

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ІСТОРІЇ, АРХЕОЛОГІЇ ТА МЕТОДИКИ
ВИКЛАДАННЯ**

**РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПЕРІОДУ НЕЗАЛЕЖНОСТІ У ШКІЛЬНОМУ КУРСІ ІСТОРІЇ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав:

здобувач II курсу 07-241Мз групи
Спеціальності 014 Середня освіта
Спеціалізація МОН 014.03 Історія та
громадянська освіта
Освітньо-професійної програми
Середня освіта (історія)
Голінський Микола Олександрович

Керівниця Батенко Г.В.

кандидатка історичних наук,
доцентка кафедри історії, археології та
методики викладання ХДУ

Рецензент Коновалова Г.В.,

кандидатка історичних наук, доцентка,
кафедри суспільних наук Херсонської
філії Національного університету
кораблебудування ім. адмірала
Макарова

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Історіографія та джерельна база дослідження.....	7
1.1 Історіографія та стан наукової розробки проблеми.....	7
1.2 Джерельна база дослідження.....	13
РОЗДІЛ 2. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні після проголошення незалежності.....	18
2.1 Стан системи охорони здоров'я в Україні у 1991 році та перші спроби реформування.....	18
2.2 Особливості медичної реформи 2017 року та проблеми української системи охорони здоров'я на сучасному етапі.....	21
РОЗДІЛ 3. Реформування системи охорони здоров'я у незалежній Україні у шкільному курсі історії.....	30
3.1 Особливості вивчення теми реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні у сучасній українській школі.....	30
3.2 Розробка уроку на тему: «Еволюція системи охорони здоров'я у незалежній Україні».....	36
3.3 Шаблон учнівської інструкції до міні-проекту на тему «Маршрут пацієнта у м. Херсоні у 2025 році».....	38
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	45
ДОДАТКИ	
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача освіти ХДУ	52

ВСТУП

Актуальність дослідження. Реформування системи охорони здоров'я в Україні у період незалежності є важливим і водночас малодослідженим явищем у контексті історії соціальної політики, державотворення та суспільних трансформацій. Від початку 1990-х років медична сфера зазнала складних і суперечливих змін, зумовлених політичною нестабільністю, економічними кризами, трансформацією радянської моделі Семашка та пошуком оптимальної національної моделі охорони здоров'я. прийняття законодавчих актів, спроби реформ 1990-х і 2000-х років, а також системні перетворення після 2014 року відображають прагнення держави забезпечити громадянам доступні й якісні медичні послуги, інтегрувати українську медицину у європейський простір.

Дослідження теми реформування системи охорони здоров'я має особливу актуальність у контексті сучасних викликів: з одного боку, триває реалізація масштабних медичних реформ, з іншого – війна поставила перед системою охорони здоров'я нові завдання, пов'язані з лікуванням поранених, реабілітацією військових і цивільних, психологічною підтримкою населення. У цьому контексті вивчення історичного досвіду реформ набуває значення не лише для розуміння шляхів трансформації медичної сфери, а й для виховання молодого покоління у дусі громадянської відповідальності та усвідомлення цінності здоров'я як суспільного блага.

Викладання теми «Реформування системи охорони здоров'я в Україні періоду незалежності» у шкільному курсі історії має потужний навчально-виховний потенціал. Воно сприяє формуванню у здобувачів освіти розуміння соціальних процесів у державі, критичного мислення, здатності аналізувати причини та наслідки реформ, а також усвідомленню нерозривного зв'язку між розвитком охорони здоров'я,

економікою, політикою та гуманітарною сферою. Попри окремі наукові публікації, у сучасній освітній практиці бракує систематизованої методики викладання цієї теми, що враховувала б компетентісний підхід, інтерактивні методи навчання та міждисциплінарний зв'язок.

Метою дослідження є комплексний аналіз процесів реформування системи охорони здоров'я України в період незалежності та визначення ефективності методів викладання цієї теми у шкільному курсі історії.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати наступні **завдання**:

1. проаналізувати стан наукової розробки проблеми реформування охорони здоров'я України у 1991 – 2020-х роках;
2. дослідити джерельну базу з історії реформування медичної сфери;
3. охарактеризувати стан системи охорони здоров'я в Україні станом на 1991 рік та перші спроби реформування у 2000-х роках;
4. визначити особливості медичної реформи 2017 року та охарактеризувати проблеми української системи охорони здоров'я на сучасному етапі;
5. проаналізувати відображення теми реформ у чинних шкільних програмах і підручниках з історії України та охарактеризувати методику викладання теми «Реформування системи охорони здоров'я» у шкільному курсі історії;
6. розробити авторський сценарій уроку з історії України для 11 класу на тему «Еволюція системи охорони здоров'я у незалежній Україні».
7. Створити шаблон учнівської інструкції до міні-проєкту на тему «Маршрут пацієнта у м. Херсоні у 2025 році».

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я України як складова соціальної політики держави.

Предмет дослідження – особливості реформування системи охорони здоров'я України в період незалежності та методика викладання цієї теми у шкільному курсі історії.

Хронологічні межі дослідження – 1991 – 2025 рр., від проголошення незалежності України до сучасного етапу реформ та трансформацій медичної системи в умовах війни.

Географічні межі дослідження – територія України в її міжнародно визнаних кордонах, із урахуванням особливостей регіональних відмінностей у впровадженні медичних реформ.

Методи дослідження. Кваліфікаційна робота базується на принципах історизму, об'єктивності та системності. Застосовані загальнонаукові методи дослідження (аналіз та синтез, індукція та дедукція, порівняння та узагальнення) для опрацювання наукової літератури, підручників та освітніх програм. Серед спеціально-історичних методів застосовувались історико-хронологічний (для простеження етапів реформ), порівняльно-історичний (для зіставлення українських реформ з міжнародним досвідом), а також метод системного підходу (для аналізу сфери охорони здоров'я як частини суспільного життя).

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному аналізі реформування системи охорони здоров'я в Україні періоду незалежності в контексті шкільної історичної освіти. У роботі уточнено періодизацію реформ, визначено специфічні риси української моделі охорони здоров'я, узагальнено досвід інтеграції цієї теми в освітній процес, запропоновано методичні підходи до її викладання. Вперше розроблено сценарій уроку з історії України для здобувачів 11 класу на тему «Еволюція системи охорони здоров'я у незалежній Україні» та шаблон учнівської інструкції до міні-проєкту на тему «Маршрут пацієнта у м. Херсоні у 2025 році».

Практичне значення дослідження. Матеріали кваліфікаційної роботи можуть бути використані для вдосконалення викладання шкільного курсу історії України, підготовки методичних рекомендацій та навчально-методичних розробок, а також у системі підвищення кваліфікації вчителів.

Апробація результатів дослідження. Деякі аспекти дослідження були представлені на VIII Всеукраїнській науковій конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Актуальні проблеми історії та археології: регіональний та глобальний вимір» (22 травня 2025 р., м. Івано-Франківськ). Тема доповіді: «Особливості впровадження медичної реформи 2017 року на Херсонщині».

Публікації. За результатами дослідження були опубліковані наступні статті:

1. Голінський М. Особливості впровадження медичної реформи 2017 року на Херсонщині. *Актуальні проблеми історії та археології : регіональний та глобальний вимір: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Херсон: Вид-во ХДУ, 2025. С. 52 – 57.

Структура кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, семи підрозділів, висновків, списку використаних джерел (50 найменувань) та одного додатку. Загальний обсяг – 52 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІОГРАФІЯ ТА ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Історіографія та стан наукової розробки проблеми

Система охорони здоров'я України в умовах незалежності зазнала складних і багатопланових трансформацій, які відображені у наукових, навчально-методичних та аналітичних працях сучасних дослідників. Література, що охоплює період від початку 2000-х років до сьогодні, демонструє поступову еволюцію поглядів на проблематику реформування: від опису історичних передумов і критичного аналізу існуючих моделей до вироблення нових концепцій управління, фінансування та цифровізації медичної сфери.

У наукових працях кінця 2010-х – початку 2020-х років чітко простежується стратегічна спрямованість реформування. Так, А. Барзилович [15] розглядає реформу системи охорони здоров'я як довгостроковий і багатоступеневий процес, що потребує чіткого стратегічного бачення. Автор підкреслює, що ключовим чинником успішності трансформацій є наявність інвестиційних стратегій, орієнтованих на забезпечення сталого фінансування галузі. У статті наголошується на необхідності переходу від фрагментарних та ситуативних заходів до системного стратегічного планування, яке враховує не лише короткотермінові результати, а й довгострокову перспективу розвитку медичної інфраструктури, кадрового забезпечення та інновацій. Публікація є значущою завдяки акценту на економічних засадах реформ, що дозволяє розглядати охорону здоров'я не тільки як соціальний інститут, а й як сферу, здатну залучати інвестиційні ресурси та стимулювати розвиток суміжних галузей.

Аналіз процесів децентралізації у сфері охорони здоров'я представлений у працях С. Бойка [16] та І. Панова [32]. Обидва автори підкреслюють вплив реформи місцевого самоврядування на управління

медичними закладами, акцентуючи на зміні ролі місцевих органів влади у забезпеченні доступності та якості послуг. Децентралізація, за їхніми спостереженнями, сприяє зростанню автономії закладів та дозволяє враховувати регіональні особливості при плануванні розвитку інфраструктури. Водночас І. Панов [32] розширює дослідницьке поле, аналізуючи не лише медичні, а й соціальні послуги, що безпосередньо впливають на стан громадського здоров'я. такий підхід дозволяє розглядати децентралізацію як комплексний процес, що охоплює не лише суто медичну сферу, а й систему соціального захисту населення. Обидві праці демонструють, що реформа місцевого самоврядування відкриває можливості для більш ефективного управління ресурсами, однак водночас створює ризики нерівності між громадами, зокрема у фінансуванні та кадровому забезпеченні. Це робить тему децентралізації однією з ключових у сучасному дискурсі реформування охорони здоров'я.

Значна увага у наукових дослідженнях приділена аналізу результатів та перешкод реформування системи охорони здоров'я. Так, Ю. Вороненко та Г. Гойда [17] вказують на успіхи та труднощі трансформацій, підкреслюючи, що поряд із досягненнями у сфері модернізації медичних технологій та удосконалення організаційних процесів, зберігаються проблеми фінансового забезпечення та кадрового потенціалу. Автори наголошують, що непослідовність впровадження реформ і відсутність належного контролю за їх реалізацією значно ускладнюють досягнення системних змін. Подібну проблематику розгорнуто досліджує Р. Шевчук [41; 42], зосереджуючи увагу на управлінських та організаційних недоліках сучасного етапу. Схожий підхід демонструють Ю. Сенюк і З. Надюк [38], які здійснюють оцінку державної політики у сфері охорони здоров'я, аналізуючи нормативно-правові акти та практику їх реалізації. Вчені підкреслюють, що хоча реформи створюють передумови для модернізації галузі, їх ефективність

значною мірою залежить від якості управління та здатності державних інституцій забезпечити сталість реформаторських процесів.

У наукових статтях 2018 – 2021 років у центрі уваги перебувають питання фінансування та інституційних змін, що відображає актуальні виклики сучасного етапу реформування системи охорони здоров'я. Зокрема, О. Коломієць [22] акцентує увагу на структурних недоліках організації медичної системи та ризиках, пов'язаних із реформами. Автор підкреслює, що поспішне впровадження трансформацій без урахування фінансових і кадрових можливостей створює загрозу зниження доступності медичної допомоги, особливо у сільській місцевості та малих громадах. У свою чергу, Л. Криничко та О. Мотайло [25] пропонують нові підходи до фінансування галузі, серед яких – диверсифікація джерел фінансового забезпечення, удосконалення механізмів державних гарантій. Важливим доповненням є робота П. Іванчова [21], що концентрується на інституційних бар'єрах та проблемах управління. Учений наголошує, що слабкість інституційної спроможності держави та відсутність сталих механізмів координації реформ значною мірою нівелюють позитивний потенціал фінансових змін.

Значну частину джерел становлять дослідження, присвячені правовим засадам і нормативному забезпеченню реформування системи охорони здоров'я. Зокрема, І. Демченко [19] класифікує законодавство у сфері охорони здоров'я, що дозволяє систематизувати нормативні акти за сферами їх застосування та окреслити прогалини у правовому полі. Автор підкреслює, що відсутність єдиного комплексного підходу до законодавчого регулювання ускладнює реалізацію реформ і створює передумови для колізій у правозастосуванні. У свою чергу, В. Пашков [33] аналізує правове забезпечення медичної реформи, акцентуючи на тому, що ефективність змін безпосередньо залежить від якості нормативної бази та узгодженості між різними рівнями правового

регулювання. Особливо важливим є питання відповідності українського законодавства європейським стандартам, адже інтеграційні процеси визначають вектор розвитку галузі. С. Петрова [34] розглядає державну політику крізь призму управління, що дозволяє зіставити теоретичні підходи та практичні механізми реалізації реформ. Авторка доводить, що правові норми повинні поєднуватися з ефективними управлінськими рішеннями, аби забезпечити сталість і результативність трансформацій. Сучасний аспект репрезентований у статті О. Литвиної та ін. [30], де увагу зосереджено на нормативних гарантіях реформ та і водночас підкреслено низку проблемних моментів, зокрема недостатню прозорість механізмів правозастосування та брак дієвих інструментів контролю.

Історичний контекст розвитку медицини та системи охорони здоров'я в Україні періоду незалежності представлений низкою ґрунтовних праць. Так, А. Запорожченко [20] досліджує особливості функціонування охорони здоров'я у 1950 – 2000 роках, простежуючи взаємозв'язок між радянською моделлю організації медичної допомоги та поступовими трансформаційними процесами наприкінці ХХ століття. Автор акцентує увагу на тому, що радянська спадщина, зокрема централізованість та домінування адміністративно-командних методів управління, суттєво вплинула на сучасний стан медичної системи. Водночас, І. Робак та Г. Демочко [35] розглядають історію вітчизняної медицини крізь призму біографічного підходу, характеризуючи внесок провідних діячів у розвиток галузі. Такий підхід дозволяє не лише окреслити загальні етапи інституційного становлення, а й персоніфікувати історичний процес, показавши роль конкретних фахівців у реформуванні медицини. Історико-аналітичну перспективу підкріплюють праці І. Криничної [26] та Л. Криничко [24], які аргументують необхідність реформ та систематизують їхні етапи. Вони підкреслюють, що саме тривалий процес накопичення дисфункцій

радянської моделі охорони здоров'я зумовив неминучість радикальних змін у незалежній Україні.

Суттєву увагу у науковому дискурсі приділено порівняльним дослідженням, що дозволяють глибше зрозуміти концептуальні засади реформування системи охорони здоров'я в Україні періоду незалежності. Зокрема, В. Лехан, В. Гінзбург та Е. Борвінко [27] здійснюють порівняльний аналіз моделі Семашка та сучасної української моделі, акцентуючи на відмінностях у механізмах фінансування, управління та організації медичної допомоги. Автори доводять, що тоді як радянська модель забезпечувала формальну доступність, вона страждала від низької ефективності та обмежених стимулів до підвищення якості послуг. Натомість сучасна українська модель орієнтована на ринкові механізми та принцип автономізації закладів, хоча її реалізація супроводжується значними труднощами. Подібний аналітичний характер мають роботи В. Лехана, Л. Крячкової та М. Заярського [28], де простежено еволюцію реформ від здобуття незалежності до сьогодення. У статті акцентовано на непослідовності реформаторських кроків та необхідності формування цілісної стратегії розвитку. Важливим практичним доповненням є навчальний посібник В. Лехана [29], де узагальнено досвід пілотних регіонів, що першими впроваджували нові механізми управління та фінансування. У посібнику особливу увагу приділено урокам, які можуть бути використані для масштабування успішних практик на загальнодержавному рівні.

Проблеми економічної моделі функціонування системи досліджує В. Рудень [36], акцентуючи на мотивах переходу до ринкових механізмів, а В. Рудий [37] у своїй дисертації аналізує процес автономізації закладів охорони здоров'я. Питання безперервного вдосконалення системи піднімають К. Надутий, В. Лехан та І. Найда [31], що дозволяє інтегрувати стратегічні підходи у сучасне реформування.

Важливою темою у працях останніх років стає цифровізація, що визначається як один із ключових напрямів модернізації системи охорони здоров'я. У цьому контексті особливе місце займає робота Т. Юрочка [43], присвячена електронній охороні здоров'я. дослідник аналізує концептуальні засади впровадження e-Health в Україні, зокрема розвиток електронних реєстрів пацієнтів, цифрових медичних карток та телемедичних технологій. Автор наголошує, що цифровізація створює умови для підвищення прозорості медичних послуг, зменшення корупційних ризиків та ефективнішого розподілу ресурсів. Водночас, відображені також проблемні аспекти – нерівномірний доступ до цифрових технологій у різних регіонах, недостатній рівень технічної інфраструктури та необхідність належного правового регулювання.

Завершує блок аналізу колективна праця під редакцією В. Лехана [40], у якій окреслено стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я на початку XXI століття. Видання має концептуальний характер, адже системно визначає пріоритети реформування галузі, серед яких – удосконалення управління, формування ефективної моделі фінансування, розвиток первинної медичної допомоги та інтеграція у європейський простір охорони здоров'я. Особливе значення праці полягає у тому, що вона поєднує аналітичний та програмний підходи, пропонуючи не лише оцінку стану системи, а й конкретні рекомендації щодо її модернізації.

Таким чином, проаналізовані публікації формують цілісну наукову базу для дослідження реформ охорони здоров'я України періоду незалежності. Умовно їх можна розподілити на кілька тематичних груп: стратегічний та інституційний аналіз реформ, правове забезпечення та нормативна база, історичний розвиток системи, порівняльні та аналітичні дослідження, децентралізація та цифровізація. У сукупності вони дозволяють простежити як еволюцію системи охорони здоров'я від радянської моделі до сучасних ринкових та цифрових трансформацій,

так і проблеми правового, економічного та управлінського характеру, які залишаються актуальними. Це забезпечує комплексність і багатовимірність наукового аналізу.

1.2 Джерельна база дослідження

Вивчення історії реформування системи охорони здоров'я України потребує звернення до різнопланової джерельної бази, яка включає як статистичні матеріали, так і нормативно-правові акти, урядові програми, стратегічні документи та аналітичні праці вітчизняних і міжнародних експертів. Така різноманітність дозволяє комплексно осмислити процеси трансформації медичної сфери, з одного боку – через кількісні показники розвитку, а з іншого – через аналіз управлінських рішень та концептуальних підходів. Водночас критичний аналіз джерел дає можливість оцінити не лише їхню інформативність, а й обмеження, притаманні кожній групі матеріалів.

Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [9] – базовий нормативно-правовий акт, що регулює відносини у сфері медицини. Його значення полягає у закріпленні фундаментальних принципів: права на охорону здоров'я, державних гарантій медичної допомоги. Проте документ створювався ще у 1990-х роках та потребував постійного оновлення для відповідності сучасним викликам, саме тому він є безцінним джерелом, яке відображає еволюцію системи охорони здоров'я в Україні від проголошення незалежності і до наших днів.

Національна стратегія реформування охорони здоров'я на 2015 – 2020 роки [8] стала фундаментом сучасної медичної реформи. Документ розроблений експертами стратегічної дорадчої групи, що забезпечило науково-аналітичний підхід. Його сильна сторона – системність бачення змін. Проте, варто зазначити, що значна частина положень залишилася нереалізованою через політичні та економічні фактори. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [13] є довгостроковим

програмним документом МОЗ. Його значення у тому, що він визначає перспективи трансформації галузі на десятиріччя вперед. Але його особливість у тому, що він був прийнятий у кризовий період і містить скоріше декларативні цілі, ніж чіткі механізми реалізації.

Методичні рекомендації з автономізації закладів охорони здоров'я [5] відіграли ключову роль у реалізації реформи 2017 – 2018 років. Документ містить покрокові інструкції для переведення закладів із бюджетних установ у статус комунальних некомерційних підприємств. Його значення полягає у практичності, однак варто критично зазначити, що рекомендації ґрунтувалися на нормативно-правовій базі, яка ще формувалася, і тому часто виникали труднощі у застосуванні на місцях.

Нормативно-правова база втілення медичної реформи є одним з ключових джерел для дослідження. Наказ МОЗ від 19 березня 2018 року № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [6] закріплює порядок вибору лікаря первинної ланки та форму декларації. Це стало одним із символів реформи, оскільки вперше пацієнт отримав можливість самостійно обирати лікаря. Водночас наказ містив низку проблем: не всі заклади були готові технічно до запровадження електронних декларацій, а частина населення, особливо старшого віку, не мала достатньої інформації про нову процедуру. Наказ МОЗ від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [7] містив деталізацію порядку надання первинної медичної допомоги. Саме він визначив функції сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. У науковому плані цей документ цікавий тим, що демонструє відхід від радянської моделі дільничної медицини. Водночас, як і у випадку з іншими наказами, його реалізація на практиці зіткнулася з проблемами кадрового дефіциту та нерівномірного розподілу ресурсів.

Постанова КМУ від 27 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» [12] заклала основу нової фінансової моделі охорони здоров'я. це ключовий нормативний документ, однак його недолік полягає в тому, що він визначає лише юридичні засади функціонування інституції, тоді як реальні механізми реалізації формувалися поступово.

Звіт про роботу Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [3] є офіційним документом урядового рівня, що демонструє результати функціонування ключової інституції медичної реформи. Він містить інформацію про фінансування, укладання договорів із закладами, кількість підписаних декларацій, тощо. водночас цей документ має обмеження – будучи звітом державної інституції, він орієнтований на демонстрацію досягнень і недостатньо висвітлює проблеми, зокрема бюрократичні труднощі чи негативні відгуки пацієнтів.

Статистичні матеріали Держстату [1] щодо закладів охорони здоров'я є важливим інструментом для дослідження динаміки розвитку медичної інфраструктури. Вони дозволяють простежити кількість лікарень, поліклінік, диспансерів, які функціонували у певний період. Водночас варто враховувати, що статистика фіксує лише кількісні параметри, але не відображає якість медичних послуг чи доступність їх для населення. Тому ці дані потребують критичного співставлення з іншими джерелами.

Показники захворюваності населення [2] є ще одним базовим джерелом для аналізу стану громадського здоров'я. їхнє значення полягає у можливості співвіднести масштаби поширення певних хвороб із проведеними реформами. Проте проблема полягає у відсутності деталізації щодо причин захворюваності, а також у певній консервативності статистичних методів, що не завжди враховували нові епідеміологічні виклики. Дані щодо медичних кадрів [4] є особливо важливими в контексті кадрової кризи в українській медицині. Вони

відображають чисельність лікарів та середнього медичного персоналу, їх розподіл за спеціальностями. Проте ці дані носять радше описовий характер і не розкривають питання мотивації, умов праці чи міграції фахівців за кордон.

Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень щодо кадрової політики [14] висвітлює одну з найболючіших проблем української медицини – дефіцит кадрів. Документ має високу джерелознавчу цінність, адже містить прогностні оцінки та рекомендації щодо удосконалення кадрової політики. Однак, як і більшість експертних оцінок, він не має обов'язкової сили для державних органів, відповідно його вплив на практику є обмеженим. Також цінним є аналітичне видання «Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні» [10], яке відображає міжнародний підхід до реформування медицини в умовах воєнних викликів. Його цінність у використанні глобальних стандартів, але вони не завжди адаптовані до українських реалій.

Документ ВООЗ «Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні» [11] відображає міжнародний підхід до реформування медицини в умовах воєнних викликів. Його цінність у використанні глобальних стандартів, проте слід враховувати, що рекомендації ВООЗ часто носять універсальний характер і потребують адаптації до українських реалій.

Виходячи із особливостей предмету дослідження, до джерельної бази дослідження також можна віднести підручники з історії України для здобувачів 11 класу закладів загальної середньої освіти [44; 45; 46; 47; 48; 49; 50]. Проблема реформування системи охорони здоров'я згадується у підручниках рівня стандарту різною мірою – переважно у контексті розділів про соціальну політику та трансформацію пострадянського суспільства як один з елементів загальної системи соціальних гарантій. Реформування у медичній сфері найчастіше

прив'язане до економічних трансформацій у контексті переходу до ринкової економіки. Хронологічно більше матеріалу стосовно системи охорони здоров'я припадає на 1990-ті роки, натомість реформа 2017 року практично не відображена або просто згадується без роз'яснення суті та практичного втілення.

Таким чином, джерельна база дослідження не лише забезпечує інформаційний матеріал, а й виступає об'єктом критичного аналізу, що дозволяє зрозуміти як офіційну позицію держави, так і обмеження її політики. Комплексне використання цих джерел робить можливим глибоке осмислення процесів реформування української медицини в історичній перспективі.

РОЗДІЛ 2

ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ПІСЛЯ ПРОГОЛОШЕННЯ НЕЗАЛЕЖНОСТІ

2.1 Стан системи охорони здоров'я в Україні у 1991 році та перші спроби реформування у 2000-х роках

Здобуття Україною незалежності у 1991 році супроводжувалося необхідністю формування власної моделі соціальної політики, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Радянська система, яка ґрунтувалася на принципах моделі Семашка, забезпечувала безоплатність та універсальний доступ до медичної допомоги, але водночас мала суттєві структурні недоліки [20, с. 18]. Перехід до ринкових відносин, глибока економічна криза 1990-х років, дефіцит державного фінансування та інституційна інерція радянських механізмів створили складні умови для функціонування галузі. У цьому контексті вивчення стану охорони здоров'я на початку незалежності та перші реформаторських ініціатив 2000-х років є важливим для розуміння траєкторії сучасних трансформацій [24, с. 105].

На момент проголошення незалежності Україна успадкувала розгалужену мережу закладів охорони здоров'я, що функціонувала за принципами централізованого управління та повного державного фінансування [27, с. 99]. Важливими характеристиками системи 1991 року були ряд особливостей.

- ✓ Мережевість і доступність – в Україні діяло понад 3,5 тисячі лікарень, близько 700 тисяч лікарняних ліжок, а також широка мережа поліклінік, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів [28, с. 5].

- ✓ Кадровий потенціал – у медичній галузі працювало понад 200 тисяч лікарів та близько 600 тисяч середнього медичного персоналу [29, с. 12].
- ✓ Фінансова модель – охорона здоров'я фінансувалася виключно з державного бюджету за залишковим принципом, що обмежувало можливості модернізації та впровадження інновацій [33, с. 2].
- ✓ Орієнтація на стаціонарну допомогу – система була зорієнтована на госпіталізацію, тоді як профілактичний напрям і первинна медична допомога залишалися другорядними [36, с. 86].
- ✓ Обмеженість технологій – у порівнянні із країнами Заходу рівень оснащення лікарень сучасним обладнанням був низьким, що позначалося на якості діагностики й лікування [40, с. 91].

Таким чином, на початок 1990-х років українська система охорони здоров'я мала безсумнівні переваги у вигляді широкої доступності, але водночас страждала від неефективного використання ресурсів, низької якості медичних послуг і залежності від бюджетного фінансування.

У 1990-х роках Україна переживала глибоку економічну кризу, що суттєво позначилася на сфері охорони здоров'я. основними проблемами галузі стали хронічне недофінансування (частка видатків на охорону здоров'я у ВВП зменшилася до 3-3,5 %, тоді як для ефективного функціонування галузі необхідно було не менше 6-7 %) [28, с. 6], зниження доступності медичних послуг (формально медицина залишалася безкоштовною, але в умовах дефіциту фінансування виникла поширена практика «неофіційних платежів»), застаріла інфраструктура (більшість медичних закладів потребували капітального ремонту, а обладнання морально та фізично застарівало), відтік кадрів (низька оплата праці та погані умови роботи призводили до відтоку медичних працівників як у суміжні сфери, так і за кордон), соціально-демографічні наслідки (рівень смертності зростав, показники середньої тривалості життя знижувалися, поширювалися інфекційні захворювання, зокрема

такі загрозливі соціальні захворювання як туберкульоз і ВІЛ/СНІД) [41, с. 178]. Отже, на межі 1990 – 2000-х років в Україні постала потреба в глибокому реформуванні медичної сфери.

Початок 2000-х років ознаменувався активізацією дискусій щодо модернізації системи охорони здоров'я. хоча масштабних змін ще не відбулося, були започатковані певні ініціативи, що визначили подальший напрям трансформацій [38, с. 211].

Реформування первинної ланки. З'явилися перші спроби запровадити інститут сімейного лікаря, що мало підвищити ефективність амбулаторної допомоги і зменшити навантаження на стаціонари.

Експерименти з медичним страхуванням. У різних регіонах здійснювалися пілотні проєкти зі страхових моделей фінансування, проте через відсутність єдиної законодавчої бази вони не стали загальнонаціональними.

Оптимізація мережі закладів. На державному рівні обговорювалася необхідність скорочення надлишкової кількості лікарняних ліжок і переорієнтації ресурсів на амбулаторну та профілактичну допомогу.

Міжнародна підтримка. Україна почала отримувати технічну та фінансову допомогу від міжнародних організацій (ВООЗ, Світового банку, ПРООН), зокрема для боротьби з епідеміями ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Адміністративні реформи. Приймалися нормативні акти, спрямовані на децентралізацію управління та підвищення ролі місцевих органів влади у фінансуванні медичних послуг.

Хоча ці заходи були обмеженими за масштабом, вони стали фундаментом для глибших реформ, що розпочалися після 2010-х років [40, с. 96].

Система охорони здоров'я України у 1991 році перебувала на етапі переходу від централізованої радянської моделі до пошуку власного шляху розвитку. У 1990-х роках галузь пережила період стагнації та кризи, що загостило проблему низької ефективності та якості медичної допомоги. Перші спроби реформування у 2000-х роках були непослідовними та мали експериментальний характер, проте вони заклали основу для формування сучасної моделі охорони здоров'я, орієнтованої на децентралізацію, розвиток первинної ланки та пошук альтернативних джерел фінансування. Таким чином, цей період можна розглядати як підготовчий етап для масштабних реформ, які Україна реалізувала у наступні десятиліття.

2.2 Особливості медичної реформи 2017 року та проблеми української системи охорони здоров'я на сучасному етапі

Реформування системи охорони здоров'я в Україні стало об'єктивною необхідністю у зв'язку з низькою ефективністю моделі, успадкованої від СРСР. На початку 2010-х років українська медицина характеризувалася хронічним недофінансуванням (3-3,5 % ВВП при мінімально рекомендованих ВООЗ 5 %), застарілою матеріальною базою, а також переважанням стаціонарної допомоги над первинною ланкою [17, с. 24].

Відправною точкою стало ухвалення «Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України» у 2016 році, яка визначила курс на перехід до принципу «гроші йдуть за пацієнтом» [25, с. 86]. Ключовим нормативним актом став Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [30, с. 68 – 69]. З 1 січня 2018 року він започаткував нову модель фінансування та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Окреслимо основні напрямки медичної реформи 2017 року.

Створення НЗСУ. До 2017 року фінансування системи охорони здоров'я здійснювалося за кошторисним принципом – лікарні отримували бюджетні кошти залежно від кількості ліжко-місць, штатної чисельності та планових витрат. Такий підхід не стимулював підвищення якості медичних послуг, адже фінансування було прив'язане не до обсягу чи результатів роботи, а до формальних показників [34, с. 38]. Ухвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [24, с. 105] (2017) започаткувало принципово нову модель фінансування – оплата за реально надані медичні послуги. Для адміністрування цієї системи потрібно було створити спеціальний державний орган. Такою інституцією стала Національна служба здоров'я України. НСЗУ була утворена постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» [12] як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого координується Кабінетом Міністрів через Міністра охорони здоров'я. служба офіційно розпочала роботу у березні 2018 року, а вже з квітня-червня розпочалася підписна кампанія декларацій із сімейними лікарями, яку адмініструвала саме НСЗУ. З 1 липня 2018 року відбулися перші виплати закладам за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» [3].

Основними функціями НСЗУ стали:

- укладання договорів із закладами охорони здоров'я – як державними, так і приватними – та фізичними особами-підприємцями, що надають первинну медичну допомогу;
- адміністрування Програми медичних гарантій;
- розподіл бюджетних коштів на основі наданих медичних послуг;
- контроль за виконанням умов договорів та дотриманням стандартів;
- ведення електронної системи охорони здоров'я (e-Health);

- здійснення аналітичної та моніторингової діяльності у сфері надання медичних послуг.

НСЗУ стала єдиним національним закупівельником медичних послуг. Вперше запроваджено Програму медичних гарантій, що включає чітко визначений перелік послуг і лікарських засобів, які держава гарантує пацієнту безоплатно. Фінансування здійснюється за формулою: чим більше пацієнтів обрало заклад і отримало там послуги, тим більше коштів він отримує від НСЗУ. Це стимулює лікарні змагатися за пацієнта якістю і доступністю. У результаті у 2018 році понад 1600 закладів охорони здоров'я уклали договори з НСЗУ, до кінця 2019 року – понад 30 мільйонів громадян підписали декларації з лікарями [36, с. 90].

Автономізація закладів охорони здоров'я. до 2017 року більшість медичних закладів України функціонували як бюджетні установи, що мали жорсткі обмеження у фінансово-господарській діяльності. Вони фінансувалися за кошторисним принципом, не могли самостійно розпоряджатися отриманими доходами, встановлювати гнучку систему оплати праці чи залучати інвестиції. Такий статус суттєво обмежував конкурентоспроможність лікарень та їхню здатність до розвитку. У межах медичної реформи було вирішено надати закладам більше фінансової та управлінської автономії, щоб створити умови для переходу від утримання установи до оплати медичних послуг.

Основою для автономізації став Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII [28, с. 8]. Закон передбачив, що заклади охорони здоров'я можуть реорганізовуватися з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (КНП) або державні некомерційні підприємства (ДНП). Це дозволило самостійно розпоряджатися доходами і майном, укладати договори з НСЗУ,

встановлювати власну організаційну структуру, застосовувати гнучкі форми оплати праці [32, с. 165]. Станом на кінець 2019 року понад 90 % закладів первинної медичної допомоги вже пройшли процес автономізації, що дозволило їм укласти договори з НСЗУ і стати повноцінними учасниками нової моделі фінансування [36, с. 91].

Розвиток первинної медичної допомоги. Первинна медична допомога – це перший контакт пацієнта з системою охорони здоров'я. вона включає діагностику поширених захворювань, надання невідкладної допомоги, ведення хронічних пацієнтів, профілактику та направлення до вузьких спеціалістів у разі необхідності. Ще у 2008 році Україна приєдналася до міжнародних рекомендацій ВООЗ про пріоритетність розвитку первинної ланки, проте практична реалізація була розпочата лише у 2017 році в межах комплексної реформи.

З 2018 року запроваджено принцип «лікар первинної ланки – ключовий координатор лікування пацієнта» [6]. Громадяни отримали право вільного вибору сімейного лікаря, терапевта або педіатра, незалежно від місця реєстрації. Для цього було запроваджено електронну декларацію. Пацієнт підписував її з обраним лікарем через систему e-Health, після чого держава через НСЗУ оплачувала послуги цього лікаря.

Оплата праці лікаря первинної ланки почала здійснюватися за принципом капітаційної ставки: НСЗУ виділяє певну суму за кожного пацієнта, який підписав декларацію. Середній тариф у 2018 році складав близько 370 грн на рік за одного пацієнта, з урахування вікових коефіцієнтів (найвищі для дітей та літніх людей) [18]. Лікар, який вів 1800 – 2000 пацієнтів, міг отримувати до 15-20 тис. грн на місяць, що значно перевищувало «доволі символічну» ставку у старій бюджетній системі.

До гарантованого переліку безоплатних послуг, що надаються лікарями первинної ланки, увійшли спостереження за станом здоров'я,

надання консультацій та невідкладної допомоги, вакцинація відповідно до календаря щеплень, ведення пацієнтів із поширеними хронічними захворюваннями (гіпертонія, діабет II типу, астма), направлення до вузьких спеціалістів та на лабораторні дослідження, що входять у Програму медичних гарантій. До кінця 2019 року понад 30 мільйонів громадян підписали декларації з лікарями первинної ланки, що складало близько 70 % населення [30, с. 67]. Це призвело до зростання зарплат медиків, покращення доступності лікарів та зменшення навантаження на стаціонари.

Програма «Доступні ліки». На початку 2010-х років в Україні вартість лікарських засобів була однією з найвищих у Східній Європі відносно доходів населення. За даними ВООЗ, близько 25-30 % громадян відмовлялися від лікування через брак коштів. Особливо це стосувалося пацієнтів із хронічними захворюваннями – серцево-судинними хворобами, діабетом II типу та бронхіальною астмою неефективність старої системи пільгових рецептів (коли держава частково компенсувала вартість ліків через аптеки, але фінансування було нестабільним) вимагала нових підходів.

У квітні 2017 року Міністерство охорони здоров'я України ініціювало державну програму «Доступні ліки», затверджену постановою Кабінету Міністрів України № 152 від 17 березня 2017 року [31, с. 28]. Програма передбачала надання пацієнтам безоплатних або частково оплачуваних ліків за рецептом, перелік препаратів визначався МОЗ на основі Національного переліку основних лікарських засобів, фінансування здійснювалося за рахунок держбюджету через механізм відшкодування аптекам.

Станом на 2017 рік програма охоплювала 21 міжнародну непатентовану назву (МНН) для лікування серцево-судинних хвороб, діабету II типу та астми. У 2018 році перелік було розширено, додано препарати від виразкової хвороби та розладів шлунково-кишкового

тракту. У 2019 році адміністрування програми передано до НСЗУ – замість ручного розподілу коштів почала діяти єдина централізована система відшкодування, що усунула регіональні диспропорції [16, с. 58]. У 2020 – 2021 роках у програму включили ліки від розладів психічного здоров'я та епілепсії, що розширило категорії пацієнтів.

За період 2017 – 2021 рр. понад 3 мільйони українців скористалися програмою [41, с. 182]. Вона мала позитивний економічний ефект, адже пацієнти зекономили мільярди гривень на медикаментах, середня компенсація становила від 500 до 1500 грн на рік на одного хронічного хворого. Використання електронного рецепта зменшило корупційні ризики, а кількість пацієнтів, які систематично приймали ліки, наприклад від гіпертонії, зросла на 20-25 %.

Впровадження e-Health. До початку реформи 2017 року українська система охорони здоров'я характеризувалася високим рівнем паперової бюрократії, відсутністю достовірної статистики та низькою прозорістю фінансових потоків. Дані пацієнтів зберігалися у вигляді паперових карток, що ускладнювало їх доступність та обмін між закладами. З огляду на ці проблеми виникла потреба у створенні єдиної електронної системи охорони здоров'я, яка б дозволила зібрати точні дані про пацієнтів і медичні послуги, забезпечити контроль за використанням бюджетних коштів, полегшити роботу лікарів та зробити її прозорою для держави і пацієнтів.

Формування e-Health було передбачене Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. У 2017 році стартував пілотний проєкт, підтриманий МОЗ, НСЗУ та міжнародними партнерами (USAID, Світовий банк, ПРООН) [43]. Управління системою було організовано за принципом державно-приватного партнерства: держава визначала стандарти та вимоги, приватні ІТ-компанії розробляли медичні

інформаційні системи (МІС), що підключалися до центральної бази даних.

На початкових етапах система передбачала такі можливості: реєстрація пацієнтів і створення унікального ідентифікатора, електронні декларації з лікарями первинної ланки, електронні рецепти (зокрема для програми «Доступні ліки»), ведення реєстрів закладів охорони здоров'я та лікарів, формування звітності для НСЗУ про надані послуги [41, с. 183]. Подальший розвиток системи включив електронні направлення до спеціалістів, медичні записи у цифровій формі, інтеграцію з системою закупівель ліків і медичних виробів.

Результатами впровадження e-Health стало підвищення прозорості та скорочення бюрократії. До кінця 2019 року понад 27 мільйонів українців були зареєстровані у системі, а понад 23 тисячі лікарів уклали електронні декларації з пацієнтами [34, с. 45]. У 2019 році стартувало електронне призначення лікарських засобів, що забезпечило контрольованість програми «Доступні ліки». Також державні органи МОЗ та НСЗУ отримали актуальні дані про стан охорони здоров'я, що дозволило точніше планувати бюджетні витрати.

Нові клінічні протоколи. До 2017 року українські клінічні протоколи (стандарти лікування) часто були застарілими, надмірно деталізованими та бюрократизованими. Лікарі зобов'язані були дотримуватися жорстко визначених схем лікування, що не враховували індивідуальних особливостей пацієнта. Крім того, українські протоколи нерідко відставали від світових рекомендацій на 5-10 років, що знижувало ефективність терапії та збільшувало витрати.

Поворотним моментом стало ухвалення наказу МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 року «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751». Цим документом було дозволено лікарям користуватися міжнародними клінічними протоколами як основою для лікування пацієнтів. З 2017 року лікарі отримали право

обирати національний протокол (якщо він існує і відповідає сучасним вимогам) або міжнародний (рекомендації BOOЗ, NICE, ERS, ESMO, тощо) [23, с. 42]. Це стало важливим кроком у напрямі гармонізації української медицини з європейськими стандартами, підвищило професійну автономію лікарів, підвищило якість лікування та зменшило навантаження на МОЗ у частині затвердження численних локальних протоколів [38, с. 213].

Але впровадження медичної реформи мало ряд проблем. Перш за все це недостатнє фінансування. Попри задекларований рівень 5 % ВВП на охорону здоров'я, у 2019 – 2020 роках фактичні видатки складали близько 3 % ВВП [40, с. 116]. Це не забезпечувало належних тарифів для медичних послуг та гідної оплати праці персоналу. Внаслідок цього виникали конфлікти між МОЗ, лікарями та місцевими органами влади. Другою проблемою є нерівномірність доступу. У сільських регіонах пацієнти часто не мали реального вибору сімейного лікаря. Закриття малопотужних лікарень викликало суспільне невдоволення та відчуття «медичної ізоляції» у громадах [42, с. 97]. Третьою проблемою лишається кадровий дефіцит. Масова міграція лікарів до Польщі, Чехії та Німеччини загострила проблему нестачі кадрів. За даними МОЗ, дефіцит лікарів первинної ланки у 2020 році становив понад 25 % [14]. Проблемою впровадження реформи стала також низька довіра населення, адже пацієнти часто з недовірою ставилися до електронних інновацій та вибору лікаря, оскільки радянська модель привчила до «приписки» за місцем проживання. Це зумовлювало потребу у масштабній інформаційній кампанії, яка проводилась недостатньо ефективно. Також проблемним місцем реформи стали інфраструктурні обмеження, адже багато лікарень залишалися у старих приміщеннях, зношене обладнання та відсутність швидкісного інтернету унеможливлювали ефективне впровадження e-Health у віддалених регіонах [43].

На сучасному етапі у 2020-х роках українська система охорони здоров'я стикається з новими викликами. COVID-19 показав недостатню готовність інфраструктури до масштабних епідемій та низьку координацію між центром та регіонами [39, с. 79]. Повномасштабна війна починаючи з 2022 року призвела до руйнування понад 1200 медичних закладів, масової міграції населення та критичного навантаження на систему охорони здоров'я. Психічне здоров'я стає окремим пріоритетом через травматичний досвід населення та військових [30, с. 69]. Фінансова нестабільність – у 2023 році бюджет охорони здоров'я формувався в умовах значної залежності від міжнародних донорів.

Таким чином, медична реформа 2017 року започаткувала системний перехід від радянської моделі організації системи охорони здоров'я (модель Семашка) до європейського підходу, орієнтованого на пацієнта, прозоре фінансування та доказову медицину. Основними її здобутками стали створення НСЗУ, розвиток первинної ланки, програма «Доступні ліки» та впровадження e-Health. Водночас проблеми недофінансування, нерівномірності доступу, кадрового дефіциту та низької довіри населення істотно обмежили ефективність змін. Сучасний етап розвитку української медицини ускладнений додатковими викликами пандемії та війни, що вимагає комплексного підходу, зокрема збільшення інвестицій, підтримки лікарів та інтеграції міжнародної допомоги. Реформа 2017 року стала лише початком трансформаційного процесу, результативність якого залежатиме від стабільності політичного курсу та послідовності подальших рішень у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ У ШКІЛЬНОМУ КУРСІ ІСТОРІЇ

3.1 Особливості вивчення теми реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні у сучасній українській школі

Типова навчальна програма з історії для здобувачів 10-11 класів містить загальну вимогу вивчати суспільно-політичні та соціально-економічні трансформації незалежної України, однак програма не дає детального списку матеріалів саме щодо реформи системи охорони здоров'я – тобто тема існує у межах соціальної політики, суспільних змін, але без конкретизації.

Авторитетні підручники з історії України охоплюють пострадянський період та основні реформи, але найчастіше автори роблять акцент на політичних подіях та економічних реформах, глибокого тематичного блоку, присвяченого деталям медичної реформи та її елементам у шкільних виданнях зазвичай немає [44; 45; 46; 47; 48; 49; 50]. Саме тому, вчителям варто залучати першоджерела та видання Міністерства охорони здоров'я про стан системи охорони здоров'я періоду незалежності України та основні етапи та результати медичної реформи 2017 року.

Вивчення теми реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні у шкільному курсі історії має низку особливостей, зумовлених як освітніми стандартами, так і актуальністю проблеми для сучасного суспільства.

Розвиток критичного мислення. У межах вивчення теми реформування системи охорони здоров'я періоду незалежності є ряд можливостей розвивати навички критичного мислення учнів. Учні вчаться відрізняти твердження від доказів, оцінювати надійність джерел та упередження, працювати з даними (читати графіки, ставити питання

до статистики), будувати аргумент та розглядати контраргументи, бачити стейкхолдерів, ризики та компроміси рішень. Прикладами завдань можуть бути «Claim-Evidence-Reasoning» (твердження-докази-обґрунтування), «Сократівське коло» та «Рівні запитань» (заглиблення обговорення від фактів до оцінок), «Латеральне читання джерел» (порівняння та оцінювання джерел з огляду на надійність інформації), аналіз статистики, «Карта аргументу» або «Чотири кути» (формування позиції та контрпозиції), рольова гра «Стейкхолдери реформи» (відображення інтересів різних груп та компромісів між ними), «Когнітивні пастки» (учні визначають правдивість або помилковість тверджень про реформу), та багато інших.

Проектна та дослідницька діяльність. Проектна діяльність передбачає створення продукту (презентація, відео, інфографіка, міні-дослідження, соціальна ініціатива), який має практичне значення. Дослідницький компонент – це аналіз даних, джерел, опитувань і формулювання власних висновків. Для учнів це спосіб побачити, що медицина не абстрактна реформа системи десь угорі, а сфера, яка стосується кожної громади та родини.

Можливими форматами проектів у межах теми можуть бути наступні:

Міні-дослідження (Медицина моєї громади)

Завдання: зібрати дані про кількість лікарських амбулаторій, доступність сімейних лікарів, наявність аптек із програмою «Доступні ліки».

Інструменти: карта Google Maps, опитування місцевих мешканців, фотографії місцевої амбулаторії.

Результат: інтерактивна карта чи постер «Медична мапа нашої громади».

Освітній ефект: учні бачать нерівність між містом і селом, вчаться інтерпретувати локальні дані.

Порівняльний проєкт «Україна і світ»

Завдання: у групах обрати країну (Польща, Німеччина, Велика Британія) і порівняти три аспекти – фінансування медицини, роль сімейного лікаря, доступність ліків.

Результат: презентація з таблицею «Спільне та відмінне».

Освітній ефект: учні бачать, що українська реформа не ізольована, а йде у напрямку європейських моделей.

Соціологічне опитування «Що знають люди про реформу»

Завдання: створити анкету на 5-7 питань про декларацію з сімейним лікарем, користуванням соціальними медичними програмами та іншими електронними медичними послугами.

Інструменти: Google Forms або паперове опитування серед батьків, учителів.

Результат: діаграми з результатами та короткий висновок.

Освітній ефект: формування культури збору даних і вміння робити узагальнення.

Кейс-проєкт «Пацієнтський шлях»

Завдання: описати, як сьогодні виглядає маршрут пацієнта (звернення до сімейного лікаря – електронне направлення – лікарня - аптека).

Інструменти: схеми, блок-схеми (створені засобами електронних ресурсів, наприклад Canva).

Результат: візуалізація «Пацієнтський маршрут у 2025 році».

Рефлексія: що змінилося у порівнянні з дореформним періодом?

Проєкт «Моя ідеальна система охорони здоров'я»

Завдання: створити власну модель (хто фінансує, як працює лікарня, яку роль відіграє держава та громада).

Результат: презентація у групах, постер або дебати між «міністерствами» учнівських груп.

Освітній ефект: розвиток стратегічного мислення та креативності.

Головна цінність проєктно-дослідницького методу полягає у закріпленні навичок самостійної роботи з джерелами та даними, інтеграції знань з історії, економіки, права, інформатики, розвитку навичок командної роботи й публічного виступу, тощо.

Формування громадянської відповідальності. Громадянська відповідальність – це усвідомлення учнями своїх прав та обов’язків у суспільстві, готовність дбати про власне та громадське благо, діяти в інтересах громади та держави. Система охорони здоров’я прямо пов’язана з кожним громадянином, адже якісні послуги залежать не лише від державної політики, а й від поведінки громадян, відповідальність за своє здоров’я несе пацієнт разом з лікарем. Тож держава створює умови, але громадяни повинні їх використовувати.

Формами роботи для формування громадянської відповідальності учнів можуть бути дискусії, орієнтовні теми – «Чи може людина вимагати якісного лікування, якщо вона не дотримується профілактичних оглядів чи вакцинації?», «Чи справедливо, що держава витрачає великі ресурси на лікування тих, хто свідомо шкодить здоров’ю? (зловживає алкоголем, палить цигарки, тощо)». Також результативними будуть практичні вправи – ситуаційні задачі (наприклад «Які обов’язки ви маєте як пацієнт?») та рольові ігри (наприклад «Пацієнт і лікар»).

Міждисциплінарний підхід. Цей підхід полягає у поєднанні знань і методів із різних навчальних дисциплін для формування цілісного розуміння теми. У випадку вивчення реформ охорони здоров’я він допомагає учням не лише засвоїти історичні факти, а й усвідомити соціальний, правовий, економічний, біологічний та громадянський виміри процесу. Тема може розглядатися не лише в курсі історії України, але й у громадянській освіті, основах здоров’я, правознавстві та навіть економіці.

Приклади міждисциплінарних інтеграцій:

Історія України + Громадянська освіта

- аналіз причин реформ охорони здоров'я після здобуття незалежності
- обговорення ролі державних інституцій (МОЗ, НСЗУ) у житті громадян
- приклад завдання: «Порівняйте модель Семашка та сучасну українську систему. Які права пацієнтів реалізуються сьогодні?»

Історія України + Основи здоров'я + Біологія

- вивчення ролі сімейного лікаря у профілактиці хвороб
- обговорення впливу вакцинації та профілактичних програм на здоров'я населення
- приклад завдання: «З'ясуйте, як змінилась доступність вакцинації та профілактики хвороб після початку реформи»

Історія України + Математика + Інформатика

- робота з реальними статистичними даними (видатки на медицину, кількість лікарів, середня тривалість життя)
- побудова графіків та діаграм у Excel або Google Sheets
- приклад завдання: «Побудуйте графік видатків на охорону здоров'я України за останні 10 років і зробіть висновок про тенденції»

Історія України + Економіка

- аналіз фінансування медицини: «гроші ходять за пацієнтом»
- порівняння державної та приватної медицини
- приклад завдання: «Розрахуйте умовний бюджет пацієнта на ліки за програмою «Доступні ліки» та без неї»

Історія України + Правознавство

- вивчення прав пацієнтів згідно із Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я»

- приклади правових кейсів: «Чи має пацієнт право обрати свого лікаря?»
- приклад завдання: «Підготуйте короткий правовий дайджест для учнів школи: що потрібно знати про права пацієнтів»

Історія України + Географія

- аналіз регіональних відмінностей у доступності медичних послуг
- робота з картою: де найбільше лікарів на душу населення?
- Приклад завдання: «Порівняйте доступність медичних закладів у сільській та міській місцевості»

Історія України + Література / Українська мова

- Створення есе або публіцистичного тексту на тему «Якою має бути медицина майбутнього»
- Аналіз медичної тематики у публіцистичних статтях та соціальній рекламі.

Актуальність та зв'язок із сучасністю. Майже кожна родина вже уклала декларацію із сімейним лікарем, користується сучасними цифровими технологіями в освіті, користується програмою «Доступні ліки», тощо. Це допомагає краще зрозуміти практичний бік реформи, сутність державної соціальної політики, виховати активного громадянина, який знає і відстоює свої права, сформувати відчуття причетності до європейських цінностей.

Отже, сучасна реформа охорони здоров'я (2016 – 2020-ті роки) є важливим прикладом соціальних змін, які напрямую впливають на життя кожного громадянина. Саме тому включення цієї теми у навчальний процес має значний освітній та виховний потенціал: формує критичне мислення, громадянську відповідальність, розуміння взаємозв'язку між державною політикою та повсякденним життям людини. Для якісного викладання теми вчителю слід доповнювати матеріал підручника сучасними джерелами, застосовувати інтерактивні методи. Це дозволяє

зробити уроки більш актуальними, наближеними до життя та спрямованими на виховання активної громадянської позиції учнів.

3.2 Розробка уроку на тему: «Еволюція системи охорони здоров'я у незалежній Україні»

Тема уроку: Еволюція системи охорони здоров'я у незалежній Україні

Мета:

- ознайомити учнів з особливостями розвитку системи охорони здоров'я України від 1991 року до сьогодення,
- розкрити ключові етапи реформування галузі,
- сформулювати уявлення про проблеми та здобутки охорони здоров'я,
- розвивати навички критичного мислення та аналізу соціально-економічних процесів.

Завдання:

- ✓ простежити історичні етапи становлення системи охорони здоров'я після здобуття незалежності;
- ✓ визначити головні проблеми та виклики у цій сфері;
- ✓ ознайомитися з медичною реформою 2017 року та сучасними тенденціями;
- ✓ сприяти вихованню відповідального ставлення до власного здоров'я.

Тип уроку: комбінований (вивчення нового матеріалу, практична робота, дискусія).

Обладнання: презентація (схеми, статистика, фото), роздатковий матеріал (хронологічна таблиця реформ), картки з проблемними питаннями для групової роботи, відеофрагмент (про створення НСЗУ та програму «Доступні ліки»).

Хід уроку

1. Організаційний момент (2 хв)

Привітання, оголошення теми та мети уроку.

2. Актуалізація знань учнів (5 хв)

Бесіда:

Що ви знаєте про систему охорони здоров'я СРСР?

Хто такий М. Семашко та чим він відомий?

Які проблеми системи охорони здоров'я найчастіше обговорюють у новинах?

3. Вивчення нового матеріалу (20 хв)

Заповнити таблицю під час розповіді вчителя

Етапи розвитку охорони здоров'я України

I. 1991 – 2000 рр.

- спадщина радянської системи (модель Семашка)
- недостатнє фінансування, застарілі лікарні, низькі зарплати лікарів
- спроби реформування (закони про охорону здоров'я, страхову медицину – але не реалізовані)

II. 2000 – 2010 рр.

- перша хвиля реформ: перехід до страхової медицини не відбувся
- акцент на розвиток сімейної медицини
- зростання нерівності у доступі до медичних послуг

III. 2010 – 2016 рр.

- експериментальні проєкти реформування (пілотні проєкти у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях)
- низька результативність через корупцію та нестабільність політики

IV. 2017 – 2021 рр. – Нова медична реформа

- автономізація закладів охорони здоров'я
- створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ)
- програма «Доступні ліки»
- впровадження e-Health
- принцип «гроші йдуть за пацієнтом»

V. 2022 – 2024 рр. – воєнний період

- робота системи охорони здоров'я в умовах війни
- мобільні госпіталі, психологічна допомога
- міжнародна підтримка та розвиток телемедицини

4. Закріплення матеріалу (10 хв)

Практична робота в групах.

Клас ділиться на три групи, кожна група отримує завдання:

Група № 1: Назвіть та охарактеризуйте проблеми системи охорони здоров'я в Україні у 1990-х роках.

Група № 2: Поясніть переваги та недоліки медичної реформи 2017 року.

Група № 3. Охарактеризуйте роль міжнародної допомоги для медицини України під час війни.

Презентація результатів (по 2 хвилини на групу)

5. Підведення підсумків уроку (5 хв)

Метод «Мікрофон»

Що нового ви дізналися сьогодні?

Як зміни у системі охорони здоров'я впливають на кожного з нас?

6. Домашнє завдання (2 хв)

Виконати одне завдання на вибір:

- ✓ Підготувати есе на тему «Якою я бачу систему охорони здоров'я України через 10 років»
- ✓ Дослідницький міні-проект на тему: «Маршрут пацієнта у м. Херсоні у 2025 році»

3.3 Шаблон учнівської інструкції до міні-проекту на тему «Маршрут пацієнта у м. Херсоні у 2025 році»

Учнівська інструкція до міні-проекту

Тема: Маршрут пацієнта у м. Херсоні у 2025 році

Мета проекту:

- дослідити організацію надання медичної допомоги у Херсоні у 2025 році;
- визначити основні точки маршруту пацієнта від звернення до лікаря первинної ланки до спеціалізованої допомоги;
- показати проблеми та переваги існуючої системи охорони здоров'я;
- розробити пропозиції можливого вдосконалення маршруту пацієнта.

Завдання проєкту:

- ✓ зібрати інформацію про медичні заклади міста (поліклініки, лікарні, центри ПМСД);
- ✓ ознайомитися з правилами електронного запису до лікаря через e-Health;
- ✓ проаналізувати нормативні документи МОЗ та НСЗУ, які стосуються маршруту пацієнта;
- ✓ скласти схему маршруту (графічно або у вигляді таблиці);
- ✓ підготувати презентацію / плакат / відео з результатами дослідження.

Очікуваний результат:

1. Створена візуальна схема «Маршрут пацієнта у Херсоні у 2025 році»
2. Аналітична довідка з описом переваг і недоліків існуючої моделі
3. Креативна презентація (PowerPoint, Canva, Google Slides) або інформаційний буклет

Етапи роботи:

- I. Організаційний етап: розподіл ролей у групі (дослідники, дизайнери, аналітики, презентатори).
- II. Збір інформації: опрацювання сайтів МОЗ, НСЗУ, Херсонської міської ради, місцевих лікарень.

III. Аналіз: визначення ключових кроків, які проходить пацієнт (запис – прийом у сімейного лікаря – діагностика – направлення – спеціалізована допомога).

IV. Створення схеми маршруту пацієнта графічними засобами.

V. Презентація: захист проєкту перед класом або на шкільному заході.

Критерії оцінювання:

Повнота зібраної інформації – 3 б.

Логічність та зрозумілість схеми маршруту – 3 б.

Аналітичність (виявлені проблеми, шляхи вдосконалення) – 2 б.

Креативність оформлення – 2 б.

Якість виступу та командної роботи – 2 б.

Рекомендовані джерела:

Офіційний сайт МОЗ України: <https://moz.gov.ua/uk>

Офіційний сайт НСЗУ: <https://nszu.gov.ua/>

Портал e-Health: <https://ehealth.gov.ua/>

Херсонська міська рада: <https://miskrada-ks.gov.ua/>

Херсонська міська клінічна лікарня імені Є.Є. Карабелеша:
<https://www.seaclinic.ks.ua/>

Херсонська міська клінічна лікарня імені О.С. Лучанського:
<https://luchanskogo.ks.ua/>

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно розглянути процес реформування системи охорони здоров'я України періоду незалежності та визначити специфіку його відображення у шкільному курсі історії.

Становлення незалежної української держави супроводжувалося кризовими явищами у медичній сфері, зумовленими спадщиною радянської системи Семашка. Вона характеризувалася централізованим управлінням, орієнтацією на кількісні показники, надмірною бюрократизацією та декларованою безоплатністю, яка в умовах економічної нестабільності 1990-х років виявилася малоефективною. Брак фінансування, застаріла матеріально-технічна база, відтік кваліфікованих кадрів і поширення неформальних платежів фактично нівелювали проголошені принципи доступності та рівності медичної допомоги.

Перша хвиля реформ у 1990-х – на початку 2000-х носила переважно декларативний характер і була обмежена експериментальними проектами, спробами зміни механізмів фінансування та окремими ініціативами щодо впровадження медичного страхування. Відсутність системної стратегії, політичної стабільності та належних ресурсів не забезпечила відчутних результатів. Ситуація погіршувалася також тим, що держава фактично зберігала радянські підходи до організації галузі, не наважуючись на радикальні структурні зміни. У результаті суспільство опинилося перед подвійною кризою – формальною безоплатністю медичних послуг і фактичною комерціалізацією доступу до якісної допомоги.

Протягом 2000-х років поступово визрівала потреба у масштабнішій трансформації, здатній подолати вади системи Семашка та наблизити Україну до європейських стандартів. Хоча уряди цього періоду пропонували окремі концепції реформ, більшість із них

залишалася нереалізованою через політичну нестабільність та опір інституційних структур. Лише після 2014 року, у контексті загального курсу на євроінтеграцію та оновлення державних інститутів, було створено умови для розробки та впровадження комплексної медичної реформи. Саме ці передумови заклали основу для змін 2017 року, які вперше задекларували перехід від радянської до сучасної моделі охорони здоров'я, зорієнтованої на потреби пацієнта.

Медична реформа 2017 року стала якісно новим етапом розвитку охорони здоров'я в Україні. Її ключовим досягненням стало створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу, відповідального за фінансування медичних послуг і укладання контрактів із закладами охорони здоров'я. запровадження принципу «гроші йдуть аз пацієнтом» дозволило відійти від радянської практики утримання лікарень за кількістю ліжок і штатних посад, орієнтуючи систему на фактичний обсяг та якість наданих послуг.

Важливим напрямом реформи стало зміцнення первинної медичної допомоги. Пацієнти отримали право вільного вибору сімейного лікаря, терапевта чи педіатра, що підвищило конкуренцію серед медичних закладів і стимулювало їх до підвищення якості сервісу. Була впроваджена практика декларацій, яка стала основою для фінансування первинної ланки з державного бюджету через НСЗУ. Одним із помітних результатів реформування стала програма «Доступні ліки», яка передбачає відшкодування державою вартості найбільш необхідних медикаментів для лікування поширених хронічних захворювань. Це дало змогу значно полегшити фінансовий тягар для пацієнтів і зробило лікування більш доступним для широких верств населення. Суттєвим інноваційним кроком стало впровадження електронної системи охорони здоров'я e-Health. Вона забезпечила перехід до електронних рецептів, медичних карток і централізованого збору даних, що створило прозорість у фінансуванні, спростило

взаємодію пацієнтів і лікарів та зменшило можливості для корупційних зловживань.

Попри значні зрушення, українська система охорони здоров'я й надалі стикається з низкою серйозних проблем. Серед них – недостатній рівень фінансування, який залишається нижчим за рекомендовані ВООЗ стандарти; гострий кадровий дефіцит, зумовлений трудовою міграцією медиків та нерівномірним розподілом кадрів між містом і селом; збереження суттєвих відмінностей у доступі до медичних послуг залежно від регіону та рівня доходів населення. Додаткові виклики створили пандемія COVID-19 і повномасштабне вторгнення, які виявили як сильні, так і вразливі сторони реформи, актуалізувавши потребу у подальшому вдосконаленні системи. У цілому медична реформа 2017 року заклала підвалини для побудови сучасної моделі охорони здоров'я, проте її успішність значною мірою залежить від стабільного фінансування, збереження кадрового потенціалу та забезпечення рівності доступу громадян до якісних медичних послуг.

Аналіз міністерських програм та шкільних підручників з історії України показав, що тема реформування системи охорони здоров'я у незалежній Україні представлена у шкільному курсі історії фрагментарно, здебільшого у контексті соціальних труднощів 1990-х чи реформ після 2014 року, без детального розкриття механізмів реформаторських процесів. Вивчення теми охорони здоров'я у закладах загальної середньої освіти має потужний навчально-виховний потенціал: сприяє формуванню критичного мислення, громадянської активності, уміння співвідносити історичні події з особистим досвідом та сучасними викликами. Саме тому, пропонуємо розробку уроку відповідної тематики із застосуванням інтерактивних методів навчання та міждисциплінарного підходу, а також шаблон учнівської інструкції до міні-проєкту, що демонструє можливості практичного втілення

компетентісного підходу, поєднання історії з громадянською освітою та соціальною практикою.

Отже, реформування системи охорони здоров'я України у період незалежності варто розглядати не лише як історичний процес, але й як освітній ресурс. Його інтеграція у шкільний курс історії дозволить забезпечити більш комплексне розуміння новітньої історії України, формувати активну громадянську позицію та підготувати учнів до свідомої участі у суспільному житті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

Джерела

1. Заклади охорони здоров'я.
URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/oz_rik/oz_u/zakladu_06_u.html (дата звернення: 26.04.2025).
2. Захворюваність населення.
URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/oz_rik/oz_u/zahvor_06_u.html (дата звернення: 26.04.2025).
3. Звіт про роботу Національної служби здоров'я України.
URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/zvit-pro-robotu-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini> (дата звернення: 26.04.2025).
4. Медичні кадри.
URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/oz_rik/oz_u/mkadru_06_u.html (дата звернення: 26.04.2025).
5. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf (дата звернення: 26.04.2025).
6. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 26.04.2025).
7. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

- URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 26.04.2025).
8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. 41 с.
URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf (дата звернення: 26.04.2025).
 9. Основи законодавства України про охорону здоров'я.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 26.04.2025).
 10. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.
 11. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022 р.
Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361136/WHOEURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (дата звернення: 26.04.2025).
 12. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 26.04.2025).
 13. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року.
URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf> (дата звернення: 26.04.2025).
 14. «Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я». Аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень.
URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna->

politika/schodo-kadrovoi-politiki-u-reformuvanni-vitchiznyanoi-sferi?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 01.04.2025).

Література

15. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. № 2/2020. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20> (дата звернення: 01.04.2025)
16. Бойко С. Особливості державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2016. № 1(53). С. 57-60.
17. Вороненко Ю., Гойда Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. *Сучасні медичні технології*. 2013. № 2. С. 24-26.
18. Горбань Д. Організація охорони здоров'я України: основні принципи та моделі. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. № 8. <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-8-03-04>
19. Демченко І. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки*. 2019. Том 30 (69) № 6. С.7-13. <https://doi.org/10.32838/2707-0581/2019.6/02>
20. Запорожченко А. Особливості розвитку охорони здоров'я в Україні 1950-2000 рр. *Юридичний вісник*. 2018. № 3. С. 18-24. <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i3.930>
21. Іванчов П. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Actual problems of economics*. 2020. № 6 (228). С. 133-145.
22. Коломієць О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ*

- «Київський політехнічний інститут». № 15 (2018). С. 18-27.
<https://doi.org/10.20535/2307-5651.15.2018.135920>
23. Костюк В. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24(2). С. 39-43.
 24. Криничко Л. Етапи реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні. *Літопис Волині. Всеукраїнський науковий часопис*. 2020. Чис. 22. С. 104-111. <https://doi.org/10.32782/2305-9389/2020.22.17>
 25. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Том 9. № 2. С. 86-100.
 26. Кринична І. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 3 (17). С. 19-26.
 27. Лехан В., Гінзбург В., Борвінко Е. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 61 (4). С. 99-105.
 28. Лехан В., Крячкова Л., Заярський М. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11.
 29. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.
 30. Литвинова О., Теренда Н., Запорожан Л., Феш М. (2023). Системний підхід до аналізу реформування системи охорони здоров'я в Україні: нормативні гарантії та проблеми. *Вісник соціальної гігієни та*

організації охорони здоров'я України. 2023. № 4 (94). С. 62-69.
<https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13684>

31. Надутий К., Лехан В., Найда І. Обґрунтування концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. *Український медичний часопис. 2019. № 1 (2). С. 26–28.*
32. Панов І. Вплив децентралізації на організацію роботи закладів системи охорони здоров'я України та надання соціальних послуг в сфері охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал. 2024. № 8. С. 164-169.*
33. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Український медичний часопис. Актуальні питання медичної практики. 2017. № 2. С. 1-6.*
34. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2014. № 2. С. 34-45.*
35. Робак І., Демочко Г. Історія вітчизняної медицини та охорони здоров'я в персоналіях (здобутки років незалежності). *Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут». Серія: Історія науки і техніки. 2013. № 68. С. 149-157.*
36. Рудень В. Про сутність та мотиви у виборі до запровадження економічної системи охорони здоров'я в Україні як країні з ринковою економікою. *Інтелект XXI. № 5. 2019. С. 86-91.*
<https://doi.org/10.32782/2415-8801/2019-5.17>
37. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис... канд. наук: 25.00.02. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2006. 20 с.
38. Сенюк Ю.І., Надюк З.О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне*

управління. 2020 р., № 2. С. 211-220.
<https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.32>

39. Слабкий Г.О., Петриченко О.О., Лупей-Ткач С.І. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 1 (25). С. 79-84.
40. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В. Лехан, Н. М. Лакізи Сачук, В. М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. 176 с.
41. Шевчук Р. Аналіз проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. Том 33 (72). № 6. 2022. С. 178-183. <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2022.6/28>
42. Шевчук Р. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Публічне урядування*. 2022. №3 (31). С. 95-101. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3\(31\)-13](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(31)-13)
43. Юрочко Т. Електронна охорона здоров'я. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/edefb566-be10-469d-9d34-84291156ee44/content> (дата звернення: 01.04.2025)

Підручники для закладів загальної середньої освіти

44. Власов В.С., Кульчицький С.В. Історія України (рівень стандарту): підручник для 11 класу закладів загальної середньої освіти. Київ: Літера ЛТД, 2019. 256 с.
45. Власов В.С., Кульчицький С.В. Історія України (профільний рівень): підручник для 11 класу закладів загальної середньої освіти. Київ: Літера ЛТД, 2019. 288 с.
46. Даниленко В., Смольницька М. Історія України: рівень стандарту: підруч. для 11-го кл. закл. заг. серед. освіти. Київ: Генеза, 2019. 224 с.

47. Мудрий М., Аркуша О. Історія: Україна і світ: (інтегр. курс, рівень стандарту): підруч. для 11-го кл. закл. заг. серед. освіти. Київ: Генеза, 2019. 304 с.
48. Сорочинська Н., Гісем О. Історія України [рівень стандарту]: підручник для 11 кл. закл. загальн. серед. освіти. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2019. 240 с.
49. Струкевич О., Дровозюк С. Історія України (рівень стандарту): підруч. для 11 кл. закл. загальн. середн. освіти. Київ: Грамота, 2019. 240 с.
50. Хлібовська Г., Наумчук О., Крижановська М., Гирич І., Бурнейко І. Історія України. Рівень стандарту: підручник для 11 класу закладів загальної середньої освіти. Тернопіль: Астон, 2019. 256 с.