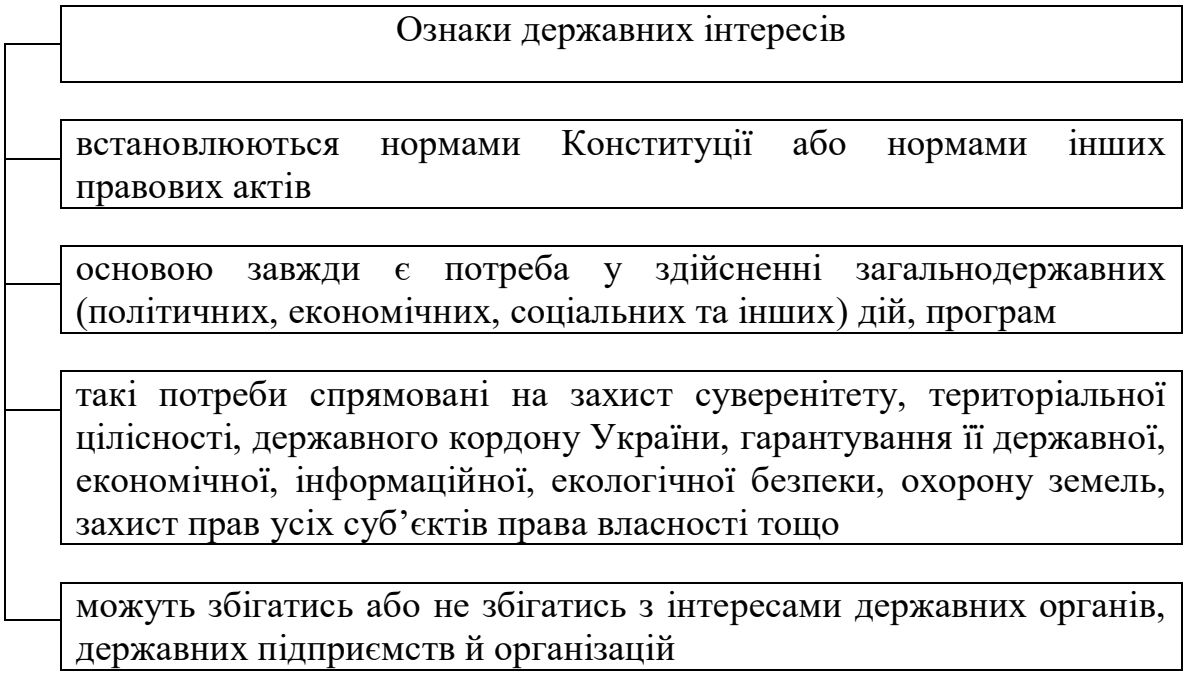

Рис. 1.4. Ознаки державних інтересів

Складено автором на підставі [59,92].

За наданими на рис. 1.4 ознаками державні інтереси відрізняються від інтересів інших учасників суспільних відносин.

Зміст поняття «національна безпека» у Законі 2018 р. надано переважною мірою у контексті захисту насамперед державних інтересів (захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних та потенційних загроз), тобто носієм національних інтересів представлено саме державу. А у Стратегії національної безпеки 2020 р. «Безпека людини − безпека країни» зазначено на захист інтересів особи (громадянина) та суспільства, тобто носіями національної інтересів визнано вже суспільство та осіб (громадян) [8].

Суспільні (публічні) інтереси – це широке і водночас чітко не визначене коло законних та таких, що ґрунтуються на моральних засадах, інтересів, які складають певну сукупність приватних інтересів або важливі для значної кількості фізичних і юридичних осіб потреби та відповідно до законодавчо встановленої компетенції забезпечуються суб`єктами владних повноважень (суб`єктами публічної адміністрації) [36].

Як і державний, суспільний інтерес (публічний) інтерес є оцінним поняттям, що не піддається однозначній кваліфікації (визначенню), а тому коло суспільних (публічних) інтересів, їхня важливість та пріоритетність дотримання завжди є предметом самостійного вибору (групи осіб, дослідника тощо). Проте суспільним (публічним) інтересам притаманні певні ознаки (рис. 1.5).

Державні і суспільні (публічні) інтереси не завжди тотожні. У деяких випадках вони можуть конкурувати між собою (наприклад, за пріоритетність фінансування, забезпечення або дотримання). В окремих випадках може спостерігатися конфлікт і навіть протиріччя інтересів.

Категорія «приватний інтерес» дотепер залишається недостатньо висвітленою ані на доктринальному, ані на законодавчому рівні.

Поняття «приватний інтерес» не має юридичного закріплення (за винятком ст. 1 Закону України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014. р. № 1700-VII, де зміст поняття розкрито у специфічному контексті – антикорупційному, а,

виходить, у вузькоспеціалізованому).

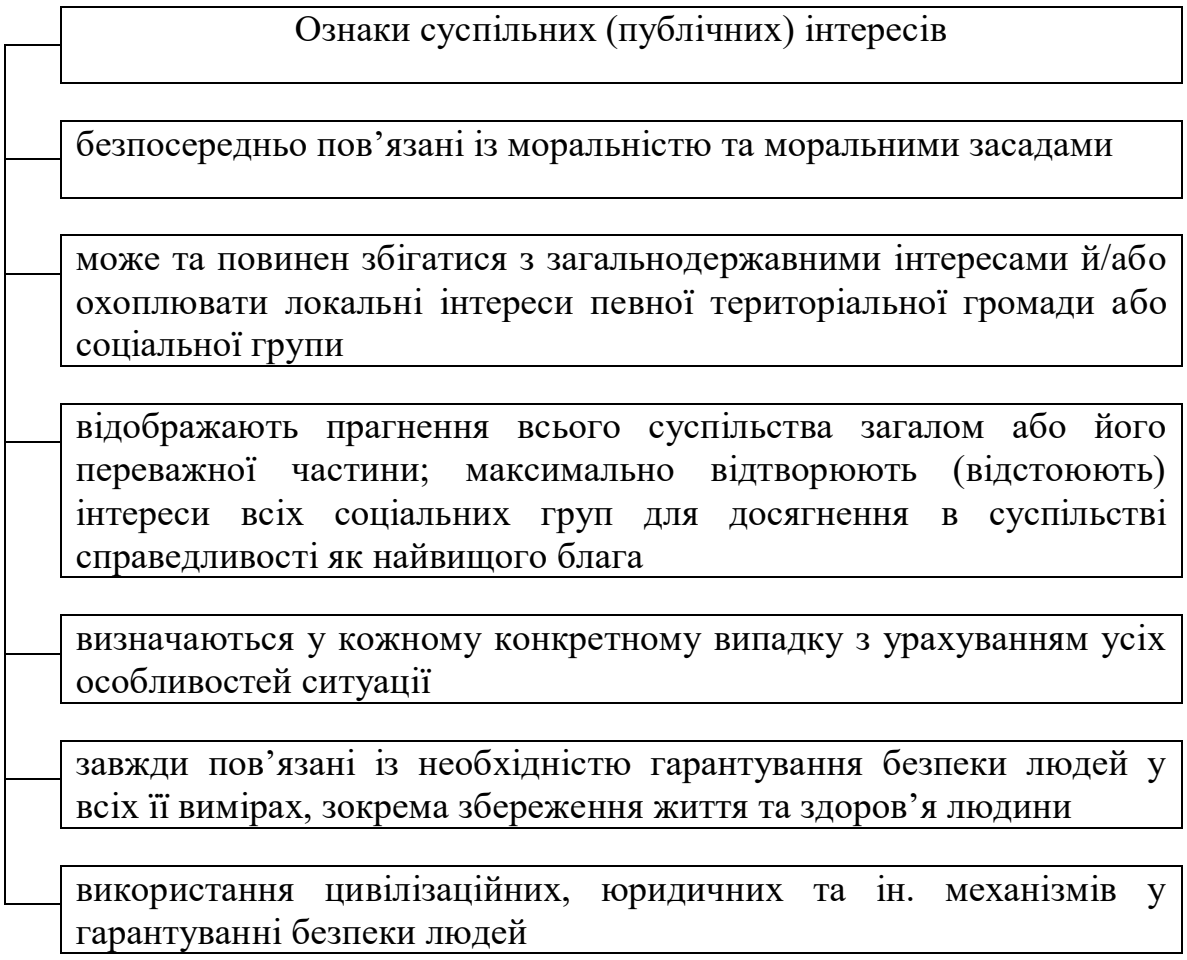

Рис. 1.5. Ознаки суспільних (публічних) інтересів

Складено автором на підставі [27].

Взагалі висловлюються думки, що зміст поняття «приватний інтерес» неможливо і недоцільно обмежувати певним визначенням. Це поняття має пронизувати всю правову систему та надавати можливість індивідам реалізовувати свої власні інтереси в межах правового регулювання

Приватні інтереси – це не обов’язково інтереси окремої особи (людини), це можуть бути інтереси груп людей, але груп, що є меншими за чисельністю від тих, що є носіями суспільних (публічних) інтересів. Причому, незбіг приватних інтересів таких груп осіб може набувати великого масштабу, аж до конфлікту інтересів. Тобто приватні інтереси можуть бути і суперечливими, і конкуруючими.

Таким чином, до кола національних інтересів України входять державні, суспільні (публічні) та приватні інтереси, які:

є взаємопов’язаними і взаємозумовленими;

мають бути узгодженими, але досягти цього не завжди можливо, а тому ці види інтересів можуть навіть конфліктувати;

мають бути законними незалежно від статусу їхнього носія та його зусиль щодо лобіювання інтересів того чи іншого виду.

Національні інтереси − державні, суспільні (публічні) та приватні – присутні у кожній складовій національної безпеки. Адже національна безпека – це багаторівневе і складне (багатокомпонентне) явище, однією з характерних рис якого є структура, елементи якої (об’єкти, рушійні сили, сфери національної безпеки), які виділено за різними критеріями, перебувають у взаємозв’язку та взаємозумовленості.

Складові національної безпеки називають не лише видами, а сферами національної безпеки, що не є суттєвим. Адже розподіл національної безпеки на види, сфери чи якісь інші елементи є досить умовним [107]. У числі найбільш повно представлених складових національної безпеки, наданих на рис. 3 в [107], надано декілька тих, що мають безпосереднє відношення до сфери охорони здоров’я – інституту суспільства, функціонування якого спрямовано на збереження і зміцнення здоров'я нації [24]: соціальна, демографічна, економічна складові національної безпеки.

Роль сфери охорони здоров’я у національній безпеці доцільно розглядати у контексті вибраного підходу − крізь призму державних, суспільних (публічних) та приватних інтересів у сфері охорони здоров’я. За цим підходом сфера охорони здоров’я становить собою сукупність медичних закладів, державних та місцевих органів управління, що забезпечують підтримування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг, забезпечення їхньої доступності для всіх верств населення на всій території країни та здійснення відповідних профілактичних заходів.

У кваліфікаційній роботі виконано спробу з’ясувати:

яким чином сфера охорони здоров’я сприяє дотриманню національних інтересів (державних, суспільних та приватних) і в такий спосіб зміцненню національної безпеки;

які види державних, суспільних (публічних) та приватних інтересів є актуальними для сфери охорони здоров’я;

в який спосіб мають бути задоволені актуальні види державних, суспільних (публічних) та приватних інтересів у сфері охорони здоров’я.

Національні інтереси у сфері охорони здоров’я виникають на підставі:

усвідомлення людьми своїх потреб щодо стану здоров’я, його підтримування та отримання медичних послуг;

усвідомлення державою важливості здоров’я нації (хоча б у контексті забезпечення економіки держави робочою силою та у контексті збереження або навіть покращення демографічного стану);

усвідомлення в державі необхідності побудови раціональних взаємовідносин людей (і як здорової нації, і як працівників в економіці, і як суб’єктів збереження демографічного стану) і держави в особі численних державних інституцій, призначенням яких є створення задовільних умов у сфері охорони здоров’я).

Саме інтереси обох сторін – людей як споживачів медичних послуг і держави, яка, з одного боку, організує їхнє надання і контролює їхню якість, а, з іншого, отримує здорову робочу силу, не допускає подальшого погіршення демографічної ситуації в країні і, як мінімум, зберігає на відносно постійному рівні витрати на охорону здоров’я – тією чи іншою мірою одночасно є державними, суспільними (публічними) і приватними, що не просто взаємопов’язані, а й тісно переплетені.

Отже, у сфері охорони здоров’я мають прояв численні національні інтереси всіх видів. Але ці інтереси мають бути:

законними, тобто не суперечити загальним засадам права і, відповідно, спиратися на норми законів;

притаманними переважній більшості їхніх носіїв;

закріплені в законодавстві, оскільки лише тоді інтерес становиться об’єктом правової охорони входить до сфери правового регулювання.

Таким чином, національна безпека в Україні розглядається крізь призму національних інтересів, у сукупності яких виділяють державні, суспільні (публічні) та приватні інтереси. Кожному з цих видів інтересів притаманні певні ознаки.

Інтереси будь-якого виду, крізь призму задоволення яких розглядається національна безпека, є складним структурним явищем. Взагалі однією з ознак інтересів як суспільного явища є їхня структурність, яку можна розглядати за різними ознаками, зокрема за суб’єктами (носіями інтересів), що зумовлює виділення державних, суспільних (публічних) та приватних інтересів, причому не лише у національній безпеці, а й у кожній її складовій (сфері).

Державні, суспільні (публічні) та приватні інтереси найтіснішим чином взаємопов’язані і зумовлюють не лише появу, а й задоволення один одного.

Державні, суспільні (публічні) та приватні інтереси мають місце у всіх сферах (секторах, видах) національної безпеки. Однією з найважливіших сфер національної безпеки є сфера охорони здоров’я. Забезпечення національної безпеки у цій сфері шляхом дотримання відповідних державних, суспільних (публічних) та приватних інтереси без перебільшення закладає фундаментальне підґрунтя національної безпеки держави.

Державні, суспільні (публічні) та приватні інтереси у сфері охорони здоров’я не лише тісно пов’язані, дотримання інтересів одного виду закладає підвалини дотримання інтересів іншого виду. Здоров'я населення країни одночасно є і державним, і суспільним, і приватним інтересом, хоча і за різними мотивами. Так, здоров'я населення є своєрідним засобом забезпечення національної безпеки, адже саме громадяни, які мають доступ до якісного медичного обслуговування, є основою життєдіяльності особистості, здатні зберегти духовні цінності, примножити матеріальні цінності, протистояти різноманітним загрозам суверенітету та територіальної цілісності країни.

Тому національними інтересами у сфері охорони здоров’я є всі підстави

визнати:

підвищення якості усього спектру медичних послуг та полегшення доступу до них громадянам держави;

розвиток матеріальної бази лікувальних засобів, що дозволить впроваджувати сучасні технології лікування, розширити спектр медичних послуг, підвищити результативність медичного обслуговування;

розвиток галузей, результати якого можуть тією або іншою мірою вплинути на сучасність та якість медичних послуг (фармацевтика, біотехнології, нанотехнології тощо).

Відповідні дії та процеси у сфері охорони здоров’я за умови їхнього системного здійснення та перебігу і відповідного ресурсного забезпечення цілком здатні задовольнити ці інтереси.

1.3. Сфера охорони здоров’я: погляд з позицій системного підходу

Охорона здоров’я є однією з основних сфер суспільства (поряд з такими як економіка, захист та оборона, освіта), де забезпечується становлення, підтримування та збереження генофонду нації та здоров’я населення країни. Саме у сфері охорони здоров’я здійснюється відтворення людського потенціалу держави, а відтак економіка держави забезпечується робочою силою, а армія – військовослужбовцями. Саме тому охорона здоров'я є ключовим елементом національної безпеки.

Сфера охорони здоров’я є складовою ширшого поняття – громадського здоров’я, яке у Законі України «Про систему громадського здоров’я» від 06.09.2022 № 2573-IX визначено як сферу знань та організовану діяльність суб’єктів системи громадського здоров’я щодо зміцнення здоров’я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя [7], тоді як охорону здоров’я у законодавстві України визначено як систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при

максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя (стаття 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» [1]). Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров’я, фізичні особи-підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, працівники сфери охорони здоров’я, громадські об’єднання і громадяни [1].

Виходячи з наданих законодавчо визначених понять «громадське здоров’я» та «охорони здоров’я», доцільним є висновок, що вони співвідносяться між собою як загальне та часткове:

громадське здоров'я охоплює всі аспекти здоров'я населення – профілактику захворювань, промоцію здорового способу життя, громадську гігієну, медичну допомогу, створення сприятливих умов для здоров'я та інші аспекти;

сфера охорони здоров'я фокусується в основному на медичній допомозі та індивідуальному лікуванні конкретних захворювань [38,43].

Безпека у сфері охорони здоров’я у науковій думці отримала назву вітальної безпеки (термін уведено у наукових працях В.М. Пашкова) [76,77]. В.М. Пашков стверджував, що «вітальну безпеку суспільства та держави гарантують здатність системи охорони здоров’я забезпечувати реалізацію права людини на життя і здоров’я, медичну допомогу, усувати небезпеки, що загрожують життю та здоров’ю громадян, стало функціонувати за будь-яких несприятливих умов, захищати національні інтереси у сфері охорони здоров’я від можливих загроз» [77, с. 105].

Охорона здоров'я – це сфера суспільства, в якій населення держави має отримувати доступне якісне медичне обслуговування на підставі, яке має бути певним чином організовано та ресурсно забезпечено.

Засадничі концепти побудови системи охорони здоров’я визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». Закріплений у Законі тип системи охорони здоров’я ґрунтується на принципах

англійської моделі (або моделі Бевериджа – за ім’ям лорда В. Беверіджа, якій в своїй доповіді Парламенту обґрунтував необхідність створення в країні національної системи охорони здоров'я, яка б гарантувала населенню безкоштовне медичне обслуговування на принципах справедливості і доступності незалежно від індивідуальної можливості платити [90]) [80, с. 193].

Англійська модель охорони здоров’я (модель Бевериджа) є однією з трьох класичних моделей, до яких науковців звели множину наявних систем охорони здоров’я (модель Бісмарка або німецька та модель Семашка або модель колишнього СРСР) [40].

В англійській моделі охорона здоров’я в основному фінансується за рахунок державних джерел − загального оподаткування і внесків із заробітної плати. Деякі види допомоги фінансуються за рахунок приватних джерел, використовуючи систему приватного медичного страхування, деякі за рахунок плати пацієнтів, поділу вартості послуг або прямих платежів за отримання медичних послуг, наданих виробниками Національної системи охорони здоров’я (НСОЗ) або приватними виробниками [104].

У наш час названі моделі охорони здоров’я у розвинених країнах не застосовуються у чистому вигляді завдяки постійному розвиткові моделей, постійного обміну між ними окремими елементами.

Сфера охорони здоров’я є складною за кількістю складових, що до неї входять, їхніми взаємозв’язками та іншими ознаками. Тому доцільно сферу охорони здоров’я розглядати як складну динамічну керовану систему, основні властивості якої надано на рис. 1.6.

В аналізі сфери охорони здоров’я з позицій системного підходу велике значення має точність використовуваної термінології. Зміст окремих понять, застосовуваних в описі сфери здоров’я з використанням принципів системного підходу, має юридичне закріплення в статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII [1]:

заклад охорони здоров’я − юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує

медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації;

Рис. 1.6. Основні властивості системи охорони здоров'я в Україні

Складено автором

медичне обслуговування − діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням;

послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) − послуга (у тому числі оцінювання повсякденного функціонування особи, реабілітаційна послуга), що надається пацієнту в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником.

Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт.

Таким чином, медичне обслуговування як основний вид діяльності закладів у сфері охорони здоров'я зводиться до надання сукупності медичних послуг різноманітного характеру. У свою чергу, «медична послуга – це сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного працівника (виконавця), спрямованих на задоволення потреб пацієнта (замовника, споживача послуг)» [23].

Складність системи охорони здоров'я зумовлена, перш за все, наявністю в ній великої кількості видів лікувальних закладів різного призначення, але поєднаних однією метою – збереження та покращення генофонду та здоров'я населення.

До елементів системи охорони здоров'я в Україні, що безпосередньо надають медичні послуги, належать:

комунальні некомерційні підприємства (належать територіальним громадам, їхнє майно перебуває в комунальній власності та закріплене за ними на праві оперативного управління, діяльність фінансується за рахунок бюджету, а також залучених коштів із дозволених джерел). З кінця 2025 р. комунальні некомерційні підприємства відповідно до Закону України «Про особливості регулювання діяльності юридичних осіб окремих організаційно-правових форм у перехідний період та об'єднань юридичних осіб» від 09.01.2025 № 4196-IX перетворюються на комунальні некомерційні товариства;

національні наукові та науково-профілактичні центри;

центри первинної медичної допомоги (ЦПМСД) (надають основну медичну допомогу населенню (профілактика, діагностика та лікування найпоширеніших захворювань), забезпечують консультації сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів, проводять вакцинацію та видають направлення на спеціалізовану допомогу);

спеціалізовані диспансери;

пологові будинки;

санітарно-епідеміологічні центри;

станції швидкої медичної допомоги;

медико-санітарні частини установ і організацій та ін. [21]

Всі ці заклади охорони здоров'я в Україні різного профілю, різної спеціалізації, різної форми власності надають громадянам широкий спектр медичних послуг – від первинної допомоги до високоспеціалізованої, з догляду, профілактики, реабілітації та ін.

Складність системи охорони здоров'я в Україні дозволяє її елементи упорядкувати за іншими ознаками. Так, за ознакою підпорядкованості та за джерелом фінансування у сфері охорони здоров'я діють заклади державної та муніципальної систем охорони здоров'я, а за формою власності – державні, комунальні та приватні.

Важливість сфери охорони здоров'я для якості людського потенціалу держави, її складний характер зумовлюють високий рівень керованості системи охорони здоров'я.

Так, управління системою охорони здоров'я здійснюють:

Міністерство охорони здоров'я України;

центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я;

місцеві державні адміністрації;

органи місцевого самоврядування;

Академія медичних наук України [80].

Крім названих суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я в Україні існує велика кількість суб'єктів, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, повний перелік яких з 18 найменувань надано у [80].

Особливо в управлінні системою охорони здоров'я слід зазначити на Національну службу здоров'я України (НСЗУ), створену наприкінці 2017 р. [14].

НСЗУ є центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за Програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

Відповідно до Положення про НСЗУ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 [14] цей центральний орган виконавчої влади серед іншого

виступає замовником медичних послуг та лікарських засобів за Програмою медичних гарантій;

укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію;

вживає заходи з цільового та ефективного використання Коштів Програмою медичних гарантій (перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів Програми і договорами про медичне обслуговування населення).

Важливою властивістю системи охорони здоров'я в Україні є її державний характер по суті (дотепер зберігається централізоване управління та бюджетне фінансування) з вкрапленнями елементів ринкової економіки, одні з яких доволі стійко розвиваються (наприклад, змішане фінансування медичного обслуговування населення), а розвиток інших є дуже повільним (наприклад, медичне страхування).

Призначенням сфери охорони здоров'я є підтримування генофонду та здоров’я нації, надання медичної допомоги та медичне обслуговування населення, що зумовлює соціальний характер системи, оскільки її якість та результативність функціонування мають велике значення не лише для держави, її національної безпеки, а й для соціуму, оскільки значною мірою, хоча і до деякої міри опосередковано визначає економічний та соціальний добробут суспільства.

Державний характер сфери охорони здоров’я в Україні, високе значення результативності її функціонування, що є одним з національних інтересів і,

відповідно, важливою умовою національної безпеки, зумовлюють високий рівень правового упорядкування діяльності елементів системи.

Сфери охорони здоров’я в Україні регулюється законодавством, яке встановлює права та обов'язки громадян, медичних працівників і лікувальних закладів, а також суспільні правовідносини між елементами цієї сфери. Так, правові, організаційні, економічні та діяльнісні засади елементів системи охорони здоров’я в Україні визначено у низці спеціальних законів України, зокрема такими:

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII;

«Про систему громадського здоров’я» від 06.09.2022 № 2573-IX;

«Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 № 1645-III;

«Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 № 1489-III;

«Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 № 62/95-ВР та ін.

Крім законів України функціонування системи охорони здоров’я регулюється низкою документів, що видаються Міністерством охорони здоров’я, Національною службою здоров’я України, органами місцевої влади тощо. Адже законодавство України побудовано на принципах континентальної правової системи, в якій основним джерелом права є нормативно-правовий акт, а нормативно-правові акти ієрархічно підпорядковані.

Через численність нормативно-правових актів, що регулюють функціонування елементів системи охорони здоров’я в Україні, виникають конкуренція правових норм і навіть їхня суперечливість. В листі Міністерства юстиції України від 26.12.2008 №№ 758-0-2-08-19 «Щодо практики застосування норм права у випадку колізії» надано роз’яснення, як правильно вирішувати колізії норм.

Важливою характерною рисою сфери охорони здоров’я в Україні, яка тільки но починає формуватися, перебуває на стадії поступової інтеграції до

європейської системи, але вже виступає помітною властивістю системи охорони здоров’я, є стандартизація лікування.

В Україні вже у загальному вигляді сформовано систему стандартів для уніфікації медичної допомоги, підґрунтям яких послугували державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Стандартизація лікування (медичного обслуговування, медичної допомоги тощо – єдиний об’єкт стандартизації чітко не визначений) – це впровадження єдиних норм і протоколів, що регулюють усі етапи медичної допомоги (від профілактики та діагностики до лікування й реабілітації), що допомагає лікарям в ухваленні рішень і дає пацієнтам упевненість у тому, що вони отримують допомогу відповідно до сучасних медичних знань [95].

Значення стандартизації лікування в умовах ринкової економіки полягає у виконанні нею чотирьох функцій:

економічної − перешкоджання перевитрат фінансових ресурсів держави на охорону здоров’я та сприяння їхньому ефективному використанню [94];

соціальної – квантифікація якості медичного обслуговування;

комунікативної – досягнення взаєморозуміння в суспільстві через обмін інформацією, вираженою стандартними термінами, єдиними правилами діяльності, єдиним трактуванням понять [94];

оцінної – порівняння оцінок елементів тріади Донабедіана (ресурсів сфери охорони здоров’я, лікувальних, діагностичних, профілактичних, реабілітаційних, організаційних, технологічних процесів в ній, наслідків цих процесів, тобто медичних втручань) [118] зі стандартом.

Важливою властивістю системи охорони здоров’я є її адаптивність, яка має бути добре розвиненою. Адаптивність системи визначає її здатність швидко (своєчасно) пристосовуватися до різноманітних змін (а особливо суттєвих) умов функціонування системи шляхом внесення відповідних змін до стану елементів системи, їхніх взаємозв’язків, масштабу та характеру керуючого впливу на елементи системи, матеріальної бази медичного обслуговування тощо.

Важливість цієї властивості зумовлена постійними та швидкими змінами умов функціонування системи охорони здоров'я:

залежно від обставин форс-мажорного характеру (яскравий приклад – пандемія COVID-19), що виникають незалежно від дій та рішень органів управління системою охорони здоров'я у державі;

залежно від дій та рішень органів управління системою охорони здоров'я у державі, що є їхньою реакцією на появу, укріплення та інституціоналізацію загальних тенденцій, що виникають у світовій та вітчизняній медицині, її організації і зрештою у суспільстві в цілому. При цьому призначення системи не змінюється, виникають лише зміни в умовах її функціонування.

Серед таких тенденцій, що змінюють умови функціонування системи охорони здоров'я сьогодні слід відзначити такі:

зміщення акценту від боротьби з хворобами на «комплексі індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних чинників, що визначають стан і рівень здоров'я окремих людей, груп населення та нації загалом» [31], тобто на формуванні здорового способу життя, профілактиці захворювань, вакцинації та виявлення захворювань на ранніх стадіях [7]. Йдеться про поступовий відхід від теорії патогенезу, в якій роль людини у збереженні власного здоров'я практично виключено, і законодавче закріплення операціоналізованих положень теорії салютогенезу А. Антоновського [116], в якій викладено групи детермінант, що сприяють збереженню і зміцненню громадського здоров'я та стійкості системи охорони здоров'я: група детермінант, що пов'язані із профілактикою захворювань, зокрема професійних, група детермінант, що пов'язані із якістю життя населення, група детермінант, що пов'язані зі станом довкілля;

активна діджиталізація процесів медичного обслуговування, тобто їхній перехід на цифрові технології. Яскравим прикладом корисності їхнього використання є створення електронної картки пацієнта, до якої при збереженні конфіденційності мають доступ пацієнт, лікар сімейної (первинної) медицини, а також лікарі вузьких спеціальностей, а також державні органи та установи,

залучені до надання соціальних послуг.

За відсутності або слабо розвиненої в системі охорони здоров’я властивості адаптивності система приречена на поступову деградацію і, відповідно, неможливість виконувати своє призначення.

Сфера охорони здоров’я в Україні є складним структурним утворенням, виразом чого є така властивість її як системи як структурність – наявність певної організації елементів системи, що утворюється завдяки зв'язкам між ними за певною ознакою. Всі складові сфери охорони здоров’я взаємопов'язані відносинами певного характеру (або виду), які і забезпечують цілісність та функціонування сфери охорони здоров’я, незважаючи на специфіку кожної із її складових.

Таким чином, погляд на сферу охорони здоров’я в Україні з позицій системного підходу, із застосуванням кількох з головних принципів системного аналізу надав можливість розглянути особливості сфери охорони здоров’я в контексті тієї чи іншої властивості. Результати розгляду сфери охорони здоров’я в Україні з позицій системного підходу та визнання цієї сфери однією з найважливіших, де формуються умови для зміцнення національної безпеки є підставою аналізу її стану, ідентифікації загроз та ризиків сфері та розгляду можливості застосування зарубіжного досвіду в їхньому подоланні.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Поняття «національна безпека» активно і вже тривалий час вживається стосовно такої соціально-економічної системи якою є держава, адже у державі існують не лише політична структура, а й економічні та соціальні відносини, що мають місце в її межах. Зміст поняття «національна безпека» у виконаній кваліфікаційній роботі визначено за дефініціями одного з трьох наявних підходів – як захищеність національних інтересів. Саме у контексті захищеності національних інтересів поняття «національна безпека» має юридичне закріплення у Законі України «Про національну безпеку України» від

21.06.2018 № 2469-VIII: національна безпека України – це захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних та потенційних загроз.

Надане у Законі України «Про національну безпеку України» визначення змісту поняття «національна безпека» спирається на поняття «національний інтерес», а також на базові поняття (імперативи) захисного підходу в безпекології – «захищеність» та «загроза». Якщо поняття «національні інтереси» має юридичне закріплення у Законі України «Про національну безпеку України» (життєво важливі інтереси людини, суспільства і держави, реалізація яких забезпечує державний суверенітет України, її прогресивний демократичний розвиток, а також безпечні умови життєдіяльності і добробут її громадян), то зміст понять «захищеність», «захист» та «загроза» потребував визначення у контексті тематики магістерської роботи за результатами аналізу наявних думок з цього питання.

Національну безпеку не можна ототожнювати з державною безпекою, яка за Законом України «Про національну безпеку України» є захищеністю державного суверенітету, територіальної цілісності і демократичного конституційного ладу та інших життєво важливих національних інтересів від реальних і потенційних загроз невоєнного характеру. І хоча національна і державна безпека багато у чому за змістом є тотожними поняттями, але при цьому мають і помітну відмітність.

Національні інтереси, які покладено в основу змісту поняття «національна безпека», різноманітні, є суб'єктивним явищем та суб'єктні, тобто невіддільні від їхніх носіїв, залежно від яких у загальному вигляді національні інтереси поділяються на державні, суспільні (публічні) та приватні. Кожному з цих видів національних інтересів притаманні певні ознаки. Національні інтереси цих видів не завжди узгоджуються між собою, можуть виникати різність позицій їхніх носіїв аж до протиріч і навіть конфліктів інтересів.

У кожній складовій національної безпеки присутні тією чи іншою мірою

всі види національних інтересів. Не є винятком у цьому сенсі і сфера охорони здоров'я. Її роль у національній безпеці розглянуто крізь призму державних, суспільних (публічних) та приватних інтересів, що мають місце у сфері охорони здоров'я. Саме інтереси людей як споживачів медичних послуг, суспільства та держави, яка, з одного боку, організує їхнє надання і контролює їхню якість, а, з іншого, отримує здорову робочу силу, не допускає подальшого погіршення демографічної ситуації в країні і, як мінімум, зберігає на відносно постійному рівні витрати на охорону здоров'я, послугували основою дослідження у магістерській роботі.

Охорона здоров'я є однією з основних сфер суспільства (поряд з такими як економіка, захист та оборона, освіта), де забезпечується дотримання таких важливих національних інтересів як становлення, підтримування та збереження генофонду нації та здоров'я населення країни. Засадничі концепти побудови системи охорони здоров'я, які визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ґрунтуються на принципах англійської моделі (або моделі Бевериджа).

Сфера охорони здоров'я є складною за кількістю складових, що до неї входять, їхніми взаємозв'язками та іншими ознаками. Тому сферу охорони здоров'я розглянуто як складну динамічну керовану систему, основними властивостями якої є складність, розмаїття елементів системи, державний характер з елементами ринкових механізмів, керованість, структурність, стандартизація лікування, соціальний характер системи і високий рівень правового упорядкування діяльності елементів.

Розгляд виділених властивостей сфери охорони здоров'я з позицій системного підходу надав змогу проаналізувати особливості цієї сфери у певному ракурсі, єдність яких забезпечено об'єктом розгляду. Саме єдність ракурсів дозволила скласти цілісне уявлення про сферу охорони здоров'я в контексті її значення на національної безпеки та дотримання національних інтересів.

РОЗДІЛ 2
СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: СТАН, ЗАГРОЗИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Стан сфери охорони здоров'я в Україні

Стан сфери охорони здоров'я в країні суттєвим чином визначає можливість держави задовольняти національні інтереси і, відповідно, забезпечувати національну безпеку. Тому необхідним є аналіз стану сфери охорони здоров'я в Україні, результати якого створюють інформаційну підставу визначення шляхів покращення ситуації у цій сфері, зокрема, завдяки задоволенню національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у цій сфері і, відповідно, посиленню позитивного впливу сфери охорони здоров'я на національної безпеки.

В аналізі стану сфери охорони здоров'я в Україні використано як кількісні, так і якісні оцінки, тобто оцінки принципово кількісно невимірюваних явищ, тенденцій, ситуацій тощо.

Одним із важливих кількісних показників стану сфери охорони здоров'я в Україні є видатки бюджету на охорону здоров'я. Видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я за останні роки становили:

2021 р. – 3,7% ВВП;

2022 р. – 4,8% ВВП;

2023 р. – 3,3% ВВП;

2024 р. – 3,5% ВВП;

2025 р. (9 місяців) – 4,11% ВВП [128,129].

Видатки на охорону здоров'я зменшилися з 3,7% ВВП у 2021 р. до 3,3% у 2023 р. і до 3,5% ВВП у 2025 р. Очевидно, що при такому рівні бюджетного фінансування державні заклади охорони здоров'я обмежені у наданні якісної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, ветеранам та іншим категоріям громадян. У 2024 р. в Україні було забезпечено безперебійне

фінансування сфери охорони здоров'я, безперервну підтримку Програми медичних гарантій, що дозволило громадянам отримувати необхідну медичну допомогу. У 2025 р. Програму медичних гарантій розширено, а на її фінансування передбачено 175,5 млрд грн [100].

Зрозуміло, що порівнювати видатки на сферу охорони здоров'я в Україні з видатками розвинених країн навряд чи коректно (середній показник сягає ±6% ВВП). Так, ще у середині минулого століття Швейцарія, Німеччина та Канада витрачали на охорону здоров'я понад 10% ВВП, Франція – 11% ВВП, а США перетнули 15-відсоткову позначку [72]. Доречнішим є порівняння з країнами, що розвиваються, тобто країнами, де ринки продовжують формуватися. Середній показник державних витрат на охорону здоров'я в 2017-2019 рр. у країнах з ринками, що формуються, становив 4% [29].

У законопроєкті про державний бюджет на 2026 р. загальний обсяг видатків на сферу охорони здоров'я становить 258 млрд грн, зокрема на фінансування Програми медичних гарантій передбачається витратити 191,6 млрд грн, що на 16 млрд грн перевищує обсяги фінансування 2025 р. [35].

Протягом 2025 р. в Україні діють 3733 надавачі медичних послуг. Загалом у 2025 р. кількість наданих медичних послуг скоротилася порівняно з 2024 р. За підсумками 7 місяців 2025 р. надано близько 118 млн медичних послуг, що на 35% менше, ніж за аналогічний період 2024 р. [96]. Така ситуація може бути наслідком впровадження прийнятих підходів Національної служби здоров'я України (НСЗУ) до оплати медичних послуг амбулаторного пакета. Адже відомо, що у 2025 р. НСЗУ замість окремих втручань в амбулаторній допомозі стала оплачувати цілісні послуги.

Серед надавачів медичних послуг у 2025 р. домінували заклади комунальної форми власності, які надали 114,4 млн послуг. Значно меншу кількість медичних послуг надали заклади державної форми власності (1,5 млн послуг) і приватні медичні заклади (6,5 млн послуг). Навіть ФОП, що діють у сфері охорони здоров'я, надали 3,3 млн послуг.

Помітна роль у сфери охорони здоров'я в Україні належить приватній

медицині. Кількість відвідувачів приватних лікувальних закладів останніми роками, незважаючи на війну, неухильно зростає. Пацієнтів цих клінік приваблює високий рівень сервісу, інше, ніж у комунальних та національних лікувальних закладах ставлення до них, комфортність умов діагностування та лікування, використання сучасних технологій, швидке впровадження інноваційних методів лікування та організації надання медичних послуг. Одна лише економія часу завдяки чіткій організації прийому та надання лікувальних процедур дуже цінується відвідувачами приватних лікувальних закладів.

На кінець квітня 2025 р. в Україні офіційно зареєстровано 7768 приватних медичних закладів [22,68].

За аналітикою компанії Ukrainian Business Award при підтримці аналітичних партнерів Serpstat, Clarity Project до десятки провідних приватних медичних закладів увійшли [98]:

Oxford Medical (20 років на ринку, присутність у 19-і містах України, найбільший показник серед усіх приватних клінік країни, понад 1500 медичних фахівців);

ДОБРОБУТ (24 роки на ринку, 24 клініки у 3-х містах України, понад 1100 працівників);

Odrex (6 філій у 3-х містах України, понад 1100 працівників, 53 спеціалізації);

ADONIS (27 років на ринку, 8 клінік у 2-х містах України, 80 спеціалізацій);

INTO-SANA (23 роки на ринку, 10 клінік у 2-х містах України, 450 працівників);

VIVA (20 років на ринку, 12 клінік, 52 спеціалізації);

DENIS (одна спеціалізована філія, 500 працівників, 70 спеціалізацій);

Medikom (на ринку 33 роки, 6 філій, 51 спеціалізація);

NOVO (2 філії, невеликий термін присутності на ринку);

Smart Medical Center (невеликий термін присутності на ринку, 3 філії, 70 спеціалізацій).

Як зазначено у дослідженні компанії Ukrainian Business Award, що проводилося у середині 2025 р. за клієнтським досвідом (зручність цифрових сервісів, швидкість комунікацій з пацієнтами та уважність до потреб пацієнтів), відомі приватні медичні заклади отримали:

10 балів – Oxford Medical і Smart Medical Center;

9 балів – DENIS, INTO-SANA, ДОБРОБУТ;

8 балів – VIVA, Medikom, NOVO, ADONIS;

7 балів – Odrex [98].

За оцінками аналітиків компанії Ukrainian Business Award, приватна медицина в Україні:

збільшує масштаб;

стрімко позитивно змінюється, що і підтверджує рейтинг UBA-2025.

В цілому надання медичних послуг поступово, але впевнено перетворюється на високорентабельний бізнес. Свідченням цього є сукупний дохід найбільших приватних клінік, який за 2023-2024 рр. перевищив 30 млрд грн [22,68].

Середньорічна динаміка доходів найбільш великих приватних клінік за дослідженням YC.Market останніми роками коливається в інтервалі 24-26%:

у 2023 р. дохід приватних клінік України становив приблизно 45,7 млрд грн;

у 2024 р. – приблизно 64,7 млрд грн [22].

Із 15 лідерів приватних медичних закладів 10 зареєстровані у м. Київ, на них сумарно припадає понад 13 млрд грн виручки у 2024 році (близько 75% від сумарного доходу всіх 15 приватних медичних закладів). Лідером ринку приватної медицини в Україні за доходами є мережа «Добробут» – 5,7 млрд грн виручки [22].

Приватні лікарні можуть бути учасниками державної Програми медичних гарантій (ПМГ), завдяки чому їхні пацієнти можуть отримувати в таких закладах безоплатні медичні послуги. За медичною реформою, що розпочалася в Україні з 2018 р., державні (національні), комунальні і приватні медичні

заклади отримали рівні права щодо участі у державній Програмі медичних гарантій. Тобто будь-який приватний медичний заклад може укласти контракт з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) і надавати своїм пацієнтам медичні послуги за рахунок фінансування НСЗУ, тобто на безоплатній для отримувача послуг основі.

Але процес участі приватних медичних закладів у державній Програмі медичних гарантій відбувається дуже повільно. І пояснення щодо цієї повільності суб'єкти відносин надають різні. Так, Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ вважають умови контрактів приватних медичних закладів з НСЗУ достатньо привабливими та вигідними, аргументуючи це зростанням частки таких закладів у державній Програмі медичних гарантій. Проте приватні медичні заклади більш обережні у поясненні причин їхньої повільної участі у державній Програмі медичних гарантій. Власники та керівники приватних медичних закладів стверджують, що за тарифами НСЗУ далеко не всі медичні послуги є економічно вигідними. Адже таку вартість встановлює НСЗУ, виходячи з власних розрахунків та обсягів фінансування сфери охорони здоров'я. За словами П. Ковтонюка, співзасновника Українського центру здоров'я, «…у тарифах НСЗУ враховано 60-70% ринкових цін на медичні послуги, а інколи навіть і менше. І навіть сподівання, що співпраця з державою − це договір не про велику маржу, а про стабільність та постійність фінансування» не завжди виправдовуються [89].

Проте не можна упускати з виду, що приватні медичні заклади є підприємницькими структурами, метою яких є отримання прибутку, а надання медичних послуг є лише засобом його отримання. До того ж протягом достатньої кількості років функціонування державної Програми медичних гарантій у приватних медичних закладах сформувалася стійка думка про нерівність умов для державних, комунальних та приватних закладів медицини.

Очевидно, що суперечності, які накопичилися у відносинах держави в особі Міністерства охорони здоров'я України та НСЗУ та приватних медичних закладів потребують вирішення і, перш за все, з метою збалансованості

інтересів сторін відносин і зрештою отримання більш широкого доступу пацієнтів до послуг, що надають приватні медичні заклади, але за кошти держави, розпорядником яких є НСЗУ.

Але опис сфери здоров'я в Україні лише з використанням кількісних показників є неповним. До деякої міри загальне уявлення про дотримання суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я в Україні і опосередковане уявлення про стан сфери охорони здоров'я в Україні надають відповідні індекси (з лат. «index» − узагальнюючий показник) – статистичні показники, що описують зміну (тобто динаміку) певного явища, ситуації, процесу в часі, порівнюючи значення показників аналізованого періоду зі значенням відповідних показників минулого періоду.

Індекси щодо результатів у будь-яких суспільних сферах надають можливість отримати кількісні оцінки невимірюваних явищ, зокрема рівня задоволеності громадян України медичною допомогою (поведінки щодо здоров'я, доступу до медичного обслуговування (отримання медичних послуг) та витрат на охорону здоров'я).

З 2016 р. в Україні за підтримки ВООЗ в Україні, благодійної фундації «Здорові рішення» та Світового Банку з кількарічною перервою через пандемію COVID розраховується «Індекс здоров'я. Україна». значення якого розраховується за результатами опитування великої кількості домогосподарств (10000 і більше) [50].

Значення «Індексу здоров'я. Україна» розраховується за результатами оброблення серії вибіркових опитувань кількості домогосподарств не менше, ніж 10000. Опитування проводяться протягом 2016-2024 рр., що дозволяє відстежувати динаміку та зміни в оцінках населення [51].

Запитання в опитуванні переслідують мету отримати відповіді щодо:

задоволеності медичною допомогою;

доступності отримання різних видів медичних послуг;

досвіду звернень до медичних закладів та спілкування з медичними працівниками;

офіційних та неофіційних витрат на медичну допомогу.

«Індекс здоров'я. Україна» регулярно публікується на сайті https://healthindex.com.ua/. Наразі відомий «Індекс здоров'я. Україна» за 2024 р.

Складові «Індекс здоров'я. Україна» за 2024 р. у контексті тематики дослідження надають підстави для таких висновків щодо дотримування суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Дотримання суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я України

Складено автором з використанням [37,51,85, 51,54,108].

Стан дотримання суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я України за результатами опису «Індекс здоров'я. Україна» за 2024 р. зводяться до такого.

В Україні поступово і неухильно збільшується вартість лікування, що особливо відчутно для людей похилого віку і тих, хто оцінює своє здоров’я як погане. В опитуванні у 2024 р. на це зазначив кожен четвертий з числа опитаних, тоді як в опитуванні 2023 р. лише кожен п’ятий.

Витрати на лікування є великим фінансовим тягарем для сімей в Україні. Серед опитаних у 2024 р. 60% здійснювали оплату при перебуванні державних або комунальних лікарнях (хоча у 2018–2020 роках таких було понад 80 %). 40,8 % пацієнтів амбулаторної допомоги також мали витрати з кишені під час

останнього візиту: середній розмір благодійних внесків і неформальної плати лікарю – 300 грн. Це без урахування видатків на ліки, лабораторні й діагностичні дослідження, однак поширеність такої практики порівняно з попередніми роками зменшилася. Більшість пацієнтів, які сплачували благодійні внески або платили лікареві неформально, робили це з власної ініціативи, тоді як близько третини – на вимогу [51,85].

Стан сфери охорони здоров'я будь-якої країни характеризується не лише задоволеністю в ній суспільних та приватних інтересів. Важливим державним інтересом у сфері охорони здоров'я є її готовність до реалізації глобальних загроз здоров'ю не окремих груп громадян, а здоров'ю усього населення країни. Йдеться про такі глобальні загрози як пандемії та епідемії.

Спробу з'ясувати готовність сфери охорони здоров'я до реалізації глобальних загроз здоров'ю населення зробили Центр медичних досліджень Джона Гопкінса при Школі громадської охорони здоров'я Блумберга (всесвітньо відомий американський біомедичний дослідницький центр і навчальна лікарня) та Economist Intelligence Unit (аналітична компанія, яка надає консультаційні послуги та прогнози), запропонувавши Глобальним індексом безпеки здоров'я (Global Health Security Index) [120]. Це міжнародне дослідження з оцінювання ефективності системи охорони здоров'я щодо протидії глобальним ризикам та загрозам населенню країн в останнє проводилося за даними 195 країн у 2019 р.

Позиція країни за цим індексом показує рівень готовності її сфери охорони здоров'я до пандемій та епідемій (за показниками «інфекційний контроль», «проведення тестів», «імунізація», до біологічних загроз, а також до інших глобальних ризиків для здоров'я [111].

У Глобальному індексі безпеки здоров'я за 2019 рік Україна посіла 94-е місце зі 195 країн. Низький рівень рейтингу зумовлений наявністю низки серйозних проблем, що впливають на здатність країни попереджати, виявляти та боротися з епідеміями та пандеміями [111]. За всіма складовими індексу Україна набрала дуже невисоку кількість балів. Ці серйозні проблеми вийшли з

категорії можливих та повною мірою увійшли до категорії реальних в період пандемії COVID-19, протягом якої Україна понесла суттєві збитки найрізноманітнішого характеру.

Стан сфері охорони здоров'я країни, як і будь-які міжнародний індекс, дозволяє оцінити Індекс всезагального охоплення послугами охорони здоров'я (UHC Service Coverage Index або модель UHC) [47, с. 94-97; 114]. Цей індекс надає змогу оцінити спроможність системи охорони здоров'я країни надати необхідні медичні послуги без фінансових труднощів.

Індекс UHC хоча і розроблений ВООЗ, але офіційного статусу, як і стандарту визначення місця країни у ньому не має. Проте незважаючи на це, на місце країни у цьому рейтингу звертають увагу не лише науковці, а й державні службовці, що займаються організацією надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я в країні.

Індекс UHC складається з 4-х субіндексів, кожен з яких складається з кількох індикаторів, які характеризують повноту охоплення основними послугами охорони здоров'я:

репродуктивне здоров'я, здоров'я матерів, новонароджених та дітей;

інфекційні захворювання та їхнє лікування;

неінфекційні захворювання, включаючи їхню профілактику та лікування;

потенціал та доступ до нього [127, с. 82–83].

Значення індикаторів одержуються з низки досліджень за спеціальними програмами ВООЗ, Дитячого фонду ООН, Фонду ООН у галузі народонаселення, а також уточняються шляхом консультацій з представниками міністерств охорони здоров'я, національними та міжнародними експертами [114].

Останні розрахунки Індексу UHC проведено 2021 р. за даними 194 країни, що входять до ВООЗ. Україна набрала 76 балів зі 100 можливих, тобто рівень охоплення послугами охорони здоров'я визнаний середнім:

за першим субіндексом «послуги з охорони репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, новонароджених та дітей» Україна отримала 82 бали;

за другим субіндексом «інфекційні захворювання та їхнє лікування» Україна отримала 71 бал;

за третім субіндексом «неінфекційні захворювання, включаючи їхню профілактику та лікування» Україна отримала 65 балів;

за четвертим субіндексом «потенціал та доступ до нього» Україна отримала 59 балів [127, с. 95].

Ще за одним індексом – індексом здоров'я (Health Care Index) за 2025 р. Україна посіла 78 місце з 99 країн світу, що увійшли до індексу, набравши 55,8 балів (найвища кількість балів – 87 належить Тайваню) [121]. Дані для цього рейтингу надає Numbeo – сербська база даних з абсолютно різноманітних питань (вартість життя, ціни на нерухомість та якість життя у містах і країнах світу), яка формується за інформацією, яку надають користувачі з усього світу. І хоча до індексу Health Care Index у фахівців немає високої довіри через відсутність чіткої методології формування вихідної інформації, скандальні випадки надання Numbeo недостовірних оцінок тощо, але місце України у цьому індексу не дуже відрізняється від професійного індексу Global Health Security Index.

Таким чином, за результатами стислого аналітичного опису стану сфери охороно здоров'я в Україні можна дійти висновку про дотримання в цілому в ній державних суспільних та приватних інтересів. Але рівень дотримання цих інтересів не можна визнати задовільним. Такий рівень задоволення державних суспільних та приватних інтересів у сфері охорони здоров'я як важливої складової національної безпеки здатний лише її певним чином підтримувати. Поки ще немає вагомих підстав стверджувати, що сфера охорони здоров'я – її стан, процеси, що в ній відбуваються, результати вирішення наявних проблем, частина з яких вже перетворюється на загрози – суттєво впливає на зміцнення національної безпеки.

2.2. Ідентифікація загроз сфері охорони здоров’я в Україні

Стан сфери охорони здоров’я в Україні перебуває під впливом реалізації загроз різноманітного характеру.

Виходячи із загального змісту поняття «загроза», наданого у пп. 1.1 кваліфікаційної роботи, зміст поняття «загроза сфері охорони здоров’я» слід тлумачити в такий спосіб: сукупність процесів, явищ, ситуацій та тенденцій в країні або за її межами, які за наявності певних умов в державі спроможні викликати негативні зміни різного характеру, масштабу та наслідків у сфері охорони здоров’я, відсутність реакції на які спотворює процеси у сфері охорони здоров’я, що не дозволяє її складовим виконувати повною мірою своє призначення.

Отже у наданому визначенні змісту поняття «загроза сфері охорони здоров’я» ключовими елементами є:

виникнення та розвиток різноманітних процесів, явищ, ситуацій та тенденцій в країні або за її межами;

наявність в державі певних умов, за яких нейтральні за своєю суттю процеси, явища, ситуації або тенденції в країні або за її межами спроможні викликати негативні зміни різного характеру, масштабу та наслідків у сфері охорони здоров’я;

виникнення негативних змін різного характеру, масштабу та наслідків у сфері охорони здоров’я, які зумовлюють її трансформацію до стану, в якому її елементи втрачають частково або повністю спроможність виконувати свої функції.

Будь-яка загроза сфері охорони здоров’я в Україні може бути реальною або потенційною (ймовірною), тобто виступати припущенням про виникнення, а не доведеним фактом.

Будь-яка загроза в цілому і у сфері охорони здоров’я в Україні зокрема не виникає зненацька. Адже виникнення (поява) процесів, явищ, ситуацій та тенденцій в країні або за її межами становлять собою поступовий ланцюжок подій, за накопиченням яких ці процеси, явища, ситуації та тенденції в країні

або за її межами становляться помітними та набувають визнання наявності.

Реалізація загрози сфері охорони здоров’я в Україні проявляється тоді, коли починаються зміни негативного характеру – спочатку окремі, розрізнені і незначні за масштабом та динамікою, потім – більш помітні. Саме завдяки цим змінам у сфері охорони здоров’я розпочинаються процеси та явища, що заважають її повноцінному функціонуванню, відповідно, не дозволяють виконувати її призначення і таким чином утискають державні, суспільні та приватні інтереси.

Так само, як і виникнення, реалізація загрози відбувається поступово, як процес. Методичні засади аналізу розвитку загрози будь-якому об’єкту викладено в [87]. Їх можна використати і в аналізі розвитку загроз сфері охорони здоров’я в Україні.

Тому важливою і для самої сфери охорони здоров’я, і для національної безпеки є не лише своєчасна ідентифікація загроз сфері, а й визначення етапів їхнього розвитку та наслідків реалізації.

Найзначущі загрози сфері охорони здоров’я в Україні надано на рис. 2.2.

Рис. 2.2. Найзначущі загрози сфері охорони здоров'я України

Складено автором з використанням [32,33,34].

Аналіз наданих на рис. 2.2 загроз сфері охорони здоров'я України дозволяє дійти таких висновків.

Джерела переважної більшості загроз сфері охорони здоров'я України мають внутрішнє походження – більшість явищ та тенденцій, що є такими загрозами, виникають або у сфері охорони здоров’я, або у країні в цілому і при цьому опосередковано, але дуже помітно впливають на сферу охорони здоров’я.

Загрози сфері охорони здоров'я України з рис. 2.2 не є автономними, вони взаємопов’язані та взаємозумовлені, причому до такого ступеня, що виникають підстави говорити про систему загроз.

Взаємопов’язаність загроз сфері охорони здоров'я України зумовлена, зокрема, їхнім характером, що послугувало підставою виділення у [87] окремих груп загроз за їхнім характером.

Так, недостатній рівень фінансової підтримки як загроза сфері охорони здоров’я є загрозою-тригером (за [87]), бо вона «запускає» та активізує розвиток кількох інших загроз, зокрема такої загрози як економічна та побутова корупція. Але при цьому слід відзначити, що недостатній рівень фінансової підтримки сфери охорони здоров’я не є «фатальною» загрозою, тобто такою, яку усунути неможливо. Є підстави стверджувати, що недостатній рівень фінансової підтримки сфери охорони здоров’я до деякої міри зумовлений високою залежністю цієї сфери в Україні від державного бюджетного фінансування.

Фінансування сфери охорони здоров'я в Україні формується за рахунок:

державних витрат (видатки державного та місцевих бюджетів);

оплати медичних послуг їхніми отримувачами (або домогосподарствами). Причому до цієї оплати входить як офіційна оплата медичних послуг, що надають приватні лікарні та ФОП, так і кошти, що неофіційно надходять до лікарів та комунальних і державних лікувальних закладів (побутова корупція) [115].

За наявними оцінками співвідношення цих джерел у фінансуванні сфери

охорони здоров'я в Україні становить приблизно 50 / 50 [115], що зумовлено у тому числі негативним ставленням державних органів управління сферою охорони здоров’я до підприємництва в цій сфері, низьким рівнем особистого та корпоративного добровільного медичного страхування.

Взагалі висока частка витрат домогосподарств (оплата медичних послуг з власної кишені або самооплата) є, за зауваженням [115], відмітною рисою вітчизняної сфери охорони здоров’я.

Сучасні тенденції щодо участі населення в офіційній та неофіційній оплаті медичних послуг, що рік від року зростає, свідчать, що ця участь поступово інституціоналізується, тобто перетворюється на чинні правила поведінки пацієнтів та надавачів медичних послуг як у формальних, так і неформальних інституціях. І хоча дослідники стверджують, що збільшення витрат домогосподарств на оплату медичних послуг можливе за рахунок підвищення реальних доходів населення (наприклад, [115]) (що справедливо), але навіть за наявний рівень доходів участь населення в оплаті медичних послуг якщо не зменшується, то залишається на постійно високому рівні.

До деякої міри недостатній рівень фінансової підтримки сфери охорони здоров’я в Україні протягом багатьох років (аж до фінансування за залишковим принципом) виступає тригером реалізації такої загрози сфері охорони здоров’я як наявність економічної та побутової корупції.

Побутова корупція проявляється у відносинах «пацієнт – лікар (або інший медичний працівник)», а економічна корупція – у відносинах «пацієнт – медичний заклад» (з приводу примусового збору так званих благодійних внесків), «медичний заклад – різноманітні державні органи та підприємницькі структури».

Економічна корупція належить до системних загроз державі, а тому має місце практично у всіх сферах суспільства. І сфера охорони здоров’я не є винятком. Саме у сфері охорони здоров’я спостерігається наймасовіше звернення громадян, а також відносини між державними або комунальними медичними закладами та підприємницькими структурами, які формуються крізь

систему публічних закупівель.

Одним з наслідків побутової корупції, є, наприклад, небажання відомих лікарів високої кваліфікації (наприклад, хірурги) йти до приватний медичних закладів, яке вони пояснюють неможливістю офіційно заробити стільки, скільки вони заробляють у державних та комунальних медичних закладах шляхом отримання неофіційних (а, по суті, тіньових або корупційних) платежів (про це йдеться у низці публікацій, наприклад, [74]).

У наш час економічна корупція у сфері охорони здоров’я має яскраво виражені ознаки інституціоналізації загрози, що, за [57], означає заміщення спонтанної періодичної девіантної (корупційної) поведінки окремих службових осіб регулярними корупційними діями з використанням певних неформальних правил, які нав'язують окремим службовим особам обов'язкові способи дії (стандарти та зразки поведінки).

Економічна корупція переважною мірою має місце в діяльності медичних чиновників. Але вона псує імідж не лише сфери охорони здоров’я, а й держави в цілому, підриває довіру населення, схиляє його до корупційної поведінки. Так, на початку осені 2025 р. директор ДБР Олексій Сухачов заявив про перевірку 2 600 медичних справ чиновників щодо рішень про призначення інвалідності із 70+ держорганів (переважно з Державної митної та податкової служб, прокуратури, правоохоронних органів). Тому з 1 січня 2025 р. в Україні замість МСЕК впроваджено систему оцінки повсякденного функціонування людини (ОПФЗ), що базується на прозорих процедурах та об'єктивній оцінці стану здоров'я [79].

Недостатній рівень фінансової підтримки як загроза сфері охорони здоров’я активізує таку серйозну загрозу як брак медичних працівників – середнього медичного персоналу та лікарів «вузьких» спеціальностей. Серйозність цієї загрози полягає в тому, що за відсутності кваліфікованих спеціалістів всі інші складові сфери охорони здоров’я – матеріальна оснащеність, інноваційні технології лікування і навіть фінансування втрачають сенс.

Брак медичних працівників у сфері охорони здоров’я виникає через різні причини. Він постійно притаманний сфері охорони здоров’я України чи не з самого початку її існування як незалежної країни. Особливо гострим є структурний брак медичних працівників: нерівномірний розподіл лікарів по території країни (від цього страждають методичні заклади районів та невеличних міст) та брак переважно середнього та молодшого персоналу.

У наш час причини браку медичних працівників у сфері охорони здоров’я України значно загострилися, про що говорять і науковці, і організатори практичної медицини:

низький рівень заробітної плати, компенсувати який за рахунок доплат та премій вдається не завжди через їхній нестійкій і, отже, негарантований характер та залежність від рішення керівництва медичного закладу (що державного, що комунального, що приватного);

невідповідність гарантованої частини оплати праці навантаженню на робочому місці;

міграційні процеси (внутрішня та зовнішня міграція) як через давні причини, так і через воєнні дії в країні;

гострий брак лікарів окремих спеціальностей. У наш час в Україні найбільше бракує хірургів і реабілітологів, у тому числі через різке зростання зараз попиту на послуги таких фахівців;

зменшення кількості абітурієнтів для вступу до медичних закладів вищої освіти попри те, що кожного року навіть у війну збільшується кількість місць на державне замовлення до цих закладів. Щоправда у 2025 р. ситуація покращилася: на місця держзамовлення за спеціальностями у сфері охорони здоров’я зараховано 4 529 абітурієнтів проти 4 462 у 2024 р. [86].

На додаток до цього слід відзначити велику кількість лікарів пенсійного віку, яким попри їхній великий досвід складно опановувати нові технології лікування, роботу з новою складною технікою.

На перший погляд недостатній рівень фінансової підтримки як загроза сфері охорони здоров’я виступає тригером такої загрози як незадовільний стан

здоров’я населення, яка є загрозою національній безпеці. Проте такий зв’язок є оманливим. У науковій літературі відомий обґрунтований висновок «про існування зворотного зв'язку між витратами на охорону здоров'я і високими темпами економічного зростання в цих країнах» [115]. Пояснюється це покращенням загального рівня життя під час економічного зростання, що позитивно впливає на здоров'я населення країни, завдяки чому зменшується потреба в медичних послугах і, відповідно, у фінансуванні їхнього надання.

Таким чином, стан здоров’я населення є результатом загального стану соціально-економічної системи держави, а не лише недостатнім рівнем фінансової підтримки сфери охорони здоров’я.

Ще однією загрозою сфері охорони здоров’я в Україні слід визнати нерівність у доступі до медичного обслуговування, хоча рівноправність громадян в отриманні відповідних послуг є одним із основних принципів охорони здоров'я [1].

Нерівність у доступі до медичного обслуговування виникає з таких причин:

брак передових технологій лікування у комунальних медичних закладах невеличких міст і навіть невеликих за чисельністю населення обласних центрів через недостатність фінансування і іноді практичну відсутність відповідним чином підготовлених фахівців;

концентрація лікувальних закладів з передовими технологіями лікування у найбільш великих містах (зараз це переважною мірою Київ та Львів, а до війни – Харків, Одеса, Дніпро);

часто відсутня можливість мешканців невеличких міст і навіть невеликих за чисельністю населення обласних центрів звернутися до інноваційно озброєних державних (як правило, національні інститути та національно-дослідні центри) та приватних медичних закладів через обмеженість, а то й зовсім відсутність коштів.

До числа «незалежних» загроз, розвиток яких, за [87], є відносно автономним, тобто майже не пов’язаним із впливом інших загроз, є недбале

ставлення переважної частини населення до свого здоров'я. Ця загроза формувалася десятиліттями, існує давно, розвивається повільно, але неухильно і навіть непомітно. Виникнення цієї загрози зумовлено низькою соціальною відповідальністю людей. Держава та міська влада можуть протидіяти цій загрозі, повільна та неухильна реалізація якої постійно відбувається, шляхом посилення просвітницької діяльності, постійного роз'яснення необхідності профілактики стану здоров'я, періодичної диспансеризації тощо. Важлива роль у цих процесах належить керівництву підприємницьких та бюджетних організацій, в яких можна впроваджувати заохочувальні заходи до персоналу щодо, наприклад, щорічної диспансеризації.

Захворювання та його розвиток негативно впливають на державні інтереси: працівник не лише «вибуває» з ладу, але й претендує (причому, абсолютно законно) на витрачання державних коштів на лікування і оплату днів перебування на лікарняному.

Загрозою сфері охорони здоров'я в Україні, яка виступає своєрідним тригером для не просто актуалізації, а розвитку з певною динамікою інших загроз, є недосконалість медичної освіти.

На жаль, дотепер в Україні у вищій освіті (і медична тут не є винятком) використовується переважна більшість пруської моделі освіти (використовувалася у СРСР, Японії, Південній Кореї), відмітними рисами якої є уніфіковані навчальні плани і програми навчальних дисциплін, їхня слабка пов'язаність, обмеженість ролі здобувачів в освітньому процесі тощо [97], колективна організація навчального процесу (навчання в групах) замість індивідуальної організації.

Найгострішими проблемами у сфері медичної освіти, які поки ще не знайшли вирішення, є такі:

відсутність широкої інтеграції вітчизняної медичної освіти в міжнародну систему освіти, що передбачає модернізацію програм підготовки майбутніх медиків на підставі вимог європейських протоколів і стандартів лікування хвороб та сучасних інформаційних технологіях;

явно недостатні можливості опанування практичних навичок роботи з сучасним лікувально-діагностичним обладнанням, застосуванням сучасних телемедичних технологій;

відсутність резидентури в медичній освіті за прикладом розвинених країн світу [81];

недосконаліть навчальних планів підготовки здобувачів (наприклад, перевантаження теоретичними дисциплінами на шкоду практичних, відсутність дисциплін, положення яких відображають сучасні досягнення в галузі медицини [42].

Невирішеність наданих проблем загального характеру і ще деяких більш специфічних проблем у медичній освіті надали сприяє виникненню і реалізації низки із зазначених вище загроз сфері охорони здоров'я в Україні.

Окремою загрозою сфері охорони здоров'я в Україні, яка потребує детальнішого розгляду, є незавершеність медичної реформи, розпочатої у 2018 р., яка проявляється у фрагментарній реалізації її рішень і, отже, паралельному існуванні елементів колишньої та нової системи охорони здоров'я. Половинчастість та фрагментарність реалізації реформи в одних випадках знищила те позитивне, що було у радянській системі охорони здоров'я в Україні і не дозволила повною мірою використати позитивні рішення, які було передбачено медичною реформою.

Отже, стан сфери охорони здоров'я в Україні перебуває під впливом реалізації загроз різноманітного характеру. Будь-яка загроза сфері охорони здоров'я в Україні може бути реальною або потенційною (ймовірною) і не виникає зненацька. Адже виникнення (поява) загроз, якщо їхній реалізації не протидіяти, викликають деформацію сфери охорони здоров'я і, відповідно, зменшення її функціональності. Важливою і для самої сфери охорони здоров'я, і для національної безпеки є своєчасна ідентифікація загроз сфері охорони здоров'я в Україні, яка розпочинається з аналізу процесів, явищ, ситуацій та тенденцій в країні або за її межами, тобто загроз, та їхнього впливу на стан сфери охорони здоров'я в Україні.

2.3. Аналіз результатів медичної реформи в Україні

Аналіз результатів медичної реформи в Україні має розпочинатися зі стислого опису сутності реформи – її цілей, напрямів, засобів та передбачуваних змін у сфері охорони здоров'я. А вже після їхнього опису доцільно розглянути результативність реформи – через майже 7 років після її початку.

Необхідність реформування сфери охорони здоров'я в Україні у десятих роках XXI століття ніким не заперечувалася – ані медичними працівниками, ані організаторами медицини, ані вченими, розмова про це у суспільстві велася багато років.

Початок медичної реформи в Україні дав Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», нормами якого передбачено створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), уведено такі нові поняття для сфери охорони здоров'я як «державні фінансові гарантії», «надавачі медичних послуг», «програма медичних гарантій», «договір з НСЗУ» [2]:

Відповідно до цього закону програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів державного бюджету України згідно з тарифом – ставкою, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби [2].

Як зауважила І. Жигінас, заступник директора юридичного департаменту НСЗУ, у доповіді під час Legal Medical Forum 26 квітня 2019 р., програма медичних гарантій:

має «врятувати» від декларативності ст. 49 Конституції України [5];

одночасно утриматися від обіцянок того, що держава ніколи не зможе виконати за цією статтею – держава гарантує повну оплату лише тих медичних послуг та лікарських засобів згідно з тарифом, які передбачено програмою

медичних гарантій;

нагадати про ст. 95 Конституції України [5], відповідно до якої «всі витрати держави на суспільні потреби здійснюються у межах коштів, передбачених на це у державному бюджеті», який на жаль, завжди був, є і буде обмеженим [82].

Характерними рисами медичної реформи в Україні, що розпочалася у жовтні 2017 р., є такі [66]:

значна кількість змін в організації медичного обслуговування населення;

докорінна зміна не просто організації медичного обслуговування населення, а самої філософії надання медичних послуг: не просто зміна стандартів і протоколів лікування, а створення конкурентного середовища у наданні медичних послуг, в якому боротьба мала б вестися за отримувача медичних послуг, оскільки за задумом реформаторів «гроші йдуть за пацієнтом», а самі отримувачі послуг були б позбавлені тіньових витрат при декларованій безкоштовній медицині;

поетапний характер змін в організації медичного обслуговування населення.

На початку медичної реформи в Україні передбачалося три етапи її здійснення.

На першому етап передбачалося реформування першої ланки медицини, створення інституту сімейних лікарів замість дільничних педіатрів і терапевтів.

На другому етапі медичної реформи увага мала була приділена реформуванню стаціонарів, для чого передбачалося:

забезпечити автономію лікарень і стаціонарів комунальної форми власності;

створити госпітальні округи, що мали виступити основою розбудови діючої мережі медичних закладів в Україні. Госпітальні округи (області) мають поділятися на госпітальні кластери з населенням від 150 тис., що дозволить розрахувати потоки пацієнтів;

створити лікарні декількох рівнів відповідно до Закону України «Про

внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» 01.07.2022 № 2347-IX [3];

запровадити програму медичних гарантій для вторинної та третинної медичної допомоги;

переведення спеціалізованих закладів на принцип «гроші ходять за пацієнтом»;

підвищення рівня цифровізації в організації надання медичних послуг (зокрема переведення направлень та медичних карток до електронного формату).

Змістом третього етапу медичної реформи в Україні мало стати реформування державних медичних центрів та науково-медичних інститутів.

Отже, за характером та масштабом змін у сфері охорони здоров'я в України медична реформа на початку її здійснення (початок 2018 р.) була дуже ґрунтовною та значною, мала забезпечити майже докорінні зміни у сфері охорони здоров'я і посилення дотримання одночасно державних, суспільних та приватних інтересів.

Через значний час з початку здійснення медичної реформи в Україні (майже 8 років) є підстави підвести її, нехай і проміжні, результати та проаналізувати її вплив на сферу охорони здоров'я в України.

Перший етап медичної реформи в Україні стартував у квітні 2018 р. Основним його змістом було підписання декларації з вибраним сімейним лікарем.

Перший етап медичної реформи в Україні вдалося фактично більш-менш повно завершити перед війною. Причому доцільно виділяти реальні результати і формальні результати, коли сутність процесів, явищ або процедур не змінилися, змінилася лише їхня форма.

Серед найпомітніших результатів першого етапу медичної реформи в Україні, що, як є підстави стверджувати, мають до деякої міри формальний характер (тобто принципово не змінили процеси та процедури з колишньої медичної системи) доцільно відзначити такі:

поява сімейних лікарів з деяким набором універсальних функцій та повноважень і амбулаторно-фельдшерських пунктів в сільській місцевості;

встановлення залежності фінансування сімейних лікарів (заробітна плата + матеріальне забезпечення медичних послуг) від кількості підписаних декларацій з пацієнтами. До війни декларації були укладені більш ніж з 95% населення;

створення завдяки укладеним деклараціям в електронному вигляді електронної бази пацієнтів, що виявилося надзвичайно корисним при переїзді людей з окупованих або прифронтових територій вглиб країни завдяки збереженню медичної інформації людей;

активне введення в практику онлайн-консультацій «свого» лікаря, що надає змогу отримати його призначення, е-лікарняний та е-рецепт на відстані (іноді у сотні кілометрів).

Під час воєнних дій правила надання первинної медичної допомоги стали ще гнучкішими: пацієнт може отримати медичну допомогу (зокрема доступ до лікаря) незалежно від місця перебування, наявності укладеної декларації або зв'язку з власним сімейним лікарем [66].

Другий етап медичної реформи в Україні мав стартувати 1 липня 2019 р., але фактично розпочався з 1 квітня 2020 р. Його своєчасному початку та повноцінному перебігу завадила спочатку епідемія коронавірусної інфекції, а потім – війна.

Головною ознакою другого етапу медичної реформи в Україні стало укладання медичними закладами комунальної форми власності (перейменовані у некомерційні комунальні підприємства) договорів з Національною службою здоров'я України за тематичними пакетами з надання медичних послуг певного виду – хірургічних, терапевтичних, лікування інфарктів і інсультів тощо (пропозиції щодо укладання договорів надавачі медичних послуг спрямували до НСЗУ наприкінці 2019 р.).

Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій відповідно до ст. 8 Закону України «Про державні фінансові гарантії

медичного обслуговування населення» має укладатися між Уповноваженим органом (наразі – це НСЗУ) та закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою-підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають встановленим Кабінетом Міністрів України вимогам до надавача медичних послуг за програмою медичних гарантій [2].

Договір з НСЗУ у медичній реформі розглядався як потужний інструмент розвитку медичного бізнесу в Україні, оскільки передбачалося, що він забезпечить стабільне фінансування медичного закладу, посилить його конкурентоспроможність та розширить клієнтську базу завдяки перевагам, що надає пацієнтам програма медичних гарантій. Адже договір з НСЗУ повинен був втілити у практику головний принцип другого етапу – фінансування лікарні мають отримувати залежно від кількості та обсягу медичних послуг, що їх надають.

Проте на практиці при укладенні закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами - підприємцями договорів з НСЗУ виникла низка проблемних ситуацій:

несталість вимог до укладення договору, які регулярно змінювалися та доповнювалися;

наявність специфічних вимог для різних пакетів медичних послуг;

стислі терміни укладання договорів;

короткотерміновий характер договорів (контрактування на один рік), що збільшує організаційні зусилля надавачів медичних послуг, перетворюючи укладання контракту на постійній процес, призводить до збільшення обсягу документації через підготовку та подання тих самих документів, що і минулого року та дублювання попередніх угод на аналогічні пакети медичних послуг (близько 95%), перевірка одних і тих самих документів. Проте із 01.01.2025 медичні заклади отримали можливість укладати договори з НСЗУ на період понад 1 рік (відповідно до змін до постанови Кабінету Міністрів України «Про

договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 25.04.2018 № 410 у постанові Кабінету Міністрів України від 02.05.2025 № 511 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410»). Наразі обговорюється можливість укладати договори строком до трьох років.

За результатами другого етапу медичної реформи в Україні є підстави стверджувати таке.

впровадження другого етапу медичної реформи в Україні збіглося з епідемією коронавірусної інфекції, що зумовило виникнення низки складнощів в її реалізації, відхилень від попередніх задумів та необхідність корегувань деяких положень реформи (наприклад, у частині розрахунків кількості медичного персоналу, особливо допоміжного);

не вдалося повною мірою реалізувати імперативний принцип медичної реформи «гроші ходять за пацієнтом» і в такий спосіб створити у сфері охорони здоров'я конкурентне середовище головним чином через епідемію COVID-19 та початок воєнних дій;

медичні заклади всіх форм власності отримували фінансування з НСЗУ відповідно до послуг, які вони надавали;

приватні медичні заклади не виявили особливої активності в укладанні договорів з НСЗУ: по-перше, їх відштовхнув великий обсяг робіт при укладанні договорів, а, по-друге, їхня підприємницька діяльність і без того є прибутковою;

налагодження НСЗУ щоденного автоматичного моніторингу відповідності надавачів медичних послуг умовам договору, зокрема щодо кількості та кваліфікації персоналу надало змогу регулярно інформувати медичні заклади про виявлені порушення, а при їхньому неусуненню протягом 60 днів – розривати договори [102];

мало місце непоодинокі випадки розриву договорів з медичними закладами за тими чи іншими напрямами як з ініціативи НСЗУ, якщо надавачі послуг не усунули виявлені недоліки протягом 60 днів, так і з ініціативи

надавачів послуг, які самостійно спрямували листи до НСЗУ про бажання розірвати договір за окремими пакетами (однією з причин, що часто зустрічається при мотивації розірвання договору, є брак кваліфікованих медичних працівників, наявність яких є найважливішою умовою договору медичного закладу з НСЗУ).

Отже, другий етап медичної реформи в Україні немає підстав визнати успішним та завершеним з причин як об'єктивного (епідемія коронавірусної інфекції, війна, руйнування медичних закладів, їхнє перебування на окупованій території та ін.) та і суб'єктивного характеру (наявність достатньої кількості прорахунків у початковій версії медичної реформи, які приходилося виправляти у низці нормативно-правових документів).

Незважаючи на незавершеність другого етапу медичної реформи в Україні, з початку 2023 р. у 18 областях України та м. Київ розпочався її третій етап, який отримав назву інфраструктурного. Вважається що третій етап розпочався із ухвалення низки нормативно-правових документів:

Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 № 2347-IX [3];

постанови Кабінету Міністрів «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.02.2023 № 174 [15].

На третьому етапі медичної реформи передбачалося створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я і затвердження відповідного переліку медичних закладів на території країни в межах госпітальних округів і госпітальних кластерів.

Спроможна мережа закладів охорони здоров'я – це мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, надає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів [15].

Кожна область стала окремим госпітальним округом, який поділено на

кластери. У межах одного госпітального округу лікарні поділено на надкластерні, кластерні та загальні. У загальних лікарнях пацієнти отримують медичні послуги з лікування найпростіших захворювань. Особливість загальних лікарень – надання медичних послуг якомога ближче до пацієнта. Зі складнішими захворюваннями медичні послуги пацієнту мають надавати кластерні та надкластерні лікарні, особливістю яких є вузька спеціалізація (наприклад, лікування інсультів та інфарктів) [93].

Наразі у 19 областях та м. Київ до спроможної мережі включено 583 лікарень, з яких 135 – надкластрені, 166 – кластерних та 282 – загальні медзаклади. До мережі також входить 2 537 надавачів первинної медичної допомоги та 25 центрів екстреної медичної допомоги [93].

Таким чином, медична реформа в Україні, що розпочалася на початку 2018 р. переслідувала кілька важливих цілей для національної безпеки, для дотримання державних, суспільних та приватних інтересів, серед яких слід зазначити такі:

подолати формальний характер гарантованого Конституцією України рівного доступу до медичних послуг;

фінансувати у медичних закладах не ліжко-місця, а конкретні медичні послуги (принцип «гроші ходять за пацієнтом»);

створити спроможну мережу закладів охорони здоров’я, кожен з яких має не загальне, а конкретне призначення.

Медична реформа в Україні триває вже майже 8 років. Її результати, які сьогодні є підстави вважати проміжними, і науковцями, і практиками оцінюються неоднозначно: є успішна реалізація певних положень реформи, є явні промахи, є обставини об’єктивного характеру, які спричинили відхилення від первинних задумів реформи, корегування її положень і невиконання навіть скорегованих положень, що довелося виправляти в ухваленій низці нормативно-правових документів – законах України, постановах та розпорядженням Кабінету Міністрів України.

До числа позитивних результатів медичної реформи в Україні слід

віднести створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), призначенням якої стала організація фінансування надання медичних послуг, якою раніше займалося МОЗ України (забезпечення фінансових гарантій); впровадження низки електронних сервісів, найвдалішим з яких є eHealth; реалізація програми «Доступні ліки»; створення кардіологічних центрів.

Але не всі цілі медичної реформи вдалося досягти, не всі її положення виявилися придатними до практичного втілення.

Так, мету осучаснення сфери здоров'я в Україні, подолання негативних залишків радянської медицини вдалося до певної міри досягнути. Одним з таких залишків є явно непоодинокі випадки побутової та економічної корупції (яскравий прояв – нещодавний скандал із МСЕК, що потребувало її перетворення).

Неоднозначно слід оцінити і докорінну зміну пріоритетної функції медичних закладів (у першу чергу, комунальних некомерційних підприємств) із соціальної на соціально-економічну (причому, з домінуванням економічної частини). Така неоднозначність оцінки зумовлена майже практично постійним недостатнім фінансуванням програми медичних гарантій через занижені тарифи НСЗУ на медичні послуги (за оцінками програма медичних гарантій покриває лише 70 % витрат медичних установ [31]), через що навіть зі збільшенням загального бюджету на охорону здоров'я фінансування медичних послуг є недостатнім.

Зростання ролі економічної складової в діяльності медичних закладів потребувало від їхніх керівників навичок, до цього відсутніх, – навичок управління такими закладами як бізнес- структурами та навичок ділового адміністрування. Абсолютно правомірним у цій ситуації було б призначення в той чи інший спосіб керівниками медичних закладів осіб без медичної освіти, але з міцними навичкам менеджерів топ-рівня.

Крім явних прорахунків у підготовці та проведенні медичної реформи в Україні доцільно відзначити ще й такі, що мають характер прихованих.

Так, з часом проявилася слабка підтримка змін, що передбачала медична реформа, медичними працівниками, їхня явно недостатня роль у підготовці реформи: спочатку через нерозуміння очікуваних змін, а потім – через усвідомлення, що реформа передбачає унеможливлення «тіньових» доходів, які лише частково будуть компенсовано завдяки зростанню «офіційних» трудових доходів, то почали фактично чинити (почасти, неприхований) спротив таким змінам [67].

За результатами аналізу медичної реформи в Україні є підстави стверджувати про її незавершений характер, половинчастість, а у низці аспектів і фрагментарність здійснених змін та прояв їхніх негативних боків. Адже реформа у будь-якій суспільній сфери завжди повинна мати не лише початок, але й бути закінченою.

За таких результатів медичної реформи в Україні є підстави стверджувати про загрозливість її характеру для сфери національної безпеки. Саме незакінченість медичної реформи в Україні, відзначені її характерні риси підтверджують попередній висновок: у такому стані і з такими результатами подальше проведення медичної реформи поступово перетворюється на загрозу сфері охорони здоров'я в Україні.

Результати медичної реформи в Україні свідчать, що у процесі її здійснення у сфері охорони не вдалося повною мірою забезпечити дотримання і державних, і суспільних, і приватних інтересів у цій сфері, які передбачають забезпечення рівних прав на отримання доступних медичних послуг – якісних і своєчасних, у першу чергу, через достатнє державне фінансування програм, що реалізуються у сфері охорони здоров'я. Саме недостатність державного фінансування таких програм є однією з головних перешкод забезпечення національної безпеки у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Стан сфери охорони здоров’я в країні суттєвим чином визначає можливість держави задовольняти національні інтереси і, відповідно, забезпечувати національну безпеку. В аналізі стану сфери охорони здоров’я в Україні використано як кількісні, так і якісні оцінки, тобто оцінки принципово кількісно невимірюваних явищ, тенденцій, ситуацій тощо.

Одним із важливих кількісних показників стану сфери охорони здоров’я в Україні є видатки бюджету на охорону здоров’я. Видатки зведеного бюджету України на охорону здоров’я у % до ВВП не можна порівнювати з видатками розвинених країн, навіть серед країн з ринками, що формуються, Україні належить середнє місце.

У 2025 р. в Україні діють 3733 надавачі медичних послуг, серед яких домінують заклади комунальної форми власності. Проте і приватних медичним закладам належить немала частка ринку медичних послуг: на кінець квітня 2025 р. в Україні офіційно зареєстровано 7768 приватних медичних закладів. Надання ними медичних послуг поступово, але впевнено перетворюється на високорентабельний бізнес. Приватні медичні заклади можуть входити до державної системи медичних гарантій, завдяки чому їхні пацієнти можуть отримувати в таких закладах безоплатні медичні послуги. Але цей процес відбувається повільно через незбалансованість інтересів держави та приватних клінік.

Опис сфери здоров’я в Україні лише з використанням кількісних показників є неповним. До деякої міри загальне уявлення про дотримання суспільних інтересів у сфері охорони здоров’я в Україні і опосередковане уявлення про стан сфери охорони здоров’я в Україні надають відповідні індекси – «Індекс здоров'я. Україна», Глобальний індекс безпеки здоров'я (Global Health Security Index) і до деякої міри індексом здоров’я (Health Care Index). Складові «Індекс здоров'я. Україна» свідчать про певне вирішення одних

проблем у сфері охорони здоров'я і, на жаль, про виникнення нових проблем. Позиція України у міжнародних індексах розташовується у другій половині переліку країн, показники яких враховано при складанні індексу, що також свідчить про наявність у сфері охорони здоров'я низки проблем.

За результатами стислого аналітичного опису стану сфери охороно здоров'я в Україні можна дійти висновку про дотримання в цілому в ній державних суспільних та приватних інтересів. Але рівень дотримання цих інтересів не можна визнати задовільним. Такий рівень задоволення державних суспільних та приватних інтересів у сфері охорони здоров'я як важливої складової національної безпеки здатний лише її певним чином підтримувати.

Стан сфери охорони здоров'я в Україні перебуває під впливом реалізації загроз різноманітного характеру. Зміст поняття «загроза сфері охорони здоров'я» слід тлумачити в такий спосіб: сукупність процесів, явищ, ситуацій та тенденцій в країні або за її межами, які за наявності певних умов в державі спроможні викликати негативні зміни різного характеру, масштабу та наслідків у сфері охорони здоров'я, відсутність реакції на які спотворює процеси у у сфері охорони здоров'я, що не дозволяє її складовим виконувати повною мірою своє призначення.

Будь-яка загроза сфері охорони здоров'я в Україні може бути реальною або потенційною (ймовірною) і не виникає зненацька. Адже виникнення (поява) загроз як процесів, явищ, ситуацій та тенденцій в країні або за її межами становлять собою поступовий ланцюжок подій, за накопиченням яких вони становляться помітними і викликають у сфері охорони здоров'я зміни негативного характеру, які, якщо ним не протидіяти викликають деформацію цієї сфери і, відповідно, зменшення її функціональності, заважають її повноцінному функціонуванню, не дозволяють виконувати її призначення і таким чином утискають державні, суспільні та приватні інтереси.

Важливою і для самої сфери, і для національної безпеки є своєчасна ідентифікація загроз сфері охорони здоров'я в Україні, що надає змогу визначити етапи розвитку загроз, передбачити наслідки реалізації і, головне, не

допустити інституціоналізацію результатів розвитку загроз, долати яку вкрай складно, а у низці випадків просто неможливо.

Визнання незавершеності та половинчастості медичної реформи однією із загроз сфері охорони здоров'я в Україні замовило необхідність аналізу її результатів, який розпочато зі стислого опису сутності реформи. Її проведення потребувало ухвалення низки нормативно-правових документів – законів України, постанов та розпоряджень Кабінету Міністрів України. Ключовими елементами медичної реформи мали стати створення Національної служби здоров'я України, призначенням якої є організація фінансування комунальних та державних медичних закладів, та програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), в якій визначено перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів державного бюджету України згідно з тарифом.

Провести медичну реформу в Україні своєчасно, за встановленими термінами, визначеними змінами різного характеру, масштабу та локалізації та наслідками таких змін завадили обставини та причини як об'єктивного характеру (епідемія короновірусної інфекції, війна з рф), так і суб'єктивного характеру (прорахунки у положеннях реформи, непослідовність здійснення запланованих змін тощо). Наслідком цього стали незавершеність реформи, фрагментарний характер змін, недосягнення її основної мети – осучаснення сфери охорони здоров'я в Україні, у тому числі шляхом забезпечення рівності доступу громадян до отримання якісних та своєчасних медичних послуг.

Характер результатів медичної реформи в Україні, яка явно затягнулася і перебуває у незакінченому стані, явно не сприяє посиленню дотримання державних, суспільних та приватних інтересів у сфері охорони здоров'я, стан якої поки не загрожує національній безпеці України, але й не сприяє її посиленню.

РОЗДІЛ 3
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Принциповий підхід до убезпечення сфери охорони здоров'я в Україні

Стан сфери охорони здоров'я в Україні у наш час свідчить про явно недостатнє дотримання державних, суспільних та приватних інтересів, тобто про те, що стан цієї сфері поки ще недостатньо сприяє зміцненню національної безпеки, у тому числі і через не лише існування, а й активну реалізацію і навіть інституціоналізацію виявлених загроз сфері охорони здоров'я (див. рис. 2.2).

Протидія загрозам сфері охорони здоров'я в Україні, їхній реалізації та інституціоналізації повинна бути організована на системній основі, що передбачає розгляд цього процесу як цілісної системи, що складається з певних дій, які передбачають внесення відповідних змін, взаємозв'язків між цими діями та взаємодії їх із зовнішнім середовищем.

Підґрунтям системи змін у сфері охорони здоров'я України з метою покращення її стану має стати принциповий підхід до убезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. Він становить собою сукупність способів, принципів та поглядів, які у сукупності представляють собою обґрунтований з позицій захисного підходу погляд на упорядковану сукупність змін різноманітного характеру, масштабу та локалізації, спрямованих на попередження виникнення, актуалізації, реалізації загроз сфері охорони здоров'я та протидію інституціоналізації наслідків реалізації.

Спроби внести зміни до сфери охорони здоров’я мають місце протягом усього терміну існування держави як незалежної та суверенної. Як правило, комплекс змін у сфері охорони здоров'я в Україні, їхня сутність та спрямування спочатку викладено у відповідних концептуальних засадах, а потім повною − мірою або частково – у нормативно-правових документах.

Увага до змін до сфери охорони здоров’я зумовлена її важливістю і для суспільства, і для держави, і для населення, а зрештою і для національної безпеки. Саме тому щодо внесення змін до цієї суспільної сфери протягом майже 30 років в Україні прийнято низку документів концептуального та нормативно-правового характеру, найвагоміші з яких надано у табл. 3.1. Такі документи достатньо численні, а тому дослідники намагаються періодично їх упорядкувати (наприклад, [26]).

Як виходить з табл. 3.1, переважна більшість документів, прийнятих у державі щодо змін у сфері охорони здоров’я з метою, як мінімум, забезпечення її адекватності сучасним реаліям в Україні (концепції, національний план, стратегія) хоча і є офіційними документами, але не є нормативно-правовими документами у прямому розумінні поняття «нормативно-правовий документ» – закон України, акти Президента України та Кабінету Міністрів України.

У концепціях, національних планах, стратегіях щодо змін у сфері охорони здоров’я містяться опис наявних проблем у сфері охорони здоров’я, довгострокові цілі та пріоритети змін в ній, підходи до правового регулювання їхнього здійснення. Тому концепції, національний план, стратегія слугують підставою видання нормативно-правових актів, які містять конкретні норми поведінки всіх суб’єктів у сфері охорони здоров’я, обов'язкові для виконання.

Документи із внесення змін до сфери охорони здоров’я в Україні з табл. 3.1 свідчать, що у перше десятиліття існування України як незалежної та суверенної держави сфері охорони здоров’я належної уваги практично не приділялося.

Майже 10 років в Україні за умовчанням використовувалася семашківська модель охорони здоров’я, яка поряд із безсумнівними перевагами має і суттєві недоліки, а, головне, становилася неадекватною реаліям, що складалися у соціально-економічній системі держави.

Таблиця 3.1

Документи концептуального та нормативно-правового характеру щодо внесення змін до сфери охорони здоров'я в Україні

Документи	Основні зміни, передбачені документом
1991-1999 рр. Конституція України [5]; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [1]	Правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні
2000-2014 рр. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [9] Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» [17] Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [10] Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року [18] Оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Організація протидії найпоширенішим та найсерйознішим захворюванням Спроби запровадження страхової медицини, стандартів лікування на основі доказової медицини Становлення та розвиток приватної медицини
2015-2020 рр. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки [70] Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2] Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [4] Концепція розвитку електронної охорони здоров'я [19]	Нові форми фінансування медичних закладів за принципом «гроші ходять за пацієнтом» та оплати праці медичних працівників Запровадження гарантованого державою пакета медичних послуг Перехід до контрактної моделі закупівлі Створення єдиного замовника медичних послуг та закупівлі через систему публічних закупівель Формування правових, організаційних та технологічних умов та засад розвитку е-здоров'я та електронної системи охорони здоров'я
2021-2025 рр. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [20] Указ Президента України «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [11] Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [3]	Розвиток системи охорони здоров'я у частині гарантування доступності населення України до якісних медичних послуг Раціональне використання ефективних та безпечних лікарських засобів належної якості Поетапне включення до тарифів на медичні послуги вартості лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів Введення індикаторів якості надання первинної медичної допомоги Удосконалення електронної системи охорони здоров'я

Складено автором з використанням [26].

Недоліки семашківської моделі охорони здоров’я – централізоване фінансування з держбюджету, надання безкоштовної медичної допомоги всім громадянам, відсутність або слабка розвиненість приватного сектора, відсутність стимулів для підвищення якості медичної допомоги, спирання на адміністративно-командні методи управління – особливо яскраво проявилися у моменти економічних перетворень в державі [103].

Першим офіційним документом щодо перетворень у сфері охорони здоров'я в Україні стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, яку ухвалено 07.12.2000. У цій концепції окреслено умови реалізації положень Конституції щодо забезпечення доступної медичної допомоги, надано загальний опис нових механізмів фінансування та умов для здорового способу життя.

Численність офіційних документів щодо змін у сфері охорони здоров’я України свідчить про деяку поспішність та непослідовність здійснення таких змін. У низці випадків навіть після неповного здійснення змін у сфері охорони здоров’я України, передбачених одним документом, в дію вводився новий документ. До деякої міри це пояснюється великою кількістю наявних проблем у сфері охорони здоров’я України і намаганням розв’язати їх одночасно і у доволі стислі терміни. Проте такий принцип розв’язання проблем − одночасно і у стислі терміни – є хибним і помилковим, а головне, його застосування не надає очікуваних результатів у вигляді позитивних стійких змін у сфері охорони здоров’я.

У численних офіційних документах щодо змін у сфері охорони здоров’я України слід також відзначити відсутність чіткого окреслення моделі медичної системи, на формування якої мали б були спрямовані положення багатьох концепцій та планів у цій сфері суспільних відносин.

Незважаючи на наявність багатьох концепцій, національних планів, стратегій щодо змін у сфері охорони здоров’я, нормативно-правові документи щодо перетворень у цій сфері нечисленні – Закони України (без врахування вузькоспрямованих законів, таких як Закон України «Про екстрену медичну

допомогу» та Закон України «Про психіатричну допомогу») і декілька Указів Президента України:

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII;

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017;

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII;

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 № 2347-IX.

З цього приводу є підстави зробити припущення про невідповідність кількості офіційних документів щодо змін у сфері охорони здоров’я та нормативно-правових документів. Відзначена невідповідність може бути зумовлена несистемністю та нечіткістю положень офіційних документів щодо змін у сфері охорони здоров’я, причиною чого є намагання охопити в одному документі увесь великий спектр проблем, наявних і практично невирішених у вітчизняній сфері охорони здоров’я.

Проте не можна не відзначити, що реалізація зазначених в документах з табл. 3.1 щодо змін у сфері охорони здоров’я дозволила внести до неї певні зміни (у низці випадків суттєві) у наданні медичних послуг первинної (переважною мірою), вторинної (до деякої міри) і третинної (явно не закінчені) медицини. Зокрема йдеться про запровадження програми медичних гарантій. Відбулися також зміни і в організації діяльності медичних закладів (спроба автономізації їхньої діяльності), їхнього ресурсного забезпечення (перехід до системи публічних закупівель) та організації надання медичних послуг (створення основних національних агенцій охорони здоров’я − Національної служби здоров’я України, Центру громадського здоров’я МОЗ та ДП »Медичні закупівлі України»).

Зазначені обставини щодо державного регулювання змін у сфері охорони

здоров’я України дозволяють стверджувати про необхідність перегляду поглядів на формування концептуальних засад змін у цій сфері суспільних відносин. Зокрема йдеться про концептуальні засади убезпечення сфери охорони здоров’я в Україні, адже ця сфера є важливою складовою національної безпеки.

Безумовно, підставою концептуальних засад убезпечення сфери охорони здоров’я в Україні має стати один з ключових документів сьогодні для цієї сфери України – Стратегія розвитку системи охорони здоров’я на період до 2030 року та операційний план заходів з її реалізації у 2025-2027 рр., затверджених розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р [20].

Проте розглядати шляхи, напрями, дії та процеси розвитку системи охорони здоров’я в Україні у відриві від ліквідації або гальмування розвитку загроз сфері охорони здоров’я, за відсутності уваги до цього неправильно. Більш того, діям та процесам розвитку системи охорони здоров’я в Україні, зазначеним у Стратегії розвитку системи охорони здоров’я на період до 2030 року та в операційному плані заходів з її реалізації у 2025-2027 рр., може суттєво перешкоджати продовження реалізації загроз сфері охорони здоров’я, через що виконання Стратегії та операційного плану можуть виявитися нерезультативними, тобто їхні цілі можуть бути не досягнуті.

Отже, у концептуальних засадах убезпечення сфери охорони здоров’я в Україні має бути відображена позиція держави щодо визнання реальних загроз сфері охорони здоров’я, їхнього активного розвитку за етапами актуалізації, реалізації або навіть інституціоналізації, принципів ліквідації або припинення реалізації виявлених загроз з позиції захисного підходу до зміцнення національної безпеки.

Концептуальні засади убезпечення сфери охорони здоров’я в Україні мають базуватися на певних принципах, тобто розроблятися з дотриманням правил, наданих у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Принципи формування концептуальних засад
убезпечення сфери охорони здоров’я в Україні

Принцип	Зміст принципу
контексності	Концептуальні засади розглядаються у контексті національної безпеки, тобто у контексті дотримання державних, суспільних та приватних інтересів
цільової спрямованості	Концептуальні засади мають містити чітке формулювання основної ідеї змін у сфері охорони здоров’я в Україні, покликаних припинити реалізацію та ліквідувати інституціоналізацію загроз цій сфері
реалістичності	Визнання наявності низки реальних загроз сфері охорони здоров’я в Україні, які перебувають на різних стадіях розвитку (переважно на стадіях реалізації, причому, активної та інституціоналізації)
інституційної допустимості	Концептуальні засади мають виходити з норм відповідних законів України, підсилювати чинні офіційні документи розвитку системи охорони здоров’я (на даний момент часу – Стратегію розвитку системи охорони здоров’я на період до 2030 року та в операційному плані заходів з її реалізації у 2025-2027 рр.)
системності	Загрози сфері охорони здоров’я в Україні мають розглядатися в їхній системній сукупності, в якій одні загрози виступають тригером (або джерелом) інших загроз
дієвості	Концептуальні напрями мають передбачати такі дії з попередження негативних змін у цій сфері, які держава реально може здійснити у визначені терміни виходячи з наявних умов та ресурсної забезпеченості таких дій
цілісності	Усі складові концептуальних засад мають бути взаємопов'язаними і створювати єдине ціле
єдності форми та змісту	Складові концептуальних засад мають гармонійно поєднуватися з ідеєю, яку вони представляють, у завершеній формі.

Розроблено автором

Дотримання наданих у табл. 3.2 принципів надає змогу розробити якісні концептуальні засади убезпечення сфери здоров’я в Україні, положення яких розкривають зміст дій держави щодо усунення у певній формі (призупинення реалізації, протидія їй, усунення вже наявних змін у сфері охорони здоров’я через реалізацію загроз, боротьба з інституціоналізацією наслідків загроз тощо)

загроз сфері охорони здоров'я, що має зміцнити національну безпеку.

Так, відповідно до принципу реалістичності при розробленні концептуальних засад убезпечення сфери здоров'я в Україні слід визнати наявність низки реальних загроз сфері охорони здоров'я в Україні, які перебувають на різних стадіях розвитку (переважно на стадіях реалізації, причому, активної та інституціоналізації) (див. рис. 2.2). За негативністю змін, які викликають загрози у сфері охорони здоров'я України, сукупність загроз є ієрархічною, що зумовлює необхідність виявлення пріоритетності загроз, тобто виявлення тих з них, що виступають тригером та рушійною силою інших загроз.

Принцип контекстності у розробленні концептуальних засад означає, що убезпечення сфери здоров'я в Україні розглядається з позицій захисного підходу – одного з основних, як вже згадувалося, в економічній безпекології.

Дотримання принципів контекстності та цільової спрямованості забезпечує адресний характер концептуальних засад, конкретизацію її положень, в яких має бути надана ідея убезпечення сфери здоров'я в Україні і, відповідно, зміцнення національної безпеки. З цієї позиції можна відзначити спеціальний характер концептуальних засад, положення яких присвячено не сфері охорони здоров'я в цілому, а одному з її аспектів – захисту від загроз.

Реалізація принципів системності та цілісності при розробленні концептуальних засад убезпечення сфери здоров'я в Україні має розпочинатися з аналізу кожної окремої загрози, в ході якого має бути виявлений характер загрози, етап її розвитку, його наявні наслідки, вплив реалізації аналізованої загрози на інші загрози і характер цього впливу.

Як вже відзначено, за характером впливу конкретної загрози інші загрози можуть актуалізовуватися, пришвидшувати розвиток, через що наслідки цього − зміни негативного характеру у сфері охорони здоров'я – можуть ставати більш серйозними.

На наш погляд, найсерйознішою загрозою сфері охорони здоров'я в Україні, яку є всі підстави вважати загрозою-тригером, джерелом та рушійною

силою реалізації інших загроз, є недостатність фінансування, незважаючи на базу фінансування (ліжко-місця як у семашківській моделі організації охорони здоров'я, пацієнт або набір (комплекс) медичних послуг як у сучасній моделі, що наразі функціонує в Україні) та суб'єкта фінансування (МОЗ як у семашківській моделі або НСЗУ як у чинній моделі).

Загрозу недостатності фінансування охорони здоров'я в Україні не вдалося усунути ані за радянських часів, ані за часів України як незалежної суверенної держави, бо видатки державного та місцевих бюджетів завжди були меншими від потреб у фінансуванні медичних закладів.

Отже, спроби внести зміни до сфери охорони здоров'я України мають постійний характер, їх відображено у численних офіційних та нормативно-правових документах останніх 25 років. Проте підстави визнати високу результативність таких змін є обмеженими через низку причин, серед яких доцільно відзначити загальний характер як самих змін, так й їхніх підстав, намагання вирішити одразу усю сукупність накопичених проблем у сфері охорони здоров'я, а головне – недостатньо переконливу обґрунтованість змін, їхнього підґрунтя, спрямованість та очікуваних наслідків.

Обмеженість підготовлених та запроваджених до втілення різноманітних концепцій та стратегій щодо змін у сфері охорони здоров'я України зумовила висновок про доцільність розроблення з позицій певних конкретних цільових адресних концептуальних засад з убезпечення цієї сфери. Такі концептуальні засади мають базуватися на наданих принципах і передбачати протидію реалізації загроз сфері охорони здоров'я України.

3.2. Концептуальні засади організації загальнообов'язкового медичного страхування в Україні

Недостатність фінансування сфери охорони здоров'я в Україні є серйозною загрозою цій сфері, бо виступає тригером запуску, реалізації та навіть інституціоналізації інших загроз цій сфері, серед яких найсерйознішими

є побутова та економічна корупція, брак медичного персоналу, його низька вмотивованість і, відповідно, складнощі з якістю медичних послуг, що мають надаватися.

Наразі система державних гарантій надання медичної допомоги (так звана «безкоштовна медицина») фінансується за рахунок коштів державного бюджету, які спрямовуються комунальним і державним медичним закладам за тарифом НСЗУ та планованим обсягом медичних послуг.

Спроби дозволу комунальним та медичним закладам надавати платні медичні послуги пацієнтам дозволили компенсувати недостатність фінансування лише частково. До того ж величину коштів, отримувану медичним закладом від надання платних медичних послуг, достатньо складно передбачити, що ускладнює планування кошторису закладу.

Тому у фінансуванні охорони здоров’я в Україні потрібні більш масштабні зміни, які неминуче пов’язані із медичним страхуванням. Актуалізація залучення страхових премій до фінансування діяльності медичних закладів, по суті, означає хоча і приховане, але визнання неможливості забезпечити фінансування медичних послуг населенню за рахунок винятково державних коштів або коштів місцевих бюджетів. Власне, жодна розвинена країна у світі не може цього зробити. Тому у цьому сенсі у фінансуванні сфери охорони здоров’я в Україні доцільно скористатися адаптованим до наших умов досвідом зарубіжних країн зі страхової медицини.

Взагалі у світі є небагато джерел фінансування медичних послуг, що надають медичні заклади країни:

загальне бюджетне фінансування, тобто бюджетні кошти, джерелом яких є податки;

медичне страхування – обов'язкове соціальне або добровільне;

прямі платежі населення.

Наразі питання обов'язкового соціального медичного страхування в Україні незначною мірою врегульовуються в межах загальнообов'язкового державного соціального страхування поряд з такими його видами як пенсійне,

на випадок безробіття, страхування на випадок тимчасової непрацездатності та від нещасних випадків. Переважною мірою ці питання стосуються оплати часу непрацездатності працюючого під час лікування захворювання у медичних закладах.

Отже, для подолання загрози недостатності фінансування сфери охорони здоров'я в Україні дуже нагальним є впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування, про яке в України багато розмов ведеться майже всі роки існування України як незалежної країни з посиланням на досвід європейських країн, але мало змін (якщо не сказати більше – вони відсутні), які б сприяли його уведенню хоча б фрагментарно. Наразі в Україні не існує загальнообов'язкового медичного страхування, адмініструванням якого має займатися держава. В Україні існує лише добровільне медичне страхування, яке здійснюють страхові компанії – підприємницькі структури, для яких страхування є видом економічної діяльності.

Добровільне медичне страхування в Україні забезпечує покриття медичних витрат, що не покриваються державою, поділяється на особисте та корпоративне і різниться за:

типом договору – індивідуальне або корпоративне;

обсягом покриття − Економ-клас, Стандарт-клас, Еліт-клас;

сферою страхового захисту − амбулаторне лікування, лікування в стаціонарі, невідкладна та стоматологічна допомога [112].

Добровільний характер медичного страхування означає, що кожна людина за власним бажанням може вибрати страхову компанію та поліс на певну страхову суму, щоб отримувати впродовж певного періоду медичні консультації, медичний асистанс та лікування у приватних медичних закладах.

Добровільне медичне страхування в останні роки в Україні становиться прибутковим видом підприємницької діяльності, масштаб якої поступово, хоча і не дуже швидко, збільшується. Так, у І півріччі 2025 р. загальна сума страхових премій (вартість договору або полісу страхування, яку сплачує клієнт) у сегменті добровільного медичного страхування становила 3,87 млрд

грн, середній рівень виплат за медичним страхуванням досяг 63,26%. В структурі ринку страхових послуг добровільному медичному страхуванню належить майже 16% [73].

Добровільність медичного страхування означає його певну вибірковість для населення − договори індивідуального типу укладає певна категорія громадян, а корпоративного типу укладають підприємницькі організації з метою у тому числі посилення своєї привабливості для працівників.

Охопити більш широку аудиторію можна за допомогою запровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Обговорення загальнообов'язкового медичного страхування в Україні (і не лише у наукових колах та серед державних службовців, а навіть у вигляді законопроєктів на рівні Верховної Ради) активно триває принаймні останні 25 років: законопроекти про загальнообов'язкове медичне (у низці випадків присутнє слово «соціальне») страхування від 27.11.2007 р. № 1040, від 18.12.2007 р. № 1040-1, від 08.01.2008 р. № 1040-2, від 30.03.2009 р. № 4279, від 30.06.2009 р. № 4744, від 13.08.2012 р. № 11077, від 21.03.2013 р. № 2597, від 05.04.2013 р. № 2597-1, від 02.08.2016 №4981-2 [91,130].

Зазначені законопроєкти так і не стали законами. Вони різняться за статусом та суб'єктами страховиків, переліком страхувальників та застрахованих осіб, порядком формування та розміром страхового платежу тощо. Але загальною рисою практично всіх законопроєктів про загальнообов'язкове державне медичне страхування є збереження семашківської моделі організації медичного обслуговування – моделі колективного обслуговування населення – при суттєвих перетвореннях у системі фінансування сфери охорони здоров'я.

Пропоновані перетворення у системі медичного страхування передбачали створення трьох підсистем – солідарної, накопичувальної систем та системи недержавного медичного страхування [60].

Актуальність таких пропозицій зникла після змін у фінансуванні сфери охорони здоров'я за положеннями проведеної медичної реформи. Проте навіть

ці зміни не дозволили зупинити реалізацію загрози недостатності фінансування сфери охорони здоров’я і не зняли з порядку денного необхідність впровадження загальнообов’язкового медичного страхування. Більш того, у наш час не лише не вдалося зупинити реалізацію загрози недостатності фінансування сфери охорони здоров’я, але при цьому дещо ускладнилася система її фінансування через наявність суміші фінансованих державою гарантій надання медичної допомоги, що зберігає колишню назву «безкоштовна медицина», та добровольных медичних страховок у комерційних страхових компаніях, що співпрацюють з приватними медичними закладами.

Отже, можна констатувати, що повноцінне загальнообов'язкове медичне страхування в Україні дотепер не впроваджено, більш того, відсутні спроби впровадження, хоча після кількох років існування НСЗУ вже зрозуміло, що загрозу недостатності фінансування сфери охорони здоров’я зупинити або ліквідувати не вдалося.

За результатами аналізу стану охорони сфери здоров’я в Україні, результатів медичної реформи в Україні та ідентифікації загроз сфері охорони здоров’я у кваліфікаційній роботі сформовано концептуальні засади впровадження загальнообов’язкового медичного страхування в Україні.

У загальному сенсі концептуальні засади становлять собою упорядковану сукупність низки фундаментальних поглядів, думок або позицій, яка визначає загальновизнане тлумачення сутності певної проблеми чи завдання, вектор (або орієнтири) та принципи вирішення, вибраний підхід та єдність у застосуванні тих чи інших методів підходу.

Виходячи з цього загального визначення змісту поняття «концептуальні засади», зміст поняття «концептуальні засади впровадження загальнодержавного обов’язкового медичного страхування» слід тлумачити в такий спосіб: обґрунтований з позицій захисного підходу погляд на упорядковану сукупність змін у фінансуванні сфери охорони здоров'я в Україні, які не порушують (або порушують незначною мірою шляхом внесення уточнювальних доповнень) чинний порядок фінансування діяльності

комунальних та державних (національних) медичних закладів, що здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Основні положення концептуальних засад впровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні зводяться до такого.

Загальнообов'язкове медичне страхування в Україні повинно мати статус обов'язковості, а кошти, отримувані за страховими внесками, мають акумулюватися у Фонді обов'язкового медичного страхування (ФОМС), який має підпорядковуватися органу державної влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Оскільки ФОМС створюється державою, то і має бути об'єктом державного управління.

ФОМС створюється і функціонує за низкою принципів, дотримання яких дозволяє фонду виконувати своє призначення і функціонувати результативно. Найголовніші принципи створення та функціонування ФОМС надано у табл. 3.3.

Відповідно до наданих у табл. 3.3 принципів ФОМС має стати некомерційною самоврядною організацією, що діє на підставі статуту, який затверджується її правлінням.

Джерела формування коштів ФОМС нечисленні (рис. 3.1).

Джерела формування коштів ФОМС в Україні можуть бути й інші, що не заборонені законом. Ще одним джерелом таких коштів може стати накопичена сума за обов'язковими страховими преміями, яку сплачував працедавець і яка переходить до ФОМС у випадку смерті застрахованого. Внесені до ФОМС добровільні страхові премії у випадку смерті застрахованого мають переходити до його спадкоємців.

Отже, залежно від джерел формування коштів у ФОМС в Україні мають формуватися дві частини фонду:

персоніфікована, в якій джерелами формування коштів мають стати обов'язкові страхові премії, що у встановленому порядку повинні вносити страхувальники, якими виступають всі працедавці незалежно від власності та

призначення (підприємницькі або бюджетні організації) та застраховані особи, статус яких має підтверджувати страховий поліс;

загальна, кошти якої формуються за рахунок інших джерел з рис. 3.1.

Таблиця 3.3

Принципи створення та функціонування фонду обов'язкового медичного страхування в Україні

Принцип	Зміст принципу
загальності	Страхові премії вносять в обов'язковому встановленому порядку всі визначені страхувальники (без жодних винятків)
некомерційності	Відрізняє загальнообов'язкове медичне страхування від добровільного медичного страхування, яке здійснюють підприємницькі структури з таким видом економічної діяльності як страхування
державності	ФОМС підпорядковується Кабінету Міністрів України, а його діяльність опосередковано координується через Міністра охорони здоров'я
територіальної розгалуженості	В обласних центрах та у м. Київ мають бути створені відділення ФОМС
персоналізації	Кожна застрахована у ФОМС людина має відповідний документ, що підтверджує статус застрахованості, – страховий поліс. У ФОМС (або його територіальних відділеннях) формуються персональні рахунки власників страхового полісу, кошти з яких перераховуватимуться державним та комунальним медичним закладам у випадку, якщо вартість лікування в них та необхідних ліків перевищуватиме величину тарифу, встановленого НСЗУ. Персональні рахунки застрахованих у ФОМС формуються за рахунок обов'язкових та добровільних страхових внесків (премій), які сплачують страхувальники (працедавці, працівники та громадяни). Тобто страхові внески вносяться до ФОМС не за принципом котлового накопичення, а зараховуються на персональні рахунки застрахованих.

Розроблено автором

Кошти загальної частини ФОМС призначені для:

внутрішнє кредитування застрахованих – тимчасове покриття нестачі коштів персоніфікованої частини ФОМС (наприклад, у випадку виникнення тимчасового розриву між надходження коштів від страхувальників та потребою

в їхньому витрачанні за запитом медичного закладу для застрахованої особи);

управління фондом (так звані управлінські витрати, що мають становити не більше 20% загальної величини ФОМС і витрачатися на створення матеріальної бази ФОМС та заробітну плату його працівників);

непередбачувані витрати форс-мажорного характеру.

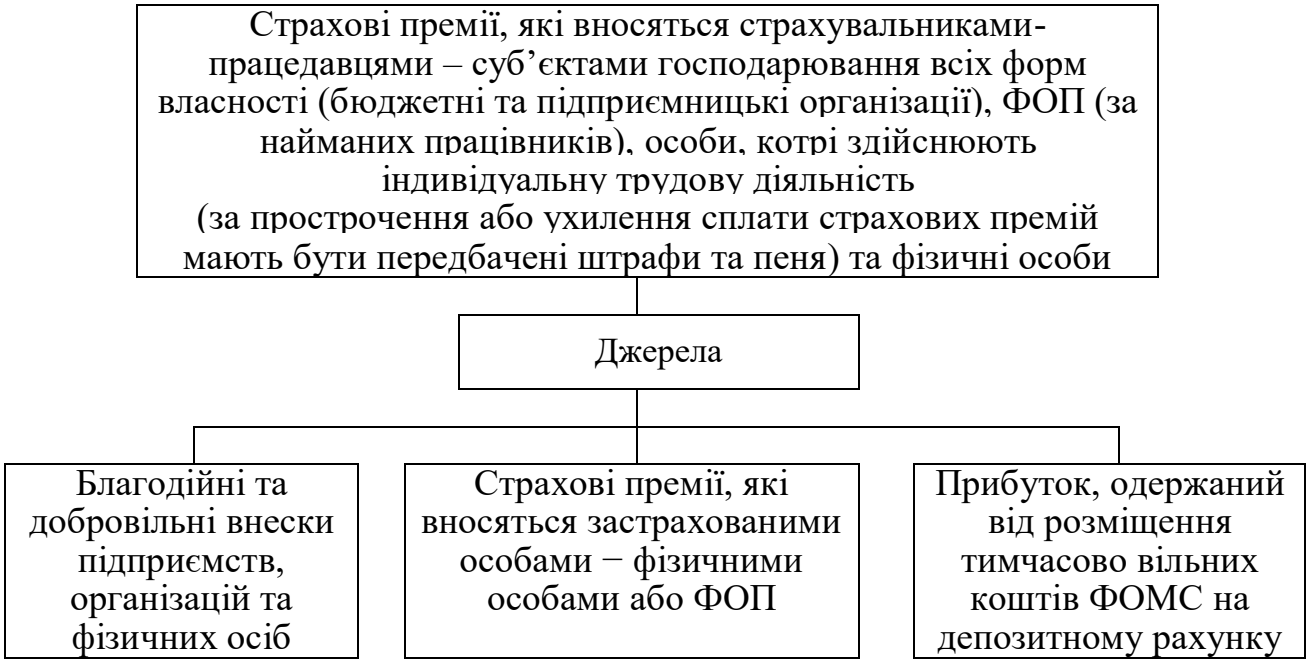

Рис. 3.1. Джерела формування коштів ФОМС в Україні

Складено автором

Застраховані особи – власники страхових медичних полісів – страхові внески до персоніфікованої частини ФОМС вносять:

в обов'язковому порядку (тобто незалежно від їхнього бажання) у встановленому розмірі у % від отримуваного доходу у вигляді заробітної плати, нарахованого (виплаченого) відповідно до умов трудового договору (контракту); винагороди за цивільно-правовими договорами за виконання робіт або надання послуг;

в добровільному порядку у розмірі, встановленому у страховому полісі (який, по суті, є договором з ФОМС), у % від отримуваного доходу у вигляді заробітної плати, нарахованого (виплаченого) відповідно до умов трудового договору (контракту); винагороди за цивільно-правовими договорами за

виконання робіт або надання послуг.

У пропонованій концепції передбачається, що внесок страхової премії обов'язкового характеру у встановленому мінімальному розмірі є зобов'язанням кожного із відзначених страхувальників. Співвідношення страхової премії, яку сплачує працедавець та найманий працівник може бути різним, наприклад 1:1 (1% від нарахованої суми доходу сплачує працедавець за рахунок власних коштів, а 1% − особа, яка отримала дохід, за рахунок коштів цього доходу, або 1:2, або навпаки 2:1 тощо).

Мінімальний розмір страхової премії обов'язкового характеру, яку вносять страхувальники (і застраховані особи, і працедавці), встановлюється з певною періодичністю Верховною Радою України (щороку, один раз на кілька років тощо). Але страхувальники мають право на добровільній основі підвищити розмір страхової премії.

Страхові премії, що вносяться громадянами на добровільній основі і накопичуються на їхніх персональних рахунках, можуть використовуватися для оплати медичних послуг у зазначених випадках не лише для безпосереднього платника страхової премії, а й на членів його родини. Така умова обов'язково має бути позначена у страховому полісі і спричинить підвищення страхової премії, сплачуваної страхувальником добровільно, до розміру, що не має, по суті, верхньої межі – все на розсуд застрахованого. Розмір добровільних страхових премій застрахованих осіб та членів їхніх родин (якщо на це виявив бажання страхувальник) встановлюється у договорі з ФОМС і фіксується у страховому полісі.

Право застрахованої особи користуватися коштами ФОМС (або на додаток до вартості пакету НСЗУ, або безпосередньо на оплату медичних послуг, не передбачених тарифами НСЗУ) підтверджується страховим полісом ФОМС.

Необхідність оформлення страхового полісу для кожного застрахованого зумовлена принципом персоналізації створення та функціонування фонду обов'язкового медичного страхування в Україні (див. табл. 3.3). Якщо кошти НСЗУ формуються «котловим» способом, тобто персональний внесок кожного

громадянина не враховується, і витрачаються за солідарним принципом, тобто тариф на медичну послугу, що отримував пацієнт, не враховує цей персональний внесок, то кошти персоніфікованої частини ФМОС розподілено між застрахованими.

Страховий поліс ФМОС – це документ, що посвідчує укладення договору загальнообов’язкового медичного страхування між застрахованим та ФМОС. За цим договором страхувальники (працедавці та особи, що отримують дохід у встановленій законом формі) сплачують страхові платежі, а ФОМС зобов'язується виплатити комунальному або національному медичному закладу при настанні страхового випадку, визначеного в умовах договору, або вартість медичної послуги, не передбаченої тарифом НСЗУ, або перевищення вартості наданих медичних послуг тарифу НСЗУ (за наявності договору між лікувальним закладом та НСЗУ).

У страховому полісі мають бути чітко прописані:

умови сплати страхових премій страхувальниками;

умови передачі коштів ФМОС комунальному або національному медичному закладу;

види медичних послуг, вартість яких покривається за рахунок коштів фонду (спеціалізовані амбулаторні та госпітальні послуги, послуги з паліативної допомоги та медичної реабілітації, додаткові послуги при вагітності та пологах, певні стоматологічні послуги. а також додаткові діагностичні послуги з лабораторного та інструментального дослідження (додаткові аналізи, МРТ, КТ, УЗД, рентген));

права та обов'язки всіх сторін – страхувальників, застрахованих, ФМОС та медичних закладів.

Порядок використання коштів з персональних рахунків застрахованих у ФМОС, вбачається таким.

Медичний заклад – комунальний або національний – після вичерпання тарифу на надані медичні послуги і за наявності збільшення їхньої величини або додаткових медичних послуг, що не входять до тарифу НСЗУ, повідомляє

про необхідність додаткового фінансування пацієнта.

Пацієнт узгоджує із комунальним або національним медичним закладом величину додаткової оплати розширення пакету медичних послуг за тарифом НСЗУ або додаткових медичних послуг і приймає рішення, за рахунок якого джерела ця додаткова оплата здійснюватиметься.

Якщо пацієнт має страховий поліс ФОМС, то додаткова оплата може здійснюватися за рахунок коштів пацієнта на його персональному рахунку у ФОМС. Для цього укладається і підписується трьохстороння угода «пацієнт – медичний заклад – ФОМС», яка слугує підставою перерахування коштів з персонального рахунку пацієнта у ФОМС до медичного закладу. При цьому до цієї угоди має бути надано обґрунтування медичного закладу щодо необхідності розширення пакету медичних послуг за тарифом НСЗУ або надання пацієнту додаткових медичних послуг.

При невеликій нестачі коштів на персональному рахунку пацієнта (кратної страхової премії кількох місяців) ФОМС за рахунок коштів загальної частини може надати пацієнту за укладеною згодою внутрішній кредит на нетривалий період.

За такою саме схемою можуть витрачатися кошти на лікування членів родини страхувальника – фізичної особи, якщо страхування членів родини передбачено страховим полісом страхувальника.

Отже, враховуючи реалії сьогодення, слід констатувати, що сучасна система фінансування сфери охорони здоров’я в Україні через посередництво НСЗУ, незважаючи на нестандартність цього рішення, не може задовольнити потреби комунальних та національних медичних закладів у фінансових ресурсах для надання медичних послуг.

Пропоноване створення ФМОС на додаток до фінансування сфери охорони здоров’я в Україні через НСЗУ ще більше відрізняє її модель від загальновідомих моделей фінансування (Бісмарка, Бевериджа тощо).

У пропонованій концепції організації загальнообов’язкового медичного страхування страхувальниками із загальнообов’язкового медичного

страхування мають виступити як працедавці, так і громадяни, які отримують дохід за офіційно встановленими підставами договірного характеру, або мають інші передбачені законом джерела коштів.

Пропоновані концептуальні засади загальнообов'язкового медичного страхування в Україні, в основу яких покладено створення фонду обов'язкового медичного страхування, звичайно, слід оцінювати критично: в них є обмеження і, можливо, дискусійні положення. До одного з таких дискусійних положень, що не отримало опису у концептуальних засадах, слід віднести питання співпраці ФМОС із приватними медичними закладами. Наприклад, чи можуть приватні медичні заклади для покриття вартості наданих медичних послуг використовувати не кошти пацієнтів або страхові виплати страхових компаній, а кошти з персонального рахунку (особливо з тієї його частини, яку становлять добровільні страхові премії) застрахованого у ФМОС. Відповідь на це запитання не є однозначною.

З одного боку, ФМОС створюється для компенсації додаткових витрат або витрат на додаткові медичні послуги, що не передбачено тарифами НСЗУ, тобто створення та діяльність фонду спрямовано на підтримку зусиль держави створити належні фінансові умови у сфері охорони здоров'я. З цієї позиції співпраця ФМОС із приватними медичними закладами здається недоцільною.

Але, з іншого боку, добровільні страхові премії на персональні рахунки у ФМОС громадяни здійснюють за рахунок власних доходів або грошових виплат (зокрема, пенсіонери можуть відкрити персональний рахунок у ФМОС і поповнювати його за рахунок власних коштів, наприклад, частини пенсії). А тому добровільні страхові премії на персональних рахунках громадян у ФМОС можуть спрямовуватися на покриття вартості медичних послуг у приватних медичних закладах.

Проте є й ще один аспект: надмірна бюрократизація, тобто бюрократизм, який, на жаль, притаманний державним органам, свого часу відштовхнув приватні медичні заклади від співпраці з НЗСУ, на яку вони спочатку звернули увагу. Є підстави припустити, що можлива надмірна бюрократизація в

діяльності ФМОС може так само змусити приватні медичні заклади відмовитися від співпраці з фондом.

Одночасно слід зазначити і на безсумнівні переваги представлених концептуальних засад, з яких доцільно зазначити на такі:

не порушується чинний порядок фінансування діяльності комунальних та державних (національних) медичних закладів, НСЗУ зберігає свої повноваження, а тому не потрібні нові зміни в організації фінансування;

не потрібно залучати додаткові бюджетні кошти, адже ФОМС, перебуваючи під державним управлінням, є самоврядною організацією;

медичні заклади отримують додаткові кошти на медичні послуги для пацієнтів, якщо такі послуги дійсно необхідні;

особлива роль у співпраці з ФМОС належить комунальним та державним (національним) медичним закладам, які мають виважено підходити до вибору додаткових медичних послуг, а не просто спрямовувати до ФМОС запити на додаткове фінансування. Така виваженість до певної міри забезпечується участю пацієнта в ухваленні рішення про звернення по додаткові кошти до ФМОС. У прийнятті рішення про запит на додаткові кошті з персонального рахунку у ФМОС пацієнт може керуватися не лише власними міркуваннями, а й звернутися за консультацією до медичних працівників інших медичних закладів або лікарів, що працюють як ФОП.

3.3. Індикатори дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я України

Національні інтереси нерозривно пов’язані із національною безпекою держави, збереженням її територіальної цілісності та суверенітету, позитивним розвитком всіх сфер суспільного життя, попередженням реалізації загроз цим сферам, однією з найважливіших з яких є сфера охорони здоров’я.

Реалізація національних інтересів у сфері охорони здоров’я здійснюється всіма законними та прийнятними з позицій моралі з числа наявних методами та

засобами. В окремих випадках держава застосовує навіть примус. Саме ці методи та засоби держава використовує при виконанні основоположних засад внутрішньої політики стосовно забезпечення здоров'я нації.

В реалізації національних інтересів у сфері охорони здоров'я важливим аспектом є визначення міри або ступеня їхнього дотримання.

У наш час міру або ступінь дотримання національних інтересів України в цілому і у сфері охорони здоров'я зокрема визначають переважно якісними оцінками на кшталт «інтереси дотримано», «інтереси дотримано не повною мірою», « інтереси порушено» з наступним поясненням таких оцінок.

Але, як відомо, якісним оцінкам завжди притаманні суб'єктність та суб'єктивність, оскільки надаються вони з позиції оцінювача, виходячи з його знань, досвіду, переконань тощо та достовірності наявної в нього інформації.

Більш об'єктивними є кількісні оцінки (якщо існує можливість безпосереднього виміру або розрахунку). Якщо відсутність прямого вибору відсутня, то в оцінюванні удаються до квазі-кількісних оцінок, які мають ознаки кількісних (тобто виражені в числах), але не є суто точними або об'єктивними, оскільки суттєво залежать від вибраного методу їхнього визначення. Тобто у випадку спроб отримання кількісних оцінок дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я України доцільно вдатися до квантифікації – методу, що використовується в рамках кваліметрії (наукової дисципліни, в межах якої розробляються методи і засоби кількісної оцінки якості об'єктів). Квантифікація якісних оцінок дозволить перевести якісні характеристики дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я України в кількісну форму.

Квантифіковані методики обробки і аналізу суспільної інформації, отриманої у якісному вигляді, достатньо чисельні [56]. Однією з найпоширеніших є індикаторна методика, що базується на постулатах індикаторного підходу.

Основою індикаторного підходу є індикатор – деяка база для порівняння того чи іншого показника для оцінювання стану об'єкта, результатів процесу

тощо. Відомий фахівець з економічної безпекології макрорівня О.І. Барановський асоціював індикатори зі світлофором, який «…залежно від різниці між фактичними значеннями показників та індикаторів загоряється червоним, жовтим або зеленим кольором у той чи інший момент часу» [25, с. 351].

Індикаторний підхід вже використовується у сфері охорони здоров'я. Так, у Національному інституті здоров'я та клінічної досконалості (NICE) (Великобританія) розроблено методологію вимірювання якості медичної допомоги за допомогою індикаторів [125]. У розробленій рамковій мережі якості та результатів (Quality and Outcomes Framework, QOF), в якій показники відображають якість медичної допомоги або процеси, фактично пов'язані із покращеними результатами, створено єдине меню з трьох типів індикаторів: показники загальної практики, придатні для використання в QOF; показники загальної практики, придатні для використання поза QOF; показники групи клінічного введення [46].

У багатьох країнах при розробці індикаторів якості використовують повною мірою або фрагментарно модель «Donabedian model» [52], у якій якість медичної допомоги оцінюється крізь призму трьох її компонентів:

структури: організація допомоги, людські та матеріально-технічні ресурси, що використовуються для надання медичної послуги;

процесу: безпосередньо медична допомога, проведення лікувально-діагностичних процедур відповідно до клінічних настанов, протоколів і стандартів;

результату: те, що відбувається зпацієнтом після надання допомоги (наприклад розвиток ускладнень, летальність і тривалість перебування на ліжку, задоволеність лікуванням, якість життя).

Але у кваліфікаційній роботі індикаторний підхід пропонується застосовувати дещо в іншому контексті – у контексті визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я.

Використання індикаторного підходу до визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я має здійснюватися за таким алгоритмом (рис. 3.2).

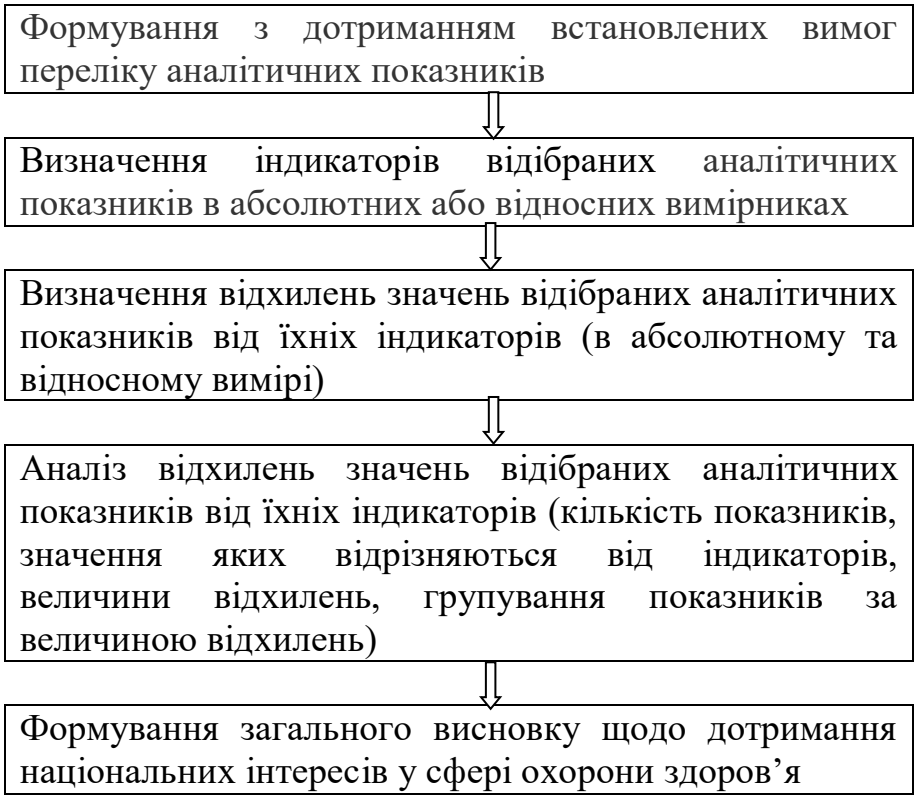

Рис. 3.2. Послідовність використання індикаторного підходу до визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів

Розроблено автором.

Формування переліку аналітичних показників є першим кроком у застосуванні індикаторного підходу в оцінюванні ступеня дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я. Аналітичні показники можуть описувати дотримання національних інтересів в цілому, або можуть бути розподілені за видами національних інтересів (державні, суспільні, приватні). Від виду цих показників залежить результативність застосування індикаторного підходу. Тому формування переліку аналітичних показників має здійснюватися з дотриманням низки вимог, серед найважливіших з яких слід зазначити на такі:

аналітичні показники повинні бути конкретними, кількісними, мати походження з офіційного джерела;

аналітичні показники мають відображати (описувати) певний аспект дотримання того чи іншого національного інтересу або їхнього виду у сфері охорони здоров'я;

аналітичні показники мають відображати лише кінцевий результат дотримання національних інтересів, характеристиками якого мають стати якість, своєчасність та адресність наданих медичних послуг. Показники, що описують власне процес надання медичних послуг, а не їхній результат, в даному випадку не можна признати релевантними;

кількість аналітичних показників має бути достатньою, щоб отримати уявлення про дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я, тобто не надто малою, але і не надто великою. Збільшення кількості аналітичних показників далеко не завжди дозволяє уточнити оцінки дотримання того чи іншого національного інтересу у сфері охорони здоров'я, а іноді просто збільшує обсяг розрахункової та аналітичної роботи без її суттєвого впливу на фінальні висновки.

При цьому слід зауважити, що певні правила щодо формування переліку аналітичних показників для будь-яких аналітичних процедур поки ще остаточно не сформульовані, що є певною і поки ще остаточно невирішеною проблемою в аналітиці суспільних явищ, результатів процесів у суспільстві та в державі тощо.

Індикатори відібраних аналітичних показників становлять собою максимально або мінімально допустиме (прийнятне) значення показників. Необхідно підкреслити, що індикатор – це не значення аналітичного показника, це його порогове або граничне значення (найменше або найбільше), вихід за межі якого свідчить про порушення національних інтересів у сфері охорони здоров'я. Таке зауваження зумовлено тим, що дуже часто навіть в науковій літературі індикаторами називають саме показники.

Значення аналітичних показників дуже рідко збігаються з їхніми індикаторами, частіше за все, вони відрізняються від індикаторів, тобто йдеться про наявність відхилень, які можуть мати позитивний і негативний характер, тобто перевищувати індикатор або мати менше від нього значення. Оцінювання характеру відхилень значень показників від їхніх індикаторів – позитивне або негативне – залежить від характеру самого показника.

Важливим є не наявність відхилень значень показників від їхніх індикаторів (вони матимуть місце майже постійно в силу низки причин, наприклад, низька обґрунтованість індикатора або помилки у визначенні значення показника тощо), а величина відхилення, яке встановлюється в абсолютному та відносному вимірі. Чим більшою є величина відхилення показника від його значення, тим гіршим є підстави визнати ситуацію з дотриманням національних інтересів у сфері охорони здоров'я.

Після виявлення відхилення значень аналітичних показників від їхніх індикаторів мають бути проаналізовані. Такий аналіз виконується з використанням методу порівняння. Його застосування дозволяє виявити величину відхилень і охарактеризувати її (значна або незначна), кількість показників, за якими виявлено відхилення від їхніх індикаторів (за значною часткою або лише за кількома показниками).

Результати аналізу відхилень значень аналітичних показників від їхніх індикаторів слугують підставою загального висновку про дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я.

Для оцінювання дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я пропонується сукупність показників з наступним описом встановлення їхніх індикаторів.

Індикатори пропонованих показників та способи їхнього визначення надано у табл. 3.4.

Щодо пропонованих індикаторів дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я доречні такі коментарі.

Таблиця 3.4

Індикатори показників дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я

Індикатор	Визначення індикатора
1	2
Тривалість життя	Тривалість життя жінок та чоловіків у країнах Європейського регіону ВООЗ, порівнюваних з Україною за географічними умовами, рівнем життя та менталітетом (стійкою системою поглядів, цінностей, вірувань та способів мислення, яка характеризує націю та її культуру)
жінок	
чоловіків	
Частка смертності, спричинена неінфекційними захворюваннями (НІЗ)	Результати дослідження «STEPS» («Поетапний підхід до вивчення факторів ризику», Ministry of Health of Ukraine), стандартизованого методу, рекомендованого ВООЗ [45]
Коефіцієнт материнської смертності на 100 000 живонароджених (індикатор ЦСР)	11,8 (встановлений в Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [20])
Рівень дитячої смертності у віці до 5 років на 1 000 живонароджених (у Стратегії 6-7)	6-7 (встановлений в Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [20])
Державні витрати на охорону здоров'я (у % до ВВП)	Показник країн з низьким та середнім рівнем розвитку згідно з рекомендаціями Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР)
Витрати на охорону здоров'я на душу населення	Показник більшості країн з низьким та середнім рівнем розвитку згідно з рекомендаціями Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР)
Показник поширеності катастрофічних витрат «з кишені» пацієнтів	Результати дослідження «STEPS» («Поетапний підхід до вивчення факторів ризику», Ministry of Health of Ukraine), стандартизованого методу, рекомендованого ВООЗ [45]
Питома вага осіб, що мають декларації з лікарями первинної ланки	75-80%
Питома вага медичних закладів, що мають укладений договір з НСЗУ	
комунальних	100%
національних	100%
приватних	50-55%
Динаміка кількості пакетів Програми медичних гарантій (ПМГ) для надавачів первинної медичної допомоги (ПМД)	до 5-7% щорічно
Кількість лікарень на 100 000 населення	2,5-2,8 (за результатами зіставлення з порівнюваними країнами Європейського регіону ВООЗ: Естонія − 2,3; Польща − 2,8)
Кількість госпіталізацій на 100 000 населення	15 (за результатами зіставлення з порівнюваними країнами Європейського регіону ВООЗ: Естонія – 15,6; Польща − 12,9)
Час стаціонарного перебування	7,5 (за результатами зіставлення з порівнюваними країнами Європейського регіону ВООЗ: Естонія – 7,6; Польща − 7,3)

Продовження табл. 3.4

1	2
Питома вага загальних державних витрат на охорону здоров'я, що припадає на лікарні	45-50% (виходячи з даних країн Європейського регіону ВООЗ)
Кількість паралельних відомчих систем охорони здоров'я	Не повинно бути
Питома вага аптек, що добровільно залучилися до програми реімбурсації лікарських засобів (відшкодування вартості препаратів)	до 75-80%
Питома вага виробників лікарських засобів, що добровільно залучилися до програми реімбурсації лікарських засобів (відшкодування вартості препаратів)	до 80%
Використання оцінювання медичних технологій (ОМТ)	Початкові стадії впровадження

Складено автором з використанням [20,45,46, 52,101,113].

Пропоновані індикатори, на думку автора, охоплюють різні аспекти сфери охорони здоров'я. Позицію автора щодо кількості аналітичних показників та їхнього складу не можна визнати абсолютною, тому перелік індикаторів з табл. 3.4 може бути змінений або доповнений.

До складу аналітичних показників включені такі, щодо яких можна визначити і значення індикатора, і отримати достатньою мірою достовірне значення показника. Адже надалі саме за результатами порівняння значень показників та їхніх індикаторів встановлюватимуться відхилення, за кількістю та величиною яких можна сформулювати висновок про міру або ступінь дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я.

Джерела інформації про значення показників, для яких запропоновано індикатори у табл. 3.4, надано у табл. 3.5.

За кількістю та значенням відхилень аналітичних показників від їхніх індикаторів можна отримати загальне уявлення про дотримання національних інтересів (переважною мірою державних та суспільних) у сфері охорони здоров'я в Україні та отримати загальне враження його впливу на національну безпеку.

Таблиця 3.5

Джерела інформації для показників, для яких запропоновано індикатори дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я

Показник	Визначення значення показників
Тривалість життя	Дані Державної служби статистики України
жінок	
чоловіків	
Частка смертності, спричинена неінфекційніми захворюваннями (НІЗ)	Результати дослідження «STEPS» («Поетапний підхід до вивчення факторів ризику», Ministry of Health of Ukraine), стандартизованого методу, рекомендованого ВООЗ [45]
Коефіцієнт материнської смертності на 100 000 живонароджених (індикатор ЦСР)	Дані Державної служби статистики України
Рівень дитячої смертності у віці до 5 років на 1 000 живонароджених (у Стратегії 6-7)	Дані Державної служби статистики України
Державні витрати на охорону здоров'я (у % до ВВП)	Результат розрахунків з використанням відповідних статистичних даних Державної служби статистики України
Витрати на охорону здоров'я на душу населення	Результати розрахунків з використанням відповідних статистичних даних Державної служби статистики України
Показник поширеності катастрофічних витрат «з кишені» пацієнтів	Результати дослідження «STEPS» («Поетапний підхід до вивчення факторів ризику», Ministry of Health of Ukraine), стандартизованого методу, рекомендованого ВООЗ [45]
Чисельність осіб, що мають декларації з лікарями первинної ланки	Статистичні дані Державної служби статистики України та Міністерства охорони здоров'я України
Питома вага медичних закладів, що мають укладений договір з НСЗУ	Дані Національної служби здоров'я України
комунальних	
національних	
приватних	
Динаміка кількості пакетів Програми медичних гарантій (ПМГ) для надавачів первинної медичної допомоги (ПМД)	Дані Національної служби здоров'я України
Кількість лікарень на 100 000 населення	Результати розрахунків з використанням відповідних статистичних даних Державної служби статистики України
Час стаціонарного перебування	Результати розрахунків за даними Міністерства охорони здоров'я України
Питома вага загальних державних витрат на охорону здоров'я, що припадає на лікарні	Результати розрахунків за даними Міністерства охорони здоров'я України
Кількість паралельних відомчих систем охорони здоров'я	Дані Міністерства охорони здоров'я України
Питома вага аптек, що добровільно залучилися до програми реімбурсації лікарських засобів (відшкодування вартості препаратів)	Результати розрахунків за даними Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужби) та Національної служби здоров'я України

Продовження табл. 3.5

1	2
Питома вага виробників лікарських засобів, що добровільно залучилися до програми реімбурсації лікарських засобів (відшкодування вартості препаратів)	Результати розрахунків за даними Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужби), Національної служби здоров'я України та Міністерства охорони здоров'я України
Використання оцінювання медичних технологій (ОМТ)	Дані Міністерства охорони здоров'я України

Складено автором.

У визначенні дотримання національних інтересів (переважною мірою державних та суспільних) у сфері охорони здоров'я в Україні необхідно враховувати не лише формальні аспекти, стан яких можна в тій чи іншій спосіб вимірювати, а й абсолютного неформальні і тому невимірювані.

Як зазначено у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, повільність трансформації протягом усіх років медичної реформи системи надання послуг охорони здоров'я значною мірою пояснюється й особливостями історичного розвитку українського суспільства та культури споживання й надання медичних послуг, що не просто склалася, а дісталася у спадщину від радянського союзу і з того часу мало змінилася. Тому реорганізація системи медичних послуг потребуватиме не лише значної роботи з боку медичних працівників і їхніх керівників, але й широкої просвітницької роботи з людьми як споживачами послуг охорони здоров'я [20].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Розгляд сфери охорони здоров'я в Україні як важливої складової національної безпеки зумовив використання в аналізі її стану захисного підходу, використання якого надало змогу окреслити низку загроз цій сфері. Протидія цим загрозам має бути організована на системній основі, що передбачає внесення відповідних змін для покращення стану сфери охорони здоров'я України.

Спроби внести зміни до сфери охорони здоров'я України мають постійний

характер, їх відображено у численних офіційних та нормативно-правових документах останніх 25 років. Проте немає обґрунтованих підстав визнати високу результативність таких змін. Обмеженість підготовлених та запроваджених до втілення різноманітних концепцій та стратегій щодо змін у сфері охорони здоров’я України, загальний характер таких змін, намагання вирішити шляхом їхнього здійснення одразу усю сукупність накопичених проблем, а головне – недостатня переконливість змін зумовили висновок про доцільність розроблення принципового підходу до здійснення змін у сфері охорони здоров’я з позицій захисного підходу.

Принциповий підхід до убезпечення сфери охорони здоров'я в Україні становить собою сукупність способів, принципів та поглядів, які у сукупності представляють собою обґрунтований з позицій захисного підходу погляд на упорядковану сукупність змін різноманітного характеру, масштабу та локалізації, спрямованих на попередження виникнення, актуалізації, реалізації загроз сфері охорони здоров'я та протидію інституціоналізації наслідків реалізації.

В межах розробленого принципового підходу головну увагу у внесенні змін до сфери охорони здоров’я необхідно приділити протидії реалізації загроз цій сфері. Найсерйознішою загрозою і одночасно тригером запуску, реалізації та навіть інституціоналізації інших загроз цій сфері, серед яких найзагрозливішими є побутова та економічна корупція, брак медичного персоналу, його низька вмотивованість і, відповідно, складнощі із якістю медичних послуг, що мають надаватися, та недостатність фінансування сфери охорони здоров’я. Тому у фінансуванні охорони здоров’я в Україні потрібні більш масштабні зміни, які неминуче пов’язані із медичним страхуванням.

Для подолання загрози недостатності фінансування сфери охорони здоров’я в Україні дуже нагальним є впровадження загальнообов’язкового медичного страхування, якого наразі в Україні не існує. За результатами аналізу стану охорони сфери здоров’я в Україні, результатів медичної реформи в Україні та ідентифікації загроз сфері охорони здоров’я у кваліфікаційній роботі

сформовано концептуальні засади впровадження загальнодержавного обов'язкового медичного страхування в Україні: обґрунтований з позицій захисного підходу погляд на упорядковану сукупність змін у фінансуванні сфери охорони здоров'я в Україні, які не порушують (або порушують незначною мірою шляхом внесення уточнювальних доповнень) чинний порядок фінансування діяльності комунальних та національних медичних закладів, що здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Пропоновані концептуальні засади загальнообов'язкового медичного страхування в Україні, в основу яких покладено створення фонду обов'язкового медичного страхування, звичайно, слід оцінювати критично: в них є обмеження і, можливо, дискусійні положення. Але одночасно представлені концептуальні засади загальнообов'язкового медичного страхування в Україні мають і безсумнівні переваги.

Щодо національних інтересів у сфері охорони здоров'я важливим аспектом є визначення міри або ступеня їхнього дотримання з використанням відповідних кількісних або квазі-кількісних показників та застосуванням однієї з квантифікованих методик обробки і аналізу суспільної інформації, що базується на постулатах індикаторного підходу. У розділі надано алгоритм використання індикаторного підходу до визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я.

Для використання індикаторного підходу до визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я запропоновано сукупність аналітичних показників, яку сформовано з використанням наданих правил, та способи визначення їхніх індикаторів. Від значення індикатора того чи іншого аналітичного показника залежить виникнення відхилень значень показників і, відповідно, достовірність висновків щодо дотримання національних інтересів у сфері охорони здоров'я. За кількістю та значенням відхилень аналітичних показників від їхніх індикаторів можна отримати загальне уявлення про дотримання національних

інтересів (переважною мірою державних та суспільних) у сфері охорони здоров’я в Україні та загальне враження його впливу на національну безпеку.

ВИСНОВКИ

Зміст поняття «національна безпека» у виконаній кваліфікаційній роботі визначено за дефініціями одного з трьох наявних підходів – як захищеність національних інтересів, що має юридичне закріплення у Законі України «Про національну безпеку України» від 21.06.2018 № 2469-VIII: національна безпека України – це захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних та потенційних загроз. Таке визначення змісту поняття «національна безпека» спирається на поняття «національний інтерес», а також на базові поняття (імперативи) захисного підходу в безпекології – «захищеність» та «загроза».

Національні інтереси, які покладено в основу змісту поняття «національна безпека», різноманітні, є суб'єктивним явищем та суб'єктні, тобто невіддільні від їхніх носіїв, залежно від яких у загальному вигляді національні інтереси поділяються на державні, суспільні (публічні) та приватні. Кожному з цих видів національних інтересів притаманні певні ознаки. Національні інтереси цих видів не завжди узгоджуються між собою, можуть виникати різність позицій їхніх носіїв аж до протиріч і навіть конфліктів інтересів. У кожній складовій національної безпеки присутні тією чи іншою мірою всі види національних інтересів. Не є винятком у цьому сенсі і сфера охорони здоров'я − одна з основних сфер суспільства (поряд з такими як економіка, захист та оборона, освіта), де забезпечується дотримання таких важливих національних інтересів як становлення, підтримування та збереження генофонду нації та здоров'я населення країни. Її роль у національній безпеці розглянуто крізь призму державних, суспільних (публічних) та приватних інтересів, що мають місце у сфері охорони здоров'я.

Складність сфери охорони здоров'я (зокрема, за кількістю складових, що до неї входять, їхніми взаємозв'язками та іншими ознаками) зумовила її розгляд

як складної динамічної керованої системи, основними властивостями якої є складність, розмаїття елементів системи, державний характер з елементами ринкових механізмів, керованість, структурність, стандартизація лікування, соціальний характер системи і високий рівень правового упорядкування діяльності елементів. Розгляд виділених властивостей сфери охорони здоров'я з позицій системного підходу надав змогу проаналізувати особливості цієї сфери у певному ракурсі, єдність яких забезпечено об'єктом розгляду. Саме єдність ракурсів дозволила скласти цілісне уявлення про сферу охорони здоров'я в контексті її значення на національної безпеки та дотримання національних інтересів.

В аналізі стану сфери охорони здоров'я в Україні використано як кількісні, так і якісні оцінки, тобто оцінки принципово кількісно невимірюваних явищ, тенденцій, ситуацій тощо. Опис сфери здоров'я в Україні лише з використанням кількісних показників є неповним. До деякої міри загальне уявлення про дотримання суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я в Україні і опосередковане уявлення про стан сфери охорони здоров'я в Україні надають відповідні індекси – «Індекс здоров'я. Україна», Глобальний індекс безпеки здоров'я (Global Health Security Index) і до деякої міри індексом здоров'я (Health Care Index). За результатами стислого аналітичного опису стану сфери охороно здоров'я в Україні можна дійти висновку про дотримання в цілому в ній державних суспільних та приватних інтересів. Але рівень дотримання цих інтересів не можна визнати задовільним. Такий рівень задоволення державних суспільних та приватних інтересів у сфері охорони здоров'я як важливої складової національної безпеки здатний лише її певним чином підтримувати.

Стан сфери охорони здоров'я в Україні перебуває під впливом реалізації загроз різноманітного характеру. Важливою і для самої сфери, і для національної безпеки є своєчасна ідентифікація загроз сфері охорони здоров'я в Україні, що надає змогу визначити етапи розвитку загроз, передбачити наслідки реалізації і, головне, не допустити інституціоналізацію результатів

розвитку загроз, долати яку вкрай складно, а у низці випадків просто неможливо. Розгляд сфери охорони здоров'я в Україні як важливої складової національної безпеки зумовив використання в аналізі її стану захисного підходу, використання якого надало змогу окреслити низку загроз цій сфері. Протидія цим загрозам має бути організована на системній основі, що передбачає внесення відповідних змін для покращення стану сфери охорони здоров'я України.

Визнання незавершеності та половинчастості медичної реформи однією із загроз сфері охорони здоров’я в Україні замовило необхідність аналізу її ключових елементів та результатів. Провести медичну реформу в Україні своєчасно, за встановленими термінами, визначеними змінами різного характеру, масштабу та локалізації та наслідками таких змін завадили обставини та причини як об’єктивного характеру (епідемія короновірусної інфекції, війна з рф), так і суб’єктивного характеру (прорахунки у положеннях реформи, непослідовність здійснення запланованих змін тощо). Наслідком цього стали незавершеність реформи, фрагментарний характер змін, недосягнення її основної мети – осучаснення сфери охорони здоров’я в Україні, у тому числі шляхом забезпечення рівності доступу громадян до отримання якісних та своєчасних медичних послуг.

Обмеженість підготовлених та запроваджених до втілення різноманітних концепцій та стратегій щодо змін у сфері охорони здоров’я України, загальний характер таких змін, намагання вирішити шляхом їхнього здійснення одразу усю сукупність накопичених проблем, а головне – недостатня переконливість змін зумовили висновок про доцільність розроблення принципового підходу до здійснення змін у сфері охорони здоров’я з позицій захисного підходу. В межах розробленого принципового підходу головну увагу у внесенні змін до сфери охорони здоров’я необхідно приділити протидії реалізації загроз цій сфері. Найсерйознішою загрозою і одночасно тригером запуску, реалізації та навіть інституціоналізації інших загроз цій сфері, серед яких найсерйознішими є побутова та економічна корупція, брак медичного персоналу, його низька

вмотивованість і, відповідно, складнощі із якістю медичних послуг, що мають надаватися, є недостатність фінансування сфери охорони здоров'я. Тому у фінансуванні охорони здоров'я в Україні потрібні більш масштабні зміни, які неминуче пов'язані із медичним страхуванням.

Для подолання загрози недостатності фінансування сфери охорони здоров'я в Україні дуже нагальним є впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування, якого наразі в Україні не існує. За результатами аналізу стану охорони сфери здоров'я в Україні, результатів медичної реформи в Україні та ідентифікації загроз сфері охорони здоров'я у магістерській роботі сформовано концептуальні засади впровадження загальнодержавного обов'язкового медичного страхування в Україні, в основу яких покладено створення фонду обов'язкового медичного страхування.

Щодо національних інтересів у сфері охорони здоров'я важливим аспектом є визначення міри або ступеня їхнього дотримання з використанням відповідних кількісних або квазі-кількісних показників. У кваліфікаційній роботі надано алгоритм використання індикаторного підходу до визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я. Для використання індикаторного підходу до визначення міри або ступеня дотримання національних інтересів (державних, суспільних та приватних) у сфері охорони здоров'я запропоновано сукупність аналітичних показників, яку сформовано з використанням наданих правил, та способи визначення їхніх індикаторів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text

2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text

4. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219

5. Конституція України : Конституція. Закон від 28.06.1996 № 254к/96ВР. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96

6. Про національну безпеку України : Закон України від 21.06.2018 № 2469-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text

7. Про систему громадського здоров’я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20

8. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України «Безпека людини − безпека країни» : Указ Президента України (із змінами, внесеними згідно з Указом Президента № 16/2025 від 06.01.2025) від 14.09.2020 № 392/2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020/ed20200914

9. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/1313/2000

10. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005. URL: https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005

11. Про стан національної системи охорони здоров’я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : Указ Президента України від 30.07.2021 № 369/2021. URL: https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713

12. Про Концепцію (основи державної політики) національної безпеки України : постанова Верховної Ради України від 16.01.1997 № 3/97-ВР. URL: https://zakononline.ua/documents/show/184875___642945

13. Декларація про державний суверенітет України від 16.07.1990 № 55-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/55-12#Text

14. Про утворення Національної служби здоров’я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini

15. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров’я : постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text

16. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF

17. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 20022011 роки : постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142002 %D0%BF

18. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : постанова Кабінету Міністрів України від 14.06.2007 № 815. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF#Text

19. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров’я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text

20. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров’я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text

21. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров’я : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text

22. 30 мільярдів за два роки нагенерили найдохідніші приватні медичні заклади України. 6.05.2025. YC.Market. URL: https://blog.youcontrol.market/30-miliardiv-za-dva-roki-naghienierili-naidokhidnishi-privatni-miedichni-zakladi-ukrayini/

23. Бабенко Я. Медична послуга – це сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного працівника. URL: https://www.hsa.org.ua/blog/medicna-posluga-ce-sukupnist-neobxidnix-dostatnix-dobrosovisnix-docilnix-profesiinix-dii-medicnogo-pracivnika

24. Банчук М. В. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток: електр. журнал. 2016. № 3. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=953

25. Барановський О. І. Філософія безпеки : монографія. У 2-х т. Т. 1. К. : УБС НБУ, 2014. 831 с.

26. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134−140. DOI: 10.32702/23066814.2020.2.134

27. Берназюк Я. О. Ознаки та зміст суспільного (публічного) інтересу, його співвідношення з державними інтересами. Право і суспільство. 2021. № 6. С. 146–153. DOI: https://doi.org/10.32842/2078-3736/2021.6.21

28. Біденко А. Законодавчі аспекти управління національною безпекою за рубежем. Політичний менеджмент. 2006. №3. С. 132−140. URL: https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/bidenko_zakonodavchi-1.pdf

29. Богдан Т. Державні видатки на охорону здоров’я у країнах з ринками, що формуються. URL: https://www.growford.org.ua/infographic/derzhavni-vydatky-na-ohoronu-zdorov-ya-u-krayinah-z-rynkamy-shho-formuyutsya-do-vvp-u-serednomu-za-2017-2019-rr/

30. Бойко С. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. К. : НІСД, 2024. URL: https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh

31. Бойко С., Власенко Р. Новації Програми медичних гарантій у 2025 році. Ризики та можливості. 02.06.2025. НІСД. URL: https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/novatsiyi-prohramy-medychnykh-harantiy-u-2025-rotsi-ryzyky-ta

32. Борщ В. В. Система охорони здоров’я як структурний елемент національної безпеки України. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2019. Вип. 23(1). С. 19–23. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/23_1_2019ua/6.pdf

33. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров’я : монографія. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. 392 с. URL: https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/74302/Borshch-V.I.-Upravlinnia_zakladamy_okhorony_zdorovia_monohrafiia.pdf

34. Буряк М. В. Корупція у сфері охорони здоров’я як загроза національним інтересам і безпеці України. URL: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/31_03_2017/pdf/17.pdf

35. В проєкті бюджету на 2026 рік передбачено 258 млрд грн на охорону здоров’я. МОЗ України. URL: https://moz.gov.ua/uk/v-proyekti-byudzhetu-na-2026-rik-peredbacheno-258-mlrd-grn-na-ohoronu-zdorov-ya

36. Верховний Суд висловився стосовно поняття суспільного (публічного) інтересу. 14 мая 2022. URL: https://sud.ua/ru/news/publication/237700-verkhovniy-sud-vislovivsya-stosovno-ponyattya-suspilnogo-publichnogo-interesu

37. Гавриченко Д. Г. Сучасний стан сфери охорони здоров'я України. Наукові перспективи. Серія «Медицина». 2022. №6 (24). URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/1909/1907

38. Голованова І. А., Бєлікова І. В., Ляхова Н. О. Громадське здоров'я : навч.-метод. посіб. Львів : Магнолія-2006, 2024. 182 с.

39. Горбулін В. П., Качинський А. Б. Засади національної безпеки України. К. : Інтертехнологія, 2009. 272 с.

40. Горбулін В. П., Качинський А. Б. Пріоритетність національних інтересів у світлі стратегії національної безпеки України. Стратегічна панорама. 2005. № 3. С. 11−18.

41. Гордієнко С. Г., Доронін І. М. Державна безпека України в сучасних умовах: проблеми компетенції державних органів. Інформація і право. 2021. № 2(37). С. 81–92. URL: https://ippi.org.ua/sites/default/files/12_20.pdf

42. Горобейко М. Б., Дінець А. В. Медична освіта в Україні: системні проблеми і можливі шляхи їх вирішення. Український медичний часопис. 30.09.2022. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.151.234381

43. Громадське здоров'я : підручник / Т. С. Грузєва, В. М. Лехан, В. А. Огнєв та ін.; за заг. ред. Т. С. Грузєвої. Вінниця : Нова Книга, 2020. 384 с.

44. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. Державне управління: удосконалення та розвиток: електр. журнал. 2013. № 2. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658

45. Дослідження STEPS виявило дуже високу поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні. Центр громадського здоров'я МОЗ України. 18.11.2020. URL: https://www.phc.org.ua/news/doslidzhennya-steps-viyavilo-duzhe-visoku-poshirenist-faktoriv-riziku-neinfekciynikh

46. Дячук Д. Д., Ліщишина О. М., Зюков О. Л., Гандзюк В. А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність. Клінічна та профілактична медицина. 2022. № 1(19). С. 90–101. DOI: https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(19).2022.11

47. Економіка охорони здоров'я : підручник /за заг. ред. В.Д. Парія. Житомир : ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк»». 2021. 288 с. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0%20%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F.pdf

48. Загуменна Ю. О. Погляди Ніколло Макіавеллі на публічну безпеку. Право і безпека. 2023. № 4 (91). С. 119−127. DOI: https://doi.org/10.32631/pb.2023.4.10

49. Ілляшенко О. В. Механізми системи економічної безпеки підприємства : монографія. Лисичанськ : «КИТ-Л», 2015. 362 с.

50. Індекс здоров'я. Україна. URL: https://healthindex.com.ua/

51. Індекс здоров'я. Україна. 2023. Результати загальнонаціонального дослідження. К. : 2024. URL: https://healthindex.com.ua/HI_Report_UA_2023.pdf

52. Індикатори якості надання медичної допомоги – НСЗУ. URL: https://www.apteka.ua/article/528636

53. Інтерес. Енциклопедія сучасної України. URL: https://esu.com.ua/article-12403

54. Карамишев Д. В., Гордієнко Л. П., Родина Н. С., Дідок Ю. В., Замчий С. В. Глобальний індекс безпеки здоров'я як орієнтир кризового управління у забезпеченні стійкості системи громадського здоров'я. Державне будівництво. Зб. наук. праць Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; електр. ресурс. 2024. №. 1 (35). С. 269–280. DOI: https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-1-20

55. Карпюк К. І. Глобальні фінансові інститути у реалізації національних інтересів держав: дис. … д-ра філософії в галузі економіки : 292. Київ. 2023. 279 с.

56. Квантифіковані методики обробки і аналізу соціально-політичної інформації. URL: https://studies.in.ua/socialno-politychne-prognozuvannja-shpargalky/4138-kvantifkovan-metodiki-obrobki-analzu-socalno-poltichnoyi-nformacyi.html

57. Козаченко Г. В. Системні загрози соціально-економічній системі України. Економічна безпека: держава, регіон, підприємство : матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. 29 вересня 2022 р. Полтава : Нац. ун-т «Полтавська політехніка», 2022. С. 128-132. URL: https://nupp.edu.ua/uploads/files/0/events/conf/2022/mnp-ebdrp/zbirnik_bezpeki2022.pdf

58. Кравченко С. В. Громадське здоров’я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. 2022. № 1 (91). С. 70−74. DOI 10.11603/1681-2786.2022.1.13078

59. Кубко А. Є. Державні інтереси у правовій системі України: деякі теоретичні питання. Держава та регіони. Серія: Право, 2020. № 2 (68). С. 14−19. DOI: https://doi.org/10.32840/1813-338X-2020.2.2

60. Лемеха Р. І. Роль медичного страхування у фінансовому забезпеченні розвитку системи охорони здоров’я. Приватне та публічне право. 2022. №2. С. 14–19. DOI 10.32845/2663-5666.2022.2.3

61. Ліпкан В. А. Теоретичні основи та елементи національної безпеки України : монографія. К. : 2006. 600 с.

62. Літвін Л. А. Теоретичні засади дослідження національних інтересів. Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Сер.: Політичні науки. 2017. С. 20−23. URL: file:///C:/Users/Admin/Downloads/5040-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-10124-1-10-20180219.pdf

63. Мак’явеллі Н. Флорентійські хроніки. Державець / пер. з італ. А. Перепаді. Харків : Фоліо, 2007. 511 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Machiavelli_Niccolo/Florentiiski_khroniky_Derzhavets.pdf?PHPSESSID=t2nu3b6onrgijk79j1nafhnmk7

64. Малєнко О. В. Поняття і суть категорії «інтерес» у загальнотеоретичному аспекті. Аналітично-порівняльне правознавство : електр. наук. вид. 2024. №6. С. 406-410. DOI: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2024.06.66

65. Медвідь Ф. Національна безпека і національні інтереси України в глобалізованому світі. Вісник Львівського університету. Серія: історична. 2017. Спецвипуск. С. 781–789. URL: https://clio.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/01/781-789_Medvid-RM.pdf

66. Медична реформа в Україні: розвиток попри війну. SMART MEDIA. 20.02.2023. URL: https://www.smartmedianews.org/post/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0-%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA-%D0%BF%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B8-%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%83

67. Мельниченко О. А., Муратов Г. Р., Старусєва В. В., Шмуліч О. В. Медична реформа в Україні: проблеми та загрози : Управління проектами: проектний підхід в сучасному менеджменті : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. конф. фахівців, магістрантів, аспірантів та науковців 13-15 листопада 2020 р. Ч. 2. Одеса : ОДАБА. 2020. С. 213−217. URL: https://odaba.edu.ua/upload/files/KONFERENTSIYA-UP_2020_-CH2.pdf

68. Михайлова К. Топ-15 приватних клінік України отримали 30 млрд грн доходу за два роки. 6.05.2025. URL: https://thepage.ua/ua/news/top-15-privatnih-klinik-ukrayini-otrimali-30-mlrd-grn-dohodu-za-2023-24

69. Москальова Н. Концепції національного інтересу в науковій літературі. Вісник Донецького національного університету. Серія: Політичні науки. 2016. С. 29−32. URL: file:///C:/Users/user/Downloads/3931-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-7899-1-10-20170622.pdf

70. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки. URL: https://moz.gov.ua/strategija

71. Ніколенко В. «Левіафан» або нарис учення про державу Т. Гоббса. ГРАНІ. 2020. Т. 23. № 8. С. 26−36. DOI: 10.15421/172072

72. Огінська А. Ю. Роль видатків бюджету на соціальний захист у реалізації соціальної політики держави. Наука і економіка. 2014. № 2. С. 58–73.

73. Огляд страхового ринку України за І півріччя 2025 року. Національна асоціація страховиків України. URL: https://nasu.com.ua/oglyad-strahovogo-rynku-ukrayiny-za-i-pivrichchya-2025-roku/

74. Осадча Я. Що заважає приватникам масово почати лікувати українців за держкошт? LB.UA. 24.06.2025. URL: https://lb.ua/health/2025/06/24/683161_shcho_zavazhaie_privatnikam_masovo_pochati.html

75. Павленко Д. Г., Семенюк Ю. В., Лисецький Ю. М. Національна безпека: поняття, складники, чинники впливу. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління. 2021. Т. 32. №3 (71). С. 102−107. DOI: https://doi.org/10.32838/TNU-2663-6468/2021.3/17

76. Пашков В. М. Вітальна безпека як чинник господарсько-правової політики. Підприємництво, господарство і право. 2008. № 3. С. 81–84. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/12447/1/Pashkov_81-84.pdf

77. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров’я (господарсько-правовий контекст) : монографія. Київ : МОРІОН, 2009. 448 с.

78. Платон. Держава / пер. з давньогр. Д. Коваль. К. : Основи, 2000. 355 с. URL: http://litopys.org.ua/plato/plat.htm

79. Понад 800 рішень МСЕК про інвалідність чиновників скасовано, перевірки тривають. ДБР. РБК. 13.08.2025. URL: https://www.rbc.ua/rus/news/ponad-800-rishen-msek-invalidnist-chinovnikiv-1755080932.html

80. Права людини у сфері охорони здоров'я : практичний посіб. Львів : вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. 552 с. URL: https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/59843f62-12f9-4890-81c3-78cd82bb714e/Practitioner-Guide-Ukraine-Ukranian-20130516.pdf

81. Проблеми та перспективи розвитку медичної освіти в Україні: сучасні виклики. Матеріали «круглого столу» у Комітеті Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування 5 квітня 2023 р. URL: https://umj.com.ua/uk/novyna-241008-problemi-ta-perspektivi-rozvitku-medichnoyi-osviti-v-ukrayini-suchasni-vikliki

82. Радучич О. В. Що таке договір із НСЗУ і навіщо він потрібен? Український медичний часопис. 31.05.2019. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-157814-shho-take-dogovir-iz-nszu-i-navishho-vin-potriben

83. Рач В. А. Сучасний погляд на систему економічної безпеки «держава – регіон – підприємство» як цілісного об'єкта безпекології. Управління проектами та розвиток виробництва : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Вип. 4(44). Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2012. С. 151–155.

84. Редькіна А. Українські національні інтереси й цінності: суспільне усвідомлення та переоцінка. Політичні дослідження. 2023. № 1 (5). С. 144–162. DOI: 10.53317/2786-4774-2023-1-8

85. Результати найкращого в країні дослідження здоров'я українців. LB.ua. 02.12.2024. URL: https://lb.ua/health/2024/12/02/647385_skilki_mi_platimo_medikam_poza_kasu_i.html

86. Рекордний набір у медичні виші: які спеціальності найчастіше

обирають абітурієнти. РБК. 13.08.2025. URL: https://www.rbc.ua/rus/news/rekordniy-nabir-medichni-vishi-ki-spetsialnosti-1755085352.html

87. Романовська Ю. А. Аналіз розвитку загроз соціально-економічній системі «місто». Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. 2022. № 2. Т. 2. С. 111-118. DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2022-304-2(2)-19

88. Світчук Ю. Панамський канал: Історія будівництва та причини претензій США. 23.01.2025. Root-Nation com. URL: https://root-nation.com/ua/articles-ua/analitika/ua-panama-canal-history/

89. Смирнова І. Топ-10 приватних медзакладів Києва з безоплатними послугами. URL: https://thepage.ua/ua/news/top-10-privatnih-klinik-kiyeva-z-bezkoshtovnimi-poslugami

90. Сміянова О. І. Державна модель системи охорони здоров'я Беверіджа на приклади системи охорони здоров'я Великобританії. URL: https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-4-Healthcare-systems.pdf

91. Солдатенко О. Законодавчі ініціативи запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування. Вісник Національної академії правових наук України. 2013. № 3 (74). С. 163−170.

92. Справа про представництво прокуратурою України інтересів держави в арбітражному суді: рішення Конституційного суду України № 3-рп/99 від 08.04.1999. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v003p710-99#Text

93. Спроможна мережа медзакладів. МОЗ України. URL: https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha

94. Стандартизація в системі охорони здоров'я. Фармацевтична енциклопедія. URL: https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/7846/standartizaciya-v-sistemi-oxoroni-zdorov-ya

95. Стандартизація медичної допомоги в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-259695-standartizatsiya-medichnoyi-dopomogi-v-ukrayini-suchasnij-stan-problemi-ta-perspektivi-rozvitku

96. Статистика наданих медичних послуг за 7 міс 2025 р. Аптека.online.ua. № 35 (1506) 8.09.2025. URL: https://www.apteka.ua/article/728756

97. Терлецька К. Чому науковці мають прийти у школу». Повідомлення НАН України. 04.02.2021. URL: https://www.old.nas.gov.ua/UA/Messages/Pages/View.aspx?MessageID=7467

98. ТОП-10 приватних клінік України 2025. 16.05.2025. URL: https://uba.top/private-clinics-of-ukraine/

99. Турченко О. Г., Груценко Ю. І. Національна безпека і державна безпека: поліваріантність визначення та співвідношення. Правничий часопис Донецького національного університету імені Василя Стуса. 2024. С. 66−74. DOI: https://doi.org/10.31558/2786-5835.2023.2.8.

100. У 2024 році видатки на охорону здоров’я становили 238,7 млрд грн. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров’я України. URL: https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2024_rotsi_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_stanovili_2387_mlrd_griven-4999

101. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров’я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: https://oormmpu.com.ua/wp-content/uploads/2020/02/%D0%A1%D0%BF%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%92%D0%9E%D0%9E%D0%97-%D1%82%D0%B0-%D0%A1%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%B1%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%83.pdf

102. Устінов О. В. За результатами моніторингу: НСЗУ розриває договори із 24 медичними закладами. Український медичний часопис.

05.06.2025. URL: https://umj.com.ua/uk/novyna-266317-za-rezultatami-monitoringu-nszu-rozrivaye-dogovori-iz-24-medichnimi-zakladami

103. Філіпова Н. В., Левчук Ю. М. Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: Право, публічне управління та адміністрування. 2024. № 11. DOI: https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07

104. Французька і британська моделі охорони здоров’я (огляд). Медицина світу. URL: http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php?print=1

105. Хаджинов І., Третяк О. Теоретичний дискурс концепції «національний інтерес» у контексті дослідження взаємовідносин держав з міжнародними фінансовими інститутами. Економіка і організація управління. 2024. Вер. 2024. С. 42−53. DOI: https://doi.org/10.31558/2307-2318.2024.2.4

106. Харун О. А., Рожок Т. В. Національні інтереси в забезпеченні національної безпеки України. Економіка і суспільство. 2017. Вип.13. С. 135–138. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/13_ukr/22.pdf

107. Хаустова В. Є., Трушкіна Н. В. Теоретичні підходи до визначення сутності поняття «національна безпека» та її складових. Проблеми економіки. 2024. №4 (62). С. 134−153. DOI: https://doi.org/10.32983/2222-0712-2024-4-134-153

108. Хмелік В. Аналіз сучасного стану та тенденції розвитку сфери охорони здоров’я України. Вісник Хмельницького національного університету. Серія Економічні науки. 2024. №1. С. 18−22. DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-326-3

109. Чепис О. І. Еволюція поглядів на зміст категорії «інтерес». Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Право. 2011. Вип. 16. С. 128−131. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/6bff2c95-ec67-4e6d-a688-08b2cdd42498/content

110. Чепис О. І. Об’єктивне та суб’єктивне в категорії «інтерес». Актуальні проблеми держави і права : зб. наук. пр. Одеса : Юрид. л-ра. 2012. Вип. 66. С. 56−65.

111. Черниш В. Коли проблеми у системі охорони здоров’я стають загрозами національній безпеці (приклад COVID-19). Центр безпекових досліджень «СЕНСС». URL: https://censs.org/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%B8-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D1%83-%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%96-%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE/

112. Шевців М. Б. До питання про медичне страхування в Україні. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія Право. 2024. Вип. 86. Ч. 2. С. 264–269. DOI https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.86.2.41

113. Юрочко Т., Бабляк О., Бадіков Т., Скибчик В., Купира Д., Курпіта В. Система охорони здоров’я в Україні (СОЗ). URL: https://uareforms.org/pages/new-page-655

114. Яневська Т. М. Спеціальні механізми оцінювання ефективності системи публічного управління в сфері охорони здоров’я: міжнародний досвід для України. Право та державне управління. 2024. №1. С. 210−219. DOI: https://doi.org/10.32782/pdu.2024.1.29

115. Яців І. Б. Джерела фінансування витрат на формування здоров'я як складової людського капіталу. Інвестиції: практика та досвід. 2024. № 15. С. 13−19. DOI: 10.32702/2306-6814.2024.15.13

116. Antonovsky Aaron. Health, Stress and Coping. San Francisco : Jossey-Bass, 1979, 255 p.

117. Didyk Andriy, Kozachenko Ganna, Pogorelov Yuriy. Overview of threats to national economy with application of their classification criteria. National and geopolitical aspects : collective monograph. ISSUE 3. Prague (Czech Repulic) : Nemoros s.r.o., 2021. P. 25-32.

118. Donabedian Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford : Oxford University Press, 2003. 240 p.

119. Encyclopaedia Of The Social Sciences. URL: https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.147021

120. Global Health Security Index. URL: https://ghsindex.org/

121. Health Care Index by Country 2025 Mid-Year. NUMBEO. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

122. Martin John N. Port Royal Logic. Internet Encyclopedia of Philosophy (2017). URL: https://homepages.uc.edu/~martinj/Papers/Extension%20in%20The%20Port%20Royal%20Logic-%20Square%202016.pdf

123. Morgenthau H. Politics Among Nations. The Struggle for Power and Peace. Fifth Edition. New York : Alfred A. Knopf, 1973. 597 p. URL: https://saldanha.pbworks.com/f/Morgenthau.Politics+Among+Nations.pdf

124. Morgenthau Hans J. In Defense of the National Interest. 1951. URL: https://issra.pk/images/monographs/NDU-Monogrpah-NSP-2-Sep-2022.pdf

125. NICE. Indicators. URL: https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/indicators

126. Polishchuk I., Maksimishyna T. National interests of Ukraine as the basisfor countering russian aggression. Mediaforum: Analytics, Forecasts, Information Management. 2025. Volume 16. P. 77–93. DOI: https://doi.org/10.31861/mediaforum.2025.16.77-93

127. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report / Fergus C., Flores G., Abbasi A., Gordeev V. et al. Geneva : World Health Organization, 2023. 135 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379

128. Державна служба статистики України: URL: https://www.ukrstat.gov.ua/

129. Мінфін. Сайт: URL: https://minfin.com.ua/

130. Офіційний веб-портал Верховної Ради України. URL: http:// w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc2.