МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Інститут заочного та дистанційного навчання

Кафедра економіко-правових дисциплін
навчально-наукового інституту права та психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
для здобуття ступеня вищої освіти магістра

на тему: «ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ»

Виконав: здобувач 2 курсу 1 групи
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Білокоренко Юлія Олександрівна
Індивідуальний навчальний план № 24-36 ПУА/1
Мобільний телефон: +380986654662

Науковий керівник:
професор кафедри економіко-правових дисциплін ННІПП НАВС
кандидат юридичних наук, доцент
Борцевич Павло Святославович

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«04» грудня 2025 р., протокол № 8
завідувач кафедри економіко-правових дисциплін ННІПП НАВС,
кандидат ~~економічних~~ наук, доцент
_____ Анатолій ФАЇЗОВ
(підпис)

Київ 2025

ЗМІСТ

ВСТУП……..3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я…….8
1.1. Сутність та особливості державної політики у сфері охорони здоров'я…...8
1.2. Поняття та принципи фінансового забезпечення медичного обслуговування населення……14
Висновки до першого розділу……...20
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ…….....22
2.1. Поняття, структура та особливості організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я……...22
2.2. Нормативно-правове регулювання фінансування медичного обслуговування в Україні……...……...29
2.3. Система органів, що реалізують державну політику у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги……...…….39
Висновки до другого розділу……44
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ…….46
3.1. Зарубіжний досвід організації та фінансування медичних послуг і можливості його використання в Україні……...……46
3.2. Проблеми ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні та шляхи їх вирішення……...…….58
Висновки до третього розділу……..63
ВИСНОВКИ……...65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..67

ВСТУП

Актуальність теми. Стан здоров'я населення є стратегічним ресурсом національного розвитку, безпосередньо впливаючи на соціальну стабільність, трудовий потенціал і економічну спроможність держави. Забезпечення якісної та своєчасної медичної допомоги є конституційним обов'язком держави, що вимагає не лише політичної волі, а й ефективної системи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Особливої ваги ця проблема набуває в умовах воєнного стану, економічної нестабільності та обмежених бюджетних ресурсів, коли необхідність забезпечення доступу громадян до медичних послуг поєднується з викликами щодо раціонального використання коштів та підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Сучасні реформи в медичній сфері, зокрема впровадження Програми медичних гарантій, створення Національної служби здоров'я України, перегляд підходів до фінансування медичних закладів на основі принципу «гроші йдуть за пацієнтом» - суттєво змінили організаційно-правову модель фінансового забезпечення медицини. Водночас реформування виявило низку проблем: нестабільність нормативно-правової бази, нерівномірність розподілу фінансів між закладами різних рівнів, недостатній рівень автономії лікарень, відсутність чіткого механізму контролю за використанням державних коштів. Крім того, актуальним є питання взаємодії між органами державної влади, органами місцевого самоврядування, страховими фондами, постачальниками медичних послуг та громадськістю в контексті управління фінансовими потоками у медичній сфері. Саме організаційно-правові механізми такої взаємодії потребують ґрунтовного аналізу та вдосконалення з метою досягнення прозорості, ефективності та відповідності європейським стандартам.

Теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення охорони здоров'я досліджували такі вітчизняні вчені: Г. Ігнатьєва, Є. Дяченко, О. Краснова, М. Мальований, С. Онишко, В. Опарін, К. Павлюк, О. Романенко, Т. Стецюк, С. Юрій, В. Андрущенко, О. Василик, В. Войцехівський, В. Галайда,

Д. Карамишев, В. Лехан, С. Михайленко, В. Опарін, О. Солдатенко, О. Тулай та ін.

Мета та завдання дослідження. Метою дослідження є визначення та обґрунтування організаційно-правових засад державної політики у сфері фінансового забезпечення медичного обслуговування населення, а також формулювання практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності функціонування відповідних механізмів.

Для досягнення мети поставлено такі основні **завдання:**

- проаналізувати сутність та особливості державної політики у сфері охорони здоров'я;

- визначити поняття та принципи фінансового забезпечення медичних послуг;

- визначити поняття, структуру та особливості організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я;

- дослідити нормативно-правове регулювання фінансування медичного обслуговування в Україні

- встановити систему органів, що реалізують державну політику у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги;

- проаналізувати зарубіжний досвід організації та фінансування медичних послуг і можливості його використання в Україні;

- дослідити проблеми ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні та шляхи їх вирішення.

Об'єктом дослідження є державна політика у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження виступають організаційно-правові засади фінансового забезпечення медичного обслуговування населення в Україні.

Методи дослідження. У ході дослідження було використано сукупність загальнонаукових і спеціально-правових методів, що забезпечило комплексний та послідовний аналіз організаційно-правових засад державної політики у сфері фінансового забезпечення медичного обслуговування населення. Діалектичний метод дав змогу розглядати механізми фінансування охорони здоров'я як

систему, що формується та змінюється під впливом соціально-економічних умов, трансформацій державної політики та розвитку інструментів медичної реформи. За допомогою формально-логічного методу було уточнено понятійно-категоріальний апарат, пов'язаний із фінансовими гарантіями, медичними послугами та системою державного фінансування. Формально-юридичний і нормативно-аналітичний методи дали можливість всебічно дослідити чинне законодавство у сфері охорони здоров'я, зокрема положення щодо державних фінансових гарантій та функціонування Програми медичних гарантій. Порівняльно-правовий метод застосовувався для аналізу зарубіжних моделей організації та фінансування медичних послуг, а також для визначення можливостей імплементації ефективних елементів цих моделей в українську систему охорони здоров'я. Структурно-функціональний підхід дозволив розглянути функціонування інституційного механізму фінансування медичної допомоги, включаючи роль органів державної влади, Національної служби здоров'я України, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів. Використання статистичного й соціологічного методів забезпечило можливість оцінити результати запровадження фінансових інструментів медичної реформи, рівень доступності медичних послуг та ефективність розподілу бюджетних ресурсів. Прогностичний метод застосовано для окреслення перспектив подальшого вдосконалення механізмів фінансового забезпечення медичної допомоги в умовах модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я.

Елементи наукової новизни отриманих результатів. Наукова новизна одержаних у роботі результатів полягає в уточненні теоретичних засад та розробленні практично орієнтованих підходів до вдосконалення державної політики у сфері фінансового забезпечення медичного обслуговування населення. У дослідженні: - уперше комплексно систематизовано концептуальні підходи до фінансового забезпечення охорони здоров'я, що дозволило окреслити закономірності формування державної політики в цій сфері; - удосконалено теоретичне визначення сутності та принципів фінансового забезпечення медичних послуг, що сприяло поглибленню

розуміння змісту фінансових гарантій як складової права громадян на охорону здоров'я; - отримали подальший розвиток положення щодо інституційного механізму фінансування медичної сфери, зокрема уточнено роль державних органів та НСЗУ; - узагальнено та критично проаналізовано чинне нормативно-правове регулювання фінансування медичної допомоги, що дало змогу виявити його ключові прогалини та системні суперечності; - визначено можливості адаптації зарубіжних моделей фінансування медичних послуг до українських умов, на основі порівняльно-правового аналізу; - обґрунтовано напрями вдосконалення організаційно-правового забезпечення фінансування медичної допомоги, спрямовані на підвищення ефективності використання коштів, прозорості та доступності медичних послуг.

Практичне значення проведеного дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів у таких напрямах: - правозастосовчій діяльності – для вдосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги, підвищення прозорості бюджетних процедур та оптимізації використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я; - нормотворчій та аналітичній роботі – як наукового підґрунтя для подальшого вдосконалення нормативно-правового регулювання фінансування медичних послуг, усунення наявних прогалин і неузгодженостей у чинному законодавстві; - науково-дослідницькій діяльності – для розширення досліджень у галузі державної політики та фінансування охорони здоров'я, порівняльного аналізу зарубіжних моделей та розробки прикладних рекомендацій щодо їх адаптації в Україні; - освітньому процесі – для використання матеріалів дослідження у викладанні дисциплін, пов'язаних із публічним управлінням, фінансовим правом та організацією системи охорони здоров'я, а також при підготовці програм підвищення кваліфікації для фахівців медичної та управлінської сфер; - адміністративній та управлінській практиці – як інструментальної основи для державних органів, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я у формуванні ефективних моделей фінансового забезпечення, удосконаленні планування та контролю

медичних видатків, підвищенні ефективності функціонування системи медичного обслуговування населення.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, які включають в себе сім підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 76 сторінок.

РОЗДІЛ І
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та особливості державної політики у сфері охорони здоров'я

У сучасних умовах, коли суспільство переживає складні трансформаційні процеси, обумовлені як внутрішніми соціально-економічними викликами, так і зовнішніми загрозами, включаючи війну, пандемії та демографічні зміни, охорона здоров'я постає однією з найпріоритетніших сфер державної політики. Саме через призму забезпечення доступного, якісного та справедливого медичного обслуговування реалізуються ключові соціальні функції держави, гарантуються конституційні права громадян, зокрема право на охорону здоров'я, життя і гідність, як зазначено у статтях 3, 49 Конституції України [1]. Відтак, сутність державної політики у сфері охорони здоров'я слід розглядати як систему організаційних, правових, фінансових і управлінських рішень, що спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження захворюваності, забезпечення медичної допомоги на основі принципів ефективності, справедливості, доступності й орієнтації на потреби людини.

Державна політика у цій сфері формується на основі публічного інтересу та визначається комплексом стратегічних і тактичних цілей, що реалізуються через відповідні інститути влади та механізми правового регулювання. Вона включає в себе законодавче закріплення гарантій надання медичних послуг, розроблення і реалізацію національних програм у сфері охорони здоров'я, встановлення стандартів медичної допомоги, а також створення ефективної системи управління охороною здоров'я як на центральному, так і на місцевому рівнях [2, с. 58].

Особливістю державної політики у сфері охорони здоров'я є її міжгалузевий характер. Вона не обмежується лише медичними аспектами, а тісно пов'язана з політикою в галузі соціального захисту, освіти, екології, бюджету та фінансів. З огляду на це, важливо враховувати, що стратегічні документи, такі як Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [3], Державна стратегія регіонального розвитку, Концепція реформування системи охорони здоров'я України тощо, є комплексними і передбачають не тільки модернізацію інфраструктури медичних закладів, а й удосконалення системи підготовки медичних кадрів, впровадження електронного урядування в охороні здоров'я, розвиток фармацевтичної галузі, забезпечення санітарно-епідеміологічного добробуту тощо.

На концептуальному рівні сутність державної політики у сфері охорони здоров'я ґрунтується на визнанні здоров'я населення як ключової умови національної безпеки, економічного розвитку і соціальної стабільності. У цьому контексті держава виступає гарантом, організатором і регулятором відносин у сфері медичних послуг. Така роль закріплена, зокрема, у ст. 49 Конституції України, яка проголошує, що держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [1].

Державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні формується та реалізується з урахуванням стратегічних орієнтирів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Ця організація, створена у 1946 році як спеціалізована установа ООН, є провідним міжнародним міжурядовим інститутом, що відповідає за розробку глобальної політики у сфері охорони здоров'я. ВООЗ виконує функції координатора та консультанта при наданні міжнародної підтримки в галузі медицини, а також займає ключові позиції у системі ООН щодо вирішення питань охорони здоров'я, особливо у кризових та надзвичайних ситуаціях [4, с. 91].

Базовим документом, який визначив сучасні підходи до зміцнення здоров'я, є Оттавська хартія (1986 р.). Крім того, важливими програмними орієнтирами для країн-членів ВООЗ, включно з Україною, є стратегії «Здоров'я для всіх у XXI столітті» та «Здоров'я-2020», які містять рекомендації щодо забезпечення належного рівня здоров'я населення, управління чинниками, що впливають на нього, та зниження ризиків [5, с. 77].

В Україні підходи до формування державної політики у галузі охорони здоров'я визначені Конституцією України (статті 43, 45, 46, 48–50), а деталізовані у спеціальному законодавстві. Основним нормативно-правовим актом, який заклав правові засади функціонування національної системи охорони здоров'я, є Основи законодавства України про охорону здоров'я, ухвалені у 1992 році [6]. Положення державної політики у цій сфері також закріплюються у міжнародних договорах, ратифікованих Верховною Радою України.

За науковими підходами, державна політика у сфері охорони здоров'я розглядається як узгоджений комплекс рішень і дій органів влади, спрямований на формування ефективної системи медичної допомоги та покращення рівня здоров'я населення країни. Державна політика України у сфері охорони здоров'я ґрунтується на визнанні за кожним громадянином невід'ємного права на охорону здоров'я, забезпеченні його належного захисту та створенні умов для повної реалізації цих прав [7].

Державну політику України у сфері охорони здоров'я визначають як складову частину внутрішньої та зовнішньої політики держави, спрямовану на оптимізацію функціонування комплексного соціального інституту. Цей інститут охоплює підготовку медичних кадрів, а також широкий спектр соціальних, організаційних, економічних, науково-медичних, санітарно-епідеміологічних та профілактичних заходів, які держава реалізує в інтересах громадян [8, с. 59].

Важливою особливістю державної політики у сфері охорони здоров'я є її інтегрований і системний характер, що зумовлений глобалізаційними

процесами, посиленням взаємозв'язків та взаємозалежності елементів національної системи охорони здоров'я у світовому контексті.

Сутність державної політики у сфері охорони здоров'я також розкривається через її функціональний зміст. Так, відповідно до підходу, запропонованого Л. О. Слюсаренко, вона виконує низку функцій: прогностичну (визначення довгострокових цілей у галузі охорони здоров'я), регуляторну (формування нормативно-правових засад функціонування системи), координуючу (встановлення взаємодії між державними органами, медичними закладами, громадськістю), інституційну (розвиток інфраструктури охорони здоров'я), контролюючу (моніторинг та аудит діяльності в медичній сфері). У цьому контексті держава виконує не лише функції гаранта, а й активного суб'єкта управління, що забезпечує баланс між інтересами громадян, суспільства і медичних працівників [9, с. 59].

Однією з ключових особливостей сучасної державної політики в медичній сфері є її поступова трансформація від адміністративно-розподільчої до ринково-регуляторної моделі. Починаючи з 2017 року, Україна реалізує реформу охорони здоров'я, що ґрунтується на принципі закупівлі медичних послуг через Національну службу здоров'я та переході до оплати за конкретно надану послугу. Такий підхід дозволяє забезпечити прозорість у розподілі бюджетних коштів, підвищити відповідальність надавачів медичних послуг, стимулювати конкуренцію між закладами охорони здоров'я за пацієнтів, водночас залишаючи державу відповідальною за встановлення гарантованого пакета медичних послуг.

Слід зазначити, що державна політика у сфері охорони здоров'я не є сталим утворенням, вона змінюється під впливом як внутрішньої динаміки, так і зовнішніх викликів. Серед сучасних викликів варто назвати збройну агресію рф, пандемію COVID-19, кризу доступності медичної допомоги в сільській місцевості, демографічне старіння населення, еміграцію медичних працівників, нерівність у доступі до якісних послуг. У таких умовах особливо важливою є

здатність державної політики адаптуватися до обставин, зберігаючи стратегічну спрямованість та ефективність [10, с. 58].

На думку І. Б. Усенко, важливою умовою ефективної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є наявність комплексної, міждисциплінарної нормативної бази, а також постійна координація дій між органами виконавчої влади, місцевим самоврядуванням, інститутами громадянського суспільства та міжнародними партнерами. Такий підхід забезпечує сталість політики, її гнучкість і відповідність найкращим практикам країн ЄС, до яких Україна поступово інтегрується [11, с. 90].

Водночас, українська модель державної політики у сфері охорони здоров'я нині перебуває у стані активного реформування. Вона зазнає суттєвих трансформацій у бік децентралізації, впровадження нових механізмів фінансування, заснованих на принципі «гроші йдуть за пацієнтом», розвитку ринкових елементів у медичному обслуговуванні за збереження загальних державних гарантій. Так, із запровадженням у 2017 році реформи первинної ланки медичної допомоги, а згодом – вторинної і третинної ланок, було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) як центральний орган виконавчої влади, що укладає договори з надавачами медичних послуг, адмініструє Програму медичних гарантій і здійснює фінансування медичних закладів на основі кількості і якості наданих послуг.

Сутність державної політики полягає також у визначенні пріоритетів, відповідно до яких розподіляються обмежені ресурси охорони здоров'я. У сучасних умовах такими пріоритетами є: боротьба з неінфекційними захворюваннями, охорона психічного здоров'я, розвиток сімейної медицини, забезпечення доступності медичних послуг у сільській місцевості, цифровізація охорони здоров'я, профілактика захворювань, а також посилення готовності системи до кризових ситуацій, зокрема під час пандемії COVID-19 чи збройного конфлікту [12, с. 43].

Особливої уваги вимагає розгляд державної політики охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Повномасштабна збройна агресія рф проти України з

2022 року істотно змінила пріоритети у сфері охорони здоров’я. Держава була змушена оперативно адаптувати національну політику до нових викликів: забезпечити безперервність медичного обслуговування на тимчасово окупованих і прифронтових територіях, організувати евакуацію важкохворих, реалізовувати програми реабілітації поранених військовослужбовців та цивільного населення, посилити психосоціальну підтримку постраждалих, створити додаткові медичні потужності в умовах руйнування інфраструктури. Такі заходи потребували як правового, так і фінансового перегляду існуючих механізмів управління.

Ще однією важливою ознакою державної політики у сфері охорони здоров’я є її спрямованість на партнерство з громадянським суспільством, міжнародними організаціями та приватним сектором. Система охорони здоров’я дедалі частіше функціонує на засадах державно-приватного партнерства, що виявляється як у спільному фінансуванні, так і в реалізації медичних програм. Також держава активно співпрацює з такими структурами, як Всесвітня організація охорони здоров’я, Світовий банк, Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) тощо, що дає змогу залучати інституційну підтримку та міжнародний досвід для реалізації національних реформ [13].

Отже, державна політика у сфері охорони здоров’я – це цілеспрямована система управлінських і правових дій, орієнтованих на захист і підтримку здоров’я населення як базової соціальної цінності. Її особливості полягають у нормативній закріпленості прав громадян, інституційній багаторівневості, фінансовій залежності від державного бюджету, міжгалузевому характері, гнучкості у реагуванні на кризи, а також орієнтації на європейські стандарти. В умовах воєнного стану ця політика зазнає глибоких трансформацій, що вимагає зваженої нормативної адаптації, фінансової стабільності та послідовного стратегічного планування.

1.2. Поняття та принципи фінансового забезпечення медичного обслуговування населення

Фінансове забезпечення медичного обслуговування населення є однією з ключових передумов функціонування системи охорони здоров'я та забезпечення її ефективності, доступності й сталості. У сучасному правовому, економічному та соціальному дискурсі воно розглядається як складова державної політики, що забезпечує матеріальну основу реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я. Відповідно до статті 49 Конституції України держава гарантує надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах безоплатно, створюючи умови для ефективного функціонування медичної інфраструктури [1]. Таким чином, фінансове забезпечення виступає не лише адміністративним або фіскальним інструментом, а й механізмом реалізації публічних зобов'язань держави перед суспільством.

У науковій літературі відсутнє єдине усталене визначення поняття фінансового забезпечення медичних послуг, однак загальні підходи збігаються в розумінні його як системи правових, економічних та організаційних заходів, спрямованих на акумуляцію, розподіл і використання фінансових ресурсів для потреб галузі охорони здоров'я. Фінансове забезпечення – це сукупність механізмів формування та розподілу грошових ресурсів, необхідних для утримання інституцій охорони здоров'я, оплати праці медичних працівників, придбання медикаментів, розвитку інфраструктури та гарантування доступу населення до базових і спеціалізованих медичних послуг [14, с. 140].

Фінансове забезпечення у сфері охорони здоров'я передбачає участь як державного, так і недержавного секторів. У межах державної системи основними джерелами фінансування є кошти державного бюджету, місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, цільових державних програм, а також кошти, що надходять через Національну службу здоров'я України відповідно до Програми медичних гарантій. Цей підхід відповідає принципам,

закріпленим у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [15]. Відповідно до його статті 3 держава гарантує повну оплату за рахунок коштів державного бюджету надання медичних послуг і лікарських засобів, включених до Програми медичних гарантій, на всій території України.

Разом з тим, поняття фінансового забезпечення не можна зводити лише до обсягу коштів. Важливим є також механізм фінансування – тобто методологія визначення потреби у фінансових ресурсах, система розподілу коштів, обґрунтованість витрат, прозорість процедур, механізми контролю та оцінки ефективності використання ресурсів. У цьому сенсі фінансове забезпечення є частиною більшої системи публічного управління охороною здоров'я, яка включає в себе стратегічне планування, бюджетування, моніторинг і аудит.

Особливістю фінансового забезпечення медичного обслуговування в Україні є багатоканальність фінансування. Згідно з чинним законодавством, до основних джерел надходжень належать: кошти державного бюджету (через НСЗУ), місцеві бюджети, власні надходження медичних закладів, благодійні внески, кошти міжнародної технічної допомоги, а також добровільне медичне страхування. Кожен із цих каналів має свою правову специфіку, різні вимоги до цільового використання коштів і процедури звітності. Приміром, фінансування через Програму медичних гарантій має договірний характер і передбачає оплату конкретної кількості наданих послуг, що фіксуються в електронній системі охорони здоров'я [16, с. 74].

Важливо наголосити, що фінансове забезпечення медичних послуг не є статичним – воно трансформується відповідно до соціально-економічної ситуації, демографічних тенденцій, політичних рішень та кризових явищ. Так, наприклад, пандемія COVID-19 у 2020–2021 роках спричинила необхідність різкого збільшення бюджетного фінансування охорони здоров'я, перегляду фінансових пріоритетів, запровадження окремих пакетів медичних послуг та адаптації тарифів на оплату лікування. Аналогічні трансформації спостерігаються в умовах дії воєнного стану, коли виникає потреба у

забезпеченні медичних закладів на лінії фронту, реабілітації військовослужбовців, підтримці мобільних бригад, евакуації пацієнтів, забезпеченні психіатричної та паліативної допомоги [17, с. 159].

Фінансове забезпечення медичного обслуговування має також стратегічну складову. Воно покликане не лише задовольнити поточні потреби галузі, а й забезпечити довгостроковий розвиток медичної інфраструктури, інвестування в нові технології, підвищення кваліфікації кадрів, розвиток електронної медицини та телемедицини.

Водночас, на практиці фінансове забезпечення медичних послуг в Україні стикається з низкою проблем. Серед них – обмеженість бюджетних ресурсів, хронічне недофінансування закладів охорони здоров'я, нерівномірний розподіл коштів між регіонами, надмірна централізація, відсутність достатньої автономії у медичних закладів щодо розпорядження коштами, недостатній контроль за якістю послуг. Така ситуація вимагає не лише збільшення фінансування, а й реформування підходів до розрахунку потреби у фінансових ресурсах, зміни мотиваційних механізмів для медичних працівників, підвищення прозорості витрат [18, с. 46].

У контексті інтеграції України до європейського правового і економічного простору особливої актуальності набуває питання адаптації системи фінансового забезпечення охорони здоров'я до стандартів ЄС. Це передбачає поступове впровадження страхових механізмів, розвиток державно-приватного партнерства, залучення інвестицій, перехід від утримання закладів до фінансування послуг, розширення автономії лікарень, удосконалення тарифної політики та зміцнення інституційної спроможності НСЗУ. При цьому зберігається пріоритет принципу солідарності, відповідно до якого фінансування охорони здоров'я здійснюється з урахуванням фінансових можливостей платника податків і потреб пацієнта.

Фінансова система медичного обслуговування має ґрунтуватися на прозорих і науково обґрунтованих методиках визначення потреби у ресурсах. Зокрема, важливими інструментами є формульне фінансування, глобальні

бюджети, капітаційні виплати, DRG-моделі (оплата за групами діагностичних випадків), перехід до результатоорієнтованого фінансування. Усі ці моделі потребують правового врегулювання та інституційної підтримки, що є актуальним завданням національної політики [19, с. 61].

Отже, поняття фінансового забезпечення медичного обслуговування охоплює не лише економічний аспект, а й правову, управлінську, соціальну і політичну складові. Воно є ключовим інструментом реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, відображає здатність держави забезпечити належний рівень медичних послуг, підтримати функціонування інфраструктури, захистити найбільш вразливі групи населення. У сучасних умовах цей інструмент має бути гнучким, ефективним, справедливим та стійким до викликів, зокрема пов'язаних з війною, економічною нестабільністю та глобальними трансформаціями. Формування досконалої системи фінансового забезпечення медичного обслуговування вимагає послідовної політичної волі, професійного управління, правової визначеності, участі громадськості та міжнародної підтримки.

Фінансове забезпечення медичного обслуговування населення є ключовим елементом у системі охорони здоров'я, адже без стабільного і прозорого фінансування неможливо досягти доступності, якості та ефективності надання медичних послуг. У цьому контексті надзвичайно важливим є формування та дотримання принципів, на яких базується фінансова політика в сфері охорони здоров'я. Принципи фінансового забезпечення не є лише технічними чи адміністративними правилами – це аксіологічні та правові основи, що визначають характер розподілу ресурсів, механізми підзвітності, соціальну справедливість і відповідальність держави перед громадянами.

Одним із базових принципів фінансування є принцип справедливості, який передбачає рівний доступ усіх громадян до необхідної медичної допомоги незалежно від їхнього соціального статусу, місця проживання або рівня доходів. У цьому сенсі фінансова політика має виконувати функцію соціального вирівнювання, компенсуючи нерівність у спроможності

оплачувати медичні послуги. Такий підхід відповідає загальним засадам соціальної держави, закріпленим у Конституції України (стаття 3 та стаття 49), згідно з якими життя та здоров'я людини визнаються найвищими соціальними цінностями, а медична допомога гарантується всім громадянам державою [20, с. 104].

Іншим ключовим принципом є принцип солідарності, що означає спільну відповідальність суспільства за фінансування охорони здоров'я. Це передбачає акумуляцію коштів у єдиному державному фонді з подальшим розподілом згідно з потребами населення. Солідарність у цьому контексті виступає не лише як економічна конструкція, але й як етична норма: здорові фінансують лікування хворих, молоді – потреби літніх людей. У цьому аспекті важливою є концепція міжпоколіннєвої відповідальності, що відображається у стратегіях сталого розвитку та державної політики у сфері охорони здоров'я [21, с. 82].

Важливо підкреслити принцип ефективності – фінансування має бути спрямоване не лише на покриття витрат, а й на досягнення конкретних результатів у сфері охорони здоров'я. Цей принцип передбачає перехід від фінансування ліжко-місць до оплати конкретних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що активно впроваджується в межах реформи. Згідно із Законом № 2168-VIII, медичні послуги оплачуються на основі договорів між НСЗУ та закладами охорони здоров'я, що сприяє підвищенню прозорості та підзвітності використання коштів [15].

Не менш важливим є принцип цільового використання бюджетних коштів, який означає, що виділені ресурси мають витрачатися виключно на ті цілі, для яких вони передбачені. Це правило забезпечує захист від неефективного або корупційного використання фінансів, зменшує ризики зловживань та сприяє раціональному управлінню бюджетом. Його дотримання регулюється не лише галузевими актами, але й Бюджетним кодексом України, який встановлює загальні вимоги до складання, виконання та контролю за використанням державного та місцевих бюджетів [22].

Принцип доступності фінансування передбачає, що медичні послуги, гарантовані державою, повинні бути профінансовані в повному обсязі, без перекладання фінансового тягаря на громадян. У межах Програми медичних гарантій фінансування послуг здійснюється з державного бюджету, що знижує рівень тіньових платежів і неофіційної доплати. Водночас держава зобов'язана забезпечити достатній рівень фінансування, аби проголошені гарантії не були декларативними. Згідно з аналітичними даними МОЗ та міжнародних експертів, наразі в Україні спостерігається хронічне недофінансування сфери охорони здоров'я, що ставить під сумнів реалізацію цього принципу на практиці.

Особливу увагу заслуговує принцип прозорості у фінансових відносинах. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), відкриті дані про фінансування закладів, публічність договорів з НСЗУ – усе це забезпечує доступ громадян до інформації про те, куди спрямовуються бюджетні кошти. Прозорість є також інструментом громадського контролю та антикорупційної політики, що особливо важливо в умовах воєнного стану та обмежених ресурсів [23, с. 115].

Принцип субсидіарності відіграє важливу роль у контексті децентралізації публічної влади та фінансових повноважень. Він передбачає, що прийняття рішень та розпорядження ресурсами повинно здійснюватися на тому рівні влади, який найближчий до споживача послуг, за умови наявності достатньої спроможності. Таким чином, органи місцевого самоврядування отримують можливість самостійно планувати витрати на медичні потреби громади, забезпечуючи їхню відповідність до реальних потреб населення [24, с. 79].

Неможливо оминути увагою і принцип наукової обґрунтованості, який передбачає, що фінансова політика в сфері охорони здоров'я повинна базуватися на результатах доказової медицини, демографічного аналізу, епідеміологічних досліджень і актуальних наукових знань [25, с. 136]. Розрахунок тарифів на медичні послуги, планування видатків та формування

кошторисів має ґрунтуватися не на інерційних підходах, а на динамічному аналізі потреб і ефективності інтервенцій [26, с. 94].

У воєнних умовах набуває значення і принцип адаптивності, що передбачає гнучкість фінансової системи до надзвичайних ситуацій, швидку реакцію на зміну потреб, включення пріоритетних напрямів (наприклад, медичне забезпечення військовослужбовців, реабілітація поранених, психологічна допомога населенню). Бюджетна система повинна мати вбудовані механізми мобілізації та перерозподілу коштів без суттєвого зниження якості базових послуг [27, с. 65].

Отже, принципи фінансового забезпечення медичного обслуговування населення формують нормативно-ціннісну базу, без якої неможливо забезпечити стабільність, ефективність та соціальну спрямованість фінансової політики у сфері охорони здоров'я. Їхнє дотримання є не лише умовою реалізації державної політики, а й критерієм відповідності системи охорони здоров'я європейським стандартам і принципам доброго врядування. Водночас ефективна імплементація цих принципів потребує політичної волі, належного правового регулювання та розвитку інституційної спроможності всіх суб'єктів, що беруть участь у фінансуванні та наданні медичних послуг. З урахуванням викликів, з якими зіштовхується українська держава в умовах воєнного стану та економічної нестабільності, принципи фінансування мають бути не лише формально проголошеними, а й реально дієвими, адаптованими до нових обставин та підкріпленими належним ресурсним забезпеченням.

Висновки до першого розділу

Сучасна модель публічного управління медичною сферою в Україні формується під впливом комплексних суспільних трансформацій, зокрема євроінтеграційних процесів, модернізації системи публічної влади та зростаючих соціально-економічних викликів. Державна політика у сфері

охорони здоров’я розглядається як цілісна система цілей, інструментів і управлінських рішень, спрямованих на забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров’я. Її ключовими особливостями є міжсекторальний характер, превентивна спрямованість, орієнтація на стандарти якості медичної допомоги та підзвітність органів влади перед суспільством.

Фінансове забезпечення медичного обслуговування населення становить одну з базових засад функціонування системи охорони здоров’я, оскільки визначає реальну можливість реалізації державних гарантій у сфері медичної допомоги. Сутність фінансового забезпечення полягає у формуванні, розподілі та ефективному використанні фінансових ресурсів, спрямованих на організацію, надання та розвиток медичних послуг. Аналіз принципів його здійснення засвідчив, що вони відображають фундаментальні підходи держави до управління медичною сферою: законність, соціальна справедливість, адресність, ефективність, прозорість, цільове використання коштів та відповідальність усіх суб’єктів фінансових відносин.

РОЗДІЛ ІІ
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

2.1. Поняття, структура та особливості організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я

Організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров'я виступає ключовим елементом державної політики у соціальній сфері, оскільки саме від ефективності його функціонування залежить забезпечення громадян доступними, якісними та безпечними медичними послугами. У період трансформації системи охорони здоров'я в Україні, зокрема з переходом від бюджетно-утримуваної до страхової моделі, категорія організаційно-правового механізму фінансування набуває особливої актуальності як з теоретико-правового, так і з практичного погляду. Саме через призму цього поняття розкриваються зміст і структура фінансових відносин у сфері охорони здоров'я, механізми їхнього правового забезпечення, інституційні компоненти та функціональні інструменти, що обумовлюють реалізацію державної політики в цій сфері.

В юридичній літературі організаційно-правовий механізм традиційно розглядається як комплекс взаємопов'язаних інституційних і правових засобів, за допомогою яких відбувається реалізація певного напряму державної політики або забезпечення функціонування конкретної сфери суспільних відносин. Зокрема, С. В. Ківалов зазначає, що організаційно-правовий механізм є сукупністю правових норм, організаційних структур, інструментів та процедур, які в єдності забезпечують досягнення визначених цілей у конкретній сфері державного управління. У контексті фінансування охорони здоров'я мова йде не лише про норми матеріального фінансового і медичного права, а й про

систему інституцій - органів виконавчої влади, закладів охорони здоров'я, страхових агентів, розпорядників коштів - які реалізують фінансово-управлінські функції на всіх рівнях [28, с. 182].

Нормативною базою для визначення організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я в Україні виступає насамперед Конституція України, яка гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49). Ця норма є основою для формування всієї системи законодавства у сфері охорони здоров'я та для розробки конкретних механізмів її реалізації. Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII організаційно-правовий механізм фінансування медичних послуг передбачає реалізацію Програми медичних гарантій, що забезпечується через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка виступає головним розпорядником бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я та укладає договори із закладами охорони здоров'я про медичне обслуговування населення [15].

Особливістю сучасного механізму є його перехід від утримання мережі медичних установ до фінансування конкретних послуг, які надаються пацієнтам, відповідно до затвердженого переліку Програми медичних гарантій. Це означає, що держава не просто фінансує існування закладів охорони здоров'я, а сплачує за надані медичні послуги, що відповідає принципам ефективності, економічності та цільового використання бюджетних ресурсів. Відтак, відбувається зміна парадигми фінансування - з адміністративно-командного підходу на договірно-правовий, що має значний позитивний вплив на підвищення якості медичних послуг і рівня задоволеності населення.

Організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров'я охоплює кілька ключових компонентів. По-перше, це інституційна структура, до якої належать: Міністерство охорони здоров'я України, що формує державну політику в галузі; НСЗУ, яка реалізує фінансування медичних послуг; Міністерство фінансів України, що визначає обсяги фінансування у

державному бюджеті; місцеві органи влади, які фінансують певні види медичної допомоги на рівні територіальних громад. По-друге, це нормативно-правове забезпечення, представлене законами, підзаконними актами, нормативами фінансування, контрактами між НСЗУ та надавачами послуг, порядками використання бюджетних коштів тощо. По-третє, це процесуальні елементи, що включають механізми розподілу та контролю за використанням коштів, порядок укладення договорів, стандарти звітності та аудиту, процедури моніторингу якості послуг [29, с. 89].

Не менш важливою складовою механізму є джерела фінансування, які мають змішаний характер. Базовим джерелом є Державний бюджет України, з якого спрямовуються кошти на Програму медичних гарантій. Також передбачені місцеві бюджети, кошти державного соціального медичного страхування (після його запровадження), добровільні внески громадян, благодійна допомога, кошти міжнародних організацій. Таким чином, організаційно-правовий механізм ґрунтується на принципах фінансової децентралізації, субсидіарності та солідарної відповідальності держави і громадян за стан охорони здоров’я.

У сучасних умовах воєнного стану організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров’я зазнав суттєвих трансформацій. Постановою Кабінету Міністрів України № 1440 від 16 грудня 2022 року [30] були внесені зміни до порядку реалізації Програми медичних гарантій, спрямовані на адаптацію системи фінансування до потреб під час збройного конфлікту. Зокрема, передбачено можливість укладання договорів із військово-медичними установами, спрощення процедур оплати послуг в умовах переміщення населення, а також введення додаткових пакетів медичних послуг, що фінансуються за рахунок спеціальних державних програм.

Слід зазначити, що організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров’я виконує не лише технічну функцію забезпечення закладів ресурсами, але й виконує стратегічну роль у формуванні системи медичного обслуговування, що відповідає принципам верховенства права, соціальної

справедливості, інклюзивності й недискримінаційності. Його ефективність вимірюється не лише кількістю залучених коштів, а здатністю забезпечити реальний доступ до якісних медичних послуг для усіх категорій населення - незалежно від місця проживання, рівня доходів чи соціального статусу. Водночас він має бути інструментом стимулювання якості та результативності діяльності медичних працівників і закладів охорони здоров'я, унеможливлення зловживань, корупційних практик і неефективного витрачання бюджетних ресурсів [31, с. 128].

Науковці справедливо підкреслюють, що дієвість організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я значною мірою залежить від рівня його нормативної деталізації, прозорості процедур, чіткості визначення повноважень і відповідальності суб'єктів, а також впровадження цифрових інструментів обліку, звітності та аудиту. У цьому контексті важливою є цифрова трансформація сфери охорони здоров'я - розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth), що дозволяє забезпечити ефективний контроль за обігом коштів, скоротити можливості для зловживань та підвищити рівень прозорості в роботі як НСЗУ, так і медичних закладів [32, с. 56].

У підсумку слід зазначити, що організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров'я є складною системою, яка охоплює широкий спектр правових, управлінських і фінансово-економічних елементів, що мають працювати в узгодженому режимі. Його розвиток є необхідною умовою реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та досягнення цілей державної політики у сфері медичного обслуговування. Актуальним залишається завдання подальшого вдосконалення цього механізму з урахуванням як національних пріоритетів, так і міжнародного досвіду, а також викликів, що постають у зв'язку із воєнними діями, демографічними змінами та економічною нестабільністю.

Організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров'я є складною системою, що поєднує в собі елементи правового регулювання, управлінської діяльності, фінансового забезпечення та інституційної взаємодії в

межах публічної політики. У сучасних умовах його структура формується під впливом потреб суспільства, пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, економічних ресурсів, а також міжнародних зобов'язань України. З огляду на це, аналіз структури та особливостей організаційно-правового механізму фінансування галузі охорони здоров'я є необхідною передумовою для її ефективного функціонування та розвитку, особливо в умовах трансформації системи державного управління та війни [33, с. 85].

Насамперед варто зазначити, що організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров'я в Україні базується на поєднанні централізованого та децентралізованого підходів до управління фінансовими потоками в галузі. Його основою є бюджетне фінансування, яке здійснюється відповідно до Бюджетного кодексу України, Закону України «Про Державний бюджет України» на відповідний рік, а також ряду спеціальних законів, серед яких ключовими є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та інші нормативно-правові акти.

До ключових складових структури організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я належать: суб'єкти фінансування (державні органи, органи місцевого самоврядування, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), заклади охорони здоров'я, пацієнти як споживачі послуг); об'єкти фінансування (державні гарантії медичного обслуговування населення, програми громадського здоров'я, цільові державні програми, капітальні видатки тощо); джерела фінансування (державний бюджет, місцеві бюджети, кошти міжнародної технічної допомоги, благодійні внески, кошти пацієнтів, страхові платежі); правові засади функціонування (система законодавства, підзаконних актів, внутрішньогалузевих регламентів та міжнародних угод); а також механізми реалізації (програми медичних гарантій, фінансова автономія закладів, договори з НСЗУ, елементи державно-приватного партнерства) [34, с. 74].

Особливістю сучасного етапу розвитку є те, що фінансування охорони здоров'я здійснюється переважно через Програму медичних гарантій (ПМГ), яка передбачає оплату наданих медичних послуг з боку НСЗУ відповідно до затверджених тарифів та умов договору. Такий підхід орієнтований на забезпечення рівного доступу населення до гарантованого пакета медичних послуг, а також на підвищення ефективності використання бюджетних коштів. Стаття 3 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» прямо вказує, що держава гарантує повну оплату надавачам медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету за медичне обслуговування, що включене до програми медичних гарантій [15].

ПМГ ґрунтується на принципах прозорості, доступності, рівності та економічної обґрунтованості. Національна служба здоров'я України як головний розпорядник бюджетних коштів у межах ПМГ виконує роль замовника медичних послуг, встановлюючи тарифи, укладаючи договори із закладами охорони здоров'я та здійснюючи оплату наданих послуг. Такий механізм передбачає перехід від утримання закладів охорони здоров'я до фінансування результату - тобто оплати за конкретні послуги, що реально надані пацієнтам.

У структурі механізму важливе місце займає бюджетне планування та розподіл фінансових ресурсів. Закон України «Про Державний бюджет України» щороку визначає обсяг видатків на охорону здоров'я, зокрема на реалізацію Програми медичних гарантій, централізовані закупівлі лікарських засобів і медичних виробів, закупівлі вакцин та програм громадського здоров'я. Органи місцевого самоврядування також здійснюють фінансування галузі за рахунок власних бюджетів, забезпечуючи утримання комунальних закладів охорони здоров'я, розвиток інфраструктури, підтримку місцевих програм [35, с. 38].

Інституційна складова організаційно-правового механізму охоплює також Міністерство охорони здоров'я України, яке виконує функції формування політики, НСЗУ - як орган реалізації фінансування через ПМГ, Державну

казначейську службу України, яка здійснює контроль за рухом бюджетних коштів, а також Рахункову палату, яка перевіряє ефективність їх використання. Особливу роль відіграють також органи місцевого самоврядування, які відповідальні за забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, зокрема через спроможні мережі закладів, капітальні інвестиції, місцеві програми підтримки медичних працівників тощо.

Іншою характерною рисою механізму є його багаторівневість та міжгалузевий характер. Фінансування охорони здоров'я не обмежується лише сферою медицини, а передбачає взаємодію з освітою (підготовка кадрів), соціальним захистом (медико-соціальна допомога), обороною (військова медицина), екологією (санітарно-епідеміологічний контроль), внутрішніми справами (медичне забезпечення правоохоронців) тощо. У цьому контексті до організаційно-правового механізму належать також інституції, що опосередковано впливають на фінансове забезпечення системи охорони здоров'я, такі як Кабінет Міністрів України, Міністерство фінансів, профільні комітети Верховної Ради.

Структура механізму також передбачає інтеграцію міжнародних фінансових ресурсів та інституцій. Так, в умовах війни значну частину фінансування охорони здоров'я забезпечують кошти міжнародної допомоги - від Світового банку, USAID, урядів інших держав та благодійних організацій. Це вимагає правового врегулювання процедур прийняття, обліку, розподілу та контролю за використанням міжнародної фінансової допомоги в системі охорони здоров'я, що є окремим елементом правового механізму [36, с. 124].

Не менш важливим елементом є договірний механізм реалізації фінансування. Заклади охорони здоров'я, які укладають договори з НСЗУ, повинні відповідати визначеним критеріям спроможності, мати ліцензію, сертифікати, електронну звітність тощо. Відтак, правовий статус медичних закладів змінюється: переважна більшість із них функціонує у формі комунальних некомерційних підприємств, що мають фінансову автономію та право самостійно розпоряджатися коштами, отриманими за договорами.

У межах структури механізму важливе значення має також система фінансового контролю та аудиту. Бюджетне законодавство передбачає здійснення внутрішнього та зовнішнього контролю за цільовим та ефективним використанням коштів, зокрема у формі державного фінансового аудиту, моніторингу виконання договорів з НСЗУ, звітності та публічного доступу до інформації про фінансування медичних закладів.

Водночас сучасний стан організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я має свої недоліки. Серед них - недостатній рівень бюджетної передбачуваності, ризики затримки фінансування в умовах війни, недостатнє врахування специфіки медичних послуг у сільській місцевості, а також складність інтеграції благодійного та платного сектору в єдину правову систему. Проблемною залишається також недостатня взаємодія між різними рівнями влади при плануванні та реалізації видатків, низький рівень цифровізації управління фінансовими потоками в деяких громадах, а також недостатній кадровий потенціал для якісного фінансового менеджменту [37, с. 162].

Таким чином, структура організаційно-правового механізму фінансування охорони здоров'я в Україні має багатокомпонентний характер і охоплює сукупність правових, інституційних, фінансових та управлінських інструментів. Його особливості визначаються поєднанням централізованих і децентралізованих механізмів, домінуванням моделі фінансування через оплату послуг за договорами, участю міжнародної допомоги, а також активною трансформацією в умовах воєнного стану. Успішне функціонування цього механізму залежить не лише від обсягу наявних фінансових ресурсів, а й від ефективності правового регулювання, спроможності інституцій і прозорості управління.

2.2. Нормативно-правове регулювання фінансування медичного обслуговування в Україні

Фінансування медичного обслуговування в Україні є однією з центральних складових державної політики у сфері охорони здоров'я, що забезпечує реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу. Нормативно-правове регулювання цього процесу є багаторівневим і охоплює конституційні положення, галузеве законодавство, підзаконні нормативні акти, а також міжнародно-правові зобов'язання, які Україна взяла на себе у сфері охорони здоров'я. Система правового забезпечення фінансування медичного обслуговування в Україні перебуває у постійному процесі трансформації, що зумовлено не лише внутрішніми викликами - такими як потреба в підвищенні ефективності витрат, зменшенні корупційних ризиків, забезпеченні фінансової стійкості - але й зовнішніми факторами, зокрема адаптацією до стандартів ЄС у рамках євроінтеграційного курсу держави.

Стаття 49 Конституції України закріплює право кожної особи на охорону здоров'я, отримання медичної допомоги та доступ до медичного страхування, визначаючи основи організації медичного обслуговування населення. Це положення узгоджується з вимогами міжнародних і регіональних стандартів у сфері охорони здоров'я [1]. Прийнята у 1996 році Конституція України, спираючись на демократичні засади розвитку ринкових відносин, закріпила низку прав громадян у галузі охорони здоров'я, окреслила джерела фінансування цієї сфери, а також визначила повноваження органів державної влади та місцевого самоврядування. Закріплені конституційні норми реалізуються у різних сферах суспільного життя та розвиваються під впливом усієї правової системи держави.

Право людини на охорону здоров'я у Конституції має узагальнене політико-правове вираження, яке виконує роль базового імпульсу для функціонування механізму практичного забезпечення медичного обслуговування. Це положення визначає загальний стратегічний напрям державної політики у сфері охорони здоров'я, проте його конкретизація

відбувається через систему фінансового забезпечення, яка регламентується на рівні спеціального законодавства.

В Україні діє розгалужена система законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють порядок організації та надання медичної допомоги населенню. Для підвищення ефективності цієї системи доцільно здійснити її упорядкування за предметною спрямованістю. Зокрема, можна виділити чотири основні групи: нормативні акти, спрямовані на регламентацію надання медичних послуг і допомоги; документи, що визначають взаємовідносини між закладами охорони здоров'я та пацієнтами; акти, які врегульовують суспільні відносини у сфері медичного обслуговування; а також норми, що встановлюють юридичну відповідальність за порушення вимог у цій галузі [38, с. 124].

До першої групи нормативно-правових актів, що регулюють надання медичних послуг і медичної допомоги, належать, зокрема, такі закони України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15], «Про ліцензування видів господарської діяльності» [39].

Серед актів Президента України можна виокремити: «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» [40], «Концепцію управління якістю клінічних лабораторних досліджень» [41], а також низку указів, зокрема «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України» [42] та інші.

До актів Кабінету Міністрів України, що належать до цієї групи, відносяться: «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я» [43], постанова «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [44], а також нормативні документи про затвердження ліцензійних умов медичної практики, порядку акредитації закладів охорони здоров'я, вимог і правил укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [45-47].

До нормативно-правових актів, ухвалених центральними органами виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, належить накази про затвердження положення щодо діяльності клінічного закладу охорони здоров'я [48] і порядку надання первинної медичної допомоги [49].

Друга класифікаційна група включає акти, які регламентують правові засади взаємодії закладів охорони здоров'я з пацієнтами, у тому числі в електронному форматі. До неї відносяться: Цивільний кодекс України [50], закони України «Про захист прав споживачів» [51], «Про звернення громадян» [52], «Про страхування» [53], а також міжнародні документи - Лісабонська декларація щодо прав пацієнтів [54], Європейська хартія прав пацієнтів [55].

До третьої класифікаційної групи відносяться нормативно-правові акти, що регулюють специфічні суспільні відносини у сфері надання медичних послуг та охорони здоров'я. Серед них - закони України: «Про систему громадського здоров'я», «Про психіатричну допомогу», «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові», «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про лікарські засоби», «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів», «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», «Про подолання туберкульозу в Україні», «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення», «Про охорону дитинства», «Про курорти», «Про імплантацію електрокардіостимуляторів».

Четверта класифікаційна група охоплює нормативно-правові акти, що встановлюють види та міру юридичної відповідальності за порушення законодавчих норм у сфері медичного обслуговування населення. До неї належать Кримінальний кодекс України [57], Цивільний кодекс України [51], Кодекс України про адміністративні правопорушення [58], а також закони

України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [11], «Про захист прав споживачів» [52], «Про звернення громадян» [53], «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [59], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [60].

Важливу роль у цій сфері відіграють і постанови Пленуму Верховного Суду України, зокрема: «Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» [61], а також «Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів» [62].

Окремо варто наголосити на значущості Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15], який визначає механізм забезпечення громадян необхідними медичними послугами та лікарськими засобами належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України в межах програми медичних гарантій.

Варто підкреслити, що серед ключових нормативних документів, що регулюють сферу медичного обслуговування населення в Україні, особливе місце посідає Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15]. Цей закон визначає механізм надання громадянам гарантованих державою медичних послуг та забезпечення їх лікарськими засобами належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України в межах програми медичних гарантій.

До нормативних актів центральних органів виконавчої влади належить, зокрема, Наказ Міністерства охорони здоров'я України про затвердження Порядку вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про його вибір [63].

Упродовж тривалого періоду основною моделлю фінансування системи охорони здоров'я в Україні залишалася система, що базувалася на бюджетному утриманні медичних установ, тобто централізоване фінансування з державного та місцевих бюджетів за кошторисним принципом. Проте така модель виявилася неефективною з огляду на відсутність прямої залежності обсягу фінансування від якості та кількості наданих медичних послуг, що, у свою

чергу, спричиняло низьку мотивацію до підвищення якості обслуговування, недостатню прозорість фінансових потоків та хронічне недофінансування галузі. Як наслідок, виникла потреба у запровадженні нової моделі фінансування, яка б орієнтувалася не на утримання установ, а на оплату конкретної медичної послуги, наданої пацієнтові.

Запровадження реформи фінансування медицини в Україні стало можливим завдяки прийняттю у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який набрав чинності з 1 січня 2018 року [15]. Цей закон став нормативним підґрунтям для переходу до нової моделі - так званої «гроші йдуть за пацієнтом». Згідно з цим актом, держава гарантує оплату з державного бюджету медичних послуг та лікарських засобів у межах програми медичних гарантій, яка щорічно затверджується Верховною Радою разом із Законом про Державний бюджет. Фінансування здійснюється через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) - центральний орган виконавчої влади, який виступає єдиним закупником медичних послуг і посередником між бюджетом та медичними закладами.

Відповідно до статей 4–5 вищезгаданого закону Програма медичних гарантій є інструментом, що визначає перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, оплата яких повністю або частково здійснюється за рахунок коштів державного бюджету. У 2020 році Програма почала реалізовуватись на практиці, і відтоді відбувається поступове розширення переліку послуг, що фінансуються за її рахунок. Такий підхід дозволяє фокусувати бюджетні ресурси на пріоритетних напрямах охорони здоров'я, зокрема первинній медичній допомозі, екстреній медичній допомозі, паліативній допомозі та лікуванні соціально значущих захворювань (наприклад, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, онкології) [15].

Зміна моделі фінансування призвела до трансформації організаційно-правового статусу багатьох медичних закладів. Згідно з вимогами реформи, більшість державних і комунальних закладів охорони здоров'я були реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства (КНП), що дозволило

їм самостійно укладати договори з НСЗУ і оперувати коштами у рамках господарської автономії. Цей крок дозволив значно покращити ефективність управління ресурсами, проте разом з тим виникли нові виклики - зокрема, потреба у посиленні контролю за цільовим використанням бюджетних коштів, уніфікації механізмів звітності та забезпеченні рівного доступу до контрактування для всіх закладів.

Крім базового законодавства, важливу роль у нормативному забезпеченні фінансування медицини відіграють Бюджетний кодекс України, Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні», а також щорічний Закон про Державний бюджет України, який визначає обсяг видатків на охорону здоров'я та структуру їх розподілу. Відповідно до статті 87 Бюджетного кодексу, фінансування заходів з охорони здоров'я може здійснюватися як з державного, так і з місцевих бюджетів. Особливе значення має механізм медичної субвенції, яка використовується для підтримки закладів охорони здоров'я, що не увійшли до системи Програми медичних гарантій, а також для фінансування комунальних медичних закладів, які продовжують виконувати певні функції, що не підпадають під контрактування з НСЗУ [64, с. 173].

З огляду на виклики, пов'язані з воєнним станом, з 2022 року фінансування системи охорони здоров'я зазнало змін, пов'язаних із потребами воєнної медицини, збільшенням видатків на реабілітацію, медико-психологічну допомогу ветеранам та цивільному населенню, постраждалому від війни. У відповідь на ці виклики були внесені зміни до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», а також ухвалено окремі підзаконні акти, що визначають порядок фінансування нових медичних послуг. Зокрема, Постанова КМУ № 225 від 5 березня 2022 року передбачає спрощений порядок фінансування закладів охорони здоров'я у зоні бойових дій.

У нормативному аспекті важливо також враховувати міжнародні зобов'язання України, які мають вплив на політику фінансування охорони здоров'я. Серед них - Угода про асоціацію між Україною та ЄС, яка передбачає

гармонізацію законодавства у сфері охорони здоров'я з європейськими нормами, зокрема у частині забезпечення доступності, якості та фінансової стійкості медичних послуг. Крім того, значна частина фінансових ресурсів надходить через програми міжнародної технічної допомоги, зокрема від ВООЗ, Світового банку, USAID та інших донорських організацій. Правове регулювання залучення та використання таких коштів здійснюється відповідно до Закону України «Про міжнародні договори» та бюджетного законодавства, яке передбачає спеціальні процедури прийняття, обліку і використання грантових коштів.

Міжнародно-правові акти у сфері медичного обслуговування населення формуються на основі документів, ухвалених такими авторитетними міжнародними організаціями, як Організація Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародна організація праці, Рада Європи, Європейський Союз, а також Всесвітня та Європейська медичні асоціації. Міжнародне регулювання у цій галузі реалізується через систему директив, постанов і рішень, спрямованих на забезпечення охорони здоров'я на глобальному та регіональному рівнях [33, с. 85].

Міжнародне нормативно-правове поле охорони здоров'я становить окрему правову систему, яка для держав - членів Європейського Союзу має пріоритет над національним законодавством. Європейська правова база у сфері медичного обслуговування переважно ґрунтується на директивах та інших актах Ради Європи, серед яких особливе місце займають: Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину); Європейська конвенція з прав людини та основоположних свобод (ЄКЗПЛОС); Європейська конвенція про запобігання катуванням, нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню; Європейська соціальна хартія (ЄСХ); Рамкова конвенція про захист національних меншин; Рекомендація № R (2000) 5 Комітету міністрів Ради Європи щодо розширення участі громадян і пацієнтів у процесах ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я; Часткова угода у сфері соціальної та

громадської охорони здоров'я; Конвенція про розробку Європейської фармакопеї; а також інші конвенції та протоколи, що регулюють використання досягнень біології та медицини [36, с. 91].

До цього переліку належать і директиви Європейського Парламенту та Ради ЄС, зокрема Директива 2001/83/ЄС «Про кодекс Спільноти щодо лікарських препаратів для людини», а також акти Ради Європейського Союзу, серед яких Хартія основних прав ЄС і Проєкт Директиви ЄС про права пацієнтів у контексті транскордонного надання медичних послуг. Усі ці документи доповнюються рекомендаціями, спрямованими на підвищення стандартів медичного обслуговування населення та забезпечення прав пацієнтів.

Аналіз нормативно-правового забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення демонструє, що більшість законодавчих актів зосереджені на детальному та спеціалізованому регулюванні окремих суспільних відносин у цій сфері. Водночас вони не забезпечують повного комплексного врегулювання всіх відносин, що виникають у процесі медичного обслуговування. Варто зазначити, що лише кількісне розширення законодавчого поля не гарантує якісного регулювання цих відносин. Сучасна система нормативно-правових актів у сфері медичного обслуговування характеризується розгалуженістю, відсутністю системності, значним дублюванням та наявністю застарілих норм, які втратили актуальність через проведені реформи.

Прикладом кодифікованого законодавчого акту є «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Проте сучасні трансформації у суспільних відносинах, пов'язані з євроінтеграційними процесами та реформами у медичній сфері, а також великий обсяг нормативної бази потребують структуризації та інтеграції чинних норм у єдиний кодифікований акт. Такий документ дозволив би забезпечити уніфіковане врегулювання суспільних відносин у сфері медичного обслуговування з урахуванням специфіки цієї галузі [65, с. 60].

Виникає потреба в обґрунтуванні актуальності створення Кодексу України про медичне обслуговування населення. Основними передумовами для кодифікації можна вважати:

- наявність фундаментальної законодавчої бази в умовах проведення сучасних реформ;

- необхідність систематизації характерологічних та спеціалізованих норм, що регулюють різні аспекти медичного обслуговування;

- забезпечення безперервного підвищення кваліфікації та післядипломного навчання працівників медичної сфери;

- відсутність єдиного концептуально обґрунтованого наукового законодавчого забезпечення галузі;

- підтримка діяльності юристів під час розгляду справ, пов'язаних із медичним обслуговуванням населення;

- існування неузгоджених норм окремих законів із загальною галузевою нормативною базою;

- регламентація правового статусу медичних працівників та пацієнтів, а також адміністративно-правових засад публічного управління у сфері медичного обслуговування на державному, приватному та муніципальному рівнях [65, с. 61].

Таким чином, у Кодексі України про медичне обслуговування населення слід передбачити імплементацію міжнародних стандартів щодо прав людини та громадянина, комплексне врегулювання публічного адміністрування галузі, а також норми, що охоплюють надання медичної допомоги як у загальному, так і в спеціалізованому вимірі. Кодекс повинен забезпечувати детальне та різнопланове регулювання суспільних відносин у сфері медичного обслуговування, водночас не обмежуючи можливість окремих законів та нормативних актів регулювати специфічні аспекти цієї сфери.

Таким чином, нормативно-правове регулювання фінансування медичного обслуговування в Україні є складною, але динамічною системою, яка перебуває у процесі адаптації до нових соціально-економічних реалій. Попри досягнення

у створенні більш прозорої і пацієнтоорієнтованої моделі, залишаються проблеми, пов'язані з нерівністю у доступі до послуг, недостатнім фінансуванням у низці напрямів, надмірною централізацією, що ускладнює гнучке реагування на потреби громад. У подальшому правове регулювання цієї сфери потребує удосконалення з урахуванням не лише поточних викликів, але й стратегічного бачення охорони здоров'я як основи соціального добробуту і національної безпеки.

2.3. Система органів, що реалізують державну політику у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги

Реалізація державної політики у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги в Україні є складним і багатоаспектним процесом, що передбачає функціонування цілісної системи органів державної влади та місцевого самоврядування, а також спеціалізованих інституцій, наділених відповідними управлінськими, контрольними та розпорядчими повноваженнями. Ця система формується з урахуванням принципів субсидіарності, розмежування повноважень, фінансової автономії органів місцевого самоврядування та єдності фінансової політики держави. З огляду на конституційно закріплену норму щодо гарантування права громадян на охорону здоров'я, фінансове забезпечення медичної допомоги набуває ознак пріоритетної сфери публічної політики.

Центральною ланкою в системі органів, що забезпечують реалізацію державної політики у сфері фінансування охорони здоров'я, виступає Верховна Рада України, яка визначає засади державної політики у цій сфері, приймає відповідні законодавчі акти, затверджує державний бюджет, встановлює структуру і обсяг бюджетних видатків на охорону здоров'я, а також здійснює парламентський контроль за їх використанням. У межах бюджетного процесу Верховна Рада ухвалює Закон України «Про Державний бюджет України» на відповідний рік, у якому передбачаються видатки на медичну сферу, включно з

фінансуванням Національної служби здоров'я України (НСЗУ), державних цільових програм, програм централізованих закупівель лікарських засобів тощо [38, с. 101].

Значну роль у реалізації зазначеної політики відіграє Кабінет Міністрів України як вищий орган у системі виконавчої влади. Відповідно до ст. 116 Конституції України та Закону України «Про Кабінет Міністрів України» уряд забезпечує реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я, визначає порядок використання бюджетних коштів, затверджує перелік медичних послуг, які фінансуються з державного бюджету, та координує діяльність центральних органів виконавчої влади [68]. Крім того, уряд ухвалює рішення щодо розподілу трансфертів між державним і місцевими бюджетами для фінансування медичних закладів, що не перейшли на контрактування з НСЗУ, а також затверджує тарифи на медичні послуги в рамках Програми медичних гарантій.

Провідним спеціалізованим органом у структурі виконавчої влади є Міністерство охорони здоров'я України, яке згідно з Положенням про МОЗ, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, формує та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також координує діяльність підпорядкованих йому установ і закладів. У контексті фінансового забезпечення медичної допомоги МОЗ відповідає за розробку нормативно-правових актів, пов'язаних з бюджетним фінансуванням, затвердження стандартів медичної допомоги, розподіл централізованих бюджетних коштів на закупівлю лікарських засобів і медичних виробів, а також здійснює координацію в межах міжнародної технічної допомоги у сфері охорони здоров'я [67].

Однією з ключових інституцій, яка безпосередньо реалізує фінансові механізми забезпечення медичної допомоги, є Національна служба здоров'я України. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виступає центральним елементом сучасної моделі фінансування медичної допомоги, побудованої на принципах державного замовлення та контрактування [68]. Створена як

центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, НСЗУ здійснює свою діяльність на підставі Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року №2168-VIII, який заклав нормативно-правову основу для трансформації системи охорони здоров'я України у напрямі забезпечення універсального доступу до медичних послуг на принципах справедливості, ефективності та підзвітності [15].

Згідно з чинним законодавством НСЗУ уповноважена укладати договори із закладами охорони здоров'я, незалежно від форми власності, на надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій (ПМГ), що фінансуються з державного бюджету. Організаційна структура НСЗУ передбачає централізовану модель управління, яка дає змогу здійснювати планування, фінансування, моніторинг та контроль надання медичних послуг у межах визначених пакетів ПМГ. Повноваження НСЗУ включають розробку типових форм договорів, затвердження вимог до надавачів послуг, прийняття рішень щодо контрактування та припинення співпраці, а також перевірку відповідності звітності, що подається медичними закладами [68].

Механізм укладення договорів з надавачами медичних послуг базується на електронному поданні пропозицій через спеціалізовану інформаційну систему eHealth, що забезпечує прозорість і недискримінаційність процедур. Потенційні учасники мають відповідати визначеним критеріям, зокрема щодо ліцензування, наявності необхідного медичного обладнання, кадрового забезпечення та можливостей ведення електронної медичної документації. Укладання договору з НСЗУ означає, що заклад бере на себе зобов'язання надавати визначені послуги безоплатно для пацієнтів, а фінансування здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», тобто оплата відбувається постфактум, згідно з кількістю і якістю фактично наданих послуг.

Закупівля медичних послуг здійснюється відповідно до щорічно затвердженої Програми медичних гарантій, яка включає перелік послуг, що

фінансуються державою, тарифи на їх оплату та вимоги до надавачів. Бюджет програми щорічно передбачається у Законі України «Про Державний бюджет України», що гарантує стабільне державне фінансування ключових напрямів медичної допомоги: первинної, спеціалізованої, екстреної, паліативної та медичної реабілітації. Важливою складовою діяльності НСЗУ є аналітика та прогнозування попиту на медичні послуги, що дозволяє більш ефективно розподіляти ресурси та реагувати на зміни в епідеміологічній ситуації.

Окрему увагу НСЗУ приділяє питанням звітності та прозорості. Заклади охорони здоров'я, що працюють у межах ПМГ, зобов'язані подавати до НСЗУ звітність про надані послуги в електронному форматі, із зазначенням кожного випадку надання медичної допомоги, обсягів, тарифів і відповідних даних пацієнта. Це забезпечує можливість аудиту, виявлення порушень і недобросовісного використання бюджетних коштів. У межах своєї контрольної функції НСЗУ проводить моніторинг достовірності поданої інформації, здійснює вибіркові перевірки, а також має право ініціювати розірвання договору у разі виявлення грубих порушень. З метою забезпечення громадського контролю звітність про виконання ПМГ, суми виплат та обсяги наданих послуг публікуються у відкритому доступі на офіційному порталі служби, що відповідає принципам демократичності, відкритості та доброчесності у сфері державного управління [68].

Таким чином, Національна служба здоров'я України виступає не лише технічним адміністратором програми державних гарантій, а й інституційним гарантованим посередником між державою, медичними закладами та пацієнтами, забезпечуючи реалізацію одного з базових соціальних прав – права на доступну та якісну медичну допомогу. Її діяльність відображає ключові тенденції трансформації системи охорони здоров'я відповідно до європейських стандартів і сприяє формуванню нової управлінської культури в державному секторі.

Суттєву роль у функціонуванні системи фінансування охорони здоров'я відіграють органи Державної казначейської служби України, які забезпечують

облік, перерахування та звітність щодо використання бюджетних коштів, виділених на медичну сферу. Їх функціонування регулюється Бюджетним кодексом України та Законом України «Про Державну казначейську службу України». Вони діють на всіх рівнях управління, включаючи територіальні органи, що сприяє ефективному фінансовому контролю.

Крім того, важливими суб'єктами у реалізації політики фінансового забезпечення медичної допомоги є органи місцевого самоврядування та місцеві державні адміністрації. У відповідності до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», вони забезпечують функціонування комунальних закладів охорони здоров'я, можуть виступати засновниками медичних установ, ухвалюють місцеві програми охорони здоров'я та здійснюють фінансування з місцевих бюджетів, зокрема на оплату комунальних послуг, капітальні видатки, дофінансування зарплат тощо. У цьому контексті особливого значення набуває децентралізація фінансового управління, яка дозволяє органам місцевої влади більш ефективно розподіляти ресурси з урахуванням потреб конкретних громад.

Контрольну та наглядову функцію у сфері використання бюджетних коштів, зокрема у галузі охорони здоров'я, здійснює Рахункова палата України. Відповідно до Закону України «Про Рахункову палату», вона проводить аудит ефективності використання державних коштів, аналізує стан виконання бюджетних програм та надає відповідні висновки Верховній Раді. Крім того, Державна аудиторська служба України здійснює перевірки дотримання фінансової дисципліни в закладах охорони здоров'я та контролює цільове використання коштів, наданих із бюджету [38, с. 104].

Окреме місце у системі органів, що забезпечують реалізацію політики у сфері фінансового забезпечення медицини, належить Міністерству фінансів України, яке розробляє проект державного бюджету, визначає обсяги міжбюджетних трансфертів, погоджує фінансування програм медичних гарантій та встановлює нормативи бюджетного планування. Його функціонування є вирішальним для забезпечення сталості фінансування

медичних послуг. У контексті реформування системи охорони здоров'я важливим є також запровадження принципів публічності та прозорості, що реалізуються через функціонування Єдиної державної електронної системи охорони здоров'я, яка дозволяє автоматизувати процес обліку пацієнтів, медичних послуг, контрактування та оплати, а також посилити контроль за ефективним використанням бюджетних коштів.

Значущу роль у фінансовому забезпеченні медичної допомоги відіграють міжнародні організації та донори - Світовий банк, ВООЗ, Глобальний фонд, Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), Програма розвитку ООН (UNDP), які не лише фінансують низку програм (наприклад, закупівлі лікарських засобів, модернізацію медичної інфраструктури), але й сприяють формуванню спроможностей державних органів, запровадженню антикорупційних механізмів та оцінці ефективності витрачання коштів [36, с. 86].

Отже, система органів, що реалізують державну політику у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги, є багаторівневою, поліфункціональною та динамічною. Вона охоплює як органи законодавчої та виконавчої влади, так і контрольні, фінансові, місцеві інституції, а також незалежні агенції, що діють у межах делегованих повноважень. Ефективність цієї системи значною мірою залежить від взаємодії між її елементами, правової визначеності повноважень, стабільності фінансування та наявності чітко визначених стратегічних орієнтирів розвитку галузі. Успішна реалізація фінансової політики у сфері охорони здоров'я можлива лише за умов скоординованих дій усіх суб'єктів публічного управління, прозорого розподілу бюджетних ресурсів і належного контролю за їх використанням у відповідності до засад публічного інтересу.

Висновки до другого розділу

Організаційно-правовий механізм фінансового забезпечення медичної сфери є складною багаторівневою системою, що поєднує нормативно-правові інструменти, управлінські процедури та діяльність уповноважених суб'єктів. Його сутність полягає у забезпеченні належного функціонування моделі фінансування охорони здоров'я, спрямованої на реалізацію конституційних гарантій доступності та якості медичної допомоги. Структурними елементами цього механізму виступають норми права, інституційні органи, форми і методи їхньої діяльності, фінансово-економічні інструменти, а також принципи, що забезпечують системність, прозорість і ефективність використання бюджетних коштів.

Аналіз нормативно-правової бази показав, що фінансування медичного обслуговування регулюється широким комплексом актів, серед яких ключове місце займають Конституція України, «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Бюджетний кодекс та річні закони про Державний бюджет. Саме ці акти формують правові рамки функціонування Програми медичних гарантій, визначають фінансові зобов'язання держави та встановлюють порядок руху бюджетних ресурсів. Водночас підзаконні нормативні документи конкретизують механізми оплати медичних послуг, порядок укладання договорів, тарифи, стандарти, а також правила взаємодії між суб'єктами фінансово-організаційних відносин. Воєнний стан став додатковим фактором модернізації нормативного забезпечення, зумовивши адаптацію фінансових процедур до кризових умов та потреб сектору.

Розгляд системи органів, що реалізують державну політику у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги, засвідчив її інституційну багатокомпонентність. Центральне місце у системі займає Міністерство охорони здоров'я як орган формування політики, тоді як Національна служба здоров'я України виконує функції стратегічного закупівельника медичних послуг та ключового оператора Програми медичних гарантій. Важливим елементом є Кабінет Міністрів України, який здійснює нормативне

регулювання та координацію галузі. Свою роль у забезпеченні фінансування виконують Міністерство фінансів, місцеві органи влади, комунальні некомерційні підприємства, а також органи контролю - Рахункова палата, Держаудитслужба та інші структури. Ефективність функціонування всієї системи значною мірою залежить від узгодженості дій цих інституцій, чіткості нормативного розмежування їхніх повноважень та спроможності забезпечувати прозоре використання публічних коштів.

РОЗДІЛ ІІІ
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

3.1. Зарубіжний досвід організації та фінансування медичних послуг і можливості його використання в Україні

У світовій практиці охорони здоров'я склалися різні моделі фінансування медичних послуг, які відображають політичні, економічні, соціальні традиції та інституційні особливості окремих країн. Незважаючи на розмаїття підходів, більшість дослідників виділяють кілька усталених моделей фінансування охорони здоров'я, серед яких найбільш поширеними є бевериджська, бісмарківська, ліберальна та змішані моделі. Кожна з них по-різному забезпечує доступ до медичних послуг, формує джерела фінансування та визначає роль держави, роботодавця і пацієнта у системі охорони здоров'я. Аналіз таких моделей дає змогу краще зрозуміти потенціал запозичення їх елементів в українській практиці у контексті подальшої трансформації національної системи медичного обслуговування.

Бевериджська модель, названа на честь британського економіста Вільяма Бевериджа, стала основою для створення Національної служби охорони здоров'я у Великій Британії після Другої світової війни. Основною особливістю цієї моделі є повне фінансування охорони здоров'я з державного бюджету, переважно за рахунок податків. Держава виступає як єдиний замовник і надавач медичних послуг, які надаються громадянам безкоштовно на момент звернення. Важливими характеристиками бевериджської системи є універсальність доступу, централізоване управління, стандартизація послуг і орієнтація на профілактику захворювань. Велика Британія, Іспанія, Швеція та деякі інші

країни північної Європи реалізували саме цей підхід, забезпечивши досить високий рівень доступності та ефективності медичної допомоги. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), подібна модель забезпечує високу фінансову захищеність населення, оскільки витрати на медицину є частиною податкових надходжень і не потребують додаткових фінансових зусиль від пацієнтів під час отримання послуг [70, с. 170].

Натомість бісмарківська модель, яка отримала назву на честь Отто фон Бісмарка - канцлера Німецької імперії, ґрунтується на обов'язковому соціальному страхуванні. У цій системі громадяни сплачують внески до фондів медичного страхування, які можуть бути як державними, так і приватними, а також отримують доступ до послуг через акредитованих постачальників. Модель широко представлена у Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах та ряді інших європейських країн. Її характерною рисою є корпоративна структура управління, де поряд із державними органами значну роль відіграють страхові каси, профспілки, професійні асоціації, які спільно формують тарифи, умови обслуговування та контролюють якість наданих послуг. Хоча участь держави у фінансуванні все ще залишається значною (особливо у випадку малозабезпечених верств населення), основна фінансова відповідальність лежить на застрахованих громадянах і їх роботодавцях. Так, за оцінками Європейської обсерваторії з питань систем охорони здоров'я, бісмарківська модель відзначається високим рівнем задоволеності населення та якістю медичних послуг, хоча вартість адміністрування системи є доволі значною.

Іншою моделлю, яка вирізняється принципово іншим підходом, є ліберальна або ринкова модель охорони здоров'я, найбільш яскравим прикладом якої є Сполучені Штати Америки. У цій системі охорона здоров'я функціонує здебільшого як ринкова послуга, що купується на приватній основі. Держава бере участь у фінансуванні охорони здоров'я через окремі програми, зокрема Medicare (для осіб віком понад 65 років) і Medicaid (для малозабезпечених верств населення), однак переважна частина послуг надається приватними страховими компаніями на комерційних засадах. Така

система забезпечує високотехнологічну медицину та широкий спектр послуг, проте створює істотні бар'єри доступу для незастрахованих або недостатньо застрахованих осіб. Високий рівень витрат на охорону здоров'я (понад 17% ВВП) не завжди відповідає ефективності системи, що підтверджується, зокрема, дослідженнями Фонду Спільноти (The Commonwealth Fund), згідно з якими США поступаються іншим країнам за багатьма показниками результативності [47, с. 170].

Окрім зазначених класичних моделей, у ряді країн сформувалися змішані системи, які поєднують елементи податкового та страхового фінансування. Типовими прикладами є Канада, Австралія, Японія. Зокрема, у Канаді діє єдина державна страхова система, що координується на рівні провінцій. Медичні послуги фінансуються з бюджетів, формованих переважно з податкових надходжень, при цьому громадяни можуть додатково користуватися послугами приватних страхових компаній, зокрема для покриття витрат, які не охоплюються базовою страховкою (наприклад, стоматологія, ліки, окремі послуги реабілітації). Такий підхід забезпечує високий рівень солідарності, доступу та фінансової стійкості системи. В Австралії діє схожа система Medicare, яка охоплює більшість населення через державну програму медичного страхування, однак водночас існує розвинений ринок приватного страхування, що стимулюється податковими пільгами. Змішані моделі дозволяють гнучко адаптувати механізми фінансування до соціально-економічних реалій, проте вимагають складного адміністрування та високого рівня міжвідомчої координації.

Усі зазначені моделі мають як переваги, так і недоліки. Їх функціонування в умовах різного рівня економічного розвитку, політичної стабільності та соціальних очікувань свідчить про відсутність універсальної формули успішної системи охорони здоров'я. Натомість ефективність кожної моделі залежить від здатності адаптувати її елементи до конкретних обставин. При імплементації зарубіжного досвіду важливо враховувати не лише технічні параметри моделей,

а й рівень довіри до державних інституцій, спроможність адміністрування, кадровий потенціал та правову культуру [71, с. 125].

У контексті України, яка перебуває в процесі трансформації системи фінансування охорони здоров'я, аналіз зарубіжних моделей є не лише актуальним, але й необхідним. Національна стратегія охорони здоров'я повинна враховувати як успішні приклади державної відповідальності за медичні послуги, так і роль страхових механізмів, дотримуючись принципів доступності, прозорості та ефективності. Реформа, започаткована впровадженням Програми медичних гарантій і діяльністю Національної служби здоров'я України, вже частково орієнтована на бісмарківсько-бюджетну модель, однак її успіх багато в чому залежатиме від здатності держави поєднувати елементи різних систем у збалансовану та життєздатну національну модель.

У процесі формування ефективної політики фінансування охорони здоров'я Україна стикається з низкою викликів, пов'язаних із необхідністю забезпечення сталого фінансування, прозорості витрат, доступності послуг та ефективного адміністрування. Відтак вивчення зарубіжного досвіду держав, які досягли певного рівня стабільності та якості в організації медичної допомоги, є важливим аналітичним інструментом для модернізації національної системи. До таких країн належать Велика Британія, Німеччина, Франція, США та Канада - приклади, що репрезентують різні моделі та підходи, однак об'єднані високим рівнем організації фінансування й надання послуг [72, с. 142].

Велика Британія вважається однією з найпоказовіших держав у контексті функціонування централізованої державної системи охорони здоров'я. Її Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), створена у 1948 році, ґрунтується на трьох основоположних принципах: універсальність, безоплатність на момент отримання послуг і фінансування через оподаткування. Усі громадяни мають рівний доступ до базових медичних послуг незалежно від доходу чи соціального статусу. Модель NHS забезпечує централізоване планування, стандартизацію надання медичних послуг, акцент

на профілактику та первинну медичну допомогу. Водночас вона стикається з проблемами черг і навантаження на персонал, що вимагає періодичних реформ. Проте, за оцінками експертів ВООЗ, британська система залишається однією з найбільш сталих і соціально орієнтованих у Європі, забезпечуючи фінансовий захист населення та контроль за витратами.

У Німеччині функціонує система обов'язкового медичного страхування, яка репрезентує бісмарківську модель. Громадяни та роботодавці сплачують внески до так званих кас взаємодопомоги (Krankenkassen), які виступають фінансовими посередниками між пацієнтами та медичними закладами. Система охоплює понад 90% населення країни, забезпечуючи доступ до широкого спектра медичних послуг на умовах співфінансування. Держава відіграє регуляторну роль, встановлюючи законодавчі рамки для діяльності страхових фондів і медичних установ, а також контролює тарифи та якість послуг. Ефективність цієї системи зумовлена конкуренцією між страховими фондами, автономією лікарів і прозорим механізмом розподілу коштів. За дослідженнями Європейської обсерваторії з питань систем охорони здоров'я, німецька модель демонструє високу стійкість і адаптивність, дозволяючи системі фінансування оперативно реагувати на демографічні та економічні зміни [73, с. 95].

Франція вирізняється поєднанням високої якості медичних послуг і широкого охоплення населення системою соціального медичного страхування. Основою фінансування є обов'язкові внески громадян і роботодавців до державного страхового фонду, який покриває близько 70–75% витрат на медичні послуги. Решта компенсується через додаткове страхування або за рахунок пацієнта. Французька система відзначається децентралізованим управлінням, потужною участю приватного сектору, а також високим рівнем автономії лікарів. Значна увага приділяється якості послуг та клінічним результатам, що стимулює конкуренцію та інновації в медичній практиці. Згідно з дослідженням Фонду Роберта Вуда Джонсона (Robert Wood Johnson Foundation), Франція посідає провідні позиції серед країн ОЕСР за рівнем доступності, тривалістю життя та задоволеністю пацієнтів. Водночас складність

адміністрування та зростання витрат на охорону здоров'я є актуальними викликами для збереження стабільності системи.

Система охорони здоров'я США кардинально відрізняється від європейських зразків, оскільки ґрунтується переважно на принципах добровільного страхування та ринкових відносин. Держава забезпечує медичне обслуговування лише окремим категоріям населення: особам похилого віку через програму Medicare, малозабезпеченим через Medicaid, а також ветеранам та військовослужбовцям через спеціальні програми. Основна маса населення користується послугами приватних страхових компаній, умови співпраці з якими є предметом індивідуального контракту. За даними Kaiser Family Foundation, рівень витрат на охорону здоров'я в США перевищує 17% ВВП, однак проблема нерівного доступу до медичних послуг залишається гострою. Значна кількість громадян перебуває без страхового покриття або мають поліс із обмеженим спектром послуг, що призводить до фінансової вразливості. Американська модель демонструє надзвичайно високий рівень розвитку медичних технологій, інноваційних методів лікування і спеціалізованої допомоги, однак поєднує їх із недостатньою інтегрованістю первинної ланки та високим адміністративним навантаженням [71, с. 127].

Канада становить приклад ефективного застосування змішаної моделі з акцентом на державне регулювання. Ключовою характеристикою є єдина система медичного страхування, організована на рівні провінцій, але фінансована спільно із федерального бюджету. Усі громадяни Канади мають доступ до базових медичних послуг, які надаються безоплатно, водночас деякі види допомоги (наприклад, стоматологічна, офтальмологічна, медикаменти) можуть покриватися приватним страхуванням або самостійно пацієнтами. Федеральний закон Canada Health Act встановлює принципи універсальності, доступності, публічної адміністрації, портативності та всеосяжності, які мають дотримуватись усі провінції для отримання федерального фінансування. Дослідження канадського Інституту охорони здоров'я (Canadian Institute for Health Information) показують, що система забезпечує високу фінансову

захищеність населення, однак у деяких регіонах спостерігається проблема доступності спеціалізованої допомоги через географічні та кадрові чинники [74].

Узагальнюючи зазначений досвід, слід відзначити, що успішність національних систем охорони здоров'я залежить не лише від моделі фінансування, а й від рівня політичної волі, сталості інституцій, адміністративної ефективності та соціальної довіри. Країни з розвиненими системами охорони здоров'я демонструють важливість системного підходу, де фінансування є лише одним із елементів у більш широкому контексті управління здоров'ям населення. Для України важливо враховувати як технічні аспекти зарубіжних моделей, так і глибокі соціальні механізми, які підтримують їх функціонування — включно з податковою дисципліною, розвиненою системою аудиту, професійною автономією медиків і соціальними гарантіями. Тільки інтеграція цих чинників здатна забезпечити побудову ефективної та справедливої системи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

Інституційна побудова систем охорони здоров'я у провідних країнах світу є результатом довготривалого еволюційного процесу, що відображає національні соціокультурні традиції, економічні можливості та політичні пріоритети. Управління охороною здоров'я в розвинених державах зазвичай передбачає розподіл повноважень між центральними урядами, регіональними структурами та окремими медичними закладами, що забезпечує баланс між ефективністю централізації та гнучкістю децентралізованих рішень [72, с. 161].

У більшості країн Європейського Союзу, а також Канаді та Австралії, спостерігається чітке інституційне розмежування відповідальності між центральною та місцевою владою. Центральний уряд зазвичай визначає стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я, встановлює єдині стандарти якості медичних послуг, регулює діяльність страхових фондів, розробляє базові пакети медичних гарантій і контролює дотримання фінансової дисципліни. Наприклад, у Німеччині Федеральне міністерство охорони здоров'я відповідає

за регулювання системи соціального медичного страхування та взаємодію з касами взаємодопомоги, а на рівні земель реалізується практичне управління лікарняною інфраструктурою та профілактичними програмами. У Великій Британії центральна влада через Департамент охорони здоров'я формує національні пріоритети, в той час як Національна служба охорони здоров'я (NHS) та її регіональні підрозділи здійснюють управління лікарнями, первинною допомогою та контрактами з провайдерами.

Особливу увагу в зарубіжних системах приділено управлінню фінансовими потоками. У країнах із розвиненою страховою моделлю охорони здоров'я (Німеччина, Франція, Нідерланди) функціонують незалежні фінансові посередники - страхові фонди або каси, які акумулюють внески та перерозподіляють ресурси відповідно до обсягу наданих послуг та рівня потреб. Такий підхід забезпечує конкуренцію між фондами, прозорість у фінансуванні медичних закладів і мотивацію до підвищення ефективності. Водночас у державах із домінуванням бюджетного фінансування (Велика Британія, Італія, Іспанія) основні фінансові потоки проходять через механізми трансферів із центрального бюджету до місцевих адміністрацій, які, у свою чергу, відповідають за розподіл коштів між провайдерами послуг. Канадська модель, як приклад змішаного підходу, передбачає спільне фінансування з федерального та провінційного рівнів, що дозволяє поєднувати національне регулювання з регіональними особливостями [73, с. 95].

Окреме місце в інституційній структурі систем охорони здоров'я займає автономія медичних закладів. У більшості країн ЄС відбувся перехід від повністю бюджетних до напівавтономних або контрактних форм господарювання лікарень. Наприклад, у Нідерландах і Швеції лікарні мають статус некомерційних юридичних осіб із правом самостійно укладати договори зі страховими компаніями, управляти персоналом, запроваджувати інновації та вести фінансову звітність. Такий підхід дозволяє медичним установам гнучко реагувати на потреби ринку, зберігаючи при цьому соціальну орієнтацію. У Великій Британії низка лікарень NHS мають статус Foundation Trusts, що надає

їм більшу оперативну незалежність у межах державного сектора. Автономія закладів сприяє підвищенню ефективності управління, розвитку конкуренції за якість послуг та залученню інвестицій.

У розвинених країнах стандарти якості медичної допомоги є предметом централізованого регулювання. Національні агентства з оцінки медичних технологій, акредитації та інспекції, такі як National Institute for Health and Care Excellence (NICE) у Великій Британії чи Haute Autorité de Santé у Франції, здійснюють оцінку ефективності методів лікування, встановлюють клінічні протоколи, проводять аудит медичних установ та здійснюють контроль за дотриманням етичних норм. Стандартизація дозволяє забезпечити єдині вимоги до якості послуг по всій країні, підвищити безпеку пацієнтів та запровадити механізми порівняння результатів роботи між закладами. У низці країн створені національні реєстри пацієнтів та інформаційні системи, що забезпечують моніторинг витрат, клінічних результатів та дотримання стандартів у реальному часі [75, с. 170].

Щодо механізмів фінансування, у розвинених країнах зазвичай поєднуються кілька джерел фінансування, що дозволяє забезпечити фінансову стійкість і справедливий розподіл тягаря. Основними є обов’язкове та добровільне медичне страхування, співфінансування з боку пацієнтів, бюджетне фінансування та участь спеціалізованих фондів. У системах соціального страхування (Німеччина, Франція, Японія) обов’язкові внески працюючих громадян та роботодавців є основним джерелом фінансування медичних послуг. У разі недостатності або специфіки послуг застосовується добровільне страхування, яке забезпечує покриття додаткових витрат (наприклад, на стоматологію чи вартісні препарати).

Співфінансування пацієнтів у вигляді помірної доплати або франшизи є поширеним інструментом у більшості європейських систем. Такий підхід дозволяє стримувати надмірне споживання послуг, водночас не створюючи бар’єрів до базової медичної допомоги. Наприклад, у Франції держава відшкодовує близько 70% вартості консультацій, а решту сплачує пацієнт або

додатковий страховий поліс. У Швеції та Фінляндії існує система обмеження максимального рівня річних витрат пацієнта, після досягнення якого послуги надаються безоплатно [73, с. 96].

Державний бюджет, навіть у країнах зі страховою моделлю, продовжує відігравати важливу роль у фінансуванні охорони здоров'я. Через бюджет покривається вартість послуг для соціально незахищених категорій, фінансуються профілактичні програми, розвиток інфраструктури та інноваційні проєкти. У США, попри домінування приватного страхування, держава фінансує програми Medicare і Medicaid, які забезпечують доступ до медичних послуг для мільйонів громадян. У Канаді та Великій Британії саме державний бюджет є головним джерелом фінансування охорони здоров'я, що дозволяє гарантувати рівний доступ до послуг.

Окремо варто зазначити важливість функціонування державних і приватних фондів у системі охорони здоров'я. У багатьох країнах спеціалізовані фонди акумулюють кошти для фінансування окремих напрямів - трансплантації, онкології, рідкісних захворювань. У Швейцарії та Нідерландах функціонують незалежні ризиковані фонди, які забезпечують перерозподіл коштів між страховими компаніями з метою уникнення сегрегації пацієнтів за станом здоров'я. Такі механізми сприяють стабільності системи, рівномірному навантаженню на платників і підвищенню рівня солідарності у фінансуванні охорони здоров'я [75, с. 171].

Таким чином, зарубіжний досвід свідчить про важливість чіткої інституційної структури, багатоканального фінансування, ефективного управління потоками коштів та постійного контролю за якістю медичних послуг. Україна може врахувати ці підходи в контексті подальшої розбудови власної системи охорони здоров'я, адаптуючи найкращі практики до національного соціального та економічного середовища.

У контексті трансформації системи охорони здоров'я в Україні значну увагу слід приділяти вивченню та адаптації кращих світових практик. Зарубіжний досвід, особливо європейських країн з усталеними моделями

медичного забезпечення, може бути цінним джерелом для реформування української системи фінансування охорони здоров'я. Успішні приклади функціонування державного страхування, автономізації медичних закладів, децентралізованого управління та участі місцевих громад у формуванні політики охорони здоров'я становлять основу для можливого реформування національного рівня з урахуванням українських реалій.

Одним із напрямів, які заслуговують на впровадження, є розвиток страхових механізмів - зокрема, інституалізація обов'язкового медичного страхування як форми солідарного фінансування. Моделі, подібні до бісмарківської, де внески працівників і роботодавців накопичуються в фондах соціального страхування, дозволяють забезпечити стійкість і передбачуваність фінансування медичних послуг. В українських умовах такий підхід потребує поступової імплементації, узгодженої з податковою політикою та пенсійною реформою. Доцільною є також подальша автономізація закладів охорони здоров'я, яка в європейських країнах забезпечує більшу ефективність управління ресурсами, гнучкість у кадрових питаннях та спроможність до стратегічного планування. Запровадження автономії на основі господарської самостійності, що вже частково реалізовано через перетворення державних і комунальних закладів у комунальні некомерційні підприємства відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», має бути підтримано подальшим розвитком механізмів фінансової мотивації та управлінської звітності [76].

Важливо також посилити роль органів місцевого самоврядування та територіальних громад у процесі фінансування й організації охорони здоров'я. Зарубіжна практика свідчить, що муніципалітети можуть виступати активними учасниками у розвитку інфраструктури, контролі якості послуг, плануванні програм профілактики та охорони здоров'я населення. В Україні подібна роль уже реалізується через співфінансування медичних програм із місцевих бюджетів та участь громад у забезпеченні первинної медичної допомоги в межах реформ децентралізації.

Водночас слід враховувати об’єктивні бар’єри до масштабного впровадження зарубіжних підходів. До них передусім належать обмеженість бюджетних ресурсів, політична нестабільність, нерівномірність розподілу фінансування між регіонами та недостатня інституційна спроможність окремих суб’єктів охорони здоров’я. Імплементація страхових моделей вимагає фінансової дисципліни, достатнього рівня зайнятості та платоспроможності населення, чого наразі не завжди можна досягти в умовах воєнного стану та економічної турбулентності. Крім того, наявна фрагментованість медичних інформаційних систем, обмежений рівень цифровізації та недовіра до інституцій можуть ускладнити функціонування складних механізмів фінансування, характерних для розвинених країн.

Незважаючи на ці виклики, в Україні вже реалізовано низку ініціатив, що орієнтовані на найкращі світові практики. Передусім, це створення Національної служби здоров’я України (НСЗУ), яка діє як єдиний національний закупівельник медичних послуг на основі договорів із надавачами послуг. Запроваджена Програма медичних гарантій, фінансована з державного бюджету через НСЗУ, демонструє прагнення до формування системи, орієнтованої на принципи прозорості, контрактного фінансування та відповідності обсягу наданих послуг. Ця модель вже наблизила систему охорони здоров’я до бісмарківських і змішаних моделей, зважаючи на фокус на оплаті за результат та розширення повноважень автономних закладів [73, с. 95].

Перспективи подальшого реформування охоплюють потребу у поступовій імплементації нових механізмів. Повноцінне впровадження обов’язкового медичного страхування потребує розробки спеціального закону, створення відповідних фондів, внесення змін до Бюджетного та Податкового кодексів України, а також розробки стратегії переходу, що має передбачати етапність, пілотні регіональні проєкти, адаптацію цифрової інфраструктури та забезпечення контролю якості. Найбільш реалістичними для українського контексту видаються змішані моделі фінансування, що включають збереження

бюджетної основи для надання базових послуг і поступове розширення участі страхових інструментів для додаткових або високоспеціалізованих послуг.

Поряд з оцінкою переваг необхідно враховувати потенційні ризики запозичення іноземного досвіду без належної адаптації до правових, інституційних та соціальних умов України. Безсистемне впровадження окремих елементів чужої моделі може призвести до дисбалансів у системі фінансування, втрати управлінської цілісності та зниження доступності медичних послуг для вразливих груп населення [70, с. 173].

Узагальнюючи, слід зазначити, що світові моделі фінансування охорони здоров'я мають як сильні сторони, так і певні вразливості. Серед безперечних переваг - сталість фінансування, високий рівень охоплення населення, гнучкість управління закладами та чіткі стандарти якості. Водночас недоліки можуть проявлятися у надмірній бюрократизації, перевантаженні системи внаслідок вільного доступу, а також ризику нерівності, якщо не забезпечено належного нагляду та контролю.

Для України головним уроком має стати розуміння важливості системного підходу, послідовності дій та політичної волі до реформ. Необхідною є розробка цілісної стратегії з урахуванням національної специфіки, в якій передбачено зміцнення інституційної спроможності, розвиток страхових механізмів, модернізацію управління медичними закладами та забезпечення участі громад у прийнятті рішень. В умовах післявоєнного відновлення саме інвестування в сталу, доступну та ефективну систему охорони здоров'я стане запорукою соціальної стабільності та довгострокового розвитку держави.

3.2. Проблеми ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні та шляхи їх вирішення

Проблема належного фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні залишається однією з найактуальніших у контексті забезпечення

конституційного права громадян на охорону здоров'я. Впродовж останніх десятиліть, попри здійснення низки реформ, ключові структурні та економічні недоліки зберігаються, що унеможливлює досягнення належного рівня якості медичних послуг, доступності допомоги та ефективного розподілу державних ресурсів. Ці недоліки мають комплексний характер, охоплюючи як інституційні, так і фінансово-організаційні складові системи.

Однією з основоположних проблем залишається недостатній обсяг фінансування охорони здоров'я, який хронічно не відповідає реальним потребам населення та вимогам забезпечення сучасного рівня медичних послуг. Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП України істотно нижча за аналогічні показники у країнах ЄС. Так, за даними Світового банку та ВООЗ, Україна в середньому витрачає близько 3,1–3,5% ВВП на охорону здоров'я, тоді як у країнах ЄС цей показник сягає 8–10%. В умовах війни та соціально-економічної нестабільності це призводить до збільшення навантаження на систему, зниження якості послуг і обмеження доступу до медичної допомоги [77, с. 90].

Не менш важливою є проблема нерівномірного фінансування між регіонами, що проявляється у суттєвих диспропорціях доступу населення до медичних послуг. Залежність обсягу фінансування від кількості підписаних декларацій або від числа пролікованих випадків створює умови, за яких регіони з низькою щільністю населення або складною транспортною доступністю втрачають фінансову спроможність для повноцінного функціонування закладів охорони здоров'я. Як наслідок, спостерігається зниження рівня медичного забезпечення в сільських і віддалених районах, що суперечить принципам справедливості та доступності, закладеним у Конституції України та Основах законодавства України про охорону здоров'я.

Ще одним системним викликом є неефективне або нецільове використання коштів, яке обумовлюється недостатнім рівнем внутрішнього фінансового контролю, непрозорістю процедур публічних закупівель, а також слабкою підзвітністю розпорядників коштів. Незважаючи на впровадження системи

ProZorro, випадки непрозорих або завищених закупівель медичного обладнання, медикаментів чи послуг залишаються поширеними. Також практично відсутній дієвий аудит ефективності витрачання коштів за результатами лікування або профілактики. Згідно з висновками Рахункової палати України, в окремих випадках державні кошти на охорону здоров'я використовувалися з порушенням принципу доцільності та ефективності [78].

Особливе занепокоєння викликають проблеми контрактування та тарифікації послуг у межах Програми медичних гарантій, реалізованої Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Механізм розрахунку тарифів часто не враховує реальну собівартість медичних послуг, унаслідок чого заклади охорони здоров'я недофінансовуються. Окрім того, перелік послуг, що підлягають оплаті, обмежений і не охоплює весь спектр потреб пацієнтів. Це стимулює або неформальні платежі, або змушує пацієнтів звертатися до приватного сектора. Зазначена ситуація негативно впливає на принципи рівності та універсальності у доступі до медичної допомоги.

Недостатня автономія медичних закладів у розпорядженні фінансами також знижує ефективність функціонування системи. Попри формальне набуття статусу комунальних некомерційних підприємств, багато медичних закладів залишаються обмеженими у питаннях стратегічного планування, самостійного розподілу коштів або кадрової політики. Відсутність реальної фінансової гнучкості унеможливлює оперативну реакцію на зміну умов, потреб пацієнтів або впровадження інновацій. Така ситуація суперечить логіці автономізації як одного з ключових елементів медичної реформи.

Важливою проблемою залишається низька якість фінансової звітності та моніторингу результатів використання бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я. Більшість медичних закладів не мають налагоджених систем оцінювання ефективності витрат, а статистичні показники часто не дозволяють робити висновки про доцільність або результативність окремих програм. Системи контролю з боку державних органів або місцевих рад обмежуються формальними перевірками, що не дають змоги виявити структурні проблеми у

фінансуванні та розподілі коштів. Крім того, доступ громадськості до інформації про використання бюджетних коштів у медичній сфері залишається обмеженим, що підриває довіру до інституцій та знижує рівень суспільного контролю [77, с. 91].

У сукупності зазначені проблеми свідчать про те, що система фінансування охорони здоров'я в Україні потребує не лише збільшення обсягів фінансування, але й глибокої інституційної модернізації. Ефективність фінансового забезпечення повинна ґрунтуватися не лише на збільшенні витрат, а й на забезпеченні прозорості, підзвітності, гнучкості управління фінансовими ресурсами та орієнтації на кінцевий результат у вигляді покращення здоров'я населення. У контексті реалізації медичної реформи важливо не втратити акцент на якості управлінських рішень і запровадженні механізмів оцінювання витрат на основі медико-економічної доцільності, а не лише кількісних показників.

Підвищення ефективності фінансування системи охорони здоров'я в Україні потребує комплексного і послідовного підходу, що враховує сучасні виклики, міжнародний досвід та національну специфіку. В умовах обмежених бюджетних ресурсів, децентралізації влади, розбудови нових інституцій (зокрема НСЗУ) і триваючих загроз національній безпеці, ключовим завданням є формування стійкої, гнучкої та ефективної фінансової моделі, яка забезпечить стабільне функціонування галузі та доступ громадян до якісних медичних послуг [79].

Одним із пріоритетних напрямів є запровадження багатоканальної системи фінансування, в основі якої мають поєднуватись кошти державного та місцевих бюджетів, надходження від обов'язкового і добровільного медичного страхування, а також позабюджетні джерела. Перехід до такої системи має бути поступовим і супроводжуватися створенням відповідного правового та організаційного середовища. Згідно з Концепцією фінансування системи охорони здоров'я України, схваленою розпорядженням КМУ №1013-р від 30.11.2016 р., важливо розвивати механізми соціального медичного

страхування як ключового інструменту фінансової стійкості, з дотриманням принципів солідарності, прозорості та рівного доступу до послуг.

Удосконалення діяльності Національної служби здоров'я України (НСЗУ) має відігравати вирішальну роль у формуванні ефективного фінансування. Зокрема, слід переглянути методику тарифікації медичних послуг, аби забезпечити реальне покриття витрат медичних закладів і стимулювати якість надання допомоги. Важливо також розширювати Програму медичних гарантій, охоплюючи нові напрями, наприклад довготривалу паліативну допомогу, реабілітацію та профілактичні заходи. У цьому контексті необхідним є удосконалення контрактної політики НСЗУ, зокрема у частині критеріїв відбору, індикаторів якості та санкцій за неналежне надання послуг.

Значна увага повинна приділятися підвищенню прозорості та публічного контролю за фінансами у сфері охорони здоров'я. Забезпечення відкритого доступу до інформації про розподіл бюджетних коштів, укладені договори НСЗУ, використання фінансів медичними закладами є передумовою підвищення довіри з боку громадськості. Практика відкритих даних, використання порталів на зразок eHealth, та залучення громадських організацій до моніторингу сприяють посиленню підзвітності та запобігають корупційним ризикам. Реформа управління охороною здоров'я має передбачати системне розширення каналів громадського впливу, включаючи механізми участі в бюджетному процесі на місцевому рівні [78].

Водночас важливим чинником підвищення ефективності є покращення фінансової грамотності керівників медичних закладів. Управлінці мають володіти сучасними інструментами фінансового аналізу, планування, бюджетування та аудиту. Державна політика у цій сфері має передбачати інституціоналізовану програму професійного навчання, створення механізмів наставництва та обміну досвідом, а також підтримку закладів у розбудові внутрішніх фінансових служб. Запровадження управлінської автономії має бути доповнене вимогами до фінансової прозорості та відповідальності за досягнення результатів.

Ще одним стратегічним напрямом є розвиток місцевого фінансування та активне залучення інструментів державно-приватного партнерства. Децентралізація бюджетного процесу дозволяє громадам визначати пріоритети розвитку медичних послуг з урахуванням локальних потреб. Водночас місцеві бюджети мають бути фінансово спроможними та відповідально розпоряджатись коштами, що потребує посилення їхньої участі у співфінансуванні закладів охорони здоров'я, зокрема у придбанні обладнання, модернізації інфраструктури чи підтримці профілактичних програм. Участь приватного сектору, в тому числі через механізми концесії або спільного фінансування проєктів, може стати ефективним інструментом покращення матеріальної бази та впровадження інновацій.

Важливим ресурсом для підвищення ефективності фінансування є використання сучасних ІТ-рішень у сфері обліку, звітності та моніторингу. Електронна система охорони здоров'я (eHealth), що наразі функціонує як платформа для збору даних про пацієнтів, медичні послуги та розрахунки з НСЗУ, має бути розширена до повноцінного інструменту фінансового менеджменту. Використання електронної звітності, автоматизованих систем контролю витрат, інтеграція з реєстрами пацієнтів та страхових механізмів дозволить значно знизити адміністративні витрати та посилити прозорість фінансових потоків у галузі [77, с. 92].

Таким чином, підвищення ефективності фінансування охорони здоров'я в Україні потребує не лише додаткових ресурсів, але й стратегічних інституційних змін. Важливо створити такі фінансові механізми, які забезпечуватимуть стабільність, справедливість і результативність, а також посилять довіру громадян до системи охорони здоров'я як до суспільного блага.

Висновки до третього розділу

Перспективи розвитку організаційно-правового забезпечення фінансування медичного обслуговування населення в Україні значною мірою визначаються здатністю держави адаптувати успішні міжнародні практики до національних соціально-економічних умов та подолати системні внутрішні обмеження. Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, що ефективні моделі фінансування ґрунтуються на принципах універсального доступу, страховій або змішаній системі розподілу фінансових ресурсів, розвиненій автономії медичних закладів та інститутах незалежного контролю якості. Для України найбільш релевантним є використання елементів німецької, канадської та французької моделей, однак їх імплементація потребує адаптованих механізмів, зважаючи на відмінності у бюджетній спроможності, рівні розвитку місцевого самоврядування та інституційних особливостях системи охорони здоров'я.

Водночас результати дослідження засвідчують наявність низки проблем, що стримують ефективність фінансового забезпечення галузі. До ключових належать: недостатній обсяг державного фінансування, обмеженість ресурсів Програми медичних гарантій, нерівномірність фінансової спроможності регіонів, недосконаліть тарифної політики, а також обмежена управлінська автономія закладів охорони здоров'я. Важливою проблемою залишається також низький рівень інтеграції інформаційних систем, що ускладнює прозорість фінансових потоків та контроль за результатами надання медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження державної політики у сфері фінансового забезпечення медичного обслуговування населення дозволяє сформулювати такі узагальнені висновки, що мають значення як у теоретичному, так і практичному вимірі:

1. Встановлено, що державна політика у сфері охорони здоров'я України формує комплекс заходів, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я населення, і реалізується у відповідності до Конституції України, основ законодавства про охорону здоров'я та стратегічних документів. Виявлено, що ефективність політики залежить від координації центральних та місцевих органів влади, прозорості фінансування та інституційної спроможності виконавців, з урахуванням умов децентралізації та викликів воєнного часу.

2. З'ясовано, що фінансове забезпечення охорони здоров'я є системою організаційно-правових заходів, що акумулюють, розподіляють та використовують фінансові ресурси для гарантування громадянам права на медичну допомогу. Проаналізовано, що дотримання принципів солідарності, справедливості, ефективності, цільового використання ресурсів та підзвітності створює передумови для підвищення якості медичних послуг та зміцнення довіри суспільства до системи охорони здоров'я.

3. Визначено, що організаційно-правовий механізм фінансування охорони здоров'я охоплює нормативно-правову базу, систему органів управління, механізми бюджетного та позабюджетного фінансування і інститути публічного контролю. Виявлено, що особливістю української системи є поєднання централізованого планування та децентралізованого розподілу ресурсів, що потребує ефективної координації на всіх рівнях.

4. Проаналізовано нормативно-правове регулювання фінансування медичних послуг і встановлено, що перехід від утримання мережі закладів до оплати за надані послуги через договори з НСЗУ забезпечує прозорість та

підзвітність фінансових потоків. Водночас виявлено потребу у вдосконаленні тарифоутворення та контролю за використанням коштів.

5. З’ясовано, що реалізація державної політики фінансування охорони здоров’я здійснюється через взаємодію МОЗ України, НСЗУ, Міністерства фінансів, місцевих органів влади та інших суб’єктів. Встановлено, що НСЗУ виконує ключову роль як розпорядник коштів Програми медичних гарантій, а децентралізація підвищила вимоги до фінансової спроможності та управлінської компетентності місцевих органів.

6. Проаналізовано зарубіжний досвід фінансування охорони здоров’я та визначено, що успішними є системи, які забезпечують баланс між універсальним доступом, фінансовою стійкістю та якістю послуг. Для України доцільно адаптувати елементи обов’язкового медичного страхування, багатоканальне фінансування та розширення автономії закладів, враховуючи соціально-економічні та правові реалії.

7. Встановлено основні проблеми фінансового забезпечення охорони здоров’я в Україні: недостатній обсяг фінансування, нерівномірність розподілу ресурсів, обмеження Програми медичних гарантій, недосконаліть тарифної політики та низька автономія закладів. Рекомендовано розвивати багатоканальну систему фінансування, удосконалювати діяльність НСЗУ, впроваджувати прозорі механізми контролю, підвищувати фінансову грамотність управлінців та активізувати державно-приватне партнерство з використанням сучасних ІТ-рішень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к / 96- ВР. *Відомості Верховної Ради України*.1996 р., № 30, стаття 141.
2. Вербицька А., Мануілова, К. В., Мужайло В.Д. Особливості реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я України. *Теоретичні та прикладні питання державотворення: електрон. Наук. фах. вид. / ГО «Асоціація дослідників державного управління», ГО «Одеський інститут соціальних технологій».* 2023. Вип. 29. С. 58–67.
3. 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 січня 2025 р. № 34-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text (дата звернення – 01.08.2025)
4. Основи публічного управління та адміністрування: навч. посіб. для здобувачів спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» / П. С. Покатаєв, М. А. Латинін, С. В. Степаненко, Г. П. Пасемко, О. М. Таран. Харків: ТОВ «Оберіг». 2024. 240 с.
5. Публічне управління та адміністрування: теоретичні та практичні аспекти: Навч. посібник / С. В. Панченко, О. Г. Дейнека, О. В. Дикань та ін. Харків: УкрДУЗТ. 2019. 380 с.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19.
7. Сидоренко Н. С., Демченко К. В. Сутність державної політики у сфері охорони здоров'я. URL: https://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/5382/1/2.pdf (дата звернення – 01.08.2025)

8. Основи публічного управління та адміністрування: навчально-методичний посібник для вивчення дисц. здобувачами першого (бакалаврського) рівня вищої освіти денної та заочної форм навчання, спец. 281 «Публічне управління та адміністрування»; Держ. біотехнол. ун-т; авт.-уклад. О. О. Гуторова. Харків: б. в. 2024. 215 с.
9. Слюсаренко Л. О. Державна політика України у сфері охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2021. № 6. С. 58-61
10. Голубєва О. М. Формування державної політики в системі охорони здоров'я України. *Юридичний вісник України*. 2020. № 12. С. 56–60.
11. Усенко І. Б. Адміністративно-правові засади державної політики в галузі охорони здоров'я. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2021. № 2 (49). С. 89–94.
12. Парубчак І.О., Радух Н.Б. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії COVID-19 в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. Том 32 (71). № 1. 2021. С. 42-46
13. Парубчак І.О., Харечко Д.О. Формування та реалізація державної політики соціального захисту в контексті збереження та поліпшення здоров'я осіб похилого віку в Україні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування.* 2019. № 2. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_2/22.pdf. (дата звернення – 01.08.2025)
14. Ковалевич Д. А. Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах реформування. *Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Чернівці: ЧТЕІ КНТЕУ*. 2021. Вип. II (82). Економічні науки. С.138–148.
15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31.

16. Шевчук Л. Т. Управління державними фінансами в галузі охорони здоров'я: світовий досвід та вітчизняні проблеми. *Державне управління: теорія та практика*. 2022. № 1(25). С. 72–79.
17. Колодій А. М. Державне регулювання фінансування охорони здоров'я в умовах реформування: теоретико-прикладний аспект. *Економіка та суспільство*. 2023. № 47. С. 158–163.
18. Гуржій А. М., Чернецька І. С. Фінансування системи охорони здоров'я України: сучасні тенденції та перспективи розвитку. *Економіка та держава.* 2021. № 1. С. 45–50.
19. Савицька І. О. Економіка охорони здоров'я: підручник. Київ: Центр учбової літератури. 2018. 352 с.
20. Балацький О. Ф. Організаційно-правові засади фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2022. Вип. 6. Т. 1. С. 102–107.
21. Дьяченко Ю. О. Бюджетне фінансування медичної галузі в умовах трансформації державного управління. *Економіка та держава*. 2022. № 3. С. 81–85.
22. Бюджетний кодекс України: Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2010. № 50–51. Ст. 572.
23. Радиш Я. Ф. Економіка охорони здоров'я. Київ: КНТ, 2020. 304 с.
24. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології: монографія. Житомир: Вид. О. О. Євенок. 2020. 320 с.
25. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. №2. С. 134-140.
26. Конєва І.І. Управління фінансовим забезпеченням діяльності медичних закладів України. *Збірник наукових праць ДУІТ. Серія «Економіка і управління»*. 2023. Випуск 53. С. 91-102.
27. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Юридичний вісник*. 2019. №3. С. 63-69

28. Загальне адміністративне право України: підручник / за заг. ред.: акад. С. Ківалова і проф. Л. Білої-Тіунової; Нац. ун-т «Одеська юрид. академія». Одеса: Фенікс. 2023. 792 с.
29. Економіка охорони здоров’я: [Підручник] / За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Житомир: ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”». 2021. 288 с.
30. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: Постанова КМУ від 29 грудня 2021 р. № 1440. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text (дата звернення – 01.08.2025)
31. Гавриченко Д. Г., Козирєва О. В., Попова Т. О., Сергієнко Л. В. Механізм фінансування охорони здоров’я України в умовах трансформацій. *Financial and credit activities: problems of theory and practice.* 2022. № 1 (42). С. 125-131
32. Камінська Т. В. Організаційно-економічний механізм фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я: дис. … д-ра філософії : 051 Економіка / Камінська Тамара Василівна. Київ. 2025. 276 с.
33. Камінська Т.В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. *Економічний вісник НТУУ «КПІ»: збірник наукових праць.* 2022. № 23. С. 83-89.
34. Камінська ТВ. Основні теоретичні засади організаційно-економічного механізму у сфері охорони здоров'я. *Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу. Мат. II Міжнар. науково-практ. Конференції*; 27 жовтня 2023. С. 74–76.
35. Камінська Т.В. Ефективність функціонування економічного механізму сфери охорони здоров’я України: *Сучасні наукові погляди на механізми розвитку міжнародних відносин та ринкової економіки: мат. Міжнар. Науково-практ.конференції; 20-21 жовтня 2023; Ужгород. Львів-Торунь: Liha-Pres,* 2023. С. 36–40.

36. Сазонець І. Л., Саричев В. І. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід: колективна монографія. Рівне: Волин. Обереги. 2019. 396 с.
37. Роговий А.В, Дубина М.В, Забаштанська Т.В. Стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров’я в Україні: фінансові аспекти. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2020. № 3(23). С. 158–165.
38. Вороніна Ю. Є. Теорія та практика публічного управління та адміністрування: навчальний посібник. Мелітополь: ТОВ «Колор Принт». 2020. 204 с.
39. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 р. № 222-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 23. С. 158. Ст. 1234.
40. Про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: Указ Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019. URL: https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825 (дата звернення - 01.08.2025).
41. Концепція системи менеджменту якості в медичних лабораторіях України відповідно до вимог міжнародних стандартів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 жовтня 2015 р. за № 644. URL: http://consultant.parus.ua/?doc=09UKWF5646 (дата звернення - 01.08.2025).
42. Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами: Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року. *Офіційний вісник України*. 2012 р. № 67. С. 15. Ст. 2727.
43. Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення: Указ Президента України від 01 лютого 1999 р. *Офіційний вісник України*. 1999. № 5. С. 26. Ст. 158.
44. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №

1013-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016%D1%80#Text (дата звернення - 01.08.2025).

45. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 року № 211. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020%D0%BF#Text (дата звернення - 01.08.2025).
46. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018%D0%BF#Text (дата звернення - 01.08.2025).
47. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text (дата звернення - 01.08.2025).
48. Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text (дата звернення - 01.08.2025).
49. Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 05 червня 1997 р. № 174. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97#Text (дата звернення - 01.08.2025).
50. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 504. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18 (дата звернення - 01.08.2025).

51. Цивільний кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 р.№ 435-IV / Верховна Рада України. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 40-44. ст. 356.
52. Про захист прав споживачів: Закон України від 12 травня 1991 року № 1023-XII. *Відомості Верховної Ради УРСР.* 1991. № 30. ст. 379.
53. Про звернення громадян: Закон України від 2 жовтня 1996 року № 393/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 47. ст. 256.
54. Про страхування: Закон України від 18 листопада 2021 року № 1909-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text (дата звернення - 01.08.2025).
55. Лісабонська декларація щодо прав пацієнтів. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_016#Text (дата звернення - 01.08.2025).
56. Європейська хартія прав. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf (дата звернення - 01.08.2025).
57. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001No 2341-III. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2001. № 25-26, ст.131.
58. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від Кодекс від 07 грудня 1984 р. № 8073-X. *Відомості Верховної Ради Української РСР*. 1984. дод. до № 51. Ст.1122.
59. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 28 грудня 2014 р. № 77-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 11. ст. 75.
60. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228.
61. Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 25 травня 2001 р. № 5. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95#Text (дата звернення - 01.08.2025).

62. Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 12 квітня 1996 р. № 5. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0005700-96#Text (дата звернення - 01.08.2025).
63. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 503. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18 (дата звернення - 01.08.2025).
64. Кравець В.В. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 1. 2021. С. 171-174.
65. Теплюк М. А, Шапран О. А. Цільове орієнтування: переосмислення системи охорони здоров’я України. *Стратегія економічного розвитку України*. 2023. №52. С. 58–71.
66. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 р. № 794-VII. *Відомості Верховної Ради України*. 2014. № 13. Ст. 222.
67. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров’я України: Постанова КМУ від 25 березня 2015 р. № 267. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#n8 (дата звернення - 01.08.2025).
68. Про утворення Національної служби здоров’я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text (дата звернення - 01.08.2025).
69. Шкільняк М.М., Желюк Т.Л., Васіна А.Ю., Дудкіна О.П., Попович Т.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров’я в умовах проведення медичної реформи. ТНЕУ. 2018. С. 168-180
70. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров’я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Серія «Економіка, педагогіка».* 2018. № 3. С. 169-174

71. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Юридичні науки»*. 2016. № 4. С. 120-131.
72. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Одеський державний університет внутрішніх справ. Одеса. 2018. 215 с.
73. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 27. С. 93-97.
74. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал. URL: https://med- ukraine.info/ news/2019/yak-pracyuye-sistemaohoroni-zdorov-ya-kanadi-535 (дата звернення - 01.08.2025).
75. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018. № 2. С. 168-173.
76. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750- eng. pdf? sequence=1&isAllowed=y (дата звернення - 01.08.2025).
77. Кужелєв М., Нечипоренко А. «Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід». *Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій*. №1(13). 2024. С. 85–94.
78. Національний інститут стратегічних досліджень (ND). «Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я». Аналітична записка. URL: https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya?utm_source=chatgpt.com (дата звернення - 01.08.2025).
79. WHO (2024). Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. URL:

https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964?utm_source=chatgpt.com (дата звернення - 01.08.2025).