

DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-1-35>

УДК 351.77: 614.2 (477)(1-22)

Вашев Олег Єгорович,*кандидат медичних наук, доцент,**доцент кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції
навчально-наукового інституту “Інститут державного управління”**Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна,**майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна**e-mail: Oleg.Vashev@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2496-240X>***Бугаєв Владислав Юрійович,***аспірант кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції
навчально-наукового інституту “Інститут державного управління”**Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна,**майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна**e-mail: bugaievvu@gmail.com*

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ КРАЇН ЄС, КАНАДИ, ПОЛЬЩІ, ЛИТВИ)

Анотація. Стаття розглядає гостру та багатоаспектну проблему забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг для сільського населення, що є фундаментальним принципом сучасної соціальної держави. Для України ця проблема набуває особливої актуальності через затяжну демографічну кризу, інтенсивну трудову міграцію, хронічне недофінансування галузі та безпрецедентне руйнування медичної інфраструктури внаслідок повномасштабної військової агресії Російської Федерації. У цьому контексті забезпечення здоров'я сільського населення стає не лише питанням соціальної справедливості, але й критично важливим чинником національної безпеки та спроможності держави до повоєнного відновлення.

Дослідження ґрунтується на детальному порівняльному аналізі зарубіжного досвіду державного регулювання медичного обслуговування у країнах Європейського Союзу, Канаді, Польщі та Литві. Визначено, що попри відмінності у моделях фінансування та адміністрування, ефективні системи сільської медицини базуються на універсальних принципах солідарності, універсальності та доступності, з особливим акцентом на посиленні первинної медичної допомоги (ПМД) як центральної ланки. Проаналізовано різноманітні інструменти, спрямовані на подолання викликів, зокрема кадрового дефіциту на селі.

Як цитувати: Вашев О. Є., Бугаєв В. Ю. Зарубіжний досвід державного регулювання медичного обслуговування сільського населення (на прикладі країн ЄС, Канади, Польщі, Литви). *Державне будівництво*. 2025. № 1 (37). С. 492–503. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-1-35>

In cites: Vashev, O.Ye., Bugaev, V.Yu. (2025). Foreign experience of state regulation of medical services for the rural population (example of EU countries, Canada, Poland, Lithuania). *State Formation*, no. 1 (37), 492–503. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-1-35> [in Ukrainian].

© Вашев О. Є., Бугаєв В. Ю., 2025



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0

Це включає потужні фінансові стимули (програми списання студентських кредитів, бонуси за працевлаштування та утримання, пільгова іпотека у Канаді, додаткові коефіцієнти до капітаційних ставок у Польщі та Литві) та нефінансові механізми (професійна підтримка, "locum" програми). Висвітлено роль телемедицини як інноваційного інструменту для розширення географічного доступу до спеціалізованої допомоги, а також важливість мобільних медичних бригад та розширення повноважень інших медичних професіоналів, зокрема медсестер з розширеними повноваженнями. Особлива увага приділяється значному прогресу у цифровізації охорони здоров'я (e-Health), що включає електронні рецепти, направлення та національні портали пацієнтів, які суттєво спрощують логістику та підвищують прозорість системи.

На основі узагальнення найкращих практик сформульовано комплексні рекомендації для України. Вони охоплюють подальше посилення інституту сімейного лікаря шляхом удосконалення механізмів оплати з урахуванням географічних та демографічних особливостей; розробку довгострокової державної програми «Лікар для села»; масштабне та системне впровадження телемедицини з відповідною інфраструктурною та нормативною підтримкою; створення національної мережі мобільних медичних бригад; а також розширення повноважень та ролі медичних сестер/фельдшерів у сільській місцевості. Підсумовуючи, стаття наголошує, що успіх полягає не в копіюванні однієї моделі, а в побудові власної адаптованої системи, що базується на універсальних принципах солідарності, пріоритеті первинної ланки, потужній державній підтримці кадрового потенціалу, глибокій інтеграції технологій та готовності до структурних реформ. Це є ключовою дорожньою картою для України у повоєнний період.

Ключові слова: *сільська медицина, державне регулювання медичних послуг в Україні, зарубіжний досвід надання медичних послуг сільському населенню, цифровізація охорони здоров'я, повоєнне відновлення, трансформація медичних систем, електронна охорона здоров'я.*

Постановка проблеми. Забезпечення рівного, справедливого та своєчасного доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу чи місця проживання, є фундаментальним принципом сучасної соціальної держави та ключовим індикатором її цивілізаційного розвитку. В Україні, де за різними оцінками до 40% населення проживає у сільській місцевості, проблема організації та державного регулювання медичного обслуговування на селі стоїть особливо гостро. Ця проблема не є новою, проте її актуальність посилюється комплексом кризових явищ: затяжною демографічною кризою, що проявляється у старінні сільського населення та відтоку молоді до міст; інтенсивною трудовою міграцією; недостатнім та часто нераціональним фінансуванням; а також безпрецедентним руйнуванням медичної інфраструктури внаслідок повномасштабної військової агресії російської федерації. Десятки амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів було зруйновано, а вимушене внутрішнє переміщення мільйонів людей створило колосальний тиск на системи охорони здоров'я в приймаючих громадах. У цьому контексті, забезпечення здоров'я сільського населення стає питанням не лише соціальної справедливості, але й національної безпеки, стійкості держави та її здатності до повоєнного відновлення. Саме тому комплексний аналіз та критична адаптація успішного

зарубіжного досвіду є не просто академічною справою, а критично необхідним елементом для формування ефективної, стійкої та довгострокової національної політики у сфері сільської медицини. Досвід країн Європейського Союзу, Канади, а також Польщі та Литви, які пройшли власний складний шлях трансформації, становить винятковий інтерес для ідентифікації дієвих механізмів та розробки практичних рекомендацій для України.

Метою статті є аналіз зарубіжного досвіду державного регулювання медичного обслуговування сільського населення та розробка практичних рекомендацій для України, спрямованих на забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в умовах сучасних викликів.

Виклад основного тексту. Розглядаючи міжнародний досвід, варто почати із загальних підходів, що практикуються в Європейському Союзі, куди інтегрується Україна. Системи охорони здоров'я в ЄС залишаються переважно національною компетенцією, що означає відсутність єдиної для всіх моделі. Проте діяльність Союзу суттєво впливає на національні політики через встановлення спільних цінностей та правових рамок. Стаття 35 Хартії основних прав ЄС проголошує право кожного на доступ до профілактичної медичної допомоги та отримання лікування, зобов'язуючи країни-члени забезпечувати високий рівень охорони здоров'я при реалізації всіх політик [1]. Це слугує основою для подолання нерівності, зокрема територіальної. Ключовими принципами, що просуваються Брюсселем, є універсальність (доступ для всіх легальних резидентів), доступність (подолання географічних, фінансових та адміністративних бар'єрів) та солідарність. Останній принцип особливо важливий для сільської місцевості, оскільки передбачає фінансування систем через колективні механізми (загальні податки або соціальні внески), що дозволяє перерозподіляти фінансові потоки від економічно активних міських агломерацій до менш розвинених сільських та периферійних регіонів. Попри ці зусилля, звіти Єврокомісії свідчать, що розрив у показниках очікуваної тривалості здорового життя між міськими та сільськими жителями залишається значним у багатьох країнах ЄС. Причинами цього є не лише гірший доступ до медичних послуг, а й комплекс соціально-економічних детермінант здоров'я, як-от нижчий рівень освіти, менші доходи та більш ризиковані умови праці, поширені на селі [2].

Для впливу на національні політики ЄС використовує низку потужних "м'яких" інструментів. Програма EU4Health, з бюджетом понад €5.3 мільярди на період 2021-2027 років, є флагманською ініціативою, спрямованою на посилення стійкості систем охорони здоров'я. Вона фінансує проекти з підвищення кваліфікації медичних працівників, зокрема з фокусом на навичках, необхідних для роботи в сільській місцевості (наприклад, управління множинними хронічними захворюваннями), впровадження цифрових рішень та створення Європейських референтних мереж для рідкісних захворювань, що дозволяє сільському лікарю отримати консультацію провідних фахівців з усього ЄС [3]. Іншим потужним інструментом є Європейські структурні та

інвестиційні фонди (ESIF), зокрема Європейський фонд регіонального розвитку (ERDF) та Європейський соціальний фонд Плюс (ESF+). Через ці фонди країни-члени, особливо ті, що приєдналися до ЄС після 2004 року, залучили мільярди євро на модернізацію інфраструктури: від ремонту та оснащення сільських амбулаторій до закупівлі мобільних діагностичних комплексів. Процес отримання фінансування зазвичай передбачає розробку національних або регіональних операційних програм, що відповідають пріоритетам ЄС, та дотримання принципу співфінансування, коли частина витрат покривається з національного бюджету [4]. Крім того, Директива про права пацієнтів у транскордонній охороні здоров'я (2011/24/EU) створює правову основу для громадян ЄС отримувати медичну допомогу (як планову, так і невідкладну) в іншій країні-члені та отримувати відшкодування витрат від своєї національної системи страхування. Це є особливо актуальним для жителів сільських прикордонних районів, для яких лікарня в сусідній країні може бути географічно ближчою та доступнішою, ніж національний медичний центр [5].

Незважаючи на ці інструменти, сільська медицина в ЄС стикається з низкою хронічних викликів. Кадровий дефіцит залишається проблемою номер один. Молоді спеціалісти уникають роботи на селі через професійну ізоляцію, обмежені можливості кар'єрного зростання, нижчий рівень заробітної плати та менш розвинену соціальну інфраструктуру для власних родин [6]. Другою проблемою є доступ до спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. Якщо первинна ланка на селі ще може бути забезпечена сімейними лікарями, то консультація кардіолога, онколога чи доступ до МРТ-діагностики часто вимагає від пацієнтів, переважно літніх людей, обтяжливих і дорогих поїздок до регіональних центрів. Третім викликом є цифрова нерівність (digital divide), яка підриває потенціал телемедицини. Вона має два виміри: інфраструктурний (недостатнє покриття швидкісним інтернетом у віддалених районах) та освітній (низький рівень цифрової грамотності серед літнього населення). Нарешті, все гостріше постає проблема доступу до послуг з охорони психічного здоров'я, які в сільській місцевості є ще більш стигматизованими та менш доступними, ніж у містах.

Якщо в ЄС основний виклик полягає у гармонізації політик та подоланні структурних нерівностей в межах відносно компактних територій, то Канада пропонує унікальну модель для країн із величезними просторами та низькою щільністю населення. Канадська система охорони здоров'я, відома як Medicare, є децентралізованою, універсальною та публічно фінансованою системою. Її функціонування регулюється на федеральному рівні через "Canada Health Act" (1984), який встановлює п'ять фундаментальних принципів, обов'язкових для всіх десяти провінцій та трьох територій для отримання ними федеральних фінансових трансфертів (Canada Health Transfer): публічне адміністрування, всеохопність, універсальність, портативність (збереження страхування при переїзді) та доступність (відсутність фінансових бар'єрів до застрахованих послуг) [7]. Головним викликом для цієї моделі є забезпечення доступу до

допомоги на величезних, малозаселених територіях, особливо в північних регіонах, де відстані до найближчої лікарні можуть вимірюватися сотнями кілометрів, а погодні умови роблять транспортування вкрай складним.

Для вирішення проблеми кадрового дефіциту, яка тут є ще гострішою, Канада розробила багатогранні та фінансово потужні програми стимулювання. Фінансові стимули є дуже вагомими: програма списання федеральних студентських кредитів (Canada Student Loan forgiveness) дозволяє сімейним лікарям та медсестрам, що погоджуються працювати у визначених віддалених громадах, щорічно списувати значну частину свого освітнього боргу [8]. Провінційні уряди пропонують прямі "підйомні" бонуси за працевлаштування, розмір яких, наприклад, у північних районах Британської Колумбії чи Альберти може сягати \$50,000, а також щорічні премії за утримання на робочому місці. Нефінансові стимули є не менш важливими і включають створення мереж професійної підтримки, програми наставництва для молодих лікарів, оплачувані можливості для безперервного професійного розвитку та, що дуже важливо, налагоджені програми "locum" – тимчасових замінів, які дозволяють сільському лікарю поїхати у відпустку чи на навчання, не залишаючи громаду без медичної допомоги [9]. Особливу увагу Канада приділяє забезпеченню медичною допомогою корінних народів (First Nations, Inuit, Métis), що є окремим напрямом державної політики. Тут виклики поглиблюються мовними бар'єрами, культурними відмінностями та історичною травмою, пов'язаною з колоніальною політикою. Тому, окрім стандартних підходів, федеральний уряд через Міністерство у справах корінних народів фінансує спеціальні програми, спрямовані на надання культурно безпечної допомоги, інтеграцію традиційних практик лікування та залучення представників корінних громад до роботи в системі охорони здоров'я.

Зважаючи на географічні особливості, Канада є одним зі світових піонерів у впровадженні телемедицини (Telehealth). Держава та провінції активно інвестують у розвиток захищених телемедичних мереж, які з'єднують сільські амбулаторії з великими університетськими клініками. Це дозволяє проводити не лише прості консультації, а й складні процедури: телерадіологію (дистанційне зчитування рентгенівських знімків, КТ, МРТ), телепатологію (дистанційне дослідження зразків тканин), а також надавати вкрай затребувану телепсихіатричну допомогу. Пандемія COVID-19 стала потужним каталізатором, після якого віртуальні консультації були повноцінно інтегровані в плани медичного страхування більшості провінцій [10]. Ключовим елементом системи надання допомоги у віддалених громадах є розширення повноважень інших медичних професіоналів. Перш за все, це стосується медсестер з розширеними повноваженнями (Nurse Practitioners – NPs), які пройшли додаткове магістерське навчання і мають право самостійно вести прийом, діагностувати широкий спектр захворювань, виписувати ліки та керувати лікуванням хронічних хворих. У багатьох північних поселеннях саме NP є основним і єдиним постійним надавачем медичної допомоги [11]. Окрім них,

активно залучаються асистенти лікаря (physician assistants) та громадські парамедики, які не лише реагують на екстрені виклики, а й проводять профілактичні огляди та моніторинг пацієнтів вдома.

Особливо цінним для України є досвід країн, які пройшли схожий шлях трансформації від централізованої державної системи типу "Семашко" до моделей, що базуються на обов'язковому медичному страхуванні та інтегровані в європейський простір, зокрема Польщі та Литви. Польська реформа, що стартувала наприкінці 1990-х, була зосереджена на двох стовпах: створенні системи обов'язкового медичного страхування, якою керує єдиний платник – Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ), та впровадженні інституту лікаря загальної практики – сімейного лікаря (lekarz rodzinny) як центральної фігури системи [12]. Основою фінансування первинної ланки став капітаційний метод, відомий в Україні як принцип "гроші ходять за пацієнтом". Це створило ринкові умови та конкуренцію між надавачами послуг, стимулюючи їх покращувати якість сервісу для залучення пацієнтів. Сімейний лікар отримав жорстку функцію "гейткіпера" (gatekeeper) – без його направлення (skierowanie) пацієнт не може потрапити до вузького спеціаліста за кошти державного страхування. Це дозволило оптимізувати потік пацієнтів та розвантажити спеціалізовану ланку. Водночас ця модель породила й нові проблеми: довгі черги (kolejki) до спеціалістів, що особливо обтяжливо для сільських жителів, яким доводиться здійснювати кілька поїздок. Для боротьби з "білими плямами" (територіями без лікарів) у сільській місцевості NFZ та місцева влада застосовують додаткові фінансові стимули, надають пільгові кредити та приміщення для відкриття практик [13].

Литва, як і Польща, перейшла до страхової моделі, але її реформа на початку 2000-х була значною мірою сфокусована на радикальній та болісній раціоналізації успадкованої від СРСР надлишкової та неефективної лікарняної інфраструктури. Було проведено масштабну реструктуризацію госпітального сектору, в ході якої багато невеликих та погано оснащених сільських лікарень було закрито або перепрофільовано на заклади сестринського догляду, хоспіси чи центри первинної медико-санітарної допомоги [14]. Цей процес, хоча й викликав соціальну напругу, дозволив вивільнити значні кошти та сконцентрувати ресурси на посиленні ПМД та розвитку сучасних, добре оснащених регіональних багатопрофільних лікарень. Модель фінансування ПМД у Литві є більш складною та стимулюючою, ніж у Польщі. Вона є змішаною і включає не лише капітаційну ставку за кожного пацієнта, але й доплати за конкретні послуги (fee-for-service) в рамках виконання державних профілактичних програм (наприклад, скринінг раку шийки матки, простати чи товстої кишки), а також бонуси за результати (pay-for-performance) при досягненні певних індикаторів якості, як-от рівень вакцинації чи ефективно управління цукровим діабетом [15]. Розуміючи, що оптимізація мережі може ускладнити фізичний доступ для жителів найвіддаленіших хуторів, Литва за кошти структурних фондів ЄС активно впроваджує мобільні медичні послуги –

мобільні мамографи, флюорографи та "кабінети на колесах", які за графіком відвідують віддалені населені пункти.

Обидві країни досягли вражаючого прогресу у цифровізації охорони здоров'я (e-Health), що стало потужним інструментом для подолання нерівності. Електронний рецепт (e-recepta в Польщі, e. receptas в Литві) дозволяє пацієнту отримати ліки в будь-якій аптеці країни за SMS-кодом, що є величезною зручністю для хронічних хворих із сіл. Електронне направлення (e-skierowanie) та централізовані системи запису до лікаря спрощують логістику. Ключовим досягненням стало створення національних порталів пацієнтів (наприклад, Internetowe Konto Pacjenta в Польщі), де кожен громадянин може онлайн переглянути свою медичну історію, результати аналізів, виписані рецепти та направлення. Це підвищує прозорість системи та залученість пацієнта до управління власним здоров'ям.

Проведений детальний аналіз дозволяє перейти до порівняння та формулювання висновків. Не існує єдиної ідеальної моделі, проте успішні системи базуються на універсальних принципах та адаптивних інструментах. Узагальнення ключових характеристик розглянутих моделей можна представити у вигляді таблиці (табл. 1).

Таблиця 1. – Аналіз ключових характеристик моделей сільської медицини
Table 1. – Analysis of key characteristics of rural medicine models

Критерій/ Criterion	ЄС (загальний підхід)/ EU (general approach)	Канада/ Canada	Польща/ Poland	Литва/ Lithuania
Модель фінансування/ Funding model	Різні (Бісмарк/ Беверідж), солідарність	Бюджетна (Беверідж), податки	Страхова (Бісмарк), внески до NFZ	Страхова (Бісмарк), внески до VLK
Ключовий регулятор/ Key regulator	Національні уряди + вплив ЄК	Провінційні уряди + федеральний закон	Міністерство здоров'я, NFZ	Міністерство охорони здоров'я, VLK
Статус ПМД/ Status of PMD	Пріоритет, роль "гейткіпера" в багатьох країнах	Важлива ланка, але є прямий доступ до спеціалістів	Ключова ланка, жорсткий "гейткіпінг" сімейного лікаря	Ключова ланка, сімейний лікар - "гейткіпер"
Основні інструменти для села/ Basic tools for the village	- Структурні фонди ЄС - Програма EU4Health	- Фінансові стимули (списання боргів, бонуси) - Телемедицина - >- Розширена роль медсестер (NPs)	- Капітаційний метод - Розвиток приватних практик - E- health (e-recepta)	- Оптимізація мережі - Змішане фінансування ПМД - Мобільні бригади - E-health
Головний виклик/ The main challenge	Кадровий дефіцит, цифрова нерівність	Величезні відстані, кадровий дефіцит на півночі	"Білі плями" (території без лікарів), старіння лікарів	Старіння населення, доступ до спеціалістів після оптимізації

Ця таблиця наочно демонструє, що попри різні вихідні точки та моделі фінансування, ефективні системи сільської медицини покладаються на сильну

первинну ланку, потужну державну політику щодо кадрового забезпечення, глибоку інтеграцію технологій та готовність до структурних реформ.

Враховуючи міжнародний досвід, поточний стан реформи охорони здоров'я в Україні та виклики, пов'язані з війною, можна сформулювати наступні розширені рекомендації. По-перше, подальше посилення інституту сімейного лікаря має залишатися наріжним каменем реформи. Необхідно вдосконалити механізм оплати через НСЗУ, переглянувши капітаційну ставку із запровадженням складних географічних коефіцієнтів, що враховують не лише вік пацієнтів, а й віддаленість та розпорошеність населених пунктів, стан доріг, а також наявність додаткового навантаження у прифронтових та деокупованих зонах.

По-друге, розробка та запуск комплексної державної програми "Лікар для села" за канадським зразком. Ця програма має бути довгостроковою та поєднувати кілька видів стимулів: фінансові (запровадження механізму списання частини або повного обсягу студентського кредиту для випускників-медиків, які погоджуються відпрацювати 5-7 років у визначеній сільській громаді; встановлення суттєвих муніципальних та державних надбавок до зарплати); житлові (запуск державної програми пільгового іпотечного кредитування або надання службового житла з правом приватизації після певного терміну роботи); та професійні (створення на рівні областей пулу "замінних" лікарів (locum), що забезпечуватиме можливість відпустки та навчання для сільських медиків; обов'язкове включення ротацій у сільських амбулаторіях до програм інтернатури).

По-третє, масштабне та системне впровадження телемедицини. Це вимагає не лише закупівлі обладнання, а й створення цілісної екосистеми: забезпечення сільських амбулаторій та ФАПів гарантованим доступом до широкосмугового інтернету (зокрема, через використання супутникових систем на кшталт Starlink у критичних районах); розробка та затвердження НСЗУ окремих пакетів для оплати телемедичних консультацій "сімейний лікар – вузький спеціаліст"; створення національної захищеної платформи та стандартів для телемедицини, а також проведення навчання для медиків.

По-четверте, створення національної мережі мобільних медичних бригад, особливо для деокупованих, прифронтових та віддалених територій. На державному рівні, із залученням коштів міжнародних донорів, необхідно створити флот добре оснащених мобільних комплексів. Вони мають функціонувати за моделлю "хаб-і-спиці", базуючись у районних лікарнях і за чітким, заздалегідь оголошеним графіком надавати комплексні послуги (профілактичні огляди, базові аналізи, ЕКГ, УЗД, вакцинація, видача ліків за програмою "Доступні ліки") у селах, де медична інфраструктура зруйнована або відсутня.

По-п'яте, розширення повноважень та ролі медичних сестер/фельдшерів. Необхідно терміново переглянути застарілу нормативну базу та освітні стандарти, щоб надати фельдшерам та медсестрам у сільській місцевості більше автономії за канадським зразком. Це може включати право самостійно вести

пацієнтів з певними стабільними хронічними захворюваннями (напр., гіпертонічна хвороба, цукровий діабет 2 типу) за затвердженими протоколами та виписувати рецепти на певні групи препаратів під дистанційним наглядом сімейного лікаря.

Підсумовуючи, аналіз зарубіжного досвіду державного регулювання медичного обслуговування сільського населення в країнах ЄС, Канаді, Польщі та Литві дозволив ідентифікувати ключові стратегії та механізми, що забезпечують доступність та якість медичної допомоги поза межами великих міст. Стає очевидним, що успіх полягає не в копіюванні якоїсь однієї моделі, а в побудові власної, адаптованої системи, що базується на універсальних принципах солідарності, пріоритеті первинної ланки, потужній державній підтримці кадрового потенціалу, глибокій інтеграції технологій та сміливості до проведення необхідних структурних реформ. Для України, яка стоїть перед подвійним викликом – завершенням реформи охорони здоров'я та повоєнним відновленням, – використання цих перевірених часом підходів може стати дорожньою картою для побудови стійкої, справедливої та сучасної системи охорони здоров'я. Це, в свою чергу, є необхідною умовою для покращення здоров'я та якості життя мільйонів українців, забезпечення соціальної згуртованості та сталого розвитку держави на десятиліття вперед [16, 17].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Charter of Fundamental Rights of the European Union. *Official Journal of the European Union*. 2012/C 326/02.
2. European Commission. Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris / European Union, Brussels. 2023.
3. Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021-2027.
4. Koppel A., Leppik K., Vask K. The role of EU structural funds in healthcare systems reforms in Central and Eastern Europe. *Health Policy*. 2019. 123(7). С. 619–624.
5. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.
6. World Health Organization. A practical guide to the retention of the health workforce in rural and remote areas. WHO Regional Office for Europe. 2021.
7. Canada Health Act, R.S.C. 1985. с. C-6.
8. Government of Canada. Canada Student Loan forgiveness for family doctors and nurses. 2024.
9. Mathews M., Rourke J., Park A. National and provincial physician workforce strategies: a comparative analysis of policies in Canada. *Human Resources for Health*. 2018. 16 (1). С. 1–12.
10. Canadian Institute for Health Information. Virtual Care in Canada: Progress and Potential. Ottawa, ON: CIHI. 2022.
11. Kilpatrick K., Lavoie-Tremblay M., Lamothe L. The integration of nurse practitioners in Canadian healthcare settings: a multiple-case study. *Journal of Advanced Nursing*. 2017. 73(4). P. 882–893.
12. Golinowska S., Sowa A. Health system reform in Poland: a success story with challenges ahead. *Health Policy*. 2016. 120(5). P. 487–493.

13. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. 2023.
14. Murauskiene L., Janoniene R., Veniute M. Health system reform in Lithuania: Successes and failures. *Health Reforms in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. 2013. P. 153–172. Palgrave Macmillan, London.
15. Vrijhoef H. J. M., Van de Pas H. The changing role of primary care in Lithuania: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 2020. 21(1). С. 1–10.
16. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегії розвитку систем охорони здоров'я: європейські уроки для України. Київ : ВД "Професіонал", 2021.
17. World Bank Group. Ukraine: Toward a Resilient and Modern Health System. A Country Health System Assessment. Washington : D.C., 2021.
18. European Observatory on Health Systems and Policies. *Health systems in transition*. Lithuania. 2021.
19. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Polska : Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2019.
20. Wilson D., Rocha C. Cultural safety and transformative practice in Indigenous health services. *Journal of Indigenous Wellbeing*. 2024. 1 (1). С. 4–15.
21. Dussault G., Franceschini M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*. 2006. 4 (1). С. 1–16.
22. Gałuszka A., Augustynowicz A. The e-Health System in Poland-The State of the Art and a Vision of the Future. *Studies in Logic, Grammar and Rhetoric*. 2018. 55 (1). С. 59–75.

Конфлікт інтересів.

Автори заявляють, що конфлікту інтересів щодо публікації цього рукопису немає.

Стаття надійшла до редакції 06.04.2025 р.

Стаття рекомендована до друку 08.05.2025 р.

Vashev O. Ye.,

PhD of Medical Sciences, Associate Professor,

Associate Professor of the Department of Law, National Security and European Integration,

Education and Research Institute of Public Administration of V. N. Karazin Kharkiv National University,

4 Svobody Sq., Kharkiv, 61022, Ukraine

e-mail: Oleg.Vashev@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2496-240X>

Bugaev V. Yu.,

Postgraduate Student of the Department of Law, National Security and European Integration,

Education and Research Institute of Public Administration of V. N. Karazin Kharkiv National University,

4 Svobody Sq., Kharkiv, 61022, Ukraine

e-mail: bugaievvu@gmail.com

FOREIGN EXPERIENCE OF STATE REGULATION OF MEDICAL SERVICES FOR THE RURAL POPULATION (EXAMPLE OF EU COUNTRIES, CANADA, POLAND, LITHUANIA)

Annotation. The article considers the acute and multifaceted problem of ensuring equal access to quality medical services for the rural population, which is a fundamental principle of a modern welfare state. For Ukraine, this problem is of particular relevance due to the protracted demographic crisis, intensive labor migration, chronic underfunding of the industry and

unprecedented destruction of medical infrastructure as a result of the full-scale military aggression of the Russian Federation. In this context, ensuring the health of the rural population becomes not only a matter of social justice, but also a critically important factor in national security and the state's ability to recover after the war.

The study is based on a detailed comparative analysis of foreign experience in state regulation of medical services in the countries of the European Union, Canada, Poland and Lithuania. It is determined that, despite differences in financing and administration models, effective rural health systems are based on universal principles of solidarity, universality and accessibility, with a particular emphasis on strengthening primary health care (PHC) as a central link.

Various instruments aimed at overcoming challenges, in particular the shortage of personnel in rural areas, are analyzed. These include strong financial incentives (student loan forgiveness programs, job placement and maintenance bonuses, preferential mortgages in Canada, additional coefficients to capitation rates in Poland and Lithuania) and non-financial mechanisms (professional support, "locum" programs). The role of telemedicine as an innovative tool for expanding geographical access to specialized care is highlighted, as well as the importance of mobile medical teams and the empowerment of other health professionals, in particular nurses with extended powers. Particular attention is paid to the significant progress in the digitalization of healthcare (e-Health), which includes electronic prescriptions, referrals and national patient portals, which significantly simplify logistics and increase the transparency of the system. Based on the generalization of best practices, comprehensive recommendations for Ukraine are formulated. They include further strengthening the institution of the family doctor by improving payment mechanisms taking into account geographical and demographic characteristics; developing a long-term state program "Doctor for the Village"; large-scale and systematic implementation of telemedicine with appropriate infrastructure and regulatory support; creating a national network of mobile medical teams; and expanding the powers and role of nurses/paramedics in rural areas. In conclusion, the article emphasizes that success does not lie in copying one model, but in building one's own adapted system based on universal principles of solidarity, the priority of the primary care, strong state support for human resources, deep integration of technologies and readiness for structural reforms. This is a key roadmap for Ukraine in the post-war period.

Keywords: *rural medicine, state regulation of medical services in Ukraine, foreign experience in providing medical services to the rural population, digitalization of healthcare, post-war recovery, transformation of medical systems, electronic healthcare.*

REFERENCES

1. Charter of Fundamental Rights of the European Union (2012/C 326/02). Official Journal of the European Union.
2. European Commission. (2023). Health at a Glance: Europe 2022 - State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris / European Union, Brussels.
3. Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021-2027.
4. Koppel, A., Leppik, K., & Vask, K. (2019). The role of EU structural funds in healthcare systems reforms in Central and Eastern Europe. *Health Policy*, 123(7), 619–624.
5. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.
6. World Health Organization. (2021). A practical guide to the retention of the health workforce in rural and remote areas. WHO Regional Office for Europe.
7. Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6.

8. Government of Canada. (2024). Canada Student Loan forgiveness for family doctors and nurses. Retrieved from Canada.ca.
9. Mathews, M., Rourke, J., & Park, A. (2018). National and provincial physician workforce strategies: a comparative analysis of policies in Canada. *Human Resources for Health*, 16(1), 1–12.
10. Canadian Institute for Health Information. (2022). Virtual Care in Canada: Progress and Potential. Ottawa, ON: CIHI.
11. Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., & Lamothe, L. (2017). The integration of nurse practitioners in Canadian healthcare settings: a multiple-case study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 882–893.
12. Golinowska, S., & Sowa, A. (2016). Health system reform in Poland: a success story with challenges ahead. *Health Policy*, 120(5), 487–493.
13. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). (2023). Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
14. Murauskienė, L., Janonienė, R., & Veniute, M. (2013). Health system reform in Lithuania: Successes and failures. *Health Reforms in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*, 153–172. Palgrave Macmillan, London.
15. Vrijhoef, H. J. M., & Van de Pas, H. (2020). The changing role of primary care in Lithuania: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–10.
16. Lekhan V. M., Slabkyi G. O., Shevchenko M. V. (2020). Strategies for developing health care systems: European lessons for Ukraine. Kyiv: Publishing house "Professional". [in Ukrainian].
17. World Bank Group. (2021). Ukraine: Toward a Resilient and Modern Health System. A Country Health System Assessment. Washington, D.C.
18. European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Health systems in transition*. Lithuania.
19. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
20. Wilson, D., & Rocha, C. (2012). Cultural safety and transformative practice in Indigenous health services. *Journal of Indigenous Wellbeing*, 1(1), 4–15.
21. Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4(1), 1–16.
22. Gałuszka, A., & Augustynowicz, A. (2018). The e-Health System in Poland-The State of the Art and a Vision of the Future. *Studies in Logic, Grammar and Rhetoric*, 55(1), 59–75.

Conflict of interest.

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

The article was received by the editors 06.04.2025.

The article is recommended for printing 08.05.2025.