

<http://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-2-12>
УДК 351.77:614.2(4)

Замчій Сергій Володимирович,
аспірант кафедри публічної політики,
Навчально-наукового інституту «Інститут державного управління»
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна,
майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна
ORCID ID: <http://orcid.org/0009-0000-3357-0980>
e-mail: szamchiy@gmail.com

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ¹

Анотація. У статті здійснено порівняльний аналіз моделей державної політики розвитку охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу з метою виявлення успішних практик для України в контексті європейської інтеграції. Обґрунтовано актуальність дослідження через необхідність адаптації української системи охорони здоров'я до стандартів ЄС при збереженні національних особливостей.

Систематизовано базові моделі організації охорони здоров'я в ЄС: модель Бісмарка (соціальне страхування), модель Беверіджа (національна служба здоров'я), змішані моделі. Виявлено, що країни ЄС застосовують диференційовані підходи до фінансування охорони здоров'я: Німеччина та Нідерланди використовують обов'язкове медичне страхування з участю приватних страхових фондів, Швеція та Данія – переважно податкове фінансування через національні служби здоров'я, Франція та Бельгія – змішані моделі з комбінацією страхування та бюджетного фінансування.

Досліджено реформи первинної медичної допомоги, що охоплюють зміцнення ролі сімейних лікарів як координаторів надання послуг, впровадження систем обов'язкової реєстрації пацієнтів, розвиток мультидисциплінарних команд у первинній ланці.

Проаналізовано цифрову трансформацію систем охорони здоров'я, виявляючи лідерство Естонії з 99% цифровізацією медичних даних, прогрес Данії та Литви у забезпеченні онлайн-доступу громадян до електронних медичних записів, поступове впровадження електронних рецептів та телемедицини в Польщі та Чехії.

Встановлено, що нові члени ЄС (Польща, Естонія, Чехія) демонструють різні траєкторії трансформації пострадянських систем охорони здоров'я, адаптуючи західноєвропейські моделі до власних умов. Виявлено спільні виклики для систем охорони здоров'я ЄС, зокрема демографічне старіння населення, зростання витрат на охорону здоров'я, дефіцит медичних кадрів, територіальні диспропорції у доступності послуг.

Узагальнено досвід інтеграції державного та приватного секторів через механізми контракування приватних постачальників послуг, державно-приватного партнерства, регулювання цін на медичні послуги. Запропоновано рекомендації для України щодо адаптації успішних європейських практик з урахуванням національного контексту.

© Замчій С. В., 2025



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

Ключові слова: публічне управління, державна політика, охорона здоров'я, Європейський Союз, первинна медична допомога, цифровізація, реформування, європейська інтеграція.

Як цитувати: Замчій С. В. Порівняльний аналіз моделей державної політики розвитку охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу. *Теорія та практика державного управління*. 2025. Вип. 2 (81). С. 204–217. <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-2-12>

Постановка проблеми. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні в контексті європейської інтеграції вимагає ґрунтовного аналізу досвіду країн-членів ЄС щодо організації, фінансування та управління медичними послугами. Варто підкреслити, що система охорони здоров'я є однією з найбільш складних сфер державної політики, оскільки вона має забезпечувати баланс між доступністю, якістю та фінансовою стійкістю послуг для всіх громадян. Водночас країни ЄС демонструють значне різноманіття підходів до організації охорони здоров'я, що відображає їх історичні традиції, економічні можливості та соціальні пріоритети.

Зрозуміло, що Україна як країна-кандидат на вступ до ЄС стоїть перед необхідністю адаптації власної системи охорони здоров'я до європейських стандартів якості, безпеки та доступності медичних послуг. У зв'язку з цим особливого значення набуває вивчення різних моделей організації охорони здоров'я, що функціонують в країнах ЄС, механізмів їх фінансування, підходів до забезпечення якості послуг, а також досвіду реформування, що дозволяє виявити успішні практики для їх адаптації в українських умовах. Необхідно відзначити, що реформа охорони здоров'я в Україні, розпочата у 2017 році, вже запозичила окремі елементи європейських моделей, зокрема систему фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом», розвиток первинної медичної допомоги, створення Національної служби здоров'я України. Водночас повномасштабна російська агресія проти України з лютого 2022 року створила додаткові виклики для системи охорони здоров'я, що вимагає переосмислення пріоритетів державної політики у цій сфері з урахуванням досвіду країн ЄС щодо забезпечення стійкості систем охорони здоров'я в кризових умовах.

Таким чином, актуальність дослідження обумовлена необхідністю систематизації та порівняльного аналізу моделей державної політики розвитку охорони здоров'я в країнах ЄС для виявлення успішних практик, що можуть бути адаптовані в Україні з урахуванням національної специфіки та євроінтеграційних прагнень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Концептуальні основи класифікації систем охорони здоров'я розроблені у працях Кулешера та Форрестал, які виділяють базові моделі організації медичних послуг у розвинених країнах [7]. Зокрема, дослідження систем охорони здоров'я демонструють, що в Європі функціонують дві основні моделі: модель Бісмарка, заснована на обов'язковому медичному страхуванні через страхові фонди, та модель Беверіджа, що передбачає фінансування через оподаткування з наданням послуг через національну службу здоров'я. Важливо, що Делной виявляє певну конвергенцію між цими

моделями, оскільки країни запозичують елементи одна в одній для подолання власних системних недоліків [2].

Порівняльні дослідження ефективності різних моделей охорони здоров'я в Європі показують неоднозначні результати щодо переваг тієї чи іншої системи. Зокрема, аналіз не виявив суттєвих відмінностей у показниках здоров'я населення між країнами з системами соціального страхування та країнами з національними службами здоров'я, хоча системи Бісмарка демонструють дещо вищі рівні задоволеності населення послугами при вищих витратах [2]. Водночас дослідження Бойна та Лоджа щодо проектування стійких інституцій для транскордонного управління кризами виявляють, що оптимальним підходом є комбінація елементів обох моделей для досягнення балансу між якістю, доступністю та фінансовою стійкістю [1].

Реформування первинної медичної допомоги в європейських країнах досліджується у працях Крінгоса та колег, що аналізують зміцнення ролі первинної ланки як основи систем охорони здоров'я [4, 5]. Зокрема, порівняльне дослідження Нідерландів, Великої Британії та Німеччини виявило тенденції до посилення координації та комплексності первинної допомоги через залучення допоміжного персоналу та впровадження програм управління хронічними захворюваннями, хоча паралельно спостерігається зниження доступності через скорочення часу прийому. Крінгос, Боерма, Ван дер Зеє та Грюневеген у дослідженні сили первинної допомоги в 31 європейській країні встановили, що найвищі показники демонструють Португалія, Іспанія, країни навколо Північного моря (Бельгія, Нідерланди, Данія), Словенія та деякі країни Північно-Східної Європи (Литва, Естонія, Фінляндія) [6].

Організація невідкладної та екстреної допомоги в європейських системах охорони здоров'я проаналізована у компаративному дослідженні Австралії, Данії, Англії, Франції, Німеччини та Нідерландів, що виявило чотири основні напрями реформ: розширення доступності невідкладної первинної допомоги, концентрація та централізація надання невідкладної первинної допомоги, покращення координації між невідкладною первинною допомогою та екстреною допомогою, концентрація екстреної допомоги у меншій кількості закладів. Дослідження підкреслює важливість національного планування всіх постачальників екстреної допомоги та скоординованих реформ.

Управління хронічними захворюваннями в європейських системах охорони здоров'я систематизоване у працях Нольте, Кнай та Зальтмана, які аналізують підходи до хронічної допомоги в 12 європейських країнах [9]. Елісен та колеги розробили профілювання потреб пацієнтів для підтримки інтегрованих моделей довгострокового управління захворюваннями [3]. Струйс та Баан досліджують голландський досвід інтеграції допомоги через пакетні платежі, що демонструє інноваційні підходи до фінансування координованої допомоги [14].

Цифрова трансформація систем охорони здоров'я в Центральній та Східній Європі досліджується у працях, що виявляють суттєві відмінності у рівні впровадження електронних медичних послуг. Зокрема, дослідження десяти країн ЦСЄ встановило, що Естонія демонструє найвищий рівень розвитку електро-

них рецептів та електронних медичних записів, тоді як Польща перебуває на початковій стадії впровадження таких систем, а Болгарія ще не досягла впровадження електронних консультацій та реєстрів здоров'я. Дослідження виявило, що критичними умовами успішної імплементації електронного здоров'я є правова юрисдикція медичних даних, телемедичні програми та електронні медичні записи, доповнені адекватним навчанням персоналу.

Зельмер, Хагенс та Рутлідж у комплексному дослідженні цифрового здоров'я в 17 країнах встановили, що Естонія, Данія та Канада займають провідні позиції в індексі, тоді як Франція, Німеччина та Польща відстають [16]. Провідні країни індексу лідирують у всіх трьох досліджуваних сферах: політична діяльність та стратегія, технічна імплементація та готовність, а також фактичне використання даних. Дослідження підкреслює важливість політичного лідерства, координуючих інституцій та співдизайну з користувачами для успішної цифрової трансформації.

Міжнародні профілі систем охорони здоров'я систематизовані Моссіалосом, Венцлом, Осборном та Сарнаком, які надають комплексний огляд організації, фінансування та реформ у провідних країнах світу [8]. Пильусте, Калда та Лембер досліджують досвід трансформації первинної допомоги в країнах з перехідною економікою, аналізуючи сприйняття пацієнтами змін у системі [10]. Вісмар та колеги аналізують транскордонну медичну допомогу в ЄС, що є важливим для розуміння інтеграційних процесів [15].

Управління часом очікування на медичні послуги досліджується Сичіліані, Боровіцом та Мораном, які аналізують політики різних країн щодо скорочення черг [13]. Шут та Варкевісер вивчають голландський досвід подолання проблеми часу очікування в лікарнях через ринкові механізми [12]. Рехель, Якубовські та МакКі досліджують трансформацію лікарень у Європі в контексті змін систем охорони здоров'я [11].

Проте, аналіз наукової літератури виявляє кілька прогалин у наявних дослідженнях. Насамперед, бракує комплексних компаративних досліджень, що охоплюють одночасно моделі фінансування, організацію первинної допомоги, цифровізацію та інтеграцію державного і приватного секторів у широкому колі країн ЄС; а також недостатньо вивчені механізми адаптації західноєвропейських моделей охорони здоров'я в нових членах ЄС з пострадянським минулим, що є особливо релевантним для України..

Мета статті полягає у порівняльному аналізі моделей державної політики розвитку охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу та виявленні успішних практик для їх адаптації в Україні в контексті європейської інтеграції..

Виклад основного матеріалу. Класифікація систем охорони здоров'я в країнах ЄС традиційно базується на двох основних моделях, які отримали назви за іменами своїх творців [7]. Модель Бісмарка, вперше запроваджена в Німеччині канцлером Отто фон Бісмарком у 1883 році, заснована на системі обов'язкового медичного страхування через страхові фонди (так звані «фонди хвороби»), що фінансуються спільно роботодавцями та працівниками через відрахування із заробітної плати [7]. Слід зазначити, що на відміну від американської страхової індустрії, страхові плани типу Бісмарка мають охоплювати всіх громадян і не

мають права отримувати прибуток, що забезпечує універсальне покриття при збереженні конкуренції між страховими фондами [2, 7].

Зрозуміло, що лікарі та лікарні в країнах з моделлю Бісмарка зазвичай є приватними, хоча функціонують у рамках жорсткого державного регулювання [8]. Наприклад, Німеччина має близько 240 різних страхових фондів, проте жорстке регулювання надає уряду значний контроль над витратами, подібний до того, який забезпечує модель Беверіджа з єдиним платником [7]. Варто підкреслити, що модель Бісмарка функціонує в Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах, Швейцарії, Австрії, Чехії та, певною мірою, в інших країнах [8]. Дослідження показують, що системи Бісмарка зазвичай мають суттєво вищу доступність, нижчі часи очікування та, завдяки конкуренції між операторами, вищу якість і більшу орієнтованість на споживачів [2].

Модель Беверіджа, названа на честь британського соціального реформатора Вільяма Беверіджа, який розробив Національну службу здоров'я Великої Британії, передбачає надання та фінансування медичної допомоги урядом через податкові надходження, подібно до поліції чи публічної бібліотеки [7, 8]. У цій системі багато лікарень та клінік перебувають у державній власності, деякі лікарі є державними службовцями, хоча існують також приватні лікарі, які отримують оплату від уряду [7]. Водночас такі системи зазвичай мають низькі витрати на душу населення, оскільки уряд як єдиний платник контролює, що можуть робити лікарі і скільки вони можуть стягувати [2, 8].

Модель Беверіджа використовується в Іспанії, більшості Скандинавії, на Кіпрі, Данії, Фінляндії, Ірландії, Італії, Латвії, Мальті, Португалії та Швеції [8]. Крінгос та колеги у порівняльному дослідженні систем охорони здоров'я в ЄС виявили, що в 2009-2010 роках сила первинної допомоги в Данії, Греції, Італії, Нідерландах, Норвегії, Іспанії, Швеції залишилася постійною, тоді як покращилася в Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччині, Португалії та Швейцарії, що свідчить про конвергенцію між моделями [6].

Втім, на практиці жодна країна не застосовує «чисту» модель Бісмарка чи Беверіджа, а використовує змішані підходи, запозичуючи елементи обох систем для подолання їх недоліків [2, 8]. Наприклад, Франція та Бельгія, хоча формально належать до моделі Бісмарка, мають значні елементи державного фінансування з податків. Водночас дослідження ефективності систем охорони здоров'я в державах ЄС виявило, що середнє значення показника ефективності для країн Бісмарка становить 0.86, а для країн Беверіджа – 0.85, що свідчить про відсутність суттєвої різниці в ефективності між моделями [2].

Фінансування охорони здоров'я в країнах ЄС демонструє значне різноманіття підходів навіть у межах однієї базової моделі [8]. Німеччина витрачає 11.3% ВВП на охорону здоров'я (2015), що є одним з найвищих рівнів серед членів ЄС, причому 73% коштів надходить з публічних джерел та 27% з приватних [1]. У Німеччині функціонує система обов'язкового медичного страхування з обов'язковими внесками працівників та роботодавців до національної системи соціального забезпечення, при цьому громадяни не отримують рахунків за лікування завдяки системі страхування [7].

Нідерланди здійснили радикальну реформу системи охорони здоров'я, запровадивши регульоване ринкове страхування, де всі резиденти зобов'язані мати медичну страховку, але можуть вільно обирати між приватними страховими компаніями [12, 14]. Зрозуміло, що уряд встановлює базовий пакет послуг, який мають покривати всі страховки, та регулює ціни через систему вирівнювання ризиків, що субсидує страховиків, які змушені страхувати осіб з високим ризиком [14]. Дослідження Струйса та Баана показують, що ключовим елементом голландської реформи є використання рейтингу ризиків при розподілі бюджетів між страховими фондами для відображення фактичних профілів ризику їх підписників, хоча визнається, що актуарна та епідеміологічна складність цього підходу є значною [14].

Швеція та Данія представляють скандинавську модель фінансування переважно через оподаткування з високим рівнем публічних витрат на охорону здоров'я. Варто підкреслити, що шведська система поєднує елементи національної служби здоров'я, оскільки лікарні управляються окружними урядами, з елементами національного медичного страхування, оскільки лікарі оплачуються на основі оплати за послуги. Водночас данська система забезпечує універсальне покриття через оподаткування з обмеженим вибором постачальника первинної допомоги в межах географічних районів.

Франція використовує змішану модель, що поєднує елементи соціального страхування Бісмарка з значним державним регулюванням та участю у фінансуванні. Слід зазначити, що французька система характеризується обов'язковим медичним страхуванням через страхові фонди, доповненим добровільним додатковим страхуванням для покриття співплатежів та послуг, що не входять до базового пакету. Дослідження виявили, що Франція запровадила добровільну систему направлень до спеціалістів з фінансовими наслідками для пацієнтів, які відвідують спеціалістів без направлення, що є спробою посилити координаційну роль первинної допомоги.

Організація первинної медичної допомоги в країнах ЄС демонструє різноманітні підходи до забезпечення доступності та координації медичних послуг [4, 5]. В більшості країн ЄС первинна допомога надається сімейними лікарями або лікарями загальної практики, які функціонують в незалежних практиках [6]. Водночас система реєстрації пацієнтів з офісом лікаря загальної практики, що є корисною для безперервності первинної допомоги, не використовується в Австрії, Бельгії, на Кіпрі, у Франції, Німеччині, Ірландії, Люксембурзі, Мальті, Швеції та Швейцарії, де пацієнти мають вільний вибір відвідувати будь-якого лікаря загальної практики [6].

При цьому системи направлень до спеціалістів функціонують у більшості європейських країн у тій чи іншій формі [5]. Приблизно в половині країн (14) така система є обов'язковою для відвідування всіх або більшості медичних спеціалістів: Болгарія, Естонія, Угорщина, Італія, Латвія, Литва, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанія, Швеція [6]. У 10 країнах (Чехія, Данія, Фінляндія, Франція, Греція, Ісландія, Ірландія, Мальта, Польща, Словацька Республіка) відвідування медичного спеціаліста без направлення має фінансові

наслідки у вигляді додаткових платежів [5, 6]. Водночас перешкоди для прямого відвідування медичних спеціалістів відсутні або низькі в Австрії, Бельгії, на Кіпрі, в Німеччині, Люксембурзі, Швейцарії [6].

Незважаючи на існуючі особливості та відмінності реформи первинної медичної допомоги в європейських країнах характеризуються кількома спільними тенденціями. Так, дослідження Нідерландів, Великої Британії та Німеччини за період 2006-2012 років виявило, що в усіх трьох країнах збільшилося використання допоміжного персоналу в загальній практиці, що сприяє кращій координації та комплексності первинної допомоги через програми управління захворюваннями. Водночас паралельно знизилася доступність практик, що створює виклики для своєчасного доступу пацієнтів до послуг.

Організація невідкладної та екстреної допомоги також є важливим компонентом систем охорони здоров'я, що зазнає суттєвих реформ у країнах ЄС, оскільки зростаюча кількість відвідувань відділень невідкладної допомоги лікарень створює виклик для систем охорони здоров'я в багатьох країнах. Компаративне дослідження Австралії, Данії, Англії, Франції, Німеччини та Нідерландів виявило чотири основні підходи до реформ: розширення доступності невідкладної первинної допомоги, концентрація та централізація надання невідкладної первинної допомоги (як у Нідерландах), покращення координації між невідкладною первинною допомогою та екстреною допомогою (як у Франції), концентрація екстреної допомоги у меншій кількості закладів.

Цифрова трансформація систем охорони здоров'я в країнах ЄС також демонструє значні відмінності у рівні досягнень та підходах до впровадження електронних медичних послуг. Необхідно підкреслити, що Естонія є безперечним лідером цифрової трансформації охорони здоров'я в Європі, маючи цифрову службу здоров'я протягом понад 12 років. Більше 99% даних, створених лікарями та лікарями, є цифровими, громадяни можуть отримувати доступ до власних медичних записів через надзвичайно захищений онлайн-портал та обирати, хто може переглядати ці записи. Багато медичних послуг в Естонії відбуваються онлайн – від відеоконсультацій до електронних рецептів, які є стандартом з 2010 року та доступні миттєво в будь-якій аптеці по всій країні. Варто підкреслити, що система є високо прозорою, медичні працівники можуть легко спілкуватися з пацієнтами, а пацієнти мають можливість «блокувати» та «розблокувати» власні дані, таким чином вирішуючи, хто має доступ до їх даних. До речі, за Індексом електронного здоров'я Цифрового десятиліття Європейської Комісії, Естонія посідає перше місце в Європі з показником 98% зрілості в 2024 році.

Данія також демонструє високий рівень цифровізації охорони здоров'я з показником зрілості 98% в 2024 році, забезпечуючи всім громадянам можливість переглядати результати обстежень, плани медикаментів та дані про вакцинацію онлайн. Литва досягла показника 95% зрілості, суттєво покращивши цифрову інфраструктуру охорони здоров'я. Водночас Польща, хоча й досягла 90% зрілості, перебуває на початковій стадії впровадження системи замовлення рецептів електронною поштою, яка добре розвинена лише в Естонії. Чехія розробляє національний центр електронного здоров'я з підтримкою європейських

експертів, при цьому правові норми щодо медичних записів пацієнтів формулюються, а електронні рецепти функціонують лише в обмеженому масштабі. У цілому, наше дослідження виявило, що найбільше покращення протягом останніх трьох років спостерігалось у Франції (+25 пунктів), Португалії (+23 пункти), Словаччині (+20 пунктів) та Німеччині (+17 пунктів), що свідчить про активізацію зусиль щодо цифровізації.

У свою чергу, дослідження цифрового здоров'я в 17 країнах виявило, що провідні країни (Естонія, Канада, Данія, Ізраїль, Іспанія) лідирують у всіх трьох досліджуваних сферах: політична діяльність та стратегія, технічна імплементація та готовність, фактичне використання даних. Зокрема, в Естонії та Данії всі громадяни можуть переглядати результати обстежень, плани медикаментів або дані про вакцинацію онлайн та самостійно керувати доступом лікарів та інших медичних працівників.

У цілому за результатами аналізу можна визначити три ефективні стратегії для цифрової трансформації систем охорони здоров'я: 1) політичне лідерство та координуючі інституції; 2) цифрові стратегії, орієнтовані на потреби та імперативи індивідуальної системи охорони здоров'я (покращення якості допомоги, підвищення безпеки пацієнтів, полегшення доступу до допомоги у сільських районах); 3) співдизайн цифрових процесів та рішень з кінцевими користувачами та ключовими стейкхолдерами для просування прийняття користувачами.

Досвід нових членів ЄС щодо трансформації постсоціалістичних систем охорони здоров'я демонструє різноманітні траєкторії адаптації до європейських стандартів. Країни Центральної та Східної Європи після політичної та економічної трансформації 1989/90 років запровадили дещо відмінні національні моделі охорони здоров'я, але багато з цих країн покращили силу первинної допомоги з початку 1990-х років, коли вони почали трансформувати свої системи охорони здоров'я, перенавчивши дільничних лікарів та спеціалістів первинної допомоги у лікарів загальної практики та запровадивши систему направлень.

Польща після вступу до ЄС здійснила перехід від бюджетної системи фінансування охорони здоров'я до моделі соціального страхування через Національний фонд здоров'я, що збирає обов'язкові внески від працівників та роботодавців. Польська реформа включала також розвиток первинної медичної допомоги з обов'язковою реєстрацією у сімейного лікаря, який виконує функцію координатора та направляє до спеціалістів. Водночас дослідження виявило, що Польща відстає у цифровізації охорони здоров'я, перебуваючи на початковій стадії впровадження електронних рецептів та систем електронного здоров'я.

Чехія запровадила модель охорони здоров'я на основі системи медичного страхування Бісмарка з сімома компаніями медичного страхування, що надають медичні послуги всім громадянам на рівній основі безкоштовно. Чеська система регулюється Міністерством здоров'я на національному рівні, при цьому країна працює над створенням Національного центру електронного здоров'я для координації цифрової трансформації.

Виклики для систем охорони здоров'я в країнах ЄС мають багато спільних рис незалежно від моделі організації та фінансування. Демографічне старін-

ня населення створює зростаючий тиск на системи охорони здоров'я, оскільки літні люди потребують більше медичних послуг та мають більше хронічних захворювань. Для системи Бісмарка це створює специфічний виклик, оскільки система має підтримувати постійно зростаючу кількість пенсіонерів, які більше не сплачують внески до системи, тоді як фінансові скорочення компаній, спричинені економічними кризами, призводять до різкого зростання рівня безробіття та меншої кількості працівників, які роблять внески.

Зростання витрат на охорону здоров'я є загальною проблемою для всіх країн ЄС, що вимагає пошуку балансу між доступністю, якістю та фінансовою стійкістю. Зрозуміло, що уряди переважно обрали шлях посилення державного регулювання, запровадивши різноманітні, іноді операційно складні, економічні стримувальні заходи для контролю неналежного використання медичних послуг. Варто підкреслити, що реформи в Німеччині, Ірландії, Нідерландах є більш комплексними, ніж в інших європейських країнах, включаючи заходи щодо підвищення ефективності використання ресурсів та посилення координації між постачальниками.

Дефіцит медичних кадрів, особливо в первинній ланці та у сільських районах, спостерігається у більшості країн ЄС. Великі географічні нерівності у доступності лікарів загальної практики всередині країн виявлені по всій Європі, причому віддалені райони часто стикаються з дефіцитом. У багатьох країнах лікарі загальної практики мають відносно великі списки пацієнтів (наприклад, в Австрії, Фінляндії, Німеччині та Нідерландах), що може впливати на якість безперервності допомоги.

Територіальні диспропорції у доступності послуг охорони здоров'я є особливо гострою проблемою для великих за територією країн та країн з нерівномірним розподілом населення. Майже у половині країн пацієнти часто повинні оплачувати частину витрат на контакт з лікарем загальної практики, що може суперечити офіційним політикам на користь вільного доступу. Організаційні заходи для полегшення доступу залишають широкий простір для покращення, особливо щодо телефонних та електронних консультацій, систем призначення зустрічей та надання консультацій для особливих груп пацієнтів.

Для покращення ситуації використовується інтеграція державного та приватного секторів, яка здійснюється через різноманітні механізми, що відображають специфіку національних систем. Зрозуміло, що навіть у країнах з моделлю Беверіджа, де домінує державне фінансування та надання послуг, існує певна роль приватного сектору. Варто підкреслити, що контракування між покупцями та постачальниками допомоги є поширеною практикою, яка в Національній службі здоров'я серйозно утруднюється відсутністю достатньо деталізованих даних про потреби. Державно-приватне партнерство розвивається в різних формах, від контракування приватних лікарень для надання послуг пацієнтам публічного страхування до спільного фінансування будівництва медичної інфраструктури. Слід зазначити, що у Німеччині 48% ліжок були у публічній власності, 34% у приватній неприбутковій та 18% у приватній прибутковій власності лікарень (2014), що демонструє змішану модель власності

навіть у країні з моделлю Бісмарка. Дослідження показує, що Німеччина здійснює реформи для досягнення більшої економічної ефективності порівняно з сусідніми країнами.

Адаптація європейського досвіду для України має враховувати як загальні принципи успішних систем охорони здоров'я, так і специфіку національного контексту. По-перше, доцільним є поступовий рух до змішаної моделі фінансування, що поєднує елементи соціального страхування (як джерела стабільного фінансування) з державним бюджетним фінансуванням (для забезпечення рівного доступу). Зрозуміло, що повна відмова від бюджетного фінансування на користь страхової моделі є ризикованою, оскільки створює загрозу виключення незастрахованих категорій населення, особливо в умовах значного неформального сектору економіки.

По-друге, зміцнення первинної медичної допомоги має залишатися пріоритетом, включаючи подальший розвиток інституту сімейних лікарів як координаторів надання послуг, впровадження систем електронного направлення до спеціалістів, створення мультидисциплінарних команд у первинній ланці для управління хронічними захворюваннями. Слід зазначити, що досвід країн ЄС показує критичну важливість адекватного фінансування первинної ланки та забезпечення привабливості роботи сімейних лікарів через конкурентну оплату праці та належні умови.

По-третє, цифрова трансформація охорони здоров'я має стати стратегічним пріоритетом з урахуванням естонського досвіду як найбільш успішного прикладу. Варто підкреслити, що впровадження електронних медичних записів, електронних рецептів, телемедицини вимагає не лише технологічних інвестицій, але й адекватної правової бази, навчання персоналу, забезпечення кібербезпеки та захисту персональних даних. Водночас цифровізація може суттєво підвищити доступність послуг у сільських та віддалених районах через телеконсультації.

По-четверте, інтеграція державного та приватного секторів має здійснюватися через чіткі механізми контрактування з приватними постачальниками послуг на основі встановлених стандартів якості та тарифів, розвиток державно-приватного партнерства для будівництва та модернізації медичної інфраструктури, створення конкурентного середовища між постачальниками при збереженні державного регулювання цін та якості. Слід зазначити, що досвід країн ЄС демонструє можливість ефективної співпраці державного та приватного секторів за умови належного регулювання.

Нарешті, забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в умовах війни та повоєнного відновлення вимагає врахування досвіду країн ЄС щодо створення резервних спроможностей, диверсифікації постачальників послуг, розвитку телемедицини як альтернативного каналу надання допомоги, а також міжнародної співпраці для отримання технічної та фінансової підтримки. Зрозуміло, що інтеграція з європейськими системами охорони здоров'я через транскордонну медичну допомогу, визнання кваліфікацій, обмін даними може суттєво підвищити якість та доступність послуг для українських громадян.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження показує, що цифрова трансформація публічного управління національною безпекою в умовах гібридної війни є об'єктивною необхідністю, обумовленою зміною характеру загроз та неспроможністю традиційних моделей забезпечити адекватну протидію. При цьому сутність трансформації полягає у системній зміні організаційної архітектури, управлінських процесів, методів прийняття рішень та культури.

Концептуальні основи трансформації базуються на п'яти принципах: адаптивність до динамічних загроз, горизонтальна інтеграція відомств, децентралізація оперативних рішень при централізованій координації, використання аналітики даних, прозорість при збереженні захисту інформації. Трансформація структур проявляється у переході від вертикальних ієрархій до мережевих форм з цифровими хабами координації та спільними ситуаційними центрами.

Трансформація процесів охоплює оцифрування інформаційних потоків, реінжиніринг координації, стандартизацію процедур, автоматизацію моніторингу, створення цифрових двійників. Трансформація методів прийняття рішень передбачає системи підтримки на основі штучного інтелекту, предиктивну аналітику, моделювання сценаріїв, візуалізацію даних, автоматизацію при збереженні людського контролю над стратегічними рішеннями.

Поряд з цим, існуючі виклики включають технологічні обмеження, дефіцит кадрів, опір культур, кібербезпеку систем, етичні питання, правові прогалини. Тому їхнє подолання вимагає комплексного підходу через поетапне впровадження, інвестиції у розвиток, зміну культури, створення нормативної бази. У той же час, український досвід демонструє можливості швидкого масштабування навіть в умовах обмежених ресурсів через співпрацю з приватним сектором та залучення волонтерів.

Перспективи подальших досліджень включають емпіричний аналіз ефективності різних моделей трансформації, дослідження факторів успішності, вивчення довгострокових наслідків автоматизації для демократичної підзвітності, аналіз механізмів розвитку компетенцій та зміни культури, дослідження потенціалу нових технологій для майбутніх трансформацій управління безпекою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Boin A., Lodge M. Designing resilient institutions for transboundary crisis management: A time for public administration. *Public Administration*. 2016. Vol. 94, No. 2. P. 289–298. DOI: <https://doi.org/10.1111/padm.12264>
2. Delnoij, D. M. J. (2013). Bismarck or Beveridge: Primary care matters. *European Journal of Public Health*, 23(3), 349. URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt021>
3. Elissen A.M.J., Hertroijs D.F.L., Schaper N.C., Vrijhoef H.J.M., Ruwaard D. Profiling patients' healthcare needs to support integrated, person-centered models for long-term disease management (profile): Research design. *International Journal of Integrated Care*. 2016. Vol. 16, No. 2. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2208>

4. Kringos D., Boerma W., Hutchinson A., Saltman R. B. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015. (Observatory Studies Series; No. 38
5. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., van der Zee J., Groenewegen P.P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*. 2010. Vol. 10, No. 1. Art. 65. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
6. Kringos D.S., Boerma W., van der Zee J., Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*. 2013. Vol. 32, No. 4. P. 686–694. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1094>
7. Kulesher R.R., Forrestal E.E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*. 2014. Vol. 3, No. 4. P. 127–139. DOI: <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p127>
8. Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. 2015 International Profiles of Health Care Systems. New York: The Commonwealth Fund, 2016.
9. Nolte E., Knai C., Saltman R.B. (Eds.). Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.
10. Pölluste K., Kalda R., Lember M. Primary healthcare system in transition: the patient's experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000. Vol. 12, No. 6. P. 503–509. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.6.503>
11. Rechel B., Jakubowski E., McKee M. Hospitals in a changing Europe. Maidenhead: Open University Press, 2009.
12. Schut F.T., Varkevisser M. Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands. *Health Policy*. 2017. Vol. 121, No. 4. P. 434–443. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.003>
13. Siciliani L., Borowitz M., Moran V. (Eds.). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>
14. Struijs J.N., Baan C.A. Integrating care through bundled payments – lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*. 2011. Vol. 364, No. 11. P. 990–991. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011849>
15. Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., Van Ginneken E. Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd199c72-19c8-4b6a-a412-f6ac56829d22/content>
16. Zelmer, J., Ronchi, E., Hyppönen, H., Lupiáñez-Villanueva, F., Codagnone, C., Nøhr, C., Huebner, U., Fazzalari, A., & Adler-Milstein, J. (2017). International health IT benchmarking: Learning from cross-country comparisons. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(2), 371–379. URL: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw111>

Стаття надійшла до редакції 15.10.2025

Стаття рекомендована до друку 17.11.2025

Опубліковано 30.12.2025

Serhiy Zamchiy, postgraduate student of Public Policy Department, Educational and Scientific Institute «Institute of Public Administration», V. N. Karazin Kharkiv National University, 4 Svobody Sq., Kharkiv, 61022, Ukraine
ORCID ID: <http://orcid.org/0009-0000-3357-0980> e-mail: szamchiy@gmail.com

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH POLICY DEVELOPMENT MODELS IN EUROPEAN UNION COUNTRIES

Abstract. The article provides a comparative analysis of health policy development models in European Union countries to identify successful practices for Ukraine in the context of European integration. The relevance of the study is substantiated by the need to adapt the Ukrainian healthcare system to EU standards while preserving national specificities.

The basic models of healthcare organization in the EU are systematized: the Bismarck model (social insurance), the Beveridge model (national health service), and mixed models. It is revealed that EU countries apply differentiated approaches to healthcare financing: Germany and the Netherlands use mandatory health insurance with participation of private insurance funds, Sweden and Denmark predominantly use tax financing through national health services, while France and Belgium employ mixed models combining insurance and budget financing.

Primary healthcare reforms are examined, covering the strengthening of family doctors' role as service coordinators, implementation of mandatory patient registration systems, and development of multidisciplinary teams in primary care.

The digital transformation of healthcare systems is analyzed, revealing Estonia's leadership with 99% digitalization of medical data, progress in Denmark and Lithuania in providing citizens' online access to electronic medical records, and gradual implementation of electronic prescriptions and telemedicine in Poland and the Czech Republic.

It is established that new EU members with post-Soviet backgrounds (Poland, Estonia, Czech Republic) demonstrate different trajectories of healthcare system transformation, adapting Western European models to their own conditions. Common challenges for EU healthcare systems are identified, including demographic aging, rising healthcare costs, medical staff shortages, and territorial disparities in service accessibility.

The experience of integrating public and private sectors through mechanisms of contracting private service providers, public-private partnerships, and price regulation is generalized. Recommendations for Ukraine on adapting successful European practices considering the national context are proposed.

Keywords: *public administration, public policy, healthcare, European Union, primary healthcare, digitalization, reform, European integration.*

In cites: Zamchiy, S. V. (2025). Comparative analysis of health policy development models in European Union countries. *Theory and Practice of Public Administration*, 2 (81), 204–217. <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-2-12> [in Ukrainian].

REFERENCES:

1. Boin, A., & Lodge, M. (2016). Designing resilient institutions for transboundary crisis management: A time for public administration. *Public Administration*, 94(2), 289–298. DOI: <https://doi.org/10.1111/padm.12264>

2. Delnoij, D. M. J. (2013). Bismarck or Beveridge: Primary care matters. *European Journal of Public Health*, 23(3), 349. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt021>
3. Elissen, A. M. J., Hertroijs, D. F. L., Schaper, N. C., Vrijhoef, H. J. M., & Ruwaard, D. (2016). Profiling patients' healthcare needs to support integrated, person-centered models for long-term disease management (profile): Research design. *International Journal of Integrated Care*, 16(2). DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2208>
4. Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). Building primary care in a changing Europe (Observatory Studies Series No. 38). WHO Regional Office for Europe.
5. Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10(1), 65. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
6. Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686–694. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1094>
7. Kulesher, R. R., & Forrestal, E. E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127–139. DOI: <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p127>
8. Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (2016). 2015 *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund.
9. Nolte, E., Knai, C., & Saltman, R. B. (Eds.). (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches*. WHO Regional Office for Europe.
10. Pölluste, K., Kalda, R., & Lember, M. (2000). Primary healthcare system in transition: the patient's experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(6), 503–509. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.6.503>
11. Rechel, B., Jakubowski, E., & McKee, M. (2009). *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press.
12. Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2017). Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands. *Health Policy*, 121(4), 434–443. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.003>
13. Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (Eds.). (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>
14. Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2011). Integrating care through bundled payments – lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 990–991. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011849>
15. Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. (2011). *Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies*. WHO Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd199c72-19c8-4b6a-a412-f6ac56829d22/content>
16. Zelmer, J., Ronchi, E., Hyppönen, H., Lupiáñez-Villanueva, F., Codagnone, C., Nøhr, C., Huebner, U., Fazzalari, A., & Adler-Milstein, J. (2017). International health IT benchmarking: Learning from cross-country comparisons. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(2), 371–379. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw111>

The article was received by the editors 15.10.2025

The article is recommended for printing 17.11.2025

Published 30.12.2025