

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Науково-навчальний медичний інститут
Кафедра громадського здоров'я

«До захисту допускається»

Завідувач кафедри

_____ В.А. Сміянов

_____ 2023р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр
зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
освітньо - професійної програми «Громадське здоров'я»
на тему:
«Дослідження систем охорони здоров'я в світі»

Здобувача(ки) групи ГР.м-101

Савченко Ірини Олександрівни

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання
на відповідне джерело.

_____ Савченко Ірина

Керівник

д.м.н., професор,

завідувач кафедри ННМІ Громадське здоров'я

Сміянов Владислав Анатолійович _____

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Науково-навчальний медичний інститут
Кафедра громадського здоров'я

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри, проф.
В.А. Сміянов
" ____ " _____ 20 ____ р.

**ЗАВДАННЯ
до дипломної роботи**

Студент(-ка) групи _____ Медичного інституту
спеціальності _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи:

Затверджено на засіданні кафедри, протокол № _____ від " ____ " _____ 20 ____ р.

Термін здачі студентом завершеної роботи " ____ " _____ 20 ____ р.

Вихідні дані до роботи: нормативні і законодавчі акти, матеріали державної статистичної звітності, відомчі постанови, інструкції та положення, матеріали монографій, періодичних видань, підручників і навчальних посібників, дані фінансової звітності суб'єктів господарювання, організацій та установ тощо.

Зміст основної частини роботи (перелік питань, що підлягають розробці):

Дата видачі завдання: " ____ " _____ 20 ____ р.

Керівник дипломної роботи: _____

(вчене звання, прізвище та ініціали) (підпис)

Завдання прийнято до виконання " ____ " _____ 20 ____ р. _____

(підпис студента)

АНОТАЦІЯ

Структура й обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку наукових використаних джерел, що включає 43 найменування та додатку. Загальний обсяг магістерської роботи становить 47 с., у тому числі 1 додаток, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність. Проблема розвитку системи охорони здоров'я є серйозним викликом для більшості країн світу. Доки держави продовжують боротися з поширенням СНІДу, пошуками ліків від раку, дитячою смертністю, впливом антисанітарії та інших факторів навколишнього середовища, в світі з'являються нові штами вірусів та бактерій, додаючи нових проблем. Постійні міграційні процеси впливають як на поширеність інфекційних захворювань, так і на забезпечення медичних закладів кваліфікованими кадрами. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я(далі ВООЗ), у країнах з низьким та середнім доходом на 1000 населення припадає в середньому 0,4 лікарів та 2,6 медичних сестер[22]. За даними Світового банку та ВООЗ щонайменше половина населення світу досі не отримує необхідні медичні послуги[25]. Згідно даних Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, тривалість життя в країнах, що розвиваються на десятки років менша, ніж в розвинених. Результатом цього є сповільнений прогрес, а часом і регрес у питаннях, які стосуються справедливості охорони здоров'я в багатьох державах.

Рівень розвитку ринку медичних послуг у формуванні світового ринку визначається рівнем загального економічного розвитку. У розвинених країнах витрати на охорону здоров'я зростають швидше, ніж валовий внутрішній продукт (ВВП), тоді як більшість країн, що розвиваються мають недостатній рівень фінансування охорони здоров'я. Наприклад, в Індії витрати становлять менше 5% ВВП, тоді як у США вони перевищують 18% ВВП[19]. Близько 925 млн. людей витрачають понад 10%, 200 млн. людей - більше 25% своїх доходів на охорону здоров'я, що призводить до бюджетного дефіциту та зниження

доступності медичних послуг серед населення[8]. Інвестування у розвиток первинної медичної допомоги країн, що розвиваються могло б потенційно врятувати 60 мільйонів життів та збільшити середню тривалість життя на 3,7 року до 2030 року[25].

Пандемія COVID-19 сильно вдарила по бідним та уразливим країнам, тим самим показавши, як багато зусиль ще потрібно докласти для повноцінної роботи системи охорони здоров'я й соціального захисту населення[9]. Для того, щоб уникати таких ситуацій, потрібно бути завжди на крок попереду. Дослідження тенденцій розвитку охорони здоров'я може не тільки забезпечити нові методи та технології лікування захворювань, а й покращити якість життя, зменшивши біль, стрес та дискомфорт.

Метою роботи є дослідження тенденцій розвитку системи охорони здоров'я в розвинених країнах та країнах, що розвиваються, порівнюючи їх спільні та відмінні риси.

Методи, використані під час проведення даного дослідження. У роботі здійснено аналітично-статистичний та порівняльний аналіз системи охорони здоров'я в світі. Інформаційною базою дослідження є аналіз результатів вже проведених досліджень; аналіз нормативно – правової бази, аналіз наукової літератури, матеріали науково-практичних конференцій, статистичні довідники та Інтернет ресурси.

Акцентована увага на тенденціях розвитку системи охорони здоров'я в розвинених країнах та країнах, що розвиваються.

Ключові слова: охорона здоров'я, тенденції розвитку, право на охорону здоров'я, моделі фінансування та управління, кадрова політика, універсальний доступ, моніторинг та контроль.

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень	6
Вступ.....	7
1. Теоретичні основи про систему охорони здоров'я в цілому та її складових	10
1.1 Реалізація права на охорону здоров'я та регламентація у міжнародно-правових актах.....	10
1.2 Фінансування та управління системи охорони здоров'я.....	12
1.3 Кадрова політика в системі охорони здоров'я.....	17
2. Методологія проведення дослідження базуючись на праві УНС	19
2.1 Оцінка стану здоров'я населення в досліджуваних країнах	19
2.2 Вивчення можливостей населення щодо отримання універсального доступу до якісної медичної допомоги без фінансових труднощів	22
3. Рекомендації щодо поліпшення системи охорони здоров'я в країнах, що розвиваються на основі проведеного дослідження	31
3.1 Тенденції забезпечення ефективного розподілу коштів у сфері охорони здоров'я в країнах, що розвиваються.....	31
3.2 Покращення показників здоров'я населення шляхом розвитку профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань	35
Висновки	39
Список використаних джерел	43
Додаток.....	49

Перелік умовних позначень

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МОП	Міжнародна організація праці
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НІЗ	Неінфекційні захворювання
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПМД	Первинна медична допомога
РЄ	Рада Європи
ІСО	Міжнародна організація із стандартизації
ІПС	Індекс соціального прогресу
УНС	Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я
COVID-19	Коронавірусна хвороба 2019

Вступ

Актуальність. Проблема розвитку системи охорони здоров'я є серйозним викликом для більшості країн світу. Доки держави продовжують боротися з поширенням СНІДу, пошуками ліків від раку, дитячою смертністю, впливом антисанітарії та інших факторів навколишнього середовища, в світі з'являються нові штами вірусів та бактерій, додаючи нових проблем. Постійні міграційні процеси впливають як на поширеність інфекційних захворювань, так і на забезпечення медичних закладів кваліфікованими кадрами. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я(далі ВООЗ), у країнах з низьким та середнім доходом на 1000 населення припадає в середньому 0,4 лікарів та 2,6 медичних сестер[22].

За даними Світового банку та ВООЗ щонайменше половина населення світу досі не отримує необхідні медичні послуги[25]. Згідно даних Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, тривалість життя в країнах, що розвиваються на десятки років менша, ніж в розвинених. Результатом цього є сповільнений прогрес, а часом і регрес у питаннях, які стосуються справедливості охорони здоров'я в багатьох державах.

Рівень розвитку ринку медичних послуг у формуванні світового ринку визначається рівнем загального економічного розвитку. У розвинених країнах витрати на охорону здоров'я зростають швидше, ніж валовий внутрішній продукт (ВВП), тоді як більшість країн, що розвиваються мають недостатній рівень фінансування охорони здоров'я. Наприклад, в Індії витрати становлять менше 5% ВВП, тоді як у США вони перевищують 18% ВВП[19]. Близько 925 млн. людей витрачають понад 10%, 200 млн. людей - більше 25% своїх доходів на охорону здоров'я, що призводить до бюджетного дефіциту та зниження доступності медичних послуг серед населення[8]. Інвестування у розвиток первинної медичної допомоги країн, що розвиваються могло б потенційно

врятувати 60 мільйонів життів та збільшити середню тривалість життя на 3,7 року до 2030 року[25].

Пандемія COVID-19 сильно вдарила по бідним та уразливим країнам, тим самим показавши, як багато зусиль ще потрібно докласти для повноцінної роботи системи охорони здоров'я й соціального захисту населення[9]. Для того, щоб уникати таких ситуацій, потрібно бути завжди на крок попереду. Розвиток у медичній сфері може не тільки забезпечити нові методи та технології лікування захворювань, а й покращити якість життя, зменшивши біль, стрес та дискомфорт.

Елементами розвитку системи охорони здоров'я є наукові дослідження та розвиток медичних технологій, що допомагають зрозуміти причини виникнення захворювань і провести більш точну діагностику; вдосконалення обладнання та інфраструктури, що забезпечить належний рівень медичного обслуговування та універсальний доступ; фінансування, управління, моніторинг та контроль кожної ланки, що підтримує якісну роботу кожного учасника системи (уряду, керівників медичних закладів, медичних та немедичних працівників, фармацевтів, постачальників, соціальних робітників, науковців, підприємців, пацієнтів і тд.); освіта населення та превентивна медицина.

Мета - дослідження тенденцій розвитку системи охорони здоров'я в розвинених країнах та країнах, що розвиваються, порівнюючи їх спільні та відмінні риси.

Завдання:

- 1) проаналізувати міжнародну нормативно - правову базу з питань охорони здоров'я;
- 2) дослідити тенденції розвитку систем охорони здоров'я, основні проблеми та виклики в розвинених країнах світу та країнах, що розвиваються;
- 3) порівняти демографічні показники в Україні та Данії та вивчити основні фактори впливу на них;
- 4) проаналізувати моделі фінансування та управління системи охорони здоров'я;

- 5) знайти шляхи раціонального використання обмеженого бюджету в медичній сфері;
- б) розробити загальні рекомендації модернізації охорони здоров'я в Україні з використанням сучасних світових тенденцій.

Об'єктом дослідження є системи охорони здоров'я в досліджуваних країнах.

Предметом дослідження є нормативно-правова база, демографічні показники, моделі фінансування та управління, моніторинг та контроль, та кадровий потенціал країн.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що проведено дослідження в порівняльному аспекті правової бази, системи фінансування й управління, кадрового потенціалу країн на основі спостереження за функціонуванням систем охорони здоров'я.

Методи, використані під час проведення даного дослідження: аналітичний, статистичний, порівняльний, експертний, спостереження.

Інформаційною базою дослідження є аналіз результатів вже проведених досліджень; аналіз нормативно – правової бази, аналіз наукової літератури, матеріали науково-практичних конференцій, статистичні довідники та Інтернет ресурси.

Структура й обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку наукових використаних джерел, що включає 43 найменування та додатку. Загальний обсяг магістерської роботи становить 47 с., у тому числі 1 додаток, список використаних джерел - 5 сторінок.

1. Теоретичні основи про систему охорони здоров'я в цілому та її складових

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

Ключовою точкою інтерпретації поняття «системи охорони здоров'я» є визначення ВООЗ. Отже, система охорони здоров'я - це сукупність усіх організацій, людей та дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я[11].

Право на охорону здоров'я можна розглядати на трьох рівнях - універсальний, регіональний та спеціалізований. Документи універсального правового регулювання, такі як Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Декларація про права інвалідів та ін. проголошують рекомендації для світової спільноти. Держави, які затвердили дані декларації зобов'язані забезпечити права своїх громадян, незалежно від їх економічного статусу. Нормативно правові директиви регіонального рівня, такі як Хартія основних прав Європейського Союзу, Європейська хартія прав пацієнтів, Декларація про політику в галузі дотримання прав пацієнтів в Європі є обов'язковими для країн учасниць організації та повинні мати свій політико правовий механізм реалізації. Спеціалізовані нормативно-правові акти, зокрема, Конвенції і рекомендації Міжнародної організації праці, визначають стандарти трудової діяльності[4;5;6].

Обговоримо деякі відомі міжнародно-правові акти. У статті 25 Загальної декларації прав людини зазначено, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини[4].

У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права вказано, що держави, визнаючи право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я повинні вжити такі заходи, які є необхідними для забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби[5].

Відповідно до статті 35 Хартії основних прав Європейського Союзу кожна людина має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та медикаментозне лікування на умовах, встановлених національним законодавством та практикою[6].

Відповідно до звіту Організації економічного співробітництва та розвитку «Здоров'я на перший погляд 2019: показники ОЕСР» кожна п'ята людина у світі повідомляє, що не зверталася до лікаря, незважаючи на медичні потреби [26]. Це свідчить про те, що, незважаючи на законодавство, не всі отримують необхідну медичну допомогу, багато хто стикається з фінансовими труднощами та повільною комунікацією з медичними закладами.

Неможливо сказати однозначно, яка країна є світовим лідером у сфері забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Наприклад, відповідно до рейтингу процвітання, найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 році є Сінгапурська, потім – Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце [31]. Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році до найкращих країн світу належать США, Об'єднане Королівство Великої Британії, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце[32]. Поряд з цим у цьому ж звіті визнано, що найкраще забезпечення прав пацієнтів є у Нідерландах та Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії,

Норвегії, Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах та Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтичні препарати – у Німеччині та Нідерландах[33].

1.2 Фінансування та управління системи охорони здоров'я

У даному розділі ми розберемо всі системи фінансування охорони здоров'я, а саме соціальну, приватну та змішану модель. А також виясимо переваги та недоліки кожної з них і в яких країнах вони використовуються.

Приватна модель управління системою охорони здоров'я притаманна США, Індії, Китаю, Африці. Вона передбачає самостійну оплату пацієнтами всіх медичних послуг, обираючи ними пакет послуг, який відповідає їхнім потребам і можливостям та побудована на ліберальній ідеології. Премії добровільного медичного страхування встановлюються відповідно до індивідуального (індивідуальна оцінка можливості захворіти), суспільного і групового ризиків (оцінка середнього ризику для певної групи населення). Доступ для отримання медичної допомоги за загальнодержавними програмами обмежується віком, стажем роботи, соціальним статусом та місцем роботи. Система орієнтується на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу; ціни регулюються законами вільного ринку. Перевагами такої моделі є концентрація фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я; мобільність ресурсів, жорстка конкуренція на ринку праці, значні інвестиції сприяють інноваційному розвитку галузі та підвищенню ефективності діяльності; високий рівень заробітної плати медичних працівників; багатостороння система контролю над якістю медичної допомоги. Недоліками є порушення соціальної справедливості у фінансуванні та доступі до медичних послуг; висока вартість медичних та фармацевтичних послуг; значні адміністративні та громадські витрати[7, с. 62–90; 33].

Соціальна модель фінансування включає відомі системи Бісмарка, Беверіджа та Семашка. Система Семашка характеризується централізованим

управлінням, посиленому державному контролю та фінансуванню виключно з держбюджету. Перевагами даної системи управління є забезпечення всього населення необхідною МД та її ефективність в дії при надзвичайних ситуаціях. Недоліками є відсутність розвитку галузі, низький рівень заробітних плат та низька мотивація щодо надання якісних медичних послуг[33].

Система Бісмарка або загального оподаткування (Швейцарія, Нідерланди, Австрія, Німеччина, Бельгія, Люксембург та ін.) передбачає, обов'язкове соціальне страхування на випадок хвороби. Розглянемо одну з найдорожчих систем охорони здоров'я, - швейцарську. Натомість кожен, хто проживає в даній країні, сплачує внески й отримує базове медичне та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування. Багато людей користуються додатковим приватним медичним страхуванням. Таким чином, доступ до системи охорони здоров'я, мають ті, хто має хоча б базове медичне страхування, яке покриває близько 80-90 % витрат. Держава виступає власником більшості закладів охорони здоров'я, здійснюючи функції управління, фінансування та організації надання медичної допомоги населенню; органами державного управління регламентується загальна стратегія розвитку галузі та основні боки економічної діяльності закладів охорони здоров'я. Внутрішній ринок працює через територіальні відділи охорони здоров'я та лікарів загальної практики, які укладають контракти з закладами охорони здоров'я всіх форм власності й узгоджують між собою обсяг медичної допомоги. При цьому лікарі загальної практики отримують річний бюджет, який включає кошти на лікувальну, профілактичну, реабілітаційну діяльність і на оплату всіх видів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Крім того, їм надають цільові виплати за надання медичних послуг людям певного віку (вакцинація, контрацепція тощо). Це сприяє ефективному використанню ресурсів, адекватному розподілу витрат на охорону здоров'я та стимулюванню лікарів до надання якісної медичної допомоги й активної профілактичної роботи[36]. Стаціонари фінансуються шляхом формування річного бюджету під визначений

обсяг діяльності (глобальний бюджет). Широкого застосування набули денні стаціонари хірургічного профілю (хірургія «одного дня»), що пов'язано зі зниженням собівартості лікування (на 30% нижче) порівняно з традиційними стаціонарами[33; 37].

Перевагами державної системи загального оподаткування є принцип солідарної оплати медичних послуг, загальнодоступність, прозорість фінансових потоків; контроль над коштами. Недоліки: великий адміністративний апарат, складна система розрахунків ЛПЗ, наявність черг; бюрократизація відносин; високі витрати на утримання страхової інфраструктури[14; 33].

Система Беверіджа фінансується з державного бюджету та гарантує МД всім, незалежно від соціального статусу, які використовуються для фінансування медичних послуг. В основі даної системи покладено принцип солідарної ідеології, коли забезпечується однаковий доступ до найбільш важливих послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. Тобто зберігається суспільна солідарність, коли багатий платить за бідного, а здоровий за хворого. Розмір внесків визначається платоспроможністю і не залежить від індивідуального ризику, що зумовлює постійний характер покриття витрат на охорону здоров'я і не впливає на обсяг медичної допомоги, що надається. Стабільність надходження коштів сприяє інвестуванню їх у сучасні інноваційні медичні технології та обладнання, стимулює медичний персонал до вдосконалення та забезпечує підвищення їхніх доходів[7; 33].

Перевагами системи соціального медичного страхування є високі гарантії отримання безкоштовної якісної медичної допомоги; зниження впливу монополії на якість та ціни на медичні послуги; відкритість для додаткових джерел фінансування; інвестування коштів в інновації розвитку галузі, модернізовані медичні технології та устаткування, фармацевтичні та технічні розробки; відносно проста система оплати праці в галузі. Недоліки цієї системи полягають у відсутності ринкових стимулів до економічної ефективності,

великих державних витратах на розвиток галузі, слабкій мотивації підвищення якості надання послуг та наявності довгих черг очікування на лікування.

Система змішаної моделі передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок як соціальних внесків, так і податків. Прикладами країн з такою системою є Україна та Франція. У Франції, система охорони здоров'я фінансується з різних джерел. Основні джерела фінансування - це соціальні внески, які сплачують роботодавці та працівники (70%) та внески державного бюджету (30%). Ця система охорони здоров'я дозволяє громадянам Франції отримувати високоякісну медичну допомогу безкоштовно або за невелику плату. Громадяни можуть вибирати між лікарями, які фінансуються з державного бюджету або з соціальних внесків, або вони можуть відвідувати приватних лікарів та лікарні за свої кошти або за допомогою страхового полісу[33].

Для того, щоб дослідити зв'язок між витратами країн на охорону здоров'я та доступністю медичних послуг, ми порівняємо показники 10 розвинених країн та 10 країн, що розвиваються. За даними рейтингу світової статистики охорони здоров'я, до десятки країн за витратами на охорону здоров'я у 2020 році відносять США(18,8% від ВВП), Канаду(12,9% від ВВП), Німеччину(12,8% від ВВП), Францію(12,2% від ВВП). Швейцарію(11,8% від ВВП), Австрію(11,5% від ВВП), Норвегію(11,4% від ВВП), Нідерланди(11,1% від ВВП), Австралію(10,7% від ВВП) та Данію(10,5% від ВВП). В країнах на етапі розвитку ситуація, станом на 2020 рік, наступна: обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП у Бразилії(10,3% від ВВП), Південній Африці(8,5% від ВВП), Україні(7,6% від ВВП), Узбекистані(6,8% від ВВП), Нігерії(6,2% від ВВП), Марокко(6% від ВВП), Ірані(5,3% від ВВП), Філіппінах(5,1% від ВВП), Туреччині(4,6% від ВВП) і в Індії(3% від ВВП)[40].

Забезпечення населення необхідною медичною допомогою відносно не залежать від обсягу витрат. За визначенням ВООЗ, індекс охоплення основними медичними послугами (SDG) – це середнє охоплення основними послугами на основі втручань з відстеженням, які включають репродуктивне здоров'я,

здоров'я матерів, новонароджених і дітей, інфекційні захворювання, неінфекційні захворювання, а також можливості надання послуг і доступ серед загального та найбільш уразливого населення. Індикатор (індекс, який виражається за безрозмірною шкалою від 0 до 100) обчислюється як середнє геометричне 14 індикаторів та публікується кожного року. Індекс охоплення основними медичними послугами показав такі результати: в розвинених країнах: Нідерланди(93%), Канада (91%), Німеччина(88%), Австралія (87%), Норвегія і Швейцарія(86%), США (85%), Франція та Австрія (84%), Данія(82%); в країнах, що розвиваються: Бразилія(81%), Туреччина та Україна(77%), Іран та Узбекистан (75%), Південна Африка(71%), Марокко(68%), Індія(64%), Філіппіни(60%), Нігерія(43%)[40].

Аналізуючи детальніше даний показник, було порівняно:

- Охоплення послугами щодо репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, дітей та новонароджених: Данія(94), Австрія і Австралія(91), Франція(95), США(89), Норвегія(95), Швейцарія, Нідерланди і Канада(93), Німеччина(92); Нігерія(46), Філіппіни (69), Індія(71), Марокко(75), Пд.Африка(76), Іран(86), Узбекистан(84), Туреччина(70), Україна(82), Бразилія(73)[40].

- Охоплення послугами щодо інфекційних захворювань: Норвегія і Німеччина(92), Данія і Швейцарія (91), Австрія, Нідерланди і Австралія(90), Франція і США(88), Канада(86); Нігерія(41), Іран(57), Філіппіни (61), Індія(68), Пд.Африка(69), Узбекистан(71), Україна(75), Марокко(80), Туреччина і Бразилія (82)[40].

- Охоплення послугами щодо неінфекційних захворювань: Канада(84), Німеччина(73), Австралія(72), США(70), Швейцарія(67), Норвегія(66), Австрія(68), Франція(65), Данія(53), Нідерланди(65); Бразилія(76), Іран(68), Туреччина(66), Україна(65), Нігерія і Узбекистан (63), Філіппіни (62), Пд.Африка(61), Марокко(57), Індія(53)[40].

Виходячи з аналізу результатів, вище перерахованих показників, можна сказати, що розвинені країни мають вищі показники та краще охоплюють послугами населення щодо інфекційних та неінфекційних захворювань, ніж країни, що розвиваються. Охоплення послугами щодо репродуктивного здоров'я, здоров'я матері та дітей в усіх країнах, окрім Нігерії, на високому рівні.

1.3 Кадрова політика в системі охорони здоров'я

Кадрова політика в системі охорони здоров'я є ключовим елементом забезпечення високої якості та ефективності медичних послуг в будь-якій країні.

Розглядаючи кадрову політику в аспекті міжнародного сучасного менеджменту, науковці виділяють американський, японський і європейський підходи до управління персоналом на підприємстві[30].

Ключовими компонентами кадрової політики США є диверсифікація робочої сили, відносини, побудовані на повазі, залучення працівників у господарські процеси, постійний розвиток та забезпечення балансу між роботою та життям, шляхом використання часткової зайнятості, гнучкі робочі графіки та делегування обов'язків[30].

Японський підхід акцентує увагу на важливості дотримання основних прав людини, гідності, недопущення дискримінації, можливості для зростання працівників та забезпечення балансу між роботою та життям. Компанії прагнуть сформувати систему управління людськими ресурсами відповідно до характеристик і талантів працівників[30].

Кадрова політика європейського підходу орієнтована на програми щодо постійної оцінки показників та причин плинності кадрів, моніторингу рівня кваліфікації персоналу, навчання працівників, організацію роботи з урахуванням фізичних і розумових здібностей працівників. Політика європейських країн зосереджена на збереженні висококваліфікованих спеціалістів, забезпечення їх

надійними зарплатними та соціальними пакетами, підвищення їх професійного рівня за допомогою постійного навчання та розвитку, а також забезпечення їх безпеки та благополуччя на роботі. Також важливим елементом є забезпечення рівності у гендерному та культурному аспектах, а також боротьба з дискримінацією та нерівністю в оплаті праці[30]. Наприклад, перше правило данців на робочому місці – це атмосфера «сім'ї» та відсутність стресу. Роботодавці дуже піклуються про своїх працівників та часто організують позаробочі збори з активним відпочинком чи просто паузи на каву. Також на підприємствах зазвичай є їдальні для співробітників, де вони можуть відпочити та пообідати.

Країни, що розвиваються, часто стикаються із низьким рівнем фінансування та недостатньою кількістю медичних фахівців. Так, у країнах Африки та Азії, де є значна потреба у фахівцях, нерідко досить велика кількість медичних працівників становлять волонтери, які не отримують достатньої оплати за свою роботу та належних засобів індивідуального захисту. Вони фокусуються на залученні медичних спеціалістів у сільському та віддаленому районах, забезпеченні дешевих послуг та зниженні витрат на медичну допомогу, а також на підвищенні якості навчання та розвитку медичних спеціалістів у відповідності з місцевими потребами. Наразі Глобальний кодекс практики ВООЗ щодо міжнародного найму медичного персоналу визначив 55 країн (Ангора, Мадагаскар, Афганістан, Бангладеш, Кірібаті, Гаїті, Ефіопія та ін.) з найгострішими потребами в кадрах охорони здоров'я, пов'язаними із загальним охопленням медичного обслуговування. Експертна консультативна група закликала провідні країни та партнерів із розвитку, а також інших, зацікавлених у наданні гарантій сторін, до фінансової підтримки та впровадження Кодексу як глобального суспільного блага[17].

2. Методологія проведення дослідження базуючись на праві УНС

2.1 Оцінка стану здоров'я населення в досліджуваних країнах

Моє дослідження полягає в порівнянні системи охорони здоров'я в розвиненій Скандинавській країні, та в країні Європи з активним розвитком. Таким чином, у даному розділі ми проаналізуємо тенденції розвитку СОЗ в Данії та Україні, а також вивчимо можливості населення щодо отримання якісної медичної допомоги, страхування чи профілактичного обстеження.

Першим чином, дослідимо основні показники здоров'я населення в Данії та Україні за останні роки. За даними статистики Всесвітньої організації охорони здоров'я, середня тривалість життя в Данії становить 79, а в Україні 71.2 роки. Природний приріст в Данії: 1.1 на 1000 населення, а в Україні -4.4 на 1000 населення, що свідчить про перевищення смертності над народжуваністю та природне скорочення населення в Україні. За даними Організації Об'єднаних Націй (ООН) з оцінки рівня життя у різних країнах за 2021 рік, Данія займає 2, а Україна 74 місце в світі[13].

Порівняємо показники репродуктивного здоров'я. Частка доношених пологів, станом на 2020 рік в Данії складала близько 94 %, а в Україні - 85,7%. Відсоток вагітних жінок, які отримують акушерську допомогу в перший триместр вагітності в Данії - 97,8%, в Україні - 73,5% [15;42]. Це означає, що в Данії лише 6%, а в Україні 14.3% дітей народжувалось передчасно або з низькою вагою. Важливою складовою збільшення кількості доношених пологів є підтримка жінок під час вагітності та після пологів, а також забезпечення належного медичного обслуговування. Щодо післяпологової підтримки, то в країнах існує програма, яка передбачає допомогу молодим мамам, забезпечуючи їх досвідченою особою, яка буде допомагати з дитиною. У Данії це патронажна сестра з додатковою освітою у сфері охорони здоров'я дітей, яка відвідує породіллю в перший рік життя дитини, та фінансується на рахунок держави. В Україні це муніципальна няня, особа, з якою молода мама укладає договір про

здійснення догляду за дитиною до 3х років та яка отримує компенсацію від держави.

Поширеність зареєстрованих захворювань, як вперше, так і раніше існуючих, при первинному зверненні у 2019 році, за даними Данської національної статистичної служби складала 5 087 випадків на 10 000 осіб, а в 2020 році - 4 506 випадків на 10 000 осіб. Це свідчить про зменшення загальної захворюваності на 11,4% в порівнянні з попереднім роком. За даними Данського інституту з громадського здоров'я, показник загальної захворюваності в 2021 році знову збільшився і склав 5 558 випадків на 10 000 осіб, але в порівнянні з 2019 роком це все ще менше на 3,1%. Серед основних причин захворюваності в Данії за останні роки залишаються хвороби кровообігу, онкологічні захворювання та захворювання дихальних шляхів. Також за останні роки зросла кількість випадків психологічних захворювань, зокрема, депресії та тривоги. Однак, за словами експерта Еллен Тране Норбю, міністра охорони здоров'я Данії, ця тенденція пов'язана зі збільшенням свідомості про ці захворювання та поліпшенням діагностики та лікування[24].

Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, загальна захворюваність в Україні в 2019 році склала 6 348 випадків на 10 000 осіб, а в 2020 році - 6 196 випадків на 10 000 осіб. Це свідчить про незначне зменшення загальної захворюваності на 2,4% в порівнянні з попереднім роком. Серед основних причин захворюваності в Україні за останні роки залишаються хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання та захворювання органів дихання[15]. За даними МОЗ України, у 2019 році померло більше 200 тис. осіб від захворювань серцево-судинної системи. У 2020 році зареєстровано понад 12 тис. випадків захворювання на туберкульоз[15]. Крім того, зросла кількість випадків захворювань, пов'язаних зі старінням населення, таких як захворювання опорно-рухової системи, хронічні захворювання нирок та ін., що потребують тривалого лікування та догляду. За даними МОЗ України, з 2016 по 2020 роки кількість пацієнтів з діагнозом депресії збільшилася на 16%, а з тривожними

розладами - на 44% випадків. Така тенденція пов'язана з підвищеним рівнем стресу, воєнним станом, нестабільністю економіки та самотністю[15].

Для того, щоб зменшити захворюваність, існує широка мережа заходів профілактики на різних рівнях - від національного до місцевого. Індивідуальні рекомендації включаються в загальні програми здорового способу життя, які поширюються через медичні установи, школи та інші громадські організації. Ці рекомендації можуть стосуватися правильного харчування, регулярної фізичної активності, відмови від куріння та інших шкідливих звичок[37].

Для забезпечення національної координації програм профілактики захворювань, в Данії існує Національний інститут здоров'я, який відповідає за створення національної стратегії профілактики захворювань та її реалізацію, а також проводить наукові дослідження. Данська програма вакцинації є однією з найкращих в Європі, і вона охоплює широкий спектр вакцин для дітей та дорослих. Охорона здоров'я Данії створила широку мережу програм скринінгу на ранніх етапах, які спрямовані на виявлення ризикових факторів та захворювань. Такі програми включають скринінг на рак грудей, шийки матки, кишківника та простати[37]. Культура превентивної медицини в Данії прививається з дитинства. Наприклад, дітки ще з 10 місяців в дитсадочках завжди сплять одягненими на вулиці в колясках, незважаючи на погоду. У випадку грипу чи застуди, сімейні лікарі назначають пити теплий чай. На вулицях майже всюди є велосипедні доріжки, що забезпечує умови для велоспорту чи бігу.

В Україні також розробляється та реалізується багато профілактичних програм. Наприклад, Державна програма профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом та іншими соціально небезпечними хворобами на 2021-2025 роки, програма профілактики онкозахворювань, що передбачає проведення скринінгових досліджень та підвищення обізнаності населення щодо факторів ризику, Державна програма "Здоров'я нації" на 2021-2030 роки, у рамках якої розроблено конкретні заходи з профілактики захворювань, які забезпечуються

фінансуванням з державного бюджету. На регіональному рівні проводяться заходи, залежно від особливостей регіону. Наприклад, в зоні радіаційного зараження Чорнобильської катастрофи проводяться профілактика онкологічних захворювань, а на заході України, де є проблеми зі здоров'ям серця, проводяться заходи з профілактики серцево-судинних захворювань. На місцевому рівні проводиться вакцинація та профілактичні медичні огляди.

2.2 Вивчення можливостей населення щодо отримання універсального доступу до якісної медичної допомоги без фінансових труднощів

У даному розділі звернемо увагу на доступність до базових потреб та медичних послуг в Данії та Україні за допомогою індексу соціального прогресу, який публікується щорічно, та порівнюючи показники здоров'я та благополуччя за 2017-2022 рр..

Індекс соціального прогресу (IPS) - це показник, який розроблений під технічним керівництвом професора Майкла Портера з Гарвардської школи бізнесу та Скотта Стерна з Массачусетського технологічного інституту та вимірюється за допомогою трьох вимірів, до яких входять 12 компонентів добробуту людей у суспільстві, що містять вимірювання соціальних, культурних та екологічних змінних. Перший вимір включає базові потреби, а саме: харчування та основне медичне обслуговування(відсоток недоїдання, рівень дитячої та материнської смертності, смертність від інфекційних захворювань); санітарія(доступ до питної води у міських та сільських районах, доступ до санітарної інфраструктури); доступ до житла та електрики; особиста безпека(рівень вбивств, рівень насильницьких злочинів, передбачуваний злочин, смерть у дорожньо-транспортних пригодах). Другий вимір – охорона здоров'я, включає доступ до знань (рівень грамотності, охоплення початковою освітою, зарахування до середньої освіти, гендерний паритет у школах); доступ до інформації та комунікацій(відсоток користувачів Інтернету, рівень передплати на мобільний телефон, свобода преси); здоров'я та добробут (тривалість життя, смертність від неінфекційних хвороб, рівень самогубств); екологічна стійкість

(викиди парникових газів, смертність від забруднення повітря, очищення стічних вод). Третій вимір – можливості, а саме: особисті права(право на приватну власність, політичні права, свобода вираження поглядів, свобода зібрань); особиста свобода та вибір (свобода поклоніння, відсоток шлюбів підлітків, сприйняття корупції); толерантність (релігійна, до іммігрантів та до гомосексуалістів), доступ до вищої освіти (роки вищої освіти, несправедливість у здобутті освіти, університети світового класу)[27].

Отже, в 2017 році в глобальному рейтингу за індексом соціального прогресу Данія була лідером та посіла перше місце з балами 90,57, а Україна опинилася на 64 місці з балами 68,35. За 3 роки Україна піднялась на 12 сходинок і опинилася на 52 місці з результатами 74,17, а Данія опустилась на 2 місце з результатами 90,54. Щодо показника здоров'я та благополуччя Данія набрала 83,22 (в 2017) і 84,65 (в 2022), а Україна 48,85(в 2017) і 50,99 (в 2022) балів. Тобто за 3 роки показник покращився в Данії на 1,43 і в Україні на 2,14 бали. Ці дані свідчать про розвиток рівного доступу до якісної медичної допомоги, збільшення тривалості життя, зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань та загальною задоволеністю населення наданням медичним послуг[27].

Основним законом, що становить основу данської системи охорони здоров'я є Закон про охорону здоров'я, що визначає загальні принципи та структуру, а також регулює організацію та фінансування системи, розподіл відповідальності між різними рівнями управління, права та обов'язки пацієнтів та стандарти якості медичних послуг.

Регулювання діяльності данської системи охорони здоров'я здійснюється спільними зусиллями національних державних установ, адміністрацій областей і муніципалітетів. На всіх трьох рівнях діють демократично обрані асамблеї; в країні існує традиція децентралізації управління і планування з передачею цих функцій обласним адміністраціям і муніципалітетам. До установ загальнонаціонального рівня належать парламент, уряд і різні державні

відомства. До сфери відповідальності держави входить забезпечення загальної нормативно-правової бази системи охорони здоров'я, а також координація та нагляд за наданням медичних послуг на регіональному та муніципальному рівнях[38; 41].

Фінансування охорони здоров'я здійснюється в основному за рахунок податків. Уряд Данії витрачає на охорону здоров'я 10.4% ВВП(Додаток А). Кожен громадянин заздалегідь сплачує до бюджету податковий платіж, і натомість держава зобов'язується оплатити його лікування у випадку настання хвороби. Таким чином діє страховий принцип і забезпечується універсальність покриття і рівність доступу до медичної допомоги незалежно від виду зайнятості, матеріального забезпечення і стану здоров'я. У системі охорони здоров'я Данії відносно успішно здійснюється контроль витрат і запроваджуються такі організаційні й управлінські зміни, як перехід на переважно амбулаторне лікування та введення системи фінансування лікарень на основі принципу оплати за результатами діяльності[41; 42].

Первинна медична допомога регламентується Законом про первинну медичну допомогу, що регулює організацію та надання ПМД, встановлює обов'язки медичних працівників та пацієнтів, а також регулює фінансування ПМД. Спеціалізована медична допомога регулюється Законом про спеціалізовану медичну допомогу, що встановлює вимоги до відповідних закладів та регулює їх фінансування. Закон про соціальну медицину визначає правила та процедури, пов'язані з оцінкою та організацією реабілітації, психічного здоров'я та інвалідності[2; 42].

Надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги відноситься до сфери відповідальності п'яти адміністративних областей країни, яким належить більшість лікарень Данії. 80% фінансування в регіонах надходить від держави та 20% від муніципалітетів. Управління охорони здоров'я забезпечує загальний моніторинг і регулювання якості. Він включає такі заходи, як клінічні рекомендації та ліцензування медичного персоналу. Зазвичай вони тісно

співпрацюють із представниками медичних товариств. Агентство з лікарських засобів, серед інших функцій, регулює доступ до ринку та фармаконагляд. Управління безпеки пацієнтів розглядає скарги пацієнтів і претензії щодо компенсації; збирає інформацію про помилки, щоб сприяти систематичному навчанню, та надає інформацію про лікування за кордоном, якщо це необхідно. Орган охорони здоров'я займається збором даних та інфраструктурою. На початку 2021 року в Данії запустили оновлену національну стратегію персоналізованої медицини на 2021-2022 роки[30; 38].

Сильні позиції данської системи охорони здоров'я включають:

- первинну медичну допомогу, орієнтовану на профілактику;
- раннє виявлення і лікування хронічних захворювань;
- оцифрування (Стратегія Sundhed.dk забезпечує цифрову базу громадян та медичних працівників щодо здоров'я населення. На цьому сайті кожен, хто має карту страхування може побачити історію відвідувань лікаря, рекомендації щодо профілактики та реабілітації, адаптовані до конкретних життєвих ситуацій, направлення від сімейного лікаря)
- а також регулювання ліків та медичного обладнання[39].

За даними Європейської комісії та Державної служби статистики України, станом на 2020 рік, на 1000 населення у Данії припадає близько 3,09 лікарів, 10,1 медсестер та 2,6 ліжок у лікарнях, у той час як в Україні кількість медичних працівників на одну тисячу населення становить близько 1,8, медсестер – 3,3, а лікувальних ліжок – 3 на 1000 населення[15]. За словами експерта, професора економіки охорони здоров'я Університета Південної Данії, К'єлд Мьоллер Педерсена, для ефективного лікування не обов'язково довго лежати в лікарні. Заклади охорони здоров'я з тривалим перебуванням у стаціонарі поступово зачиняються, а натомість з'являються нові лікарні з акцентом на спеціалізоване та швидше лікування, а також на посилену співпрацю з муніципалітетами[43]. Послуги охорони здоров'я включають первинну, профілактичну, спеціалізовану,

лікарняну, психіатричну та довгострокову допомогу. Діти та підлітки віком до 18 років також мають право на безкоштовне стоматологічне лікування. Зазвичай з 1-2 років діти отримують листа із запрошенням на профілактичний огляд у стоматолога, де основна увага приділяється профілактиці стоматологічних захворювань та роз'ясненню дитині та батькам, як краще доглядати зуби. Доросле населення самостійно записується на прийом та оплачує послуги з власної кишені. На деякі профілактичні огляди, наприклад скринінг на наявність онкологічних клітин шийки матки, приходить лист-запрошення (від 23 до 50 років – 1 раз в 3 роки, після 50 років – кожні 5 років до 65 років) від сімейного лікаря на державну пошту. Сюди ж приходять і різноманітні опитування щодо здоров'я населення від наукових структур.

У Данії пацієнти приймають активну участь у діяльності системи охорони здоров'я. Існує більше 200 асоціацій пацієнтів за конкретними групами захворювань, наприклад, асоціації кардіологічних, онкологічних пацієнтів, хворих на артрит, діабет, розсіяний склероз та ін., надаючи необхідну інформацію, допомогу та підтримку пацієнтам, а також виступають від їх імені у ЗМІ та ведуть діалог з відповідними органами влади на всіх рівнях задля того, щоб політики формувались, враховуючи думку пацієнтів[38].

У Данії, як і в багатьох інших європейських країнах, існують проблеми, пов'язані зі зростанням термінів очікування медичного обслуговування. До деяких ініціатив загального характеру, спрямованих на вирішення цих проблем, належить запровадження таких схем, як система фінансування лікарень на основі принципу оплати за результатами діяльності, управління ефективністю та порівняльний аналіз показників, а також елементи керованої конкуренції та адміністративні реформи[12; 28; 29]. Для того, щоб потрапити на прийом до сімейного лікаря, потрібно зателефонувати в реєстратуру, де скажуть яка дата та час вільні. Зазвичай найближчої дати запису потрібно чекати близько тижня.

Галузь охорони здоров'я в Україні активно розвивається та регулюється державними законами, Нормативними актами відповідних відомств та Міжнародно-правовими стандартами. Конституція України є головним

нормативним документом та гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Контроль якості надання медичної допомоги в Україні здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу[1].

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади, шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики; проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я; проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги[2].

Внутрішній контроль якості медичної допомоги здійснюють шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги державним вимогам стандартів, нормативів, клінічних протоколів лікувально-консультативні комісії, клініко-патологоанатомічні конференції, лікарі (самоконтроль) та керівництво закладу[2].

Забезпечення якості надання медичної допомоги в Україні проводять шляхом застосування таких інструментів як, додержання вимог акредитації, ліцензування (додержання клінічних рекомендацій, медичних стандартів; стандартів ІСО 9001, навчання персоналу) та сертифікації[2].

Згідно з Концепцією управління якістю медичної допомоги в Україні безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають установленим нормам[3].

В Україні система фінансування охорони здоров'я на стадії розвитку. Всі жителі зобов'язані сплачувати внески, які вираховуються з податків на охорону здоров'я, що покривають основні послуги з медичного обслуговування. Крім того, діє система добровільного страхування, де громадяни можуть отримати більш широкий спектр послуг та лікування за власний рахунок або за допомогою приватного медичного страхування[2; 3].

Міністерство фінансів України формує та реалізує державну фінансову, бюджетну та боргову політику, а також забезпечує фінансовий контроль. Міністерство охорони здоров'я України забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та захисту населення від різноманітних захворювань у сфері епідеміологічного нагляду, розвитку медичних послуг, технологічного регулювання медичних виробів, забезпечення безпечними лікарськими засобами, протидії незаконному обігу небезпечних речовин, розвитку кадрового потенціалу ЗОЗ, фармацевтичної освіти та науки[18].

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 зосереджена на створення пацієнт-центричної системи, орієнтованої на потреби людини, створення доступу і подальшого користування якісними медичними послугами та забезпечення вибору, безперервності обслуговування, безпеки та інституціональної продуктивності[10].

Національна служба здоров'я України надає гарантовані пакети послуг первинної медичної допомоги всім закладам-партнерам. Медичні заклади поступово перетворюються на автономні суб'єкти господарської діяльності та

отримують фінансування за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану ними медичну допомогу пацієнтам, що підвищує їхню конкурентоспроможність завдяки принципу "гроші за пацієнтом". Пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою за програмою "Доступні ліки"[10].

Розглянемо первинну медико-санітарну допомогу (далі - ПМД). В обох країнах ПМД надається на рівні сімейної медицини, де лікар загальної практики є основним провайдером медичної допомоги. ПМД включає в себе профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію хвороб і травм. Для того, щоб підписати декларацію з сімейним лікарем, в Україні достатньо обрати ЛПЗ та лікаря і підписати документ. В Данії спочатку потрібно отримати карту соціального страхування, подавши список документів, а потім комуна назначить найближчий від місця проживання ЛПЗ та лікаря, з яким у вас підписана декларація. Змінити лікаря в Данії можливо тільки за окрему плату або у випадку переїзду на інше місце проживання[12].

У Данії лікарі загальної практики працюють в мережі медичних центрів, які зазвичай мають сучасні устаткування, тоді як в Україні, на жаль, часто відсутні всі необхідні обладнання та матеріали для якісної діагностики та лікування. Електронна медична документація, що дозволяє лікарям швидко та ефективно обмінюватися даними про пацієнтів та покращує якість медичних послуг, в Україні тільки розвивається. В обох країнах сімейних лікар дає направлення до спеціаліста. Для комунікації (запису чи отримання результату лабораторно-діагностичних досліджень) зазвичай використовують телефон або мобільні додатки (укр.Healthy.me/ дан. Min Læge). Першим чином, коли приходиш на прийом в лікувальний заклад, в Данії потрібно сканувати через електронне табло свою жовту карту медичного страхування, яка надається комуною після отримання документів на проживання, після чого лікар бачить в системі, що пацієнт прийшов і запрошує його до кабінету, називаючи ім'я. В той

же час в Україні спочатку потрібно підійти до реєстратури, щоб взяти свою медичну карту, а потім підійти до лікаря.

За останні роки медична система України значно покращилась завдяки реформуванню та перехід на пацієнтоцентричну систему. З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ. На сьогоднішній день майже 100% українців мають заключені декларації з сімейними лікарями. З 1 вересня 2020 року медичні працівникам підвищено заробітну плату, а саме +70% посадового окладу для лікарів, +50% для медичних сестер, +25% для молодших медичних сестер. Забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління розробкою функціоналу системи та розроблено RoadMap (дорожню карту розробок компонентів eHealth)[10].

3. Рекомендації щодо поліпшення системи охорони здоров'я в країнах, що розвиваються на основі проведеного дослідження

3.1 Тенденції забезпечення ефективного розподілу коштів у сфері охорони здоров'я в країнах, що розвиваються

Метою нашої роботи є розробка рекомендацій щодо покращення системи охорони здоров'я в Україні та інших країнах, що розвиваються на основі міжнародного досвіду розвинених країн.

До сих пір немає ідеальної системи охорони здоров'я, до якої можна прагнути, але якщо б ми могли таку розглянути, вона б, напевно, мала такі характеристики:

1. Універсальне покриття – рівний доступ до всіх медичних послуг та медикаментів для всіх без обмежень, незалежно від соціального статусу, доходу, місця проживання, національності та інших факторів.
2. Повний спектр якісних послуг, включаючи профілактичне медичне обстеження, діагностику, лікування та реабілітацію.
3. Повне забезпечення закладів охорони здоров'я висококваліфікованим персоналом та інноваційним обладнанням. Навчання кадрів в коледжах, інститутах чи університетах, орієнтоване на практику та із наданням робочих місць, а також можливість стажування за кордоном. Ця практика могла б покращити знання іноземних мов, що допомогло б у подальшій комунікації, удосконалити знання, отримані з досвіду зарубіжних країн та удосконалити систему рідної країни.
4. Здорове лідерство в управлінні без корупції. Справжній лідер має знаходити спільну мову з пацієнтами, колегами та іншими учасниками охорони здоров'я. А також має вміти вчасно розпізнавати проблеми та знаходити ефективні рішення.
5. Досягнення економічної ефективності і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги.

6. Впровадження концепції «орієнтованість на пацієнта» - вільний вибір лікувального закладу, призначення сімейного лікаря за місцем проживання, індивідуальний підхід до кожного; включення пацієнта у прийняття рішень щодо його здоров'я; вибір комунікації (телефонна розмова, смс-повідомлення, соціальні мережі, електронна пошта).
7. Якісне партнерство стейкхолдерів (пацієнтів, медичних працівників, урядові та недержавні організації, страхові компанії та інші зацікавлені сторони) та забезпечення належної логістики для доставки ліків і технологій означає підтримку відкритого та конструктивного діалогу та обмін інформацією, спільне формування та реалізація цілей та завдань, повага, довіра та взаємне розуміння. Якісне партнерство може допомогти покращити доступність та якість послуг охорони здоров'я, забезпечити ефективне використання ресурсів та забезпечити залучення громадськості до прийняття рішень.
8. Чітка інформатизація для правильності приймання рішень передбачає налагоджену електронну систему запису, моніторингу та аналізу статистичних даних.
9. Усвідомлення пацієнтів щодо цінності профілактики, високий рівень довіри населення до медичних закладів та системи в цілому.
10. Високий рівень ліквідності та надійний механізм фінансування (низький ризик фінансових проблем).
11. Безпека та надійний захист в надзвичайних ситуаціях. Для забезпечення безпеки та надійного захисту медичні заклади повинні мати стандарти та процедури, які включаються до планів дій. Ці стандарти повинні включати заходи з запобігання інфекційним захворюванням, захист персоналу від небезпечних речовин, плани евакуації та перевезення пацієнтів у безпечне обладнане місце, а також створення системи комунікації та інформаційного обміну між медичним персоналом, пацієнтами та іншими організаціями, що беруть участь у реагуванні на надзвичайну ситуацію.

Проведений загальнотеоретичний аналіз у даній магістерській роботі дозволяє прийти до висновків, що ефективне використання ресурсів є головним критерієм розвитку системи фінансування ОЗ. Отже, яким чином забезпечити ефективний розподіл коштів при обмеженому бюджеті?

1) На мою думку, найдоцільнішим є підтримка державних виробників, залучення науковців, представників малого та середнього бізнесу до розробки проектів, що стосуються проблем охорони здоров'я держави. Мається на увазі, що потрібно забезпечувати умови в країні для реалізації ідей щодо будівництва заводів, виготовлення медичної техніки, медикаментів та розхідників, замість того, щоб закуповувати їх за кордоном. У будь-якій розвиненій країні головним принципом є патріотичність та підтримка державних виробників, навіть якщо цей товар дорожче. Однак потрібно забезпечити не лише умови для реалізації проектів, а й належний моніторинг та контроль для високої якості даних товарів та можливості імпортувати власну продукцію за кордон.

2) Наступним кроком є знищення корупції через розумне лідерство та зміни в менталітеті народу; підвищення свідомості громадськості і встановлення штрафних санкцій серед неправомірної поведінки дорослого населення та заохочення правильних вчинків серед дітей; збільшення заробітної плати добросовісним працівникам; запровадження систем електронних закупівель; прозорості та відповідальності закладів охорони здоров'я (публічна публікація звітів про витрати та закупівлі); зміцнення механізмів контролю (наприклад, створити незалежні комісії для оцінки рівня медичної допомоги та рівня етики медичних працівників).

3) Організація первинної медико-санітарної допомоги: заключення прямих договорів ЗОЗ з НСЗУ для надання автономії медичним закладам та сімейним лікарям; нарахування заробітної плати за

обсягом наданих послуг і результатами діяльності фахівців та залучення приватних фондів та донорів.

4) Організація стаціонарів: оплата за пролікований випадок, скорочення ліжкового фонду, зменшення середньої тривалості перебування в стаціонарі. Забезпечення технології інтенсивної терапії передбачає комплексний підхід до лікування пацієнтів зі складними та критичними станами(травми, опіки, інфекції, шок, токсикози і тд.), дозволяє підтримувати життєво важливі функції організму, такі як дихання, кровообіг, ниркова та гастроінтестинальна функції та знижує ризик летального випадку. Поширеним серед розвинених країн є також хірургія одного дня - процедура, при якій пацієнт знаходиться в лікарні лише на одну добу для проведення хірургічного втручання та одужання після операції, після чого може повернутися додому. Цей підхід є ефективним для тих, у кого немає потреби у довготривалому госпіталізації, та забезпечує зниження ризику інфекції, пов'язаної з перебуванням у лікарні на довгий термін, а також може бути застосована для проведення різноманітних операцій, включаючи видалення зубів, апендицит, видалення поліпів та інші мінімально інвазивні процедури. Для успішної реалізації цієї процедури потрібно встановити належний медичний протокол та забезпечити ефективний персонал з відповідними навичками та досвідом.

5) Забезпечення можливості об'єктивного та оперативного моніторингу медичних даних, шляхом розвитку існуючої системи медичної статистичної інформації шляхом доповнення її первинною інформацією про пацієнтів. Підтримка локальних джерел об'єктивної інформації про стан медичної допомоги, неухильне підвищення якості такої інформації, забезпечення її раціонального використання, захист від фальсифікацій має бути пріоритетом в процесі побудови системи індикаторів якості медичної допомоги.

б) Розвиток превентивної медицини. Витрати державного бюджету на профілактику захворювань в перспективі є економією коштів на лікування. Попередження та захист населення від спалахів тих чи інших хвороб є менш затратним процесом, ніж пошук медикаментів, лікування та реабілітація.

7) Розвиток кооперативної культури в медичних закладах, орієнтовану на активний відпочинок та забезпечення раціонального харчування працівників.

8) Побудова спортивних майданчиків, паркових зон, басейнів, велодоріжок, зелених насаджень покращить екологію та зацікавить населення до занять спортом. Мережа якісних доріг та регулярного розвиненого транспортного сполучення забезпечить доступність, поліпшить якість надання екстреної медичної допомоги та допоможе зберегти сотні життів.

9) Фінансування в залучення медичних працівників (проведення ярмарків вакансій; створення курсів для школярів, які цікавляться хімією, біологією, фізикою чи медициною; створення привабливих умов для працівників (забезпечення соціального пакету, дитячого садочка, житла, перспективи розвитку в кар'єрі, позаробочі зустрічі для відпочинку і тд.)).

10) Організація дистанційних медичних консультацій та контролю фізіологічних параметрів організму пацієнта, створення мобільний додатків для спілкування та надіслання результатів обстеження чи лабораторних досліджень пацієнта, інші медичні послуги, а також запровадження відеоконференцій, семінарів, відеолекцій для покращення обізнаності населення щодо медичних новин з використанням телекомунікацій.

3.2 Покращення показників здоров'я населення шляхом розвитку профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань

Для забезпечення головних принципів надання медичної допомоги, а саме універсального покриття, надання безпеки та якісної медичної допомоги, і

головне покращення загальних показників здоров'я населення, потрібно залучити всіх зацікавлених сторін до вирішення головних питань.

Що стосується ефективного лікування, то тут головними учасниками виступають як лікуючі лікарі, так і пацієнти. Тобто для того, щоб населення виконувало всі рекомендації лікарів, проходило профілактичні огляди та вчасно приймало ліки повинен бути міцний контакт між даним закладом та постачальниками, побудований на довірі. Для цього варто працювати над поведінковою політикою та комунікацією «лікар-пацієнт», залучаючи громадян до вирішення різних питань, ставлячи перед ними вибір між «хорошим та кращим». Наприклад, це може бути державна пошта, куди будуть приходити різноманітні опитування від наукових представників. Запровадження регулярних медичних обстежень та розширення програм скринінгу всього населення, особливо для осіб групи ризику дасть змогу виявити захворювання на перших стадіях, тим самим полегшить лікування та збільшить тривалість життя.

Слід враховувати потреби тих, хто потребує насамперед допомоги. Наприклад, забезпечити тісний зв'язок ЗМІ, політичних діячів та асоціації пацієнтів групи ризиків, та формувати політики і стратегії на основі потреб постачальників.

Доступна вакцинація та постійні закупівлі вакцин також зменшують перебіг захворювання і їх поширення серед населення. Уряди повинні розробити стратегію вакцинації та включити до неї відповідні механізми фінансування. Крім того, важливо встановити мережу точок вакцинації та підготувати медичний персонал для їх роботи. Необхідно також розвивати виробництво вакцин в країнах на етапах розвитку, щоб зменшити залежність від імпорту. Це можна здійснити через співпрацю з міжнародними партнерами, які надають технологічну підтримку, розвиток інфраструктури, підвищення свідомості населення щодо важливості вакцинації та навчання.

Якісний збір статистичних даних на кожному етапі надзвичайно важливий для прийняття правильних рішень. Статистика допомагає раціонально використовувати бюджет, розробляти програми підготовки кадрів, управляти медичними ресурсами, наприклад, планувати необхідність медичного обладнання чи персоналу. Також виявити чинники, які впливають на розвиток захворювань і їх поширення в різних групах населення; розробляти стратегії профілактики захворювань та вивчати вплив факторів навколишнього середовища на здоров'я людини. Визначення тенденцій демографічних процесів та їх причинно-наслідкових зв'язків є основою для розробки прогнозів змін у майбутній чисельності та структурі населення.

Завданням сучасної електронної охорони здоров'я є створення платформи для обміну інформацією та міжнародним досвідом; нарощування потенціалу установ, спільнот і фахівців в системі охорони здоров'я, розробка рекомендацій щодо гармонізації політики системи електронної охорони здоров'я та як результат поліпшення здоров'я громадян, більшої ефективності надання медичної допомоги, підвищення швидкості реагування страхових компаній та кращого регулювання. У європейських країнах спостерігається тенденція до підготовки інфраструктури електронної охорони здоров'я до штучного інтелекту, геномних даних і ініціатив в області персоналізованої медицини, в той час, як в країнах, що розвиваються приймають законодавство про медичне обладнання, захист даних, цифрову ідентифікацію та інформаційну безпеку, які повинні створити краще середовище для послуг електронної охорони здоров'я.

У більшості країн, що розвиваються (Індія, Таїланд, Мексика, Бразилія, Китай та країни Африки та Південно-Східної Азії) антибіотики, до сих пір, можна купити без рецепту. Проте, це може мати серйозні наслідки, такі як виклик резистентності до антибіотиків, алергічні реакції та погіршення стану здоров'я. Тому перерахованим вище країнам варто переглянути законодавство щодо регулювання лікарських засобів.

Варто підтримувати обізнаність населення щодо важливості здорового способу життя, що включає здорове харчування та сон, регулярну фізичну активність, культурний та духовний розвиток. Приватні страхові компанії можуть зацікавити людей незначними виплатами за регулярні обстеження чи активний образ життя, яке буде фіксуватись за допомогою фітнес-браслетів чи інших гаджетів. На місцевому рівні варто навчати підлітків щодо засобів контрацепції, а також можна встановити автомати з бар'єрними методами контрацепції в туалетах загального користування. Це може зменшити кількість заражень інфекціями, що передаються статевим шляхом та підвищити свідомість молоді щодо ВІЛ та СНІДу. На державному та регіональному рівнях варто розробити програми, які борються з тютюнокурінням, алкоголізмом та вживанням наркотиків.

Стрес є невід'ємною частиною нашого життя, але потрібно навчитися його уникати. Для цього заклади охорони здоров'я повинні забезпечити комфортні умови праці, ставити чіткі завдання своїм працівникам, розробити стратегічні плани та розвивати кооперативну культуру. Керівники повинні бути відкритими до пропозицій, зауважень чи побажань своїх працівників. Якщо на управлінських посадах будуть лідери та професіонали своєї справи, в команді буде царити гармонія.

Висновки

Система охорони здоров'я, як і будь що, на сьогоднішній день, постійно прагне покращення та розвитку. У роботі виявлено зв'язок між правовим регулювання, системою управління, та інституційним розвитком системи охорони здоров'я. Визначено напрями вдосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

1. Проаналізувавши міжнародне правове регулювання з питань у сфері охорони здоров'я, було виявлено, що законодавство кожної країни розробляє низку державних нормативно-правових актів, які визначають загальні принципи та структуру, а також регулюють організацію та фінансування системи, розподіл відповідальності між різними рівнями управління, права та обов'язки пацієнтів та стандарти якості медичних послуг, акцентуючи увагу на міжнародні стандарти.

2. Основним нормативно-правовим документом, що становить основу української системи охорони здоров'я є Конституція України, а данської - Закон про охорону здоров'я. Дані документи визначають загальні принципи та структуру системи, а також регулюють організацію та фінансування системи, розподіл відповідальності між різними рівнями управління, права та обов'язки пацієнтів та стандарти якості медичних послуг. Крім того галузь охорони здоров'я країн регулюється Міжнародно-правовими стандартами ВООЗ.

3. Узагальнено сучасні моделі управління та фінансування системи у зарубіжних розвинених країнах (акцентуючи увагу на данську систему) та запропоновано імплементацію їх досвіду в Україні. Серед систем фінансування та управління СОЗ виділяють 3 моделі: соціальну (Беверіджа, Семашка та Бісмарка), приватну та змішану. Приватна система неефективна для країн, що розвиваються, так як має багато обмежень в доступності МД та порушує соціальну справедливість, хоч і має низку переваг в інноваційному розвитку США.

4. Порівнявши показники витрат на охорону здоров'я, моделі управління та індекс забезпечення населення основними медичними послугами в розвинених країнах та країнах, що розвиваються, виявлено, що наявність достатніх ресурсів та розумне розпорядження ними значно впливає на доступність до базових медичних послуг.

5. Розроблено рекомендації на основі порівняльного аналізу та спостереження щодо поліпшення охорони здоров'я та щодо ефективного використання обмеженого бюджету, виконання який забезпечить універсальний доступ до медичних послуг, зменшить навантаження на працівників в галузі ОЗ, тим самим понизить показник стресу на робочих місцях та допоможе заощадити кошти державі в довгостроковій перспективі в країнах, що розвиваються, зокрема в Україні.

6. Узагальнюючи рекомендації щодо ефективного розпорядження коштами, варто: підтримувати державних виробників, залучати науковців та інвесторів до розробки проектів у сфері охорони здоров'я; боротися з корупцією; запроваджувати розумне лідерство; організовувати роботу амбулаторій та стаціонарів, впроваджуючи технології інтенсивної терапії, хірургії «одного дня», скорочуючи ліжковий фонд та використовувати інші способи економії коштів, звертаючи увагу на потреби пацієнтів. Важливою порадою є фінансування в розвиток транспортного сполучення та озеленення територій.

7. Усі розвинені країни акцентують увагу на превентивній медицині серед населення, та кооперативній культурі серед працівників за японським, американським та європейським напрямками. Проблему з нестачею кадрового потенціалу можна вирішити за допомогою залучення медичних працівників, створенням ярмарків вакансій, курсів для зацікавлених медициною школярів, забезпечення відносин, побудованих на павазі та балансу між роботою та особистим життям працівників, шляхом делегування обов'язків та створення гнучких графіків. Виконання цих порад забезпечить доступність медичної допомоги, зменшить навантаження, тим самим понизить показник стресу на робочих місцях та заощадити кошти державі в довгостроковій перспективі.

8. Досліджуючи тенденції розвитку системи охорони здоров'я, було виявлено, що в розвинених країнах світу: зростає попит на високотехнологічні послуги, такі як розробка нових ліків та медичного обладнання, які забезпечують більш точну та швидку діагностику і лікування хвороб; підвищується рівень медичної освіти та професійної підготовки медичних працівників; розвиваються інформаційні технології; розширюються мережі амбулаторних та стаціонарних закладів охорони здоров'я, що забезпечують більш доступну та різноманітну медичну допомогу для населення; і разом з цим зростають витрати на охорону здоров'я та створюються більш складні системи фінансування, які дозволяють забезпечити високу якість медичних послуг.

В той час, як в країнах, що розвиваються тенденції розвитку системи охорони здоров'я фокусуються на: забезпечення доступності медичної допомоги та рівності між різними групами населення; зокрема розширення доступу до базових медичних послуг для тих, хто проживає в віддалених та важкодоступних регіонах; збільшення страхових систем та інших механізмів фінансування охорони здоров'я, які дозволяють забезпечити більш економічну та стійку модель фінансування медичних послуг; запровадження місцевих програм боротьби з епідеміями та хворобами, які часто виникають через незадовільні умови життя та низький рівень гігієни; підвищення рівня медичної освіти та професійної підготовки медичних працівників, зокрема за рахунок впровадження міжнародних стандартів та програм навчання; підвищення ефективності та якості медичної допомоги, зокрема за допомогою електронної медичної документації та інших інноваційних підходів; а також просвіта населення щодо здорового способу життя та цінності профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань.

9. Дослідивши основні демографічні показники здоров'я населення за останні роки, ми виявили, що середня тривалість життя в Данії на 7,8 років більша, ніж в Україні. Показники природного приросту свідчать про перевищення смертності над народжуваністю та природне скорочення населення в Україні. Загальна захворюваність зменшується в порівнянні з попередніми

роками. Серед основних причин захворюваності залишаються хвороби кровообігу, онкологічні захворювання та захворювання дихальних шляхів[24, 15]. Крім того, в Україні зросла кількість випадків захворювань, пов'язаних зі старінням населення, що потребують тривалого лікування та догляду. З 2016 по 2020 роки кількість пацієнтів з діагнозом депресії в Україні збільшилася. Така тенденція пов'язана з підвищеним рівнем стресу, воєнним станом, нестабільністю економіки та самотністю. Показники репродуктивного здоров'я також значно кращі в розвинутій країні. Датська програма вакцинації та скринінгу охоплює ширший спектр виявлення ризикових факторів та їх профілактику. За останні роки в Україні було реалізовано декілька нових програм, спрямованих на профілактику захворювань. Наприклад, програми «Здорова нація на 2021-2023 рр.», «Боротьба з ВІЛ/СНІДом та іншими соціально-небезпечними хворобами на 2021-2025 рр.», програма реімбурсації "Доступні ліки", що спрямована на зменшення витрат пацієнтів, підвищуючи їх фінансовий захист. Основними принципами України є орієнтованість на потреби пацієнта, створення доступу до якісних медичних послуг та забезпечення вибору, безперервності обслуговування та безпеки, в Данії це рівність всіх верств населення, індивідуальний підхід до кожного, посилена увага профілактиці на первинній ланці медицини, раннє виявлення і лікування хронічних захворювань, забезпечення безпечної розвинутої цифрової бази та заохочення населення в політичну діяльність системи охорони здоров'я, шляхом створення асоціацій груп ризику.

10. Майбутнє України уже розвивається за європейським геополітичним вектором. Реформування системи охорони здоров'я України, за останні 4 роки вплинуло на поліпшення системи фінансування охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, ефективність контролю якості надання медичної допомоги, удосконалення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, розвиток телемедицини, незважаючи на загрози та навантаження, пов'язані із поширенням у світі гострої респіраторної хвороби COVID-19.

11. Для модернізації охорони здоров'я в країнах, що розвиваються, зокрема в Україні слід залучати всі зацікавлені сторони. Для довіри пацієнтів до представників охорони здоров'я варто працювати над політикою поведінкової економіки та комунікацією «лікар-пацієнт», залучуючи громадян до вирішення різних питань в цій галузі. Запровадження регулярних медичних обстежень, доступна вакцинація, постійні закупівлі вакцин та розширення програм скринінгу всього населення, особливо для осіб групи ризику дасть змогу виявити захворювання на перших стадіях, тим самим полегшить лікування та збільшить тривалість життя. Необхідно також розвивати виробництво вакцин в країнах на етапах розвитку, щоб зменшити залежність від імпорту. Це можна здійснити через співпрацю з міжнародними партнерами, які надають технологічну підтримку, розвиток інфраструктури, підвищення свідомості населення щодо важливості вакцинації та навчання. Якісний збір статистичних даних на кожному етапі допоможе раціонально використовувати бюджет, розробляти програми підготовки кадрів, управляти медичними ресурсами, розробляти стратегії профілактики захворювань та вивчати вплив факторів навколишнього середовища на здоров'я людини. Перегляд законодавства щодо регулювання лікарських засобів, зокрема антибіотиків, може допомогти побороти антибіотикорезистентність та зацікавити людей приділяти більше уваги до власного здоров'я. Забезпечення комфортних умов праці та кооперативної культури, розробка стратегічних планів, відкритість керівництва до пропозицій, зауважень та побажань своїх працівників покращить працездатність робітників.

Список використаних джерел

- 1) Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

- 2) Закон України «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» від 04.09.2017 – № 7065. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/JH5G900A>
- 3) Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 01.08.2011 – №454. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>
- 4) Загальна декларація прав людини Організації Об'єднаних Націй від 10.12.1948. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015
- 5) Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права Організації Об'єднаних Націй від 16.12.1966 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042
- 6) Хартія основних прав Європейського Союзу від 07.12.2000 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524
- 7) Борщ В.І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні/ В.І. – Одеса – Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова, 2018. – 62–90 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/gpker>
- 8) Всесвітня організація охорони здоров'я, статистичні дані, 2021 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int>
- 9) Європейське регіональне бюро ВООЗ Європейська програма роботи на 2020–2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. – Копенгаген –2020. – – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 10) МОЗ Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років, 2014. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
- 11) Решота Ніна Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України 2020 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/gpjvg>
- 12) Юрій Матвієнко Система охорони здоров'я Данії, 2015 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2015/june/article-9.php>
- 13) Організація об'єднаних націй, Цілі сталого розвитку в Україні, 2023. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ukraine.un.org/uk>
- 14) Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; за ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга, 2010
- 15) Статистичні дані МООЗ– [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.htmla>
- 16) Публікації ООН. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://news.un.org/en/>
- 17) Список ВООЗ щодо підтримки кадрів охорони здоров'я та гарантій на 2023 рік – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>
- 18) Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>
- 19) Організація Об'єднаних Націй (UN). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.un.org/>
- 20) Міністерство охорони та соціальних служб здоров'я США, Національний інститут здоров'я (НИН) США – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nih.gov/>

- 21) Міжнародний союз зміцнення системи охорони здоров'я та освіти (ІУНРЕ) – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.iuhpe.org/index.php/en/>
- 22) World Health Organization. (2021). Health workforce. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/health->
- 23) Research data of Southern Danish University [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.sdu.dk/da>
- 24) Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report from World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>
- 25) World Health Organization and OECD, Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, 2019. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 26) OECD.Stat Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. – URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
- 27) Міністерство соціальної політики України Індекс соціального прогресу 2022 – URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/ukrayina-za-dva-roki-pidnyalas-na-32-poziciyi-v-globalnomu-rejtingu-za-indeksom-socialnogo-progresu-minsocpolitiki>
- 28) Danish Health Authority The Danish Childhood Immunisation Programme 2022 – URL: <https://www.sst.dk/en/english/publications/2023/The-Danish-childhood-immunisation-programme-2022>
- 29) Danish Health Authority Health clusters, 2022. – URL: <https://sum.dk/Media/637849214879111452/Sundhedsklynger.pdf>
- 30) Дороніна О.А. Зарубіжний досвід формування корпоративної кадрової політики / О.А. Дороніна // Соціально-трудові відносини: теорія та практика: зб. наук. праць / ДВНЗ «Київський нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана». – Київ, 2012. – №1 (3). – С. 129–134.

- 31) GHS Index Map 2021. – URL: <https://www.ghsindex.org/#l-section--map>
- 32) Euro Health Consumer Index 2018. – URL: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
- 33) Методичні вказівки до практичних занять з теми : «Основні моделі систем охорони здоров'я» для самостійної підготовки до практичних занять із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» / укладачі: зав. каф., д. м. н., проф. В. А. Сміянов., ст. викл. О.І Сміянова. – Суми: Сумський державний університет, 2020 – URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/MI-T15-Public-health-propaedeutics.pdf>
- 34) Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. – URL: https://www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf
- 35) The most important facts in brief Federal Office of Public Health FOPH. Health insurance – URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- 36) Government of the Netherlands Health insurance, 2023 – URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>
- 37) Minister for the Interior and Health of Denmark Sophie Lohde, 2022 – URL: <https://sum.dk/nyheder/2022/marts/sundhedsreformen-regeringen-vil-goere-fremtiden-nikotinfri-og-flytte-sundhedsvaesenet-taettere-paa-borgerne>
- 38) Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2023 – URL: <https://sum.dk/arbejdsomraader/internationalt-samarbejde/myndighedssamarbejde>
- 39) European Immunization Week 2023 – URL: <http://surl.li/gpkdt>
- 40) WHO Global Health Observatory data repository – URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.UHC?lang=en>
- 41) How health care works in Denmark? – URL: <https://uk.alinks.org>
- 42) Research by the Danish National Institute of Health and Community Medicine – URL: <https://portal.findresearcher.sdu.dk/en/publications/>

- 43) Morten Nielsen Article "Survey of experts on the number of hospital beds", 2020
– URL: <https://nyheder.tv2.dk/2020-03-17-danske-hospitaler-har-naestfaerrest-sengepladser-i-europa-til-gengaeld-har-vi-noget-andet>

Додаток А

