

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ «КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»

Факультет соціальних наук та соціальних технологій

Кафедра політології

Магістерська робота

Другий магістерський рівень вищої освіти

на тему **«ПРОБЛЕМА ПОБУТОВОЇ КОРУПЦІЇ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я: ПРИЧИНИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти 2-го
року навчання освітньої програми
«Антикорупційні студії»
спеціальності 052 Політології

Корнієнко М. В.

Керівник: Чабанна М. В., доктор політичних
наук, доцент

Рецензент канд. юрид. наук

А. В. Білецький

Магістерська робота захищена
з оцінкою 93 А

Секретар ЕК Петрик Т.О.

« 16 » червня 2026 р.

Київ – 2026 р.

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ 1. Теоретичні основи дослідження корупції у сфері охорони здоров'я...	6
1.1 Сутність поняття корупції та її основні прояви у сучасному суспільстві.....	6
1.2 Поняття та особливості побутової корупції в системі охорони здоров'я	9
1.3 Нормативно-правове регулювання протидії корупції у сфері охорони здоров'я в Україні.....	12
1.4 Зарубіжний досвід боротьби з корупцією у медичній сфері.....	16
Висновки до розділу 1.....	24
Розділ 2. Аналіз проявів побутової корупції у системі охорони здоров'я в Україні.....	26
2.1 Сучасний стан та масштаби побутової корупції у сфері охорони здоров'я України.....	26
2.2 Основні причини виникнення побутової корупції у медичних закладах..	31
2.3 Форми побутової корупції у взаємодії лікаря та пацієнта.....	38
2.4 Соціально-економічні наслідки побутової корупції для системи охорони здоров'я.....	43
Висновки до розділу 2.....	48
Розділ 3. Шляхи подолання побутової корупції у системі охорони здоров'я.....	50
3.1 Удосконалення державної антикорупційної політики у сфері медицини.....	50
3.2 Інституційні механізми запобігання корупції у медичних установах.....	55
3.3 Роль цифровізації та електронних медичних сервісів у зменшенні корупційних ризиків.....	61
3.4 Напрями підвищення прозорості та довіри у взаємодії між лікарем і пацієнтом.....	65
Висновки до розділу 3.....	71
Висновки.....	74

Список використаних**джерел.....77****ВСТУП**

Актуальність теми дослідження. Корупція залишається однією з найсерйозніших політико-правових та соціально-економічних проблем сучасного суспільства. Вона негативно впливає на ефективність функціонування державних інституцій, підриває принципи верховенства права, створює перешкоди для соціально-економічного розвитку держави та знижує рівень довіри громадян до органів влади. Особливо небезпечними є

прояви корупції у сфері охорони здоров'я, оскільки вони безпосередньо стосуються реалізації одного з основних конституційних прав людини, а саме права на охорону здоров'я та медичну допомогу.

У сучасних умовах розвитку, проблема корупції в медичній сфері набуває особливого значення. В Україні, ця проблема має як інституційний, так і поза інституційний прояви. Незважаючи на реалізацію медичної реформи, впровадження електронної системи охорони здоров'я, розширення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та створення нових механізмів фінансування медичних закладів, побутова корупція продовжує залишатися поширеним явищем. Неформальні платежі, примусові благодійні внески, оплата за пришвидшення отримання медичних послуг, використання службового становища медичними працівниками та інші корупційні практики негативно впливають на якість медичного обслуговування та формують нерівний доступ населення до медичних послуг.

Особливої актуальності проблема набуває в умовах воєнного стану та повномасштабної війни. Значне навантаження на систему охорони здоров'я, збільшення кількості пацієнтів, лікування поранених військовослужбовців та цивільного населення, нестача медичного персоналу і ресурсів створюють додаткові ризики виникнення корупційних проявів. За таких умов забезпечення прозорості діяльності медичних закладів та мінімізація корупційних ризиків стають важливими складовими підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Потреба у дослідженні зумовлюється також тим, що побутова корупція є найбільш поширеною її формою, з якою громадяни стикаються у повсякденному житті. На відміну від високоформалізованих корупційних схем на рівні державного управління, побутова корупція стається під час безпосередньої взаємодії між пацієнтом і медичним працівником. Саме тому вона має значний соціальний вплив, формує ставлення населення до державних інституцій та безпосередньо знижує рівень довіри до системи охорони здоров'я.

Проблематика корупції та антикорупційної політики є предметом дослідження багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців. Значний внесок у вивчення сутності корупції, причин її виникнення та механізмів протидії зробили такі дослідники, як В. Тацій, М. Хавронюк, Є. Невмержицький, О. Бусол, В. Трепак, С. Рогульський та інші. Водночас питання побутової корупції у сфері охорони здоров'я потребують подальшого дослідження з урахуванням сучасних умов функціонування медичної системи України та нових викликів, пов'язаних із цифровізацією медичних послуг і реформуванням галузі.

Метою дослідження є визначити причини прояви та механізми подолання проблеми побутової корупції у системі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я як соціально-економічний інститут.

Предметом дослідження є проблема побутової корупції у системі охорони здоров'я: причини та шляхи подолання.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Систематизувати теоретичні засади дослідження корупції у сфері охорони здоров'я;
2. Охарактеризувати особливості побутової корупції у сфері охорони здоров'я України;
3. Структурувати шляхи подолання побутової корупції в сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та завдань дослідження було використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. **Системний метод** використовувався для дослідження взаємозв'язків між різними чинниками виникнення корупційних проявів, а також був задіяний при формуванні шляхів подолання побутової корупції в сфері охорони здоров'я. **Компаративний метод** дав можливість співставити український та зарубіжний досвід боротьби з корупцією у медичній сфері.

Статистичний метод використано для аналізу сучасного стану та масштабів поширення корупційних практик в Україні. **Структурно-функціональний метод** використовувався для опису структурних елементів сфери охорони здоров'я та їхніх особливостей, зокрема для формування авторської таблиці основних прояви корупції у сучасному суспільстві. У кваліфікаційній роботі був досліджений аспект державного регулювання медичної сфери, система взаємовідносин «лікар-пацієнт» та розкриті можливі корупційні ризики у фармацевтичній сфері. **Метод узагальнення** застосовано під час формування висновків і практичних рекомендацій щодо подолання побутової корупції у системі охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання сформульованих висновків та рекомендацій для вдосконалення механізмів запобігання побутовій корупції у сфері охорони здоров'я, підвищення прозорості діяльності медичних закладів та формування ефективної антикорупційної політики в умовах сучасного реформування медичної галузі України.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОРУПЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Сутність поняття корупції та її основні прояви у сучасному суспільстві

Корупція є складним правовим та соціально-економічним явищем, яке супроводжує розвиток держави протягом усієї історії її існування, змінюючи лише свої форми та масштаби прояву. У сучасному науковому дискурсі, корупцію розглядають як феномен використання службового становища, владних повноважень або пов'язаних із ними можливостей з метою отримання особистої вигоди матеріального чи нематеріального характеру. Вона є не лише юридичною категорією, а й соціальним феноменом, який відображає рівень моральних норм, правової культури та ефективності функціонування державних інституцій [22].

З політико-правової точки зору, Сьюзен Роуз-Акерман у своїй праці 1999 року «Corruption and Government: Causes, Consequences, and Reform» визначає корупцію в сфері публічного управління, як «зловживання владними повноваженнями для особистої вигоди». Корупція, як явище найчастіше включає в себе отримання або надавання грошових хабарів в обмін на певну послугу [65].

Сутність корупції полягає у викривленні нормального механізму суспільних відносин, коли рішення приймаються не на основі законності, об'єктивності та справедливості, а під впливом особистої зацікавленості суб'єкту певного, як правило, адміністративного процесу в різноманітних сферах діяльності людини [6]. В таких умовах відбувається підміна суспільного інтересу приватним, що призводить до зниження ефективності державного управління, погіршення якості послуг та формування недовіри громадян до влади. Особливо небезпечним є процес нормалізації явища корупції у колективній свідомості громадян певної держави – проблематика,

яка є особливо актуального і для українського контексту вивчення цього явища [18].

Однією з характерних рис сучасної корупції є її адаптивність, оскільки вона швидко трансформується відповідно до змін у законодавстві та суспільних умов.

Важливим аспектом розуміння сутності корупції є її багаторівневий, структурний характер. Вона може існувати як на інституційному рівні і безпосередньо стосуватись процесу державного управління, де приймаються стратегічні рішення, так і на повсякденному рівні взаємодії між громадянами та представниками державних установ. Саме останній рівень часто називають побутовою корупцією, яка є найбільш поширеною та безпосередньо впливає на життя населення [15].

Не менш важливим є культурний аспект корупції, який проявляється у толерантному ставленні суспільства до окремих її форм. З точки зору герменевтичного (інтерпретаційного) підходу, питання диференціації корупції від інших міжособистісних дій та «послуг», в тому числі і юридично оформлених проявів практики «лобізму» залишається відкритим. Виходячи з одного культурного контексту, те, що може вважатися лобізмом в одній державі, трактується як корупційна практика в іншому культурному контексті. Зокрема, те, що в інших, для прикладу, європейських державах, навіть на побутовому рівні вважається корупційними діями, в українському соціо-культурному контексті не сприймається як корупційна практика, що сприяє її подальшому поширенню. Така ситуація свідчить про необхідність не лише правових, а й соціально-психологічних заходів щодо подолання корупції [28].

Для комплексного розгляду явища корупції у сучасних умовах, нам варто диференціювати різні типи проявів цього феномену за критеріями її форми та типу соціальних інститутів, де вона проявляється.

Таблиця 1.1 – Основні прояви корупції у сучасному суспільстві [автор]

№	Прояв корупції	Характеристика	Сфера прояву
1	Матеріальний (Хабарництво)	Надання або отримання неправомірної вигоди за виконання чи невиконання службових обов'язків	Державне управління та адміністрування, медицина, освіта
2	Формально-адміністративний (Зловживання владними повноваженнями)	Використання службового становища у власних інтересах або в інтересах третіх осіб	Органи влади, правоохоронні органи
3	Неформально-адміністративний (Неформальні платежі)	Оплата послуг, які офіційно є безкоштовними або вже оплачені державою	Охорона здоров'я, освіта
4	Особистісно-адміністративний (Конфлікт інтересів)	Ситуація, коли службова особа приймає рішення на користь власних інтересів	Бізнес, державні установи
5	Непотичний (Так звана практика «кумівства», використання родинних стосунків для власної вигоди)	Призначення на посади родичів або знайомих незалежно від їх професійних якостей	Державні органи, підприємства
6	Матеріально-документальний (Фальсифікація документів)	Навмисне викривлення інформації у документах з метою отримання вигоди	Медицина, освіта, судова система
7	Матеріально-ресурсний (Незаконне привласнення ресурсів)	Незаконне використання державного або службового майна	Державний сектор, підприємства
8	Процесуально-адміністративний (Маніпуляції з послугами)	Штучне створення дефіциту або ускладнення доступу до послуг та процесу її отримання	Охорона здоров'я, адміністративні послуги

Аналіз наведених у таблиці 1.1 проявів корупції свідчить про те, що дане явище має комплексний і системний характер, охоплюючи різні сфери суспільного життя. Кожна із зазначених та типологізованих форм корупції має

свої особливості прояву, однак усі вони об'єднані спільною рисою, а саме використанням службового становища або повноважень для отримання особистої вигоди.

У сучасних умовах, корупція дедалі частіше набуває інституційного характеру, коли окремі її прояви стають частиною усталених практик функціонування організацій. Це призводить до того, що корупція перестає бути поодиноким відхиленням і трансформується у системну проблему, яка потребує комплексного підходу до її вирішення. У такому випадку боротьба з окремими проявами не дає очікуваного результату без усунення глибинних причин її виникнення [8].

1.2 Поняття та особливості побутової корупції в системі охорони здоров'я

Побутова корупція у системі охорони здоров'я є специфічною формою корупційних відносин, що виникають у процесі взаємодії між пацієнтом і медичним працівником. На відміну від корупції державного управління на високому рівні, яка пов'язана з прийняттям стратегічних рішень і розподілом великих фінансових та матеріальних ресурсів, побутова корупція проявляється у повсякденних ситуаціях і стосується надання конкретних медичних послуг. Її сутність полягає у обміні матеріальними або нематеріальними благами за отримання медичної допомоги, яка за законодавством повинна бути безкоштовною або доступною на рівних умовах для всіх громадян [6].

У практичному вимірі, побутова корупція в медичній сфері найчастіше проявляється у вигляді обміну матеріальними благами між пацієнтом та лікарями, оплаті за прискорення процесу лікування, отримання більш якісного обслуговування або доступу до дефіцитних ресурсів. У багатьох випадках такі платежі не мають чітко встановленого розміру та здійснюються за неформальною домовленістю між пацієнтом і медичним працівником. Водночас слід зазначити, що межа між добровільною вдячністю і вимушеним хабарем часто є розмитою, оскільки пацієнти можуть відчувати прихований

тиск або страх отримати неякісну допомогу у разі відмови від додаткової оплати [7].

Практичний аспект проблеми полягає також у тому, що побутова корупція часто сприймається як невід’ємна частина системи охорони здоров’я. Для значної частини населення такі дії не асоціюються з порушенням закону, а розглядаються як спосіб забезпечення належної уваги з боку медичного персоналу. Це формує своєрідну «культуру корупції», коли як пацієнти, так і лікарі стають учасниками неформальних відносин, що підміняють офіційні механізми надання медичних послуг [8].

Побутова корупція у системі охорони здоров’я є складним соціальним явищем, яке має практичний, повсякденний характер та глибоко вкорінене у взаємовідносини між пацієнтами і медичними працівниками. Її особливості полягають у латентності, соціальній толерантності, нерівності сторін взаємодії та системному характері проявів. Розуміння цих особливостей є необхідною передумовою для подальшого дослідження причин виникнення побутової корупції та розробки ефективних механізмів її подолання [13,25].

Таким чином, нами розроблена авторська типологізація основних форм прояву корупції в медичній сфері, яка наведена у Таблиці 1.2:

Таблиця 1.2 – Основні форми побутової корупції у системі охорони здоров’я [автор]

№	Форма побутової корупції	Сутність прояву	Практичний приклад
1	Неформальні «подяки» лікарям	Добровільна або умовно добровільна передача коштів чи подарунків після або до надання послуг	Пацієнт передає гроші лікарю після операції «за увагу»
2	Вимагання неофіційної оплати	Пряме або приховане вимагання коштів	Лікар натякає на оплату за проведення лікування або операції

		за безкоштовні послуги	
3	Оплата за пришвидшення послуг	Надання винагороди для швидшого отримання медичної допомоги	Пацієнт платить, щоб швидше потрапити на обстеження
4	Доступ до вищої якості надання медичних послуг	Надання переваг у лікуванні за додаткову оплату	Призначення більш якісних препаратів або умов перебування
5	Маніпуляції з чергами	Штучне створення або зміна черговості пацієнтів	Прийом поза чергою за винагороду
6	Оплата за направлення	Отримання коштів за видачу направлень або рекомендацій	Лікар направляє до «потрібної» клініки за винагороду
7	Фальсифікація медичних документів	Внесення неправдивих даних у документи за оплату	Видача лікарняного без підстав
8	Примус до «благодійних внесків»	Формально добровільні платежі, які фактично є обов'язковими	Вимога оплатити «фонд лікарні» перед госпіталізацією

Важливою рисою побутової корупції є її маскування під соціально прийнятні форми поведінки. Зокрема, такі дії, як «подяка» лікарю або внесок до фонду медичного закладу, часто сприймаються як норма або навіть як прояв ввічливості. Проте у більшості випадків дії мають примусовий або напівпримусовий характер, оскільки пацієнти побоюються отримати неякісну медичну допомогу або зіткнутися з труднощами у доступі до лікування. Таким чином, відбувається підміна добровільності фактичною необхідністю, що є однією з ключових ознак корупційних відносин [22].

Особливої уваги заслуговує взаємозалежність між різними формами побутової корупції. Наприклад, вимагання неофіційної оплати часто поєднується з маніпуляціями чергами або наданням доступу до вищого рівня медичних послуг. Це свідчить про те, що окремі прояви корупції не існують ізольовано, а формують цілісну систему, в якій кожен елемент підсилює інший. У результаті пацієнт опиняється у ситуації, коли відмова від участі у таких практиках суттєво обмежує його можливості отримати своєчасну та якісну медичну допомогу [20].

1.3 Нормативно-правове регулювання протидії корупції у сфері охорони здоров'я в Україні

Базовим нормативним актом, який визначає правові та організаційні засади протидії корупції, є Закон України «Про запобігання корупції». У ньому закріплено ключові принципи антикорупційної політики, визначено поняття корупції та пов'язаних із нею правопорушень, а також встановлено обмеження та заборони для осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування. Для сфери охорони здоров'я закон має особливе значення, оскільки поширюється на медичних працівників державних і комунальних закладів, які здійснюють публічні функції або розпоряджаються бюджетними коштами [12].

Важливу роль у формуванні антикорупційного середовища відіграють положення Кримінального кодексу України, які передбачають відповідальність за корупційні правопорушення, зокрема за одержання неправомірної вигоди, зловживання владою або службовим становищем, службове підроблення та інші пов'язані злочини. Наявність кримінальної відповідальності створює правові підстави для притягнення до відповідальності осіб, які беруть участь у корупційних схемах у медичній сфері [58, р. 349-358].

Специфіку правового регулювання у сфері охорони здоров'я визначають також галузеві нормативні акти, зокрема Основи законодавства України про охорону здоров'я. У нормах закріплено принципи доступності та безоплатності медичної допомоги, що прямо суперечить практиці неформальних платежів[22].

Варто зазначити і про те, що Конституція визначає Україну як соціальну державу, а також містить положення, які визначають право людини на життя та захист здоров'я. Зокрема, стаття 49 Конституції України стверджує: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм»[16]. Таким чином, Конституцією визначається номінально безкоштовний характер отримання медичних послуг громадянами України.

Таким чином, будь-які прояви побутової корупції у вигляді вимагання або отримання коштів за медичні послуги, які повинні надаватися безкоштовно, фактично порушують чинне законодавство [13].

Окрему роль у системі протидії корупції відіграють спеціалізовані антикорупційні органи, діяльність яких регулюється відповідними законами. До них належать Національне агентство з питань запобігання корупції, Національне антикорупційне бюро України та Вищий антикорупційний суд. Їх функціонування забезпечує контроль за дотриманням антикорупційного законодавства, виявлення правопорушень та притягнення винних осіб до відповідальності [14].

Нормативно-правове регулювання протидії корупції у сфері охорони здоров'я в Україні має систематизований характер і включає як загальні антикорупційні норми, так і спеціалізовані положення галузевого законодавства. Разом із тим ефективність цієї системи значною мірою залежить від її практичного застосування, рівня контролю та формування антикорупційної культури у суспільстві.

Таблиця 1.3 – Нормативно-правове забезпечення протидії корупції у сфері охорони здоров'я України [автор]

№	Нормативно-правовий акт	Основний зміст регулювання	Значення для сфери охорони здоров'я
1	Закон України «Про запобігання корупції»	Визначає поняття корупції, встановлює обмеження, заборони та механізми її запобігання	Регулює діяльність медичних працівників як суб'єктів антикорупційного контролю
2	Кримінальний кодекс України	Встановлює відповідальність за корупційні злочини	Передбачає покарання за хабарництво та зловживання у медичній сфері
3	Кодекс України про адміністративні правопорушення	Визначає відповідальність за адміністративні корупційні правопорушення	Регулює питання конфлікту інтересів та отримання неправомірної вигоди
4	Основи законодавства України про охорону здоров'я	Визначають принципи функціонування системи охорони здоров'я	Гарантують безоплатність медичних послуг та рівний доступ до них
5	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Регулює фінансування медичних послуг через державні програми	Забезпечує прозорість фінансування та зменшує корупційні ризики
6	Постанови Кабінету Міністрів України у сфері медицини	Визначають порядок організації та фінансування медичних послуг	Конкретизують механізми реалізації медичної реформи
7	Закон України «Про звернення громадян»	Регулює порядок подання скарг та заяв	Дає можливість пацієнтам захищати свої права у разі корупційних дій
8	Закон України «Про доступ до публічної інформації»	Забезпечує відкритість інформації про діяльність органів влади	Сприяє прозорості у сфері охорони здоров'я

Аналіз наведених у таблиці 1.3 нормативно-правових актів свідчить про те, що в Україні сформовано достатньо розгалужену та комплексну систему правового регулювання протидії корупції, яка охоплює як загальні антикорупційні механізми, так і спеціалізовані норми, що стосуються функціонування системи охорони здоров'я. Водночас ефективність цієї системи значною мірою залежить не лише від формального існування законодавства, а й від рівня його практичного застосування.

Передусім слід відзначити, що базові антикорупційні закони, зокрема законодавство у сфері запобігання корупції, формують фундамент правового поля, визначаючи загальні принципи, обмеження та механізми контролю. Їх значення полягає у встановленні єдиних правил поведінки для посадових осіб, у тому числі для працівників медичної сфери, які здійснюють публічні функції або працюють у державних і комунальних закладах. Однак норми мають переважно універсальний характер і не завжди враховують специфіку медичної галузі, де взаємодія між пацієнтом і лікарем має особливий соціальний та етичний контекст [15].

Важливе значення мають галузеві нормативні акти, які визначають принципи функціонування системи охорони здоров'я. Зокрема, як уже було визначено, законодавство гарантує безоплатність базових медичних послуг і рівний доступ до них. Однак саме розрив між задекларованими нормами та реальним станом їх реалізації створює підґрунтя для виникнення побутової корупції. Коли офіційно безкоштовні послуги фактично стають умовно платними, виникає тіньова система фінансових відносин (сукупність всіх поза-легальних фінансових операцій), яка підміняє законодавчо визначені механізми [16].

Окрему увагу слід приділити нормативним актам, що регулюють фінансування медичної галузі. Запровадження нових механізмів, зокрема принципу фінансування «гроші йдуть за пацієнтом», спрямоване на підвищення прозорості та зменшення корупційних ризиків. Проте ефективність змін залежить від рівня їх впровадження, технічного

забезпечення та контролю. У разі недостатньої прозорості або недосконалості механізмів фінансування можуть виникати нові корупційні ризики [17].

Нормативні акти, що забезпечують відкритість інформації та можливість захисту прав громадян, відіграють важливу роль у формуванні антикорупційного середовища. Вони надають пацієнтам інструменти для реагування на неправомірні дії, однак ефективність їх використання залежить від рівня правової обізнаності населення та довіри до державних інституцій. У багатьох випадках громадяни не користуються цими можливостями через страх, недовіру або переконання у неефективності таких механізмів [18].

Узагальнюючи, можна зазначити, що нормативно-правова база України у сфері протидії корупції в охороні здоров'я є достатньо повною та структурованою. Вона охоплює різні аспекти правового регулювання, включаючи запобігання, відповідальність, фінансування та захист прав громадян. Водночас основною проблемою залишається розрив між нормативним регулюванням і практикою його реалізації. Саме ця невідповідність сприяє збереженню як інституційної так і побутової корупції та потребує подальшого вдосконалення механізмів контролю, підвищення прозорості та формування антикорупційної культури у суспільстві [19].

1.4. Зарубіжний досвід боротьби з корупцією у медичній сфері

Дослідження зарубіжного досвіду боротьби з корупцією у сфері охорони здоров'я допомагає виявити ефективні підходи та механізми, які можуть бути адаптовані до українських умов. У більшості розвинених країн проблема корупції у медичній сфері розглядається як системна загроза, що впливає на якість медичних послуг, економічну ефективність галузі та рівень довіри населення. Саме тому боротьба з корупцією здійснюється не лише шляхом запровадження жорстких правових санкцій, а й через комплексні інституційні, економічні та цифрові реформи [20].

Однією з найбільш показових є практика країн Європейського Союзу, де значна увага приділяється прозорості фінансування та контролю за

використанням бюджетних коштів. Наприклад, у Німеччині система медичного страхування побудована таким чином, що фінансові потоки є максимально відкритими, а всі розрахунки між пацієнтом, лікарем і страховою компанією фіксуються в електронному вигляді. Це суттєво знижує можливості для неформальних платежів. За даними європейських досліджень, рівень неофіційних платежів у медичній сфері Німеччини становить менше 5%, що свідчить про високий рівень прозорості системи [21].

У скандинавських країнах, зокрема у Швеції та Данії, боротьба з корупцією базується на поєднанні високого рівня фінансування медицини та розвиненої культури доброчесності. Медичні працівники отримують конкурентну заробітну плату, що зменшує їхню зацікавленість у неформальних доходах. Крім того, значну роль відіграє довіра населення до державних інституцій. За міжнародними оцінками, рівень корупції у медичній сфері країн є одним із найнижчих у світі, а частка громадян, які стикалися з неформальними платежами, не перевищує 1-2% [25].

Досвід Швеції та скандинавських країн загалом становить значний науково-практичний інтерес для України, передусім у контексті трансформації організаційних засад медичної системи та переосмислення підходів до її адміністрування. Показовим є те, що сучасна висока ефективність скандинавських систем охорони здоров'я є результатом не лише сприятливих економічних умов, а й цілеспрямованих інституційних перетворень, які здійснювалися протягом кількох десятиліть і супроводжувалися суттєвими змінами у філософії державного управління галуззю [63].

До вступу Швеції до Європейського Союзу в 1994 році у країні функціонувала так звана «неприбуткова» модель організації ключових соціальних секторів – освітнього та медичного. Сутність цієї моделі полягала в тому, що всі заклади охорони здоров'я та освіти перебували виключно у державній власності, а відкриття нових закладів приватними особами допускалося лише на засадах благодійності, без права отримання

комерційного прибутку. З правової точки зору, комерціалізація медичної та освітньої діяльності була законодавчо заборонена, що забезпечувало повний державний контроль над функціонуванням галузей і унеможливлювало виникнення корупційних стимулів, пов'язаних із приватним фінансовим інтересом [64].

У межах цієї системи діяла єдина модель безоплатного медичного обслуговування, доступного для всіх громадян незалежно від їхнього майнового стану чи місця проживання. Паралельно реалізовувалася так звана «егалітарна» кадрова політика, спрямована на забезпечення рівномірного розподілу людського капіталу між закладами охорони здоров'я різного рівня та географічного розташування [76]. Механізм її реалізації передбачав щорічне проведення на державному рівні комплексного порівняльного аналізу показників ефективності функціонування кожного медичного закладу. За результатами такого аналізу здійснювалося цілеспрямоване переведення найбільш кваліфікованих і досвідчених працівників із закладів з високими показниками діяльності до тих, що демонстрували нижчі результати. Таким чином держава прагнула досягти уніфікованого рівня якості медичної допомоги на всій території країни, нівелюючи відмінності, зумовлені регіональним розташуванням закладу.

Зазначений підхід є особливо актуальним у контексті українських реалій, оскільки проблема регіональної нерівності у сфері охорони здоров'я залишається однією з найгостріших системних проблем вітчизняної медицини. Диспропорція між рівнем медичного обслуговування у великих містах та сільській місцевості в Україні набула критичного характеру, а за умов хронічного недофінансування галузі протягом останніх десяти-п'ятнадцяти років значна кількість населених пунктів із невеликою чисельністю мешканців взагалі опинилася поза межами доступності первинної медичної допомоги внаслідок закриття місцевих закладів охорони здоров'я. Це породжує не лише гуманітарні виклики, а й створює сприятливе підґрунтя для корупційних практик у тих регіонах, де дефіцит медичних послуг змушує

пацієнтів вдаватися до неформальних механізмів отримання необхідної допомоги [20].

У Швеції, для подолання цієї проблеми була введена реформа кадрової мобільності – найкращі фахівці не прикріплювалися до одного місця роботи, що унеможливлювало встановлення довгострокових корупційних потоків на місці роботи, та урівнювало рівень медицини в різних закладах. Така модель надання медичних послуг функціонувала у Швеції і Данії в період з 1970-х років по останнє десятиліття XX століття. Після 1994 року, та вступу Швеції до Європейського Союзу, почалося ринкове реформування сфери медицини, що, з одного боку – дало можливість пацієнтам обирати місце лікування, що сприяло конкуренції між різними закладами, але, з іншого боку це дало поштовх процесу збільшення розриву в якості надання послуг між різними закладами. Однак, з точки зору питання запобігання корупції, подвійний контроль – ринкове та державне регулювання, став ще одним механізмом проведення превентивної анти-корупційної політики в інституціональному контексті. З точки зору побутового контексту, варто вказати, що саме Скандинавські держави та їхнє населення найменше схильне до «нормалізації» корупційних практик у побуті у порівнянні навіть з іншими країнами Європейського Союзу. Зокрема станом на 2025 рік, згідно Індексу Сприйняття Корупції (Corruption Perceptions Index, CPI) країною, де населення найменше сприймає корупцію на побутовому рівні є Данія із показником 89 балів із 100, що є найвищим показником у світі. Слідом за нею йде Фінляндія – теж скандинавська держава з показником 88 із 100. Інші три скандинавські країни: Швеція, Норвегія та Ісландія теж входять в першу десятку на четверте, шосте та десяте місце відповідно. Для порівняння, Україна в рейтингу за 2025 рік посідає 104 місце з результатом 36 балів із 100.

Таким чином, крім інституційних реформ, основною складовою анти-корупційної політики держави повинна бути комунікативна складова, головною функцією якої повинно виступати формування політичної культури

в країні, де явище корупції вважається соціально неприйнятним явищем як на інституційному так і на побутовому рівні [34].

Цікавим є досвід Великої Британії, де функціонує Національна служба охорони здоров'я. У цій системі медичні послуги надаються безкоштовно для пацієнтів, а фінансування здійснюється за рахунок державного бюджету. Важливою особливістю є жорсткий контроль за діяльністю медичних установ та прозорість їх роботи. У разі виявлення корупційних порушень застосовуються не лише юридичні санкції, але й професійні обмеження, включаючи позбавлення права на медичну практику. Це створює високий рівень відповідальності серед медичного персоналу [23].

У країнах Центральної та Східної Європи, таких як Польща та Чехія, які мають подібний до України історичний досвід, проблема побутової корупції також була досить поширеною. Однак завдяки проведенню системних реформ вдалося суттєво знизити її рівень. Зокрема, у Польщі було запроваджено електронні системи запису до лікарів, електронні рецепти та централізоване фінансування через страхові механізми. За результатами соціологічних досліджень, частка громадян, які здійснювали неформальні платежі у медичній сфері, знизилася з понад 30% на початку 2000-х років до приблизно 10-12% у останні роки [24]. Станом на 2025 рік, за Індексом Сприйняття Корупції Чехія займає 39 місце у світі із показником 59 балів із 100, а Республіка Польща посідає 53 місце із показником 54 бали. Це не найвищим результатом, однак враховуючи схожість історичних умов розвитку цих держав з Україною, можна констатувати про якісний рівень анти-корупційних реформ у державах [66].

Окрему увагу слід приділити досвіду США, де боротьба з корупцією у медицині має специфічний характер. Основний акцент робиться на запобіганні шахрайству у сфері медичного страхування та незаконному використанні бюджетних коштів. Для цього застосовуються складні системи аудиту, контролю та аналітики, які дозволяють виявляти підозрілі фінансові операції. Основним політико-правовим інструментом протидії є «Закон про неправдиві

позови» (англ. «False Claims Act»). Цей закон надає широкі повноваження як державним органам, так і приватним особам для подачі позовів проти шахраїв, зокрема проти осіб, яких звинувачують у корупційних зловживаннях. Йде мова як про представників державних установ, так і про приватних осіб. За оцінками американських дослідників, щорічні втрати від шахрайства у медичній сфері можуть становити до 3-5% загальних витрат, що підкреслює потребу постійного контролю навіть у високорозвинених системах[65].

Аналіз зарубіжного досвіду зробити висновок, що ефективна боротьба з корупцією у медичній сфері базується на кількох ключових принципах. По-перше, це забезпечення прозорості фінансових потоків та цифровізація процесів, що мінімізує можливості для неформальних платежів. По-друге, важливу роль відіграє належний рівень фінансування медицини та гідна оплата праці медичних працівників. По-третє, значення має формування антикорупційної культури та високого рівня довіри до державних інституцій. Водночас слід враховувати, що навіть у країнах із низьким рівнем корупції повністю викоринити це явище неможливо, однак його масштаби можуть бути суттєво обмежені. Порівняльний аналіз показує, що в Україні рівень побутової корупції у медичній сфері залишається значно вищим, ніж у більшості європейських країн, що свідчить про необхідність подальшого вдосконалення механізмів протидії [25].

Зарубіжний досвід демонструє, що успішна боротьба з корупцією у системі охорони здоров'я можлива лише за умови комплексного підходу, який поєднує правові, економічні, організаційні та культурні заходи. Використання цих підходів у вітчизняній практиці може сприяти зниженню рівня побутової корупції та підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я України.

Таблиця 1.4 – Зарубіжний досвід боротьби з корупцією у сфері охорони здоров'я [автор]

№	Країна	Основні антикорупційні механізми	Рівень/показники корупції	Практичний результат
1	Німеччина	Медичне страхування, електронні розрахунки, контроль фінансових потоків	Менше 5% випадків неформальних платежів	Висока прозорість системи та довіра населення
2	Швеція	Високе фінансування, електронні сервіси, культура доброчесності	1-2% громадян стикалися з корупцією	Мінімальний рівень побутової корупції
3	Данія	Повна цифровізація медицини, відкритість даних	Один із найнижчих рівнів у світі	Високий рівень довіри до медицини
4	Велика Британія	Державна система NHS, жорсткий контроль, професійна відповідальність	Поодинокі випадки корупції	Стабільна та прозора система охорони здоров'я
5	Польща	Е-рецепти, електронна черга, страхова медицина	Зниження з 30% до 10–12%	Значне зменшення неформальних платежів
6	Чехія	Медичне страхування, контроль витрат	Низький рівень побутової корупції	Покращення доступу до медичних послуг
7	США	Аудит, аналітика, контроль страхових виплат	3–5% втрат через шахрайство	Постійний контроль та виявлення порушень

8	Естонія	Повна цифровізація медицини, e-Health система	Один із найнижчих рівнів у Європі	Максимальна прозорість і зручність для пацієнтів
---	---------	---	-----------------------------------	--

Аналіз даних, наведених у таблиці 1.4, дає можливість зробити висновок про те, що ефективність боротьби з корупцією у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від використання та узгодження сукупності різноманітних механізмів державної політики. У країнах із низьким рівнем корупції ключову роль відіграє не окремий інструмент, а поєднання організаційних, фінансових і технологічних рішень, які взаємно підсилюють один одного [26].

Передусім слід відзначити, що визначальним фактором є рівень прозорості фінансових потоків. У країнах, де фінансування медицини здійснюється через страхові або державні механізми з чіткою фіксацією всіх операцій, значно зменшується можливість для виникнення неформальних платежів. Це пояснюється тим, що пацієнт і медичний працівник не вступають у прямі фінансові відносини, а всі розрахунки здійснюються через офіційні канали. Така модель фактично усуває передумови для побутової корупції, адже всі фінансові потоки контролюються через інститут посередника – або державу, або страхову компанію.

Не менш важливим чинником є рівень цифровізації медичних послуг. Досвід Естонії, Данії та інших країн демонструє, що впровадження електронних систем запису, електронних рецептів та електронних медичних карток не лише підвищує зручність для пацієнтів, але й значно знижує корупційні ризики. Це пов'язано з тим, що автоматизація процесів мінімізує суб'єктивний вплив людини на прийняття рішень, а також забезпечує фіксацію всіх дій у системі, що ускладнює можливість зловживань [27].

Аналіз також показує, що важливу роль відіграє економічний фактор, зокрема рівень оплати праці медичних працівників. У країнах із високим рівнем фінансування медицини та гідною заробітною платою лікарів відсутня

економічна необхідність у неформальних доходах. Це суттєво знижує мотивацію до участі у корупційних практиках. Водночас у країнах, де рівень фінансування є недостатнім, навіть за наявності законодавчих обмежень корупційні прояви можуть зберігатися.

Окрему увагу слід приділити ролі суспільних цінностей та рівню довіри до державних інституцій. У скандинавських країнах низький рівень корупції значною мірою пояснюється високою правовою культурою населення та нетерпимістю до будь-яких проявів порушення правил. У таких умовах навіть незначні корупційні дії сприймаються як неприйнятні, що створює додатковий соціальний бар'єр для їх поширення [28].

Водночас досвід країн Центральної та Східної Європи є особливо важливим для України, оскільки демонструє можливість поступового зниження рівня корупції навіть за наявності історично сформованих проблем. Реформи, спрямовані на цифровізацію, підвищення прозорості та зміну механізмів фінансування, дозволили цим країнам досягти відчутних результатів у відносно короткий період. Це свідчить про те, що за умови політичної волі та системного підходу можливо суттєво зменшити масштаби побутової корупції [29,63].

Разом з тим аналіз показує, що навіть у країнах із розвиненою системою охорони здоров'я повністю усунути корупційні ризики неможливо. Вони лише трансформуються та набувають інших форм, зокрема у вигляді фінансових зловживань або шахрайства у сфері страхування. Це підтверджує необхідність постійного вдосконалення механізмів контролю та адаптації антикорупційної політики до нових викликів [69].

Висновки до розділу 1

Аналіз нормативно-правового регулювання свідчить про те, що в Україні сформована відносно розвинена законодавча база у сфері протидії корупції, яка включає як загальні антикорупційні положення, закріплені в

базових законодавчих актах, так і спеціалізовані норми, що регламентують діяльність у галузі охорони здоров'я. Зазначена система охоплює широке коло правовідносин, які включають в себе диверсифіковану сукупність механізмів: від декларування майнового стану посадових осіб до врегулювання конфлікту інтересів та встановлення відповідальності за корупційні правопорушення.

Разом з тим проведене дослідження виявило суттєву диспропорцію між формальним рівнем нормативного забезпечення та реальною практикою його імплементації. Наявність розгалуженої системи законодавчих актів не забезпечує автоматичного підвищення ефективності антикорупційної діяльності, оскільки вирішальну роль відіграють інституційна спроможність уповноважених органів, рівень правової культури учасників відносин у сфері охорони здоров'я та дієвість механізмів правозастосування.

Зазначений розрив між нормативними приписами та практикою їх реалізації детермінує необхідність комплексного вдосконалення антикорупційної політики за кількома взаємопов'язаними напрямками: посилення інституційного контролю за дотриманням антикорупційного законодавства, підвищення рівня правової обізнаності та відповідальності суб'єктів медичної галузі, а також розробка ефективніших механізмів моніторингу й оцінювання результативності реалізації антикорупційних норм.

Аналіз зарубіжного досвіду дозволив встановити, що успішна протидія інституційної та побутової корупції у медичній сфері можлива лише за умови комплексного підходу, який поєднує прозоре фінансування, цифровізацію процесів, належний рівень оплати праці медичних працівників та формування антикорупційної культури у суспільстві. Особливо ефективними є ті системи, де мінімізовано прямий фінансовий контакт між пацієнтом і лікарем, а всі операції здійснюються через офіційні механізми.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОЯВІВ ПОБУТОВОЇ КОРУПЦІЇ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Сучасний стан та масштаби побутової корупції у сфері охорони здоров'я України

Побутова корупція у сфері охорони здоров'я України залишається однією з найбільш поширених форм корупційних практик, що безпосередньо впливають на повсякденне життя населення [7]. Незважаючи на проведення медичної реформи, впровадження електронної системи охорони здоров'я та зміну механізмів фінансування медичних послуг, проблема неформальних платежів, «подяк» лікарям і прихованих фінансових вимог у медичних закладах продовжує існувати. Особливість цієї форми корупції полягає у тому, що вона є максимально наближеною до громадян, оскільки виникає під час безпосередньої взаємодії пацієнта та медичного працівника. Саме через це побутова корупція має значний соціальний резонанс і суттєво впливає на рівень довіри населення до системи охорони здоров'я [20].

Сучасний стан побутової корупції у медичній сфері України відзначається надзвичайно високим рівнем латентності, що суттєво ускладнює об'єктивну оцінку реальних масштабів цього явища. Переважна більшість корупційних взаємодій залишається поза межами офіційної статистики та не стає предметом правового реагування, що зумовлено специфічною природою відносин між пацієнтами та медичними працівниками, в яких обидві сторони, як правило, виступають взаємно зацікавленими учасниками неформального обміну.

З боку пацієнтів визначальним чинником замовчування є страх перед можливим погіршенням якості медичної допомоги, упередженим ставленням з боку персоналу або й відмовою у подальшому лікуванні. Така поведінка формується під впливом стійких соціальних уявлень про те, що неформальна винагорода є необхідною умовою отримання належного медичного обслуговування, а не добровільним актом вдячності. З боку медичного

персоналу неформальні платежі нерідко раціоналізуються як вимушений засіб компенсації хронічно низького рівня офіційної заробітної плати та недостатнього матеріально-технічного забезпечення галузі, що фактично перетворює корупцію на адаптаційний механізм виживання в умовах системного недофінансування.

Унаслідок тривалого відтворення таких практик формується стійка система неофіційних взаємовідносин, яка функціонує паралельно до легальної моделі надання медичних послуг, поступово набуваючи характеру інституціоналізованої норми. Це явище має не лише правовий, а й глибокий соціокультурний вимір, оскільки корупційні практики інтегруються у повсякденні поведінкові стратегії як пацієнтів, так і медичних працівників, що значно ускладнює їх подолання виключно правовими методами.

Особливо гостро проблема побутової корупції проявляється у державних та комунальних медичних закладах, де пацієнти найчастіше стикаються з вимогами неофіційної оплати за послуги, які формально повинні бути безкоштовними [20].

Найпоширенішими проявами залишаються неформальні платежі за проведення операцій, діагностичних обстежень, госпіталізацію, отримання медичних довідок, швидший доступ до лікування або покращені умови перебування у стаціонарі. У багатьох випадках такі платежі маскуються під «благодійні внески», однак фактично мають примусовий характер.

Важливим чинником поширення побутової корупції є нерівність між пацієнтом і медичним працівником. Людина, яка звертається за медичною допомогою, часто перебуває у психологічно вразливому стані через страх за власне здоров'я або життя близьких. У таких умовах пацієнт значно легше погоджується на неформальні фінансові вимоги, оскільки сприймає їх як необхідну умову отримання якісної та своєчасної допомоги. Особливо це стосується складних операцій, невідкладного лікування, пологової допомоги та онкологічних захворювань, де рівень емоційної напруги є максимально високим [6].

Суттєвий вплив на масштаби побутової корупції мають економічні проблеми системи охорони здоров'я. Протягом тривалого часу медична галузь України характеризувалася недостатнім рівнем фінансування, зношеністю матеріально-технічної бази та низькою заробітною платою медичних працівників. У таких умовах неформальні платежі почали сприйматися частиною медичного персоналу як додаткове джерело доходу, а пацієнтами – як звична практика взаємодії з медичними закладами. Навіть після початку медичної реформи та поступового підвищення фінансування проблема повністю не зникла, оскільки корупційні практики встигли набути системного характеру.

На сучасному етапі значний вплив на функціонування системи охорони здоров'я має воєнний стан та наслідки повномасштабної війни. Зростання навантаження на медичні установи, дефіцит кадрів, нестача ресурсів і збільшення кількості пацієнтів створюють додаткові ризики для поширення побутової корупції. У деяких випадках пацієнти вимушені здійснювати неофіційні платежі для швидшого отримання медичної допомоги, доступу до ліків або проведення обстежень у скорочені терміни. Крім того, значний потік внутрішньо переміщених осіб та поранених військовослужбовців посилює навантаження на медичну систему, що також може створювати умови для виникнення корупційних практик [14].

За результатами соціологічних досліджень останніх років, сфера охорони здоров'я стабільно входить до переліку галузей, у яких громадяни найчастіше стикаються з корупційними проявами. Значна частина населення визнає, що хоча б один раз здійснювала неофіційні платежі у медичних закладах. Водночас слід враховувати, що реальні масштаби проблеми можуть бути значно більшими, оскільки не всі пацієнти готові відкрито повідомляти про подібний досвід. Особливістю побутової корупції є також те, що значна частина громадян не завжди сприймає такі дії як порушення закону, вважаючи їх «традиційною» формою взаємодії з лікарями.

Окрему проблему становить так званий «подвійний стандарт» у сприйнятті побутової корупції. З одного боку, більшість громадян негативно оцінює корупцію як суспільне явище, а з іншого – самі можуть брати участь у неформальних платежах, пояснюючи це необхідністю отримання якісної медичної допомоги. У результаті формується замкнене коло, коли корупція одночасно засуджується та підтримується на практичному рівні. Це значно ускладнює боротьбу з нею, оскільки проблема має не лише правовий чи економічний, але й глибокий соціально-психологічний характер [7].

Таблиця 2.1. Прояви побутової корупції у сфері охорони здоров'я України

Вид прояву побутової корупції	Характеристика прояву	Найпоширеніші сфери виникнення	Наслідки для пацієнтів та системи охорони здоров'я
Неформальні грошові платежі	Передача коштів медичному працівнику за отримання послуги або пришвидшення лікування	Стаціонарне лікування, операції, госпіталізація	Зниження довіри до медицини, нерівність доступу до лікування
«Благодійні внески»	Формально добровільна, але фактично обов'язкова оплата послуг або матеріалів	Державні та комунальні лікарні	Прихована комерціалізація безкоштовної медицини
Оплата за швидший доступ до лікування	Надання переваги окремим пацієнтам за додаткову винагороду	Черги на обстеження, консультації, операції	Порушення принципу рівності пацієнтів
Корупція під час видачі медичних довідок	Отримання документів без належного медичного огляду	Медичні комісії, довідки, лікарняні листи	Зниження контролю за медичними процедурами
Примусове придбання ліків	Направлення пацієнтів до певних аптек або закупівля препаратів за власний кошт	Амбулаторне та стаціонарне лікування	Фінансове навантаження на пацієнтів
Неформальна оплата за пологи	Передача коштів лікарям або медичному персоналу за «якісне» обслуговування	Пологові будинки та акушерські відділення	Соціальна нерівність у медичному обслуговуванні

Оплата за кращі умови перебування	Надання палати або додаткових умов за неофіційну винагороду	Стаціонари та лікарні	Комерціалізація державних медичних послуг
Використання службового становища	Вимагання коштів або послуг медичними працівниками	Усі рівні медичної системи	Погіршення репутації системи охорони здоров'я
Приховані посередницькі схеми	Використання приватних структур або пов'язаних осіб для отримання прибутку	Діагностичні центри, лабораторії	Зростання вартості медичних послуг
Побутова корупція через дефіцит ресурсів	Виникнення неформальних платежів через нестачу ліків, обладнання або персоналу	Лікарні в умовах воєнного стану	Поглиблення соціальної напруги та недовіри до держави

Слід зазначити, що цифровізація медичної сфери частково сприяла зменшенню окремих проявів побутової корупції. Впровадження електронних декларацій із сімейними лікарями, електронних рецептів, електронних направлень та системи eHealth зробило частину процесів більш прозорими. Однак навіть цифрові інструменти не змогли повністю усунути проблему, оскільки значна кількість корупційних практик виникає саме на рівні особистого контакту між лікарем і пацієнтом [21].

Особливістю сучасного етапу є також трансформація форм побутової корупції. Якщо раніше переважали прямі вимоги грошових коштів, то сьогодні дедалі частіше використовуються приховані механізми, зокрема примусові «благодійні внески», рекомендації придбати ліки у певних аптеках або оплатити додаткові послуги через пов'язані структури. Це ускладнює виявлення корупційних схем та створює видимість законності таких дій.

Масштаби побутової корупції у сфері охорони здоров'я негативно впливають не лише на ефективність медичної системи, але й на соціальну справедливість. Пацієнти, які не мають достатніх фінансових можливостей, опиняються у менш вигідному становищі та можуть отримувати медичну допомогу нижчої якості або з більшими затримками. У результаті порушується

принцип рівного доступу до медичних послуг, який є одним із базових принципів функціонування системи охорони здоров'я [25].

2.2 Основні причини виникнення побутової корупції у медичних закладах

Побутова корупція у медичних закладах України не виникає випадково і не зводиться лише до особистої недоброчесності окремого лікаря або пацієнта. Це явище формується на перетині кількох проблем: недостатнього фінансування медицини, нерівного доступу до послуг, слабкої поінформованості пацієнтів, звички до неформальних «подяк», дефіциту ресурсів і недовіри до офіційних механізмів захисту прав. Саме тому побутову корупцію в медицині варто розглядати не як поодинокі випадки передачі грошей, а як усталену практику, яка підтримується і системними недоліками, і повсякденною поведінкою учасників медичних відносин.

Однією з головних причин збереження побутової корупції є високий рівень контакту громадян із системою охорони здоров'я. Медицина є тією сферою, з якою люди стикаються значно частіше, ніж із судами, правоохоронними органами чи дозвільними службами. За даними досліджень НАЗК, ще у попередніх хвилях опитувань охорона здоров'я була сферою з найбільшою частотою контактів населення, що автоматично збільшує кількість ситуацій, у яких можуть виникати неформальні платежі або інші корупційні практики. У дослідженні 2025 року зазначено, що 14,4% українців мали корупційний досвід у державних і комунальних медичних закладах, а у 2024 році показник становив 14,7%. Водночас 16,8% опитаних у 2025 році повідомили про перебування у конкретних ситуаціях, які містили ознаки корупції. Це показує, що частина людей навіть після участі в корупційній ситуації не завжди прямо називає її корупцією [12].

Однією з визначальних структурних передумов розвитку корупції в системі охорони здоров'я України є інституційна неоднорідність галузі, що виявляється у паралельному функціонуванні закладів різних форм власності

та підпорядкування. Відповідно до положень Конституції України та Цивільного кодексу, вітчизняне законодавство виокремлює три основні форми власності: державну, комунальну та приватну, кожна з яких передбачає відмінні механізми управління, фінансування та підзвітності. У повній відповідності до цієї загальної типології заклади охорони здоров'я також функціонують у трьох організаційно-правових формах, що зумовлює суттєві відмінності в їхньому правовому статусі, джерелах фінансового забезпечення та характері взаємовідносин із органами публічної влади [10,13].

У межах цього дослідження першочергова увага зосереджується на закладах державної та комунальної форм власності, які перебувають у безпосередньому підпорядкуванні центральних або місцевих органів влади відповідно та фінансуються переважно з державного або місцевих бюджетів. Водночас паралельне існування приватного сектору охорони здоров'я суттєво ускладнює загальну динаміку функціонування галузі, оскільки створює умови для комерційного використання медичних послуг і формує конкурентне середовище, в якому державні та комунальні заклади апріорі опиняються у програшній позиції з огляду на обмеженість їхнього фінансового ресурсу.

Ключовою проблемою, що виникає внаслідок такої інституційної асиметрії, є прогресуючий відплив кваліфікованих кадрів із державного та комунального секторів до приватних медичних закладів. Суттєва різниця в рівні оплати праці між цими секторами перетворює міграцію медичного персоналу на системне явище, яке підриває кадровий потенціал публічної медицини та загострює проблему доступності якісної безоплатної медичної допомоги для широких верств населення. Особливо гостро ця тенденція проявляється на місцевому та регіональному рівнях, де і без того обмежені кадрові ресурси скорочуються найбільш відчутно.

Дефіцит медичного персоналу в державному секторі породжує цілу низку взаємопов'язаних негативних наслідків: збільшення черг та часу очікування на отримання безоплатної медичної послуги, загальне зниження якості медичного обслуговування, надмірне навантаження на лікарів та

прогресуючу бюрократизацію медичного процесу. Ситуація, за якої на одного лікаря державного закладу припадає значно більша кількість пацієнтів порівняно з приватним сектором, об'єктивно знижує як фізичну, так і змістовну якість медичної взаємодії. Саме в цьому середовищі формуються сприятливі умови для розвитку корупційних відносин: пацієнти, прагнучи отримати своєчасну та якісну допомогу, вдаються до неформальних платежів, тоді як медичний персонал, відчуваючи матеріальну незадоволеність, виявляється схильним до їх прийняття. Таким чином, структурна асиметрія між секторами охорони здоров'я виступає не лише організаційною, а й корупціогенною проблемою, що потребує системного вирішення як на законодавчому, так і на управлінському рівні [20].

Ще однією важливою причиною є розрив між формально гарантованою безоплатністю окремих медичних послуг і реальним досвідом пацієнта. На папері людина може мати право на безкоштовну консультацію, обстеження, госпіталізацію або лікування в межах державних гарантій, але на практиці вона часто стикається з проханнями купити ліки, оплатити витратні матеріали, зробити «благодійний внесок» або «віддячити» лікарю. У такій ситуації корупція не лише як пряме вимагання, а й як відповідь пацієнта на невизначеність: людина не розуміє, що саме має бути безкоштовним, за що вона справді повинна платити офіційно, а що є нав'язаною неформальною оплатою. Саме ця непрозорість і створює зручне середовище для побутових корупційних практик.

Другою важливою причиною є дефіцит ресурсів у медичних закладах. Коли в лікарні не вистачає сучасного обладнання, витратних матеріалів, ліків, місць у палатах або вузьких спеціалістів, доступ до ресурсів фактично перетворюється на предмет неформального торгу. Пацієнт починає сприймати додаткову оплату як спосіб отримати швидший доступ до лікування або кращі умови перебування. Для медичного закладу дефіцит ресурсів часто стає виправданням для напівофіційних платежів, які подаються як добровільні внески на потреби лікарні. У мирний час ця проблема була пов'язана

переважно з хронічним недофінансуванням, а під час воєнного стану вона загострилася через збільшення навантаження на систему охорони здоров'я, переміщення населення, лікування військових і цивільних поранених та пошкодження частини медичної інфраструктури [17].

Суттєвим чинником є також економічне становище медичних працівників. Хоча після медичної реформи та зміни моделі фінансування частина закладів отримала більше управлінської автономії, проблема нерівномірної оплати праці в медицині залишається відчутною. У частині медичних установ заробітна плата не відповідає рівню відповідальності, складності роботи та емоційному навантаженню лікарів. У такій ситуації неформальні платежі починають сприйматися частиною медичних працівників як «компенсація» за недостатню оплату праці. Це не виправдовує корупцію, але пояснює, чому вона може закріплюватися на рівні повсякденної практики [65].

Окремо слід виділити соціально-психологічну причину, пов'язану з традицією «подяки» лікарю. Для багатьох пацієнтів передача грошей, подарунків або інших благ медичному працівнику не сприймається як хабар. Часто це пояснюється словами «так прийнято», «щоб краще подивилися», «бо лікар теж людина», «щоб не образити». Проблема полягає в тому, що добровільна вдячність дуже легко переходить у напівпримусову практику, коли пацієнт уже не відчуває свободи вибору. Людина платить не тому, що хоче подякувати, а тому, що боїться отримати гірше ставлення, довше чекати або не отримати необхідну допомогу. Саме у цьому і проявляється побутовий характер медичної корупції: вона часто не виглядає як грубе вимагання, але фактично створює нерівні умови для пацієнтів[65].

Ще однією причиною є слабка правова обізнаність пацієнтів. Багато людей не знають, які саме послуги покриває Програма медичних гарантій, як перевірити договір закладу з НСЗУ, куди звертатися у разі вимагання грошей і як правильно оформити скаргу. Через це пацієнт залишається один на один із системою і часто обирає найпростіший шлях – заплатити. Навіть якщо

людина розуміє, що вимога є незаконною, вона може не мати часу, сил або психологічного ресурсу для захисту своїх прав, особливо коли йдеться про хворобу, операцію або лікування близької людини [16].

Важливим джерелом побутової корупції є нерівність владних позицій між лікарем і пацієнтом. Лікар володіє професійними знаннями, доступом до медичної інформації, можливістю впливати на черговість, обсяг обстежень, госпіталізацію та подальше лікування. Пацієнт у цей момент часто перебуває в залежному та вразливому становищі. Ця нерівність створює ризик зловживання довірою. Навіть натяк з боку медичного працівника може сприйматися пацієнтом як вимога, бо він не хоче ризикувати власним здоров'ям або здоров'ям родичів.

Побутову корупцію підтримує і низька готовність громадян повідомляти про такі випадки. У дослідженнях НАЗК звертається увага на те, що готовність подавати скарги щодо корупції є низькою: значна частина людей або не вірить у результат, або боїться негативних наслідків. Це особливо помітно у сфері медицини, де пацієнт може залежати від того самого лікаря чи закладу протягом тривалого часу. Тому навіть очевидні випадки вимагання часто залишаються без офіційної реакції. Через це корупція стає латентною, тобто прихованою, а реальні масштаби проблеми можуть бути більшими за офіційні показники [25].

Аналітично важливо звернути увагу і на те, що офіційна статистика корупційних правопорушень не завжди показує реальний стан побутової корупції в медицині. Більшість таких ситуацій не доходить до правоохоронних органів, тому соціологічні дослідження часто дають реалістичніше уявлення про масштаби проблеми. Якщо 14,4–14,7% населення повідомляє про корупційний досвід у державній і комунальній медицині, то це не просто окремі випадки, а масова соціальна практика, яка торкається мільйонів людей. При цьому варто враховувати, що частина респондентів може не називати «подяку» корупцією, навіть якщо вона була умовою отримання послуги [64].

Ще одним чинником є недостатня прозорість внутрішньої організації медичних закладів. Пацієнт часто не бачить зрозумілого переліку безкоштовних послуг, не знає офіційної вартості платних послуг, не розуміє, чому в одному випадку за ліки треба платити самостійно, а в іншому вони мають надаватися лікарнею. Така інформаційна невизначеність створює простір для маніпуляцій. Там, де немає чіткого пояснення прав пацієнта, виникає місце для неформальних домовленостей [20].

Причиною корупції є також нерівномірність цифровізації. Електронні направлення, електронні рецепти, декларації з сімейними лікарями та електронна медична система справді зменшили можливості для частини неформальних практик. Однак цифровізація не усуває ті ситуації, де рішення залишається повністю залежним від особистого контакту лікаря і пацієнта. Наприклад, питання госпіталізації, ставлення персоналу, доступу до «кращого» спеціаліста або пришвидшення черги часто все ще вирішуються не лише через електронну систему, а й через особисті домовленості.

На побутову корупцію впливає і загальний рівень сприйняття корупції в державі. Україна у 2024 році отримала 35 балів зі 100 в Індексі сприйняття корупції Transparency International і посіла 105 місце серед 180 країн [70]. Показник не стосується лише медицини, але він добре показує загальний фон: корупція залишається значущою проблемою суспільного розвитку, а недовіра до інституцій створює умови для толерантного ставлення до неформальних практик у різних сферах, зокрема в охороні здоров'я [70].

Таблиця 2.2. Основні причини виникнення побутової корупції у медичних закладах

Основна причина побутової корупції	Характер прояву	Вплив на пацієнтів	Вплив на систему охорони здоров'я
Недостатнє фінансування медичних закладів	Дефіцит обладнання, ліків, матеріалів та ресурсів	Вимушені додаткові витрати на лікування	Формування неофіційних механізмів фінансування

Низький рівень оплати праці медичних працівників	Пошук додаткових джерел доходу через неформальні платежі	Зростання фінансового навантаження на населення	Закріплення корупційних практик як «норми»
Традиція «подяки» лікарям	Сприйняття хабарів як звичайної форми вдячності	Психологічний тиск на пацієнтів	Легалізація побутової корупції на соціальному рівні
Нерівність між лікарем і пацієнтом	Залежність пацієнта від рішень медичного персоналу	Страх відмови у лікуванні або погіршення ставлення	Посилення зловживань службовим становищем
Низька правова обізнаність населення	Нерозуміння переліку безкоштовних медичних послуг	Неможливість ефективно захистити свої права	Відсутність суспільного контролю
Високий рівень латентності корупції	Небажання повідомляти про корупційні випадки	Відсутність механізмів захисту пацієнтів	Приховування реальних масштабів проблеми
Недостатня прозорість медичних послуг	Відсутність чіткої інформації щодо офіційних платежів	Маніпуляції з боку окремих працівників	Поява прихованих фінансових схем
Дефіцит медичних кадрів	Велике навантаження на лікарів та черги	Пошук «швидшого» доступу до лікування через оплату	Зростання соціальної нерівності
Воєнний стан та перевантаження медичної системи	Збільшення кількості пацієнтів і нестача ресурсів	Ускладнення доступу до медичної допомоги	Посилення ризиків неформальних платежів
Недостатній контроль і відповідальність	Слабка реакція адміністрації та правоохоронних органів	Втрата довіри до державних інституцій	Безкарність корупційних практик
Нерівномірна цифровізація медичних послуг	Частина процесів залишається залежною від	Можливість неформальних домовленостей	Збереження старих корупційних механізмів

	особистих контактів		
Загальний високий рівень корупції в державі	Толерантне ставлення суспільства до неформальних платежів	Звикання громадян до корупційної поведінки	Системне поширення корупції у медичній сфері

Основні причини побутової корупції у медичних закладах мають комплексний характер. Вони пов'язані не тільки з поведінкою окремих лікарів чи пацієнтів, а й з організацією фінансування медицини, дефіцитом ресурсів, слабкою прозорістю послуг, низькою правовою обізнаністю населення, традицією неформальної «подяки» та недовірою до механізмів захисту прав. Саме тому подолання побутової корупції не може зводитися лише до покарання окремих працівників. Потрібні одночасно прозорі правила оплати послуг, зрозуміла комунікація з пацієнтами, належне фінансування закладів, ефективні канали скарг, цифровий контроль і поступова зміна суспільного ставлення до «подяк» як до небезпечної форми нерівності у доступі до медичної допомоги [74].

2.3 Форми побутової корупції у взаємодії лікаря та пацієнта

Побутова корупція у сфері охорони здоров'я найчастіше проявляється саме у безпосередній взаємодії між лікарем і пацієнтом. На відміну від масштабних корупційних схем, пов'язаних із державними закупівлями чи розподілом бюджетних коштів, побутова корупція має індивідуальний характер та виникає у повсякденних ситуаціях під час отримання медичної допомоги. Саме тому вона є найбільш помітною для населення та безпосередньо впливає на рівень довіри громадян до системи охорони здоров'я [21].

Особливістю таких корупційних відносин є те, що вони часто маскуються під «традиційні» форми вдячності або добровільної підтримки

медичних працівників. У багатьох випадках пацієнт не завжди усвідомлює, що бере участь у корупційній практиці, оскільки сприймає передачу грошей чи подарунків як звичний елемент комунікації з лікарем. Водночас реальна сутність таких дій полягає у створенні нерівних умов доступу до медичних послуг та виникненні залежності якості лікування від фінансових можливостей пацієнта.

Однією з найпоширеніших форм побутової корупції залишаються прямі неформальні грошові платежі. Найчастіше вони виникають під час госпіталізації, проведення операцій, пологів, отримання консультацій вузькопрофільних спеціалістів або проходження діагностичних процедур. У деяких випадках передача коштів є відкритим процесом, коли медичний працівник прямо повідомляє про необхідність «подяки». Проте значно частіше застосовуються непрямі натяки, які створюють у пацієнта відчуття обов'язковості оплати. Такі ситуації особливо характерні для складного лікування, коли людина перебуває у психологічно вразливому стані та боїться втратити можливість отримати якісну медичну допомогу [64].

Окремою та надзвичайно поширеною формою побутової корупції у вітчизняній системі охорони здоров'я є практика так званих «благодійних внесків», яка набула характеру інституціоналізованого механізму неформального вилучення коштів із пацієнтів. Формально зазначені платежі позиціонуються як добровільна фінансова підтримка медичного закладу, окремого відділення або конкретного фахівця, що надає їм видимість легітимного філантропічного акту. Однак фактичний зміст відносин суттєво відрізняється від їхньої юридичної форми: у переважній більшості випадків такі «внески» є імпліцитною або навіть прямою умовою отримання медичної послуги, а не виявом щирої благодійності з боку пацієнта.

Механізм реалізації цієї схеми є доволі варіативним і може набувати різних конкретних форм. Пацієнтам пропонується перерахувати кошти через спеціально створені благодійні фонди, самотійно придбати витратні матеріали, медикаменти або обладнання, що нібито відсутні в закладі, або ж

покрити так звані «додаткові витрати», пов'язані з наданням медичної допомоги. При цьому принципово важливо, що відповідні послуги в переважній більшості випадків входять до переліку медичних гарантій держави і мають надаватися громадянам на безоплатній основі за рахунок публічного фінансування. Таким чином, зазначені практики фактично є завуальованою формою незаконного стягнення плати за послуги, що фінансуються з державного бюджету [32].

Визначальною особливістю цієї форми корупції, що водночас зумовлює її стійкість і широку розповсюдженість, є здатність створювати видимість правомірності та юридичної бездоганності вчинюваних дій. Використання легальних інструментів, зокрема благодійних фондів та договорів пожертви, суттєво ускладнює кваліфікацію таких дій як корупційних у правовому розумінні та значно підвищує складність доказування факту неправомірності в межах юрисдикційного провадження. Саме ця правова невизначеність робить «благодійні внески» одним із найбільш латентних і водночас найбільш системно небезпечних проявів корупції в медичній галузі, оскільки вони підривають довіру громадян до публічної системи охорони здоров'я та формують стійке переконання у неможливості отримання якісної медичної допомоги без додаткової неформальної оплати [75].

Значного поширення набула практика неофіційної оплати за пришвидшення доступу до лікування або діагностики. Пацієнти можуть здійснювати неформальні платежі для того, щоб швидше пройти обстеження, потрапити на консультацію до потрібного спеціаліста, отримати місце у стаціонарі або пройти операцію позачергово. У результаті стається ситуація, коли доступ до медичної допомоги фактично залежить не лише від медичних показань, але й від фінансових можливостей людини. Це порушує принцип соціальної справедливості та рівності громадян у сфері охорони здоров'я.

Окремою формою побутової корупції є оплата за покращені умови перебування у медичному закладі. У багатьох лікарнях пацієнтам пропонуються окремі палати, кращі умови догляду або додаткова увага

медичного персоналу за неофіційну винагороду. Формально це може не супроводжуватися прямою вимогою коштів, однак пацієнт часто розуміє, що без додаткової оплати рівень комфорту та ставлення буде значно нижчим. Особливо часто подібні практики зустрічаються у пологових будинках, хірургічних відділеннях та стаціонарах [23].

Суттєвою проблемою є також корупція, пов'язана з призначенням лікарських засобів. У деяких випадках пацієнтам рекомендують купувати препарати у конкретних аптеках або використовувати певні медикаменти не лише з медичних причин, а й через зацікавленість окремих медичних працівників. Такі схеми можуть включати співпрацю між лікарями та фармацевтичними представниками, що призводить до штучного збільшення витрат пацієнтів на лікування. Особливо небезпечним є те, що у таких випадках фінансовий інтерес може впливати на медичні рішення та якість лікування.

Поширеною формою побутової корупції залишаються незаконні дії під час оформлення медичних документів. Йдеться про отримання лікарняних листів, медичних довідок, висновків медичних комісій або інших документів без фактичного проходження необхідного обстеження. Такі практики створюють додаткові корупційні ризики та підривають довіру до системи медичного контролю [76].

У взаємодії лікаря та пацієнта побутова корупція часто має прихований психологічний характер. Пацієнт може не отримувати прямої вимоги про оплату, але відчувати, що без «подяки» ставлення медичного персоналу буде менш уважним. Саме тому багато людей передають гроші або подарунки «на всякий випадок», прагнучи забезпечити собі кращі умови лікування або уникнути можливих проблем. Така форма корупції є особливо небезпечною, оскільки вона базується не лише на фінансовому факторі, а й на страху, невпевненості та залежності пацієнта від медичного працівника [19].

Важливо зазначити, що побутова корупція у взаємодії лікаря та пацієнта може мати як ініціативу з боку медичного працівника, так і з боку самого

пацієнта. У деяких випадках саме пацієнти пропонують неформальну винагороду, сподіваючись отримати кращу увагу, швидше лікування або прихильніше ставлення. Це свідчить про глибоке укорінення корупційної культури у суспільстві, коли неформальна оплата починає сприйматися як звичний інструмент вирішення проблем [23].

Таблиця 2.3. Форми побутової корупції у взаємодії лікаря та пацієнта

Форма побутової корупції	Суть прояву	Приклад у взаємодії лікаря та пацієнта	Основні негативні наслідки
Неформальні грошові платежі	Передача коштів медичному працівнику поза офіційною оплатою	Оплата лікарю за проведення операції або госпіталізацію	Порушення принципу безкоштовної медицини та соціальної рівності
«Благодійні внески»	Формально добровільна, але фактично обов'язкова оплата	Внесення коштів через благодійний фонд лікарні	Прихована комерціалізація державних медичних послуг
Оплата за пришвидшення лікування	Отримання медичних послуг позачергово за винагороду	Швидший запис на обстеження або консультацію	Нерівний доступ пацієнтів до медичної допомоги
Оплата за покращені умови перебування	Надання кращих умов за неофіційну оплату	Окрема палата або додаткова увага персоналу	Соціальна дискримінація пацієнтів
Неофіційна оплата пологів	Передача коштів лікарям та акушерам	«Домовленість» із лікарем про ведення пологів	Формування корупційних традицій у медицині
Незаконне оформлення медичних документів	Видача довідок або лікарняних без належного обстеження	Отримання лікарняного листа за винагороду	Підрив довіри до системи медичного контролю
Примусове придбання ліків	Рекомендація купувати препарати у певних аптеках	Направлення пацієнта до конкретної аптечної мережі	Штучне збільшення витрат на лікування

Приховані домовленості з пацієнтами	Неофіційні фінансові угоди між сторонами	Домовленість про «подяку» після лікування	Закріплення корупції як норми поведінки
Використання психологічного тиску	Створення відчуття необхідності оплати	Натяки на погіршення ставлення без «подяки»	Психологічна залежність пацієнта
Корупція через дефіцит ресурсів	Неформальні платежі через нестачу місць або обладнання	Оплата за швидке проведення діагностики	Посилення соціальної нерівності
Корупція у сфері діагностики	Оплата за швидший або «кращий» результат обстеження	Прискорене проходження МРТ чи УЗД	Несправедливий розподіл медичних послуг
Посередницькі корупційні схеми	Використання третіх осіб для передачі коштів	Передача грошей через медсестру або адміністратора	Ускладнення виявлення корупційних дій

Сучасна медична реформа та цифровізація частково вплинули на зменшення окремих форм побутової корупції. Електронні черги, електронні направлення, електронні рецепти та автоматизація окремих процесів зробили систему більш прозорою. Проте повністю усунути корупційні практики не вдалося, оскільки значна частина взаємодії між лікарем і пацієнтом все ще залежить від особистого контакту та людського фактору.

2.4 Соціально-економічні наслідки побутової корупції для системи охорони здоров'я

Побутова корупція у сфері охорони здоров'я має складний і багаторівневий вплив не лише на окремого пацієнта, але й на функціонування всієї медичної системи та соціально-економічний стан держави. Особливість цієї проблеми полягає у тому, що її наслідки проявляються одночасно у фінансовій, соціальній, психологічній та управлінській сферах. Побутова

корупція поступово руйнує принципи справедливості, доступності та рівності у наданні медичної допомоги, а також негативно впливає на рівень довіри населення до державних інституцій [18].

Одним із найсерйозніших соціальних наслідків є зростання нерівності у доступі до медичних послуг. У ситуації, коли якість або швидкість отримання медичної допомоги починає залежати від фінансових можливостей пацієнта, порушується базовий принцип соціальної справедливості. Люди з вищими доходами отримують можливість швидше проходити обстеження, потрапляти на операції без черг, лікуватися у кращих умовах та отримувати більше уваги з боку медичного персоналу. Водночас соціально незахищені категорії населення опиняються у значно гіршому становищі. Для багатьох громадян навіть відносно невеликі неформальні платежі стають суттєвим фінансовим навантаженням, особливо в умовах економічної нестабільності та воєнного стану [5].

Побутова корупція також негативно впливає на рівень довіри населення до системи охорони здоров'я. Коли пацієнти стикаються з неофіційними вимогами оплати або відчують залежність якості лікування від неформальних «віддячень» лікарю, формується переконання, що без грошей неможливо отримати належну медичну допомогу [4]. У результаті люди починають сприймати державну медицину як несправедливу та неефективну систему. Зниження довіри до медичних закладів поступово переходить і на загальний рівень довіри до держави, оскільки саме сфера охорони здоров'я є однією з найбільш чутливих для населення.

Суттєвим наслідком побутової корупції є погіршення якості медичних послуг. У корупційній системі медичні рішення можуть прийматися не лише на основі професійних стандартів або реальних потреб пацієнта, а й під впливом фінансової зацікавленості. Це створює ризики необґрунтованого призначення додаткових обстежень, медикаментів або процедур. У деяких випадках лікар може приділяти більше уваги тим пацієнтам, які здійснили неформальну оплату, тоді як інші люди отримують менш якісне

обслуговування [5]. Подібна ситуація негативно впливає на ефективність лікування та суперечить принципам медичної етики.

Важливим економічним наслідком є зростання тіньового обігу коштів у медичній сфері. Неформальні платежі не проходять через офіційну фінансову систему, не оподатковуються та не враховуються у державному бюджеті. У результаті частина фінансових ресурсів фактично виводиться з офіційного економічного обороту. Це послаблює можливості держави щодо розвитку медичної інфраструктури, закупівлі обладнання та підвищення заробітної плати медичних працівників. Таким чином, корупція створює замкнене коло: нестача фінансування сприяє виникненню неформальних платежів, а тіньовий характер платежів ще більше послаблює фінансову систему охорони здоров'я [1].

Побутова корупція також впливає на психологічний стан пацієнтів. Людина, яка звертається по медичну допомогу, зазвичай уже перебуває у стресовому стані через хворобу, біль або переживання за життя близьких. У ситуації, коли пацієнт додатково стикається з натяками на необхідність неформальної оплати, рівень психологічного тиску значно зростає. Люди починають відчувати беззахисність, страх отримати гірше ставлення або залишитися без належного лікування. Особливо гостро це проявляється у випадках складних операцій, лікування тяжких захворювань або надання невідкладної допомоги [50].

Соціально небезпечним наслідком є формування толерантного ставлення суспільства до корупції. Коли неформальні платежі стають звичною практикою, громадяни поступово перестають сприймати їх як порушення закону. Корупційна поведінка починає розглядатися як «нормальний» спосіб вирішення проблем. Це створює небезпечний соціальний ефект, оскільки подібне ставлення поширюється і на інші сфери суспільного життя. У результаті корупція перестає бути винятком і перетворюється на частину повсякденної культури взаємодії між громадянами та державними установами.

Рівень толерантності суспільства до корупції у сфері охорони здоров'я не є суто якісною характеристикою і може бути виміряний за допомогою низки спеціалізованих кількісних та якісних метрик, що застосовуються як на національному, так і на міжнародному рівні. Використання таких інструментів дає можливість не лише фіксувати поточний стан корупційних практик, а й відстежувати динаміку їх змін у часі, здійснювати міждержавні порівняння та оцінювати ефективність реалізованих антикорупційних заходів.

Одним із найбільш відомих і широко застосовуваних інструментів є Індекс сприйняття корупції (*Corruption Perceptions Index*, CPI), що щорічно розраховується міжнародною організацією *Transparency International*. Цей індекс вимірює рівень сприйняття корупції у державному секторі на основі експертних оцінок та опитувань підприємців, відображаючи загальний корупційний клімат у країні за шкалою від 0 до 100, де нижчий бал свідчить про вищий рівень корупції. Попри те, що CPI не є галузевим інструментом і не вимірює корупцію безпосередньо у сфері охорони здоров'я, він слугує важливим індикатором загального інституційного середовища, в якому функціонує медична галузь.

Негативний вплив побутової корупції проявляється також у сфері управління медичними закладами. Наявність неформальних фінансових потоків ускладнює ефективний контроль за використанням ресурсів та створює умови для прихованих схем розподілу коштів. Частина управлінських рішень може прийматися не в інтересах пацієнтів або розвитку медичного закладу, а з урахуванням неофіційних фінансових вигод. Це знижує ефективність реформування системи охорони здоров'я та ускладнює впровадження прозорих механізмів фінансування.

Особливо відчутними соціально-економічні наслідки побутової корупції стали в умовах повномасштабної війни. Через значне навантаження на медичну систему, дефіцит персоналу, пошкодження медичної інфраструктури та збільшення кількості пацієнтів ризику неформальних платежів посилилися. Для багатьох громадян витрати на лікування стали додатковим фінансовим

тягарем на фоні загального погіршення економічного становища. У таких умовах навіть невеликі корупційні платежі можуть мати критичне значення для сімейного бюджету [22].

Побутова корупція також негативно впливає на міжнародний імідж держави. Високий рівень корупції у сфері охорони здоров'я свідчить про недостатню ефективність державного управління та слабкість механізмів контролю. Це може впливати на рівень міжнародної довіри, інвестиційну привабливість країни та співпрацю з міжнародними партнерами у сфері медицини та гуманітарної допомоги [68,69,70].

Варто враховувати і демографічні наслідки. Недовіра до медичної системи, страх перед фінансовими витратами та складність отримання якісної допомоги можуть призводити до того, що люди відкладають звернення до лікаря або відмовляються від лікування. Це негативно впливає на загальний стан здоров'я населення, збільшує кількість ускладнень захворювань та підвищує рівень смертності у складних випадках.

Суттєвим економічним наслідком є також зниження ефективності використання бюджетних коштів. Навіть за умов збільшення фінансування медицини частина ресурсів може втрачатися через корупційні механізми або використовуватися неефективно. Це уповільнює модернізацію медичної системи та погіршує якість державних медичних програм.

Побутова корупція у сфері охорони здоров'я має масштабні соціально-економічні наслідки, які виходять далеко за межі окремих випадків неформальних платежів. Вона поглиблює соціальну нерівність, знижує довіру до державних інституцій, погіршує якість медичних послуг, створює додатковий фінансовий тягар для населення та послаблює ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Саме тому боротьба з побутовою корупцією повинна розглядатися не лише як антикорупційний захід, а і як важлива умова забезпечення соціальної справедливості, доступності медицини та стабільного розвитку держави [48].

Висновки до розділу 2

У другому розділі було досліджено сучасний стан побутової корупції у сфері охорони здоров'я України, визначено основні причини її виникнення, проаналізовано найбільш поширені форми корупційної взаємодії між лікарем і пацієнтом, а також охарактеризовано соціально-економічні наслідки цього явища для медичної системи та суспільства загалом.

У результаті проведеного аналізу встановлено, що побутова корупція в українській медицині має системний характер та залишається однією з найбільш поширених форм корупційних практик у державному секторі. Незважаючи на проведення медичної реформи, цифровізацію окремих процесів та зміну механізмів фінансування медичних закладів, проблема неформальних платежів, примусових «благодійних внесків» та прихованих фінансових домовленостей продовжує існувати. Особливістю побутової корупції є її тісний зв'язок із повсякденним життям населення, оскільки вона виникає безпосередньо під час отримання медичної допомоги.

Дослідження показало, що основними причинами виникнення побутової корупції є недостатнє фінансування медичної галузі, дефіцит ресурсів, нерівномірний рівень матеріального забезпечення медичних працівників, недостатня прозорість системи надання медичних послуг, низька правова обізнаність пацієнтів та збереження суспільної традиції неформальної «подяки» лікарям. Встановлено, що значний вплив на поширення корупційних практик має психологічна залежність пацієнта від медичного працівника, особливо у ситуаціях, пов'язаних із загрозою здоров'ю або життю.

У межах розділу було проаналізовано основні форми побутової корупції у взаємодії лікаря та пацієнта. Визначено, що найбільш поширеними залишаються неформальні грошові платежі, примусові благодійні внески, неофіційна оплата за пришвидшення лікування або госпіталізації, незаконне оформлення медичних документів, приховані домовленості щодо умов лікування та корупційні практики, пов'язані з призначенням лікарських

засобів. Встановлено, що значна частина таких дій має прихований характер і часто не сприймається суспільством як пряме порушення закону, що ускладнює боротьбу з цим явищем.

Проведений аналіз соціально-економічних наслідків дозволив зробити висновок, що побутова корупція негативно впливає на функціонування системи охорони здоров'я, поглиблює соціальну нерівність, знижує рівень довіри населення до медичних установ та держави, створює додаткове фінансове навантаження на громадян і послаблює ефективність використання бюджетних коштів. Крім того, корупційні практики сприяють формуванню толерантного ставлення суспільства до неформальних способів вирішення проблем, що створює ризики подальшого поширення корупції в інших сферах суспільного життя.

Особливу увагу у роботі було приділено впливу сучасних соціально-економічних умов та воєнного стану на функціонування системи охорони здоров'я. Встановлено, що збільшення навантаження на медичні заклади, нестача ресурсів та складна економічна ситуація створюють додаткові умови для виникнення побутової корупції. У таких умовах проблема набуває не лише правового чи економічного, але й вираженого соціального характеру.

Результати проведеного дослідження свідчать про необхідність комплексного підходу до подолання побутової корупції у сфері охорони здоров'я. Ефективна протидія цьому явищу потребує не лише посилення відповідальності та контролю, але й забезпечення прозорого фінансування медичних закладів, підвищення рівня соціального захисту медичних працівників, розвитку цифрових сервісів, удосконалення механізмів захисту прав пацієнтів та формування негативного ставлення суспільства до будь-яких проявів неформальних платежів у медицині.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПОБУТОВОЇ КОРУПЦІЇ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Удосконалення державної антикорупційної політики у сфері медицини

Удосконалення державної антикорупційної політики у сфері медицини є одним із ключових напрямів забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я та підвищення рівня довіри населення до державних інституцій. Сучасний стан розвитку медичної галузі в Україні свідчить про те, що побутова корупція залишається поширеним явищем, яке негативно впливає на доступність медичних послуг, якість лікування та принцип соціальної справедливості. Незважаючи на проведення медичної реформи, впровадження електронних сервісів та посилення нормативно-правового регулювання, значна частина корупційних ризиків продовжує існувати на рівні повсякденних взаємовідносин між пацієнтом і медичним працівником. Саме тому державна антикорупційна політика повинна бути спрямована не лише на реагування на окремі порушення, але й на усунення причин, які створюють сприятливі умови для виникнення корупційних практик [10].

Одним із найважливіших напрямів удосконалення антикорупційної політики є забезпечення максимальної прозорості фінансування медичної системи. Упродовж тривалого часу недостатня відкритість фінансових потоків у медичних закладах створювала сприятливе середовище для неформальних платежів, маніпуляцій із ресурсами та прихованого використання бюджетних коштів. У сучасних умовах важливим завданням держави є формування механізмів, які забезпечуватимуть відкритий контроль за фінансуванням медичних послуг, закупівлею лікарських засобів та використанням державних коштів. Пацієнти повинні мати чітке розуміння того, які саме послуги гарантуються державою безплатно, а за які послуги допускається офіційна

оплата відповідно до законодавства. Відсутність такої інформаційної прозорості створює ситуацію невизначеності, яка часто використовується для вимагання неформальних платежів [53].

Важливу роль у вдосконаленні державної антикорупційної політики відіграє подальша цифровізація системи охорони здоров'я. Запровадження електронної системи eHealth, електронних рецептів, електронних направлень та електронних медичних карток уже сприяло частковому зменшенню корупційних ризиків [21]. Разом із тим значна частина процесів у медичній сфері все ще залежить від особистого контакту між пацієнтом і медичним працівником, що залишає можливості для неформальних домовленостей. Саме тому подальший розвиток цифрових технологій повинен передбачати автоматизацію процедур запису до лікаря, формування електронної черги, контролю за наданням медичних послуг та моніторингу фінансових операцій у медичних установах. Автоматизація процесів мінімізує суб'єктивний вплив людського фактору та забезпечує фіксацію всіх дій у системі, що значно ускладнює приховування корупційних дій [8].

Іншим підходом до боротьби з корупцією є розробка кращих систем оцінки того, наскільки добре медичні заклади надають послуги. Багато корупційних дій дуже важко виявити через відсутність внутрішнього або зовнішнього контролю. Для ефективної боротьби з корупцією необхідно провести комплексний аудит усієї діяльності кожного медичного закладу; перевірити, як використовуються фінансові ресурси уряду; мати можливість контролювати скарги пацієнтів; та мати можливість перевіряти якість наданої медичної допомоги. Вкрай важливо створити ефективні засоби реагування на проблеми корупції, про які повідомляють пацієнти. Дуже важливо, щоб усі пацієнти мали можливість повідомляти про випадки хабарництва або вимагання, не боячись помсти. З цієї причини створення анонімних електронних форм для скарг або гарячих ліній для забезпечення швидкого реагування в боротьбі з корупційними ризиками стане критично важливим.

**Таблиця 3.1 – Основні напрями удосконалення державної
антикорупційної політики у сфері медицини**

№	Напрямок удосконалення	Сутність заходу	Очікуваний результат
1	Підвищення прозорості фінансування	Відкритий контроль за використанням бюджетних коштів, публічне висвітлення витрат медичних закладів	Зменшення можливостей для неформальних платежів та фінансових зловживань
2	Подальша цифровізація медичної системи	Розвиток eHealth, електронних рецептів, електронних черг та автоматизація медичних послуг	Скорочення особистого контакту між пацієнтом і медичним працівником та зниження корупційних ризиків
3	Посилення контролю за діяльністю медичних установ	Проведення аудитів, перевірок та моніторингу скарг пацієнтів	Виявлення та попередження корупційних правопорушень
4	Удосконалення механізмів реагування на скарги	Створення анонімних сервісів повідомлення про корупцію та гарячих ліній	Підвищення рівня виявлення корупційних випадків
5	Підвищення рівня оплати праці медичних працівників	Забезпечення конкурентної заробітної плати та належних умов праці	Зменшення економічних причин виникнення побутової корупції
6	Інформаційно-просвітницька робота серед населення	Поширення інформації про права пацієнтів та безоплатні медичні послуги	Формування негативного ставлення до корупційних практик
7	Удосконалення антикорупційного законодавства	Уточнення правових норм щодо відповідальності за корупцію у сфері медицини	Підвищення ефективності правового регулювання

8	Розвиток громадського контролю	Залучення громадських організацій та незалежних експертів до моніторингу медичної сфери	Підвищення прозорості та довіри до системи охорони здоров'я
9	Запровадження електронного моніторингу послуг	Контроль за чергами, госпіталізацією та наданням медичної допомоги через електронні системи	Усунення можливостей для маніпуляцій та привілеїв
10	Формування антикорупційної культури	Виховання доброчесності серед медичних працівників та пацієнтів	Зниження соціальної толерантності до корупції

Суттєве значення для вдосконалення антикорупційної політики має підвищення рівня матеріального забезпечення медичних працівників. Однією з причин побутової корупції тривалий час залишався низький рівень заробітної плати у медичній сфері, що формувало додаткову мотивацію до отримання неофіційних доходів. Хоча підвищення заробітної плати саме по собі не гарантує повного усунення корупції, воно зменшує економічні передумови для участі медичних працівників у неформальних фінансових відносинах. Водночас важливо забезпечити справедливую систему оплати праці, яка враховуватиме рівень кваліфікації, професійне навантаження та складність виконуваної роботи [28].

Ефективність державної антикорупційної політики значною мірою залежить від рівня правової культури населення. Багато громадян продовжують сприймати неформальні «подяки» лікарям як звичну форму взаємодії, не усвідомлюючи, що такі практики створюють умови для соціальної нерівності та руйнують принципи безоплатної медицини. У зв'язку з цим важливим напрямом державної політики повинно стати проведення

системної інформаційно-просвітницької роботи. Населення повинно бути поінформоване про свої права, перелік гарантованих медичних послуг, порядок офіційної оплати та механізми захисту у разі порушення прав. Формування нетерпимого ставлення до будь-яких проявів корупції є важливою умовою зниження рівня побутових корупційних практик [34].

Окремої уваги потребує вдосконалення законодавчої бази у сфері протидії корупції в медицині. Незважаючи на наявність загального антикорупційного законодавства, частина норм залишається недостатньо адаптованою до специфіки медичної сфери. У практичній діяльності часто виникають ситуації, коли складно чітко визначити межу між добровільною вдячністю та неправомірною вигодою. Саме тому необхідним є уточнення правових механізмів регулювання подібних ситуацій, а також посилення відповідальності за вимагання неформальних платежів у медичних установах. Важливим елементом удосконалення антикорупційної політики є розвиток партнерства між державою, громадськими організаціями та міжнародними інституціями. Громадський контроль за діяльністю медичних закладів, участь незалежних експертів у моніторингу медичної реформи та співпраця з міжнародними антикорупційними організаціями забезпечує більш об'єктивне оцінювання ефективності державної політики. Досвід європейських країн свідчить про те, що поєднання державного контролю та активної участі громадянського суспільства є одним із найбільш результативних механізмів зниження корупційних ризиків [27].

Удосконалення державної анти-корупційної політики у сфері медицини повинно здійснюватися комплексно та охоплювати фінансові, організаційні, цифрові, правові та соціально-психологічні аспекти функціонування системи охорони здоров'я. Лише поєднання прозорого фінансування, ефективного контролю, цифровізації процесів, підвищення рівня правової культури та створення умов для доброчесної професійної діяльності медичних працівників здатне забезпечити поступове зниження рівня побутової корупції та

підвищення ефективності функціонування медичної системи України.

3.2 Інституційні механізми запобігання корупції у медичних установах

Запобігання корупції у системі охорони здоров'я неможливе без формування ефективних інституційних механізмів контролю та управління. Саме інституційний рівень є одним із ключових елементів державної антикорупційної політики, оскільки забезпечує практичну реалізацію законодавчих норм, контроль за діяльністю медичних установ та створення умов для прозорого функціонування системи охорони здоров'я. У сучасних умовах проблема побутової корупції у медичній сфері набуває особливої актуальності через високий рівень контактів населення з медичними закладами, залежність пацієнтів від якості медичної допомоги та значний вплив людського фактора у процесі надання послуг [2].

Інституційні механізми запобігання корупції охоплюють систему органів державної влади, внутрішніх механізмів контролю в медичних установах, громадський нагляд, цифрові інструменти моніторингу та організаційні процедури, спрямовані на мінімізацію корупційних ризиків. Їх основне завдання полягає у створенні таких умов функціонування медичної системи, за яких можливість виникнення корупційних практик буде максимально обмеженою, а випадки порушень швидко виявлятимуться та супроводжуватимуться відповідною відповідальністю [24].

Важливу роль у системі запобігання корупції відіграють спеціалізовані державні антикорупційні органи. До них належать Національне агентство з питань запобігання корупції, Національне антикорупційне бюро України, Спеціалізована антикорупційна прокуратура та Вищий антикорупційний суд. Діяльність інституцій спрямована на контроль за дотриманням антикорупційного законодавства, перевірку декларацій, виявлення корупційних правопорушень та притягнення винних осіб до відповідальності. У сфері охорони здоров'я їх функціонування має особливе значення через

значні обсяги бюджетного фінансування, проведення державних закупівель лікарських засобів та високий ризик виникнення неформальних фінансових відносин.

Одним із важливих інституційних механізмів є система внутрішнього контролю у медичних установах. Кожен медичний заклад повинен мати чітко визначені правила фінансової діяльності, прозору систему обліку матеріальних ресурсів та процедури контролю за наданням медичних послуг. Наявність внутрішніх аудитів, перевірок фінансової документації та контролю за використанням бюджетних коштів зменшує ризики зловживань. Особливо важливим є контроль за використанням благодійних внесків, оскільки саме ця сфера часто використовується для прихованого збору неофіційних платежів із пацієнтів [53].

Суттєве значення у системі запобігання корупції має забезпечення прозорості управлінських процесів у медичних закладах. Пацієнти повинні мати відкритий доступ до інформації про перелік безоплатних медичних послуг, офіційні тарифи платних послуг, порядок отримання медичної допомоги та механізми подання скарг. Недостатня поінформованість населення створює сприятливі умови для маніпуляцій і неформальних фінансових вимог. Саме тому одним із напрямів удосконалення інституційних механізмів є розвиток відкритих інформаційних систем та офіційних електронних ресурсів медичних установ [33].

Важливим елементом антикорупційної системи є впровадження електронних механізмів контролю та моніторингу. Використання електронних черг, електронних рецептів, електронних медичних карток та електронного документообігу допомагає знизити вплив людського фактора та мінімізувати можливості для корупційних домовленостей. Автоматизація процесів сприяє фіксації всіх дій у системі, що значно ускладнює приховування неправомірних рішень або неофіційних платежів. Крім того, цифрові інструменти забезпечують можливість швидкого аналізу даних та виявлення підозрілих операцій [33].

Окрему роль у системі запобігання корупції відіграє громадський контроль. Участь громадських організацій, пацієнтських спільнот та незалежних експертів у моніторингу діяльності медичних установ підвищує рівень прозорості та відкритості системи охорони здоров'я. Громадські організації можуть здійснювати аналіз закупівель, перевіряти дотримання прав пацієнтів, проводити соціологічні дослідження та інформувати суспільство про наявні корупційні ризики. Важливою умовою ефективності громадського контролю є забезпечення відкритості інформації та доступу до даних про діяльність медичних установ [37].

Суттєвим інституційним механізмом є функціонування системи захисту викривачів корупції. Працівники медичних установ та пацієнти повинні мати можливість безпечно повідомляти про випадки вимагання коштів, службових зловживань або інших корупційних дій. Для цього необхідним є створення анонімних каналів повідомлення, гарячих ліній та електронних сервісів подання скарг. Ефективність механізму залежить від рівня довіри до системи захисту викривачів та гарантування відсутності негативних наслідків для осіб, які повідомляють про правопорушення.

Особливу увагу слід приділити інституційним механізмам у сфері державних закупівель медичних товарів і послуг. Саме закупівлі лікарських засобів, медичного обладнання та витратних матеріалів тривалий час залишаються одним із найбільш корупційно вразливих напрямів у системі охорони здоров'я. Використання електронної системи закупівель Prozorro значно підвищило прозорість цієї сфери, однак ризики змови, завищення вартості або лобіювання інтересів окремих компаній все ще зберігаються. У зв'язку з цим необхідним є подальше вдосконалення процедур контролю, незалежного аудиту та моніторингу закупівельної діяльності [38].

Важливим напрямом розвитку інституційних механізмів є формування антикорупційної культури всередині самих медичних установ. Керівництво лікарень та медичних центрів повинно створювати атмосферу нетерпимості до будь-яких проявів корупції, забезпечувати дотримання етичних стандартів та

впроваджувати внутрішні кодекси професійної поведінки. Регулярне проведення навчань, антикорупційних тренінгів та роз'яснювальної роботи серед медичного персоналу сприяє формуванню усвідомлення відповідальності за корупційні дії та підвищенню рівня професійної доброчесності [2].

Ефективність інституційних механізмів значною мірою залежить від узгодженості дій різних органів та рівня їх практичної реалізації. Навіть за наявності розвиненої нормативно-правової бази та спеціалізованих антикорупційних структур боротьба з корупцією буде недостатньо результативною без належного контролю, політичної волі та підтримки суспільства. Саме тому запобігання корупції у медичних установах повинно базуватися на комплексному підході, який поєднує правові, організаційні, технологічні та соціальні механізми впливу. Інституційні механізми запобігання корупції у медичних установах є важливою складовою державної антикорупційної політики та спрямовані на забезпечення прозорості, підзвітності й ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Їх подальший розвиток повинен орієнтуватися на посилення контролю, цифровізацію процесів, розвиток громадського нагляду, захист прав пацієнтів та формування антикорупційної культури серед медичних працівників і населення. Подальше вдосконалення інституційних механізмів запобігання корупції у медичних установах повинно базуватися не лише на формальному посиленні контролю, але й на системному аналізі реальних причин поширення корупційних практик [39].

Ще одним механізмом подолання проблеми корупції в системі охорони здоров'я є реструктуризація взаємодії державних та приватних акторів, а також, реформування «прозорості» дій медичних закладів, незалежно від форми власності. Такий механізм буде потребувати централізованого підходу та активної ролі державних інституцій у регулюванні кадрової та фінансової політики у закладах охорони здоров'я.

Сучасні дослідження Національного агентства з питань запобігання корупції свідчать про те, що сфера охорони здоров'я продовжує залишатися однією з найбільш ризикованих з точки зору побутової корупції. Водночас останні роки демонструють певну позитивну динаміку. За результатами дослідження «Корупція в Україні 2025: розуміння, сприйняття, поширеність», частка громадян, які повідомляли про корупційний досвід у сфері охорони здоров'я, зменшилася до 24,2% у 2025 році порівняно з 28,5% у 2024 році та 32,3% у 2023 році. Особливо помітним стало скорочення випадків неформальних платежів під час отримання медичних послуг та проведення операцій [40].

Незважаючи на певне покращення ситуації, проблема побутової корупції продовжує залишатися системною. Це пояснюється тим, що значна частина корупційних практик у медичних установах має прихований характер і часто сприймається суспільством як «традиційна» форма взаємодії між пацієнтом та лікарем. У багатьох випадках громадяни не повідомляють про факти вимагання коштів через страх погіршення ставлення з боку медичного персоналу або через недовіру до механізмів захисту своїх прав. Саме тому одним із найважливіших інституційних механізмів повинно стати підвищення рівня довіри населення до антикорупційних органів та адміністрацій медичних закладів [67].

Особливо важливого значення набуває формування ефективної системи внутрішнього комплаєнсу (англ. «compliance») у медичних установах. У сучасних умовах медичні заклади повинні функціонувати не лише як лікувальні установи, але й як організації з чіткими антикорупційними стандартами діяльності. Це передбачає створення внутрішніх антикорупційних програм, призначення відповідальних осіб за контроль дотримання антикорупційного законодавства, проведення регулярних аудитів та оцінювання корупційних ризиків. Практика європейських країн свідчить про те, що наявність внутрішніх систем доброчесності суттєво знижує ймовірність виникнення корупційних схем.

Важливим елементом інституційної системи є регулярний моніторинг діяльності медичних закладів з боку державних органів. Національне агентство з питань запобігання корупції у 2025 році продовжило реалізацію стратегічного аналізу корупційних ризиків у різних сферах державного управління. За інформацією НАЗК, лише за результатами антикорупційної експертизи у 2025 році було надано 238 рекомендацій щодо усунення можливих корупційних ризиків, з яких 98% були враховані під час доопрацювання нормативно-правових актів. Це свідчить про поступове посилення інституційної спроможності держави у сфері запобігання корупції. Суттєве значення для зниження рівня корупційних ризиків має цифровізація медичних процесів. Впровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth, електронних рецептів, електронних медичних висновків та електронних направлень частково усунуло можливості для маніпуляцій із документацією та пришвидшенням черг за неофіційну винагороду. Автоматизація процесів мінімізує вплив людського фактора та забезпечує фіксацію всіх операцій у системі. Саме тому подальший розвиток електронних сервісів повинен залишатися одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я [41].

Водночас аналіз сучасної ситуації свідчить про те, що навіть цифрові механізми не здатні повністю усунути проблему побутової корупції. Частина корупційних практик продовжує виникати на рівні особистого контакту між пацієнтом та медичним працівником. Йдеться про неформальні «подяки», приховані благодійні внески, оплату за пришвидшення госпіталізації або отримання більш комфортних умов лікування. Саме тому цифровізація повинна поєднуватися з посиленням етичних стандартів професійної діяльності медичного персоналу.

Окремого значення набуває питання міжнародної оцінки ефективності антикорупційної політики України. За результатами Індексу сприйняття корупції Transparency International за 2024 рік Україна отримала 35 балів зі 100 можливих та посіла 105 місце серед 180 країн світу. У 2025 році показник дещо

покращився до 36 балів, а Україна піднялася на 104 місце серед 182 країн. Хоча результати свідчать про певний прогрес, вони також демонструють, що рівень корупції продовжує залишатися значною проблемою державного розвитку. Для системи охорони здоров'я це означає необхідність подальшого вдосконалення інституційних механізмів контролю та забезпечення прозорості [31].

Суттєвим напрямом розвитку інституційних механізмів є посилення участі громадянського суспільства у процесах контролю за діяльністю медичних установ. Громадські організації, пацієнтські спільноти та незалежні експерти можуть відігравати важливу роль у моніторингу державних закупівель, перевірці дотримання прав пацієнтів та виявленні корупційних ризиків. Практика багатьох європейських країн демонструє, що саме поєднання державного контролю та активного громадського нагляду забезпечує найбільш ефективні результати у сфері протидії корупції [70].

Крім того, важливим інституційним механізмом є формування антикорупційної культури всередині самих медичних колективів. Медичні працівники повинні усвідомлювати не лише юридичну відповідальність за корупційні дії, але й їх негативний вплив на довіру населення до системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим важливого значення набуває проведення регулярних тренінгів, професійних семінарів та програм підвищення кваліфікації, присвячених питанням професійної етики та доброчесності.

3.3 Роль цифровізації та електронних медичних сервісів у зменшенні корупційних ризиків

У сучасних умовах цифровізація системи охорони здоров'я є одним із найбільш ефективних інструментів зменшення корупційних ризиків та підвищення прозорості функціонування медичної сфери. Використання електронних технологій мінімізує вплив людського фактора у процесі надання медичних послуг, забезпечити відкритість фінансових операцій та створити

механізми контролю за діяльністю медичних установ. Саме тому цифрова трансформація медицини стала одним із ключових напрямів реформування системи охорони здоров'я України [33].

Тривалий час побутова корупція у медичній сфері виникала через непрозорість процедур запису до лікаря, отримання направлень, доступу до обстежень та госпіталізації. Пацієнти були змушені безпосередньо контактувати з медичним персоналом на кожному етапі отримання послуг, що створювало умови для неформальних домовленостей, пришвидшення черг за винагороду та вимагання додаткових коштів. У таких умовах будь-яке рішення значною мірою залежало від суб'єктивного впливу медичного працівника, а контроль за процесами був недостатнім. Саме тому впровадження цифрових технологій стало важливим механізмом обмеження корупційних можливостей [42].

Одним із найважливіших елементів цифровізації медицини в Україні стало створення електронної системи охорони здоров'я eHealth. Її функціонування забезпечує електронний облік медичних послуг, ведення декларацій із сімейними лікарями, електронний документообіг та автоматизацію частини фінансових операцій у медичній сфері. Впровадження системи eHealth суттєво підвищило прозорість процесів фінансування та взаємодії між державою, медичними закладами та пацієнтами [21].

Важливим напрямом цифровізації стало запровадження електронних рецептів. До впровадження цієї системи існували значні ризики фальсифікації рецептів, призначення препаратів у приватних інтересах або нав'язування пацієнтам певних аптек. Електронний рецепт фіксує інформацію про призначення ліків у централізованій системі, що значно ускладнює можливість маніпуляцій. Крім того, пацієнт отримує можливість самостійно обирати аптеку для придбання препарату, що знижує ризики корупційних домовленостей між медичними працівниками та фармацевтичними структурами [45].

Не менш важливу роль відіграє система електронних направлень. У минулому саме отримання направлення до вузького спеціаліста або на проведення діагностичних процедур часто супроводжувалося неформальними платежами. У багатьох випадках пацієнти були змушені сплачувати кошти за швидший доступ до обстежень або консультацій. Впровадження електронних направлень дозволило зробити процес більш контрольованим та прозорим. Усі направлення фіксуються в електронній системі, а пацієнт має можливість обирати заклад, у якому бажає отримати медичну послугу [47].

Суттєвий антикорупційний ефект має використання електронних черг у медичних установах. Однією з поширених форм побутової корупції тривалий час залишалося так зване «позачергове» обслуговування за неофіційну винагороду. Упровадження електронної системи запису до лікаря мінімізує втручання адміністративного персоналу у процес формування черги та забезпечує рівні умови доступу до медичних послуг для всіх пацієнтів. Крім того, електронні системи фіксують час запису, дату прийому та кількість пацієнтів, що створює додаткові можливості для контролю [48].

Важливим напрямом цифровізації є електронний документообіг та автоматизація медичної звітності. Раніше значна частина документів оформлювалася у паперовому вигляді, що створювало умови для фальсифікацій, підроблення медичних довідок та маніпуляцій із документацією. Перехід до електронних медичних висновків та електронних лікарняних значно ускладнив можливість незаконного оформлення документів без належних підстав. Автоматична фіксація інформації у системі допомагає здійснювати перевірку та аналіз даних, що підвищує рівень контролю за діяльністю медичних працівників [46].

Окрему роль у зменшенні корупційних ризиків відіграє цифровізація державних закупівель у сфері охорони здоров'я. Запровадження електронної системи Prozorro стало одним із найбільш помітних антикорупційних кроків у сфері використання бюджетних коштів. Відкритий доступ до інформації про закупівлі лікарських засобів, медичного обладнання та послуг дає можливість

громадськості та контролюючим органам здійснювати моніторинг закупівельних процедур та виявляти можливі порушення. Саме непрозорість державних закупівель тривалий час була одним із ключових джерел корупції у медичній сфері.

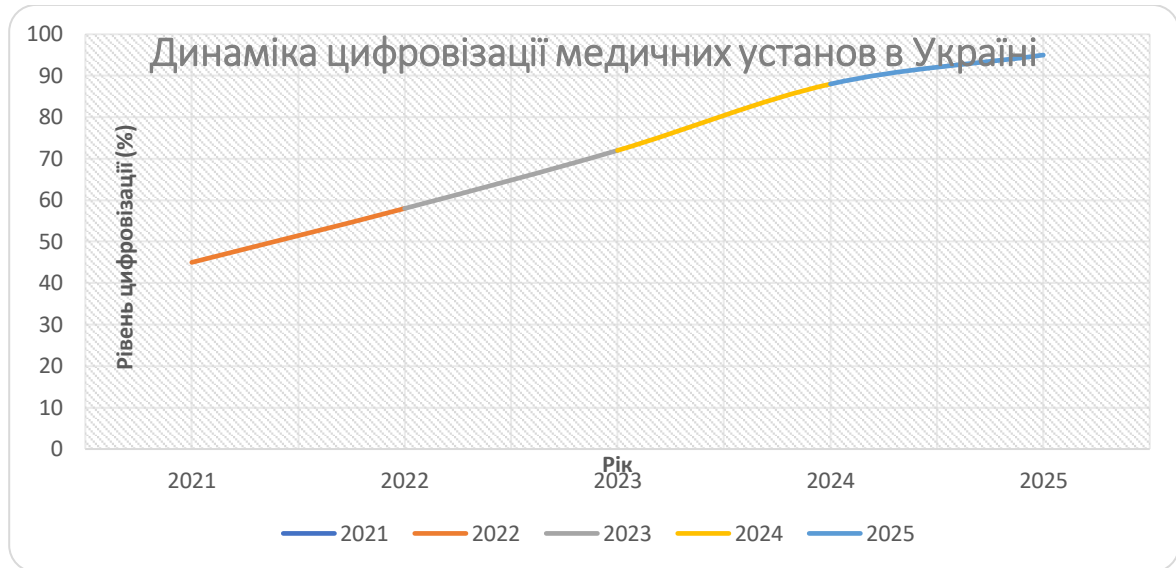


Рис. 3.1. Цифровізація медичних установ в Україні

Суттєве значення має також використання аналітичних цифрових інструментів для моніторингу діяльності медичних установ. Автоматизований аналіз даних дозволяє виявляти аномальні фінансові операції, надмірну кількість певних медичних процедур, необґрунтовані госпіталізації або інші підозрілі дії. Такі механізми активно використовуються у країнах Європейського Союзу та США для виявлення шахрайства у сфері медичного страхування та використання бюджетних коштів.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2025 рік понад 38 мільйонів електронних медичних записів були інтегровані до системи eHealth, а кількість електронних рецептів перевищила 80 мільйонів. Крім того, понад 95% державних та комунальних медичних закладів були підключені до електронної системи охорони здоров'я. Такі показники свідчать про масштабність процесу цифровізації та поступове формування єдиного електронного медичного простору [49].

Разом із тим цифровізація не здатна повністю усунути корупційні ризики. Частина побутових корупційних практик продовжує існувати на рівні

особистих взаємовідносин між пацієнтом і медичним працівником. У деяких випадках неформальні платежі маскуються під добровільні «подяки», благодійні внески або оплату додаткових послуг. Саме тому цифровізація повинна поєднуватися з удосконаленням системи контролю, підвищенням рівня правової культури населення та формуванням антикорупційної етики серед медичних працівників [2].

Окрему проблему становить нерівномірність цифрового розвитку медичних установ. У великих містах цифрові сервіси впроваджуються значно швидше, тоді як у сільських районах та невеликих населених пунктах частина медичних закладів досі має обмежені технічні можливості. Недостатній рівень комп'ютеризації, нестача технічного обладнання та низький рівень цифрової грамотності окремих працівників можуть ускладнювати ефективне функціонування електронних систем. У зв'язку з цим важливим напрямом державної політики є забезпечення рівного доступу до цифрових медичних сервісів на всій території країни. Важливим фактором успішної цифровізації є також захист персональних даних пацієнтів. Медична інформація належить до категорії конфіденційних даних, тому функціонування електронних систем повинно супроводжуватися високим рівнем кібербезпеки та захисту інформації. У разі неналежного захисту даних можуть виникати ризики незаконного доступу до медичної інформації або її використання у приватних інтересах.

3.4 Напрями підвищення прозорості та довіри у взаємодії між лікарем і пацієнтом

Підвищення рівня прозорості та довіри у взаємодії між лікарем і пацієнтом є важливою умовою ефективного функціонування системи охорони здоров'я та одним із ключових напрямів зменшення побутової корупції у медичній сфері. Саме характер взаємовідносин між медичним працівником і пацієнтом значною мірою визначає рівень довіри населення до медичних

установ, готовність громадян користуватися офіційними механізмами отримання допомоги та ставлення суспільства до корупційних практик. У сучасних умовах проблема довіри набуває особливого значення через тривале існування неформальних фінансових відносин у медицині, нерівність доступу до медичних послуг та недостатню відкритість окремих процесів у системі охорони здоров'я [54].

Однією з головних причин виникнення недовіри між пацієнтом і медичним працівником є недостатня прозорість інформації щодо надання медичних послуг. У багатьох випадках пацієнти не мають чіткого розуміння того, які послуги є безоплатними відповідно до Програми медичних гарантій, а за які послуги передбачена офіційна оплата. Саме така інформаційна невизначеність створює сприятливі умови для виникнення неформальних платежів, прихованих «благодійних внесків» та інших проявів побутової корупції. У зв'язку з цим одним із найважливіших напрямів підвищення прозорості є забезпечення відкритого доступу пацієнтів до повної та достовірної інформації про перелік медичних послуг, порядок їх отримання та механізми фінансування [53].

Важливу роль у підвищенні рівня довіри відіграє відкритість діяльності медичних установ. Пацієнти повинні мати можливість отримувати інформацію про умови лікування, кваліфікацію медичних працівників, результати діяльності закладу, наявність ліків та офіційні тарифи на платні послуги. Відкритість інформації зменшує ризики маніпуляцій та створює умови для формування більш чесних взаємовідносин між пацієнтом і медичним персоналом. У багатьох країнах Європейського Союзу відкритість медичної інформації є одним із базових принципів функціонування системи охорони здоров'я [80,81,82].

Суттєвого значення набуває розвиток електронних сервісів комунікації між лікарем і пацієнтом. Використання електронного запису до лікаря, онлайн-консультацій, електронних кабінетів пацієнта та електронного документообігу мінімізує непрозорі контакти та забезпечити більш зрозумілий

механізм взаємодії. Автоматизація процесів зменшує можливості для маніпуляцій із чергами, пришвидшення запису за неофіційну винагороду або прихованого впливу адміністративного персоналу. Крім того, електронні сервіси сприяють підвищенню зручності для пацієнтів та забезпечують можливість контролю за процесом надання медичної допомоги.

Одним із важливих напрямів підвищення довіри є забезпечення етичних стандартів професійної діяльності медичних працівників. У сучасних умовах лікар повинен виступати не лише фахівцем у сфері медицини, але й носієм принципів професійної доброчесності, відкритості та відповідальності перед пацієнтом. Формування етичної культури у медичних установах має передбачати дотримання норм професійної поведінки, відмову від будь-яких проявів корупційних практик та повагу до прав пацієнтів. Особливе значення має недопущення ситуацій, у яких пацієнт відчуває психологічний тиск або залежність від неформальних фінансових вимог [82].

Важливим фактором підвищення довіри є розвиток механізмів захисту прав пацієнтів. Громадяни повинні мати можливість оперативно реагувати на випадки порушення своїх прав, вимагання коштів або неналежного ставлення з боку медичного персоналу. Для цього необхідним є створення доступних механізмів подання скарг, функціонування гарячих ліній, електронних сервісів повідомлення про порушення та системи незалежного розгляду звернень пацієнтів. Наявність ефективного механізму захисту прав сприяє формуванню відчуття безпеки та підвищує рівень довіри до медичної системи. Суттєве значення має і забезпечення рівного доступу до медичних послуг. Однією з причин поширення побутової корупції є переконання громадян у тому, що без неофіційної оплати неможливо отримати якісне лікування або своєчасну медичну допомогу. У таких умовах пацієнти починають сприймати корупційні практики як «необхідний» елемент взаємодії з медичною системою. Саме тому держава повинна забезпечити реальне дотримання принципу рівності пацієнтів незалежно від їх матеріального становища, соціального статусу чи особистих зв'язків [81].

Важливим напрямом підвищення прозорості є регулярне проведення соціологічних досліджень та опитувань громадської думки щодо якості медичних послуг та рівня довіри до системи охорони здоров'я. Аналіз таких даних допомагає виявляти основні проблеми у взаємодії між лікарем і пацієнтом, оцінювати ефективність реформ та визначати рівень поширення корупційних практик. За результатами дослідження Київського міжнародного інституту соціології у 2025 році близько 61% громадян вважали, що рівень довіри до державної медицини поступово зростає після впровадження електронних сервісів та медичної реформи, однак понад 40% опитаних продовжували вважати корупцію однією з головних проблем медичної сфери. Окремого значення набуває прозорість фінансування медичних установ. Пацієнти повинні мати доступ до інформації про використання бюджетних коштів, закупівлю лікарських засобів та офіційні джерела фінансування медичних послуг. Відкритість фінансової інформації допомагає зменшити рівень підозр щодо нецільового використання ресурсів та сприяє формуванню довіри до діяльності медичних закладів.

Важливим елементом підвищення довіри є також розвиток партнерських взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Сучасна модель медичної допомоги повинна базуватися не на адміністративній залежності пацієнта від медичного працівника, а на принципах взаємної поваги, співпраці та відкритого діалогу. Пацієнт повинен брати активну участь у прийнятті рішень щодо лікування, мати можливість отримувати повну інформацію про свій стан здоров'я та варіанти лікування. Такий підхід сприяє формуванню більш довірливих відносин та зменшує ризики виникнення корупційних ситуацій.

Таблиця 3.2 – Основні напрями підвищення прозорості та довіри у взаємодії між лікарем і пацієнтом

№	Напрямок підвищення прозорості	Сутність заходу	Очікуваний результат
---	--------------------------------	-----------------	----------------------

1	Відкритість інформації про медичні послуги	Надання пацієнтам повної інформації про перелік безоплатних та платних послуг	Зменшення інформаційної невизначеності та корупційних ризиків
2	Розвиток електронних медичних сервісів	Впровадження електронного запису, електронних рецептів та електронних направлень	Мінімізація особистого впливу та зменшення неформальних домовленостей
3	Прозорість фінансування медичних закладів	Відкритий доступ до інформації про використання бюджетних коштів	Підвищення довіри до системи охорони здоров'я
4	Захист прав пацієнтів	Створення ефективних механізмів подання скарг та реагування на порушення	Підвищення рівня безпеки та правового захисту громадян
5	Дотримання професійної етики медичними працівниками	Формування стандартів доброчесної поведінки та недопущення вимагання коштів	Зменшення рівня побутової корупції
6	Розвиток партнерських відносин між лікарем і пацієнтом	Забезпечення відкритого діалогу та участі пацієнта у прийнятті рішень	Підвищення взаємної довіри
7	Функціонування електронних черг	Автоматизація запису на прийом та контроль за черговістю	Усунення можливостей для маніпуляцій із чергами
8	Інформаційно-просвітницька робота	Поширення інформації про права пацієнтів та механізми захисту	Формування антикорупційної культури серед населення
9	Громадський контроль за	Участь громадських організацій та	Підвищення прозорості роботи медичних закладів

	діяльністю медичних установ	пацієнтських спільнот моніторингу	у
10	Регулярне оцінювання рівня довіри населення	Проведення соціологічних досліджень та опитувань пацієнтів	Виявлення проблем та вдосконалення медичних сервісів

Досягнення сталого підвищення рівня прозорості та взаємної довіри у відносинах між лікарем і пацієнтом є неможливим без паралельного формування цілісної антикорупційної культури на рівні всього суспільства. Правові механізми та інституційні реформи, попри їхню безумовну необхідність, самі по собі не здатні забезпечити довгострокового подолання корупції, якщо вони не підкріплені відповідними змінами у суспільній свідомості, ціннісних орієнтаціях та поведінкових установках громадян. У цьому сенсі антикорупційна культура виступає не допоміжним, а системоутворюючим елементом комплексної стратегії протидії корупції у сфері охорони здоров'я.

Формування такої культури передбачає передусім підвищення рівня правової обізнаності громадян щодо їхніх прав як пацієнтів та негативних наслідків участі у неформальних фінансових практиках. Важливо, щоб суспільство усвідомлювало, що побутова корупція у медичній сфері є не індивідуальною транзакцією між двома сторонами, а системним явищем, яке підриває якість публічної медицини, поглиблює соціальну нерівність у доступі до медичної допомоги та дискредитує саму ідею безоплатної охорони здоров'я як суспільного блага. Кожен неформальний платіж, навіть здійснений із добрих намірів чи під примусом обставин, об'єктивно відтворює та легітимізує корупційну систему в цілому.

Не менш важливим аспектом є подолання стійких соціокультурних стереотипів, відповідно до яких неформальна винагорода медичному персоналу сприймається як норма ввічливості, вдячності або єдиний спосіб

забезпечити належний рівень медичної допомоги. Трансформація таких уявлень потребує цілеспрямованої просвітницької діяльності, зокрема через систему освіти, засоби масової інформації та громадянське суспільство. Показовим у цьому відношенні є досвід країн Центральної та Східної Європи, де цілеспрямовані кампанії з формування антикорупційної свідомості в поєднанні зі структурними реформами сприяли поступовій зміні суспільного ставлення до неформальних платежів у медицині.

Зміна суспільного сприйняття корупції є не другорядним супровідним заходом, а фундаментальною умовою довгострокового зниження рівня корупційних ризиків у медичній галузі. Стійкий антикорупційний ефект досягається лише тоді, коли інституційні перетворення підкріплюються реальною зміною ціннісних орієнтирів суспільства, за якої відмова від участі у корупційних практиках стає не вимушеною поступкою законодавчому примусу, а свідомим громадянським вибором, заснованим на розумінні спільної відповідальності за якість та доступність публічної системи охорони здоров'я [48].

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було досліджено основні напрями подолання побутової корупції у системі охорони здоров'я та визначено ключові механізми підвищення прозорості функціонування медичної сфери. Проведений аналіз показав, що ефективна боротьба з корупцією у медицині потребує комплексного підходу, який охоплює правові, організаційні, цифрові та соціальні аспекти функціонування системи охорони здоров'я.

У процесі дослідження встановлено, що вдосконалення державної антикорупційної політики повинно бути спрямоване не лише на посилення відповідальності за корупційні правопорушення, але й на усунення причин, які сприяють поширенню побутової корупції. До таких причин належать недостатня прозорість фінансування медичної галузі, нерівний доступ до

медичних послуг, дефіцит ресурсів, низький рівень правової обізнаності населення та тривале існування практики неформальних платежів. Важливого значення набуває розвиток системи відкритого контролю за використанням бюджетних коштів, підвищення рівня фінансової прозорості медичних установ та забезпечення доступності інформації для пацієнтів.

Дослідження інституційних механізмів запобігання корупції показало, що ефективне функціонування антикорупційної системи у сфері охорони здоров'я можливе лише за умови узгодженої діяльності державних органів, медичних установ та громадянського суспільства. Встановлено, що важливу роль у запобіганні корупції відіграють внутрішній контроль у медичних закладах, антикорупційні програми, аудит фінансової діяльності, громадський моніторинг та функціонування системи захисту викривачів корупції. Особливе значення має створення умов, за яких будь-які корупційні прояви будуть швидко виявлятися та супроводжуватися належною відповідальністю. У результаті аналізу ролі цифровізації та електронних медичних сервісів встановлено, що цифрова трансформація медицини є одним із найбільш ефективних інструментів зменшення корупційних ризиків. Впровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth, електронних рецептів, електронних направлень та електронних черг підвищило прозорість надання медичних послуг та зменшити вплив людського фактора на процес прийняття рішень. Водночас було визначено, що цифровізація не здатна повністю усунути корупційні ризики без одночасного вдосконалення системи контролю, підвищення рівня професійної етики медичних працівників та формування антикорупційної культури у суспільстві.

Окрему увагу було приділено напрямам підвищення прозорості та довіри у взаємодії між лікарем і пацієнтом. Установлено, що рівень довіри до системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від відкритості медичних установ, доступності інформації про медичні послуги, ефективності механізмів захисту прав пацієнтів та дотримання професійної етики медичними працівниками. Важливим чинником зменшення побутової

корупції є формування партнерських взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, заснованих на принципах взаємної поваги, прозорості та відповідальності.

Проведене дослідження дозволило зробити висновок, що побутова корупція у системі охорони здоров'я має складний та системний характер, а її подолання потребує довготривалої та послідовної державної політики. Реальне зниження рівня корупційних ризиків можливе лише за умови поєднання ефективного правового регулювання, прозорого фінансування, цифровізації медичних процесів, розвитку інституційного контролю та формування нетерпимого ставлення суспільства до будь-яких проявів корупції. Саме комплексна реалізація зазначених заходів здатна забезпечити підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я України та зміцнення довіри громадян до державної медицини.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного кваліфікаційного дослідження здійснено комплексний аналіз проблеми побутової корупції у системі охорони здоров'я України, визначено основні причини її виникнення, форми прояву та механізми подолання. Проведений аналіз засвідчив, що побутова корупція у медичній сфері є складним соціально-економічним і політико-правовим явищем, яке негативно впливає на ефективність функціонування системи охорони здоров'я, якість медичних послуг та рівень довіри населення до державних інституцій. Відповідно до поставлених завдань дослідження були сформульовані наступні висновки:

По-перше, у ході дослідження було систематизовано теоретичні засади корупції у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що корупція є багаторівневим соціальним феноменом, який проявляється як на інституційному, так і на побутовому рівнях, а її форми у медичній сфері охоплюють неформальні платежі, примусові благодійні внески, маніпуляції із чергами, вимагання коштів за послуги, що мають надаватися безоплатно, а також інші прояви неправомірної вигоди.

Аналіз нормативно-правового регулювання засвідчив, що в Україні сформована достатньо розвинена законодавча база у сфері протидії корупції, яка охоплює як загальні антикорупційні механізми, так і спеціалізовані галузеві норми. Водночас виявлено суттєвий розрив між формальними вимогами законодавства та практикою їх реалізації, що свідчить про необхідність подальшого вдосконалення механізмів контролю та правозастосування.

Зарубіжний досвід показав, що найбільш ефективними механізмами протидії корупції є прозоре фінансування медичних послуг, цифровізація процесів, належний рівень матеріального забезпечення медичних працівників та розвинена система громадського контролю

По-друге, у ході дослідження охарактеризовано особливості побутової корупції у сфері охорони здоров'я України. Встановлено, що побутова корупція у вітчизняній медицині має системний характер та відзначається високим рівнем латентності, що суттєво ускладнює об'єктивну оцінку її реальних масштабів. Серед основних причин її поширення визначено недостатнє фінансування медичної галузі, дефіцит кадрових та матеріальних ресурсів, нерівність доступу до медичних послуг, низький рівень правової обізнаності населення та тривале існування практики неформальних платежів як соціально нормалізованого явища. Особливу роль у відтворенні корупційних відносин відіграє психологічна залежність пацієнта від медичного працівника, яка посилюється в ситуаціях, пов'язаних із загрозою здоров'ю або життю. Аналіз соціально-економічних наслідків побутової корупції засвідчив, що вона поглиблює соціальну нерівність, знижує рівень довіри до державних інституцій, погіршує якість медичних послуг та створює значний фінансовий тягар для населення. В умовах воєнного стану зазначені проблеми набувають особливої гостроти внаслідок зростання навантаження на медичну систему та загострення дефіциту ресурсів.

По-третє, було структуровано шляхи подолання побутової корупції у сфері охорони здоров'я. Визначено, що ефективна боротьба з корупцією у медицині потребує комплексного підходу, який поєднує вдосконалення державної антикорупційної політики, розвиток інституційних механізмів контролю, цифровізацію медичних процесів та формування антикорупційної культури у суспільстві. Встановлено, що впровадження системи eHealth, електронних рецептів, електронних направлень та електронних черг суттєво підвищило рівень прозорості надання медичних послуг, однак цифровізація не здатна самотійно усунути корупційні ризики без одночасного вдосконалення механізмів контролю та підвищення рівня професійної етики медичних працівників. Доведено, що підвищення рівня довіри між лікарем і пацієнтом можливе лише за умови відкритості медичних установ, дотримання принципу

рівного доступу до медичних послуг та формування партнерських взаємовідносин, що базуються на взаємній повазі та прозорості.

Проведене дослідження підтвердило, що побутова корупція у системі охорони здоров'я не є ізольованою галузевою проблемою, а показує глибші системні суперечності між задекларованими державними гарантіями та реальними можливостями їх забезпечення. Доки існує розрив між формально безоплатною медициною та фактично платним характером її отримання, корупційні практики відтворюватимуться незалежно від кількості прийнятих законів чи створених контролюючих органів. Саме тому подолання цього явища потребує не точкових втручань, а послідовної трансформації самої логіки функціонування медичної системи, за якої прозорість, доступність та рівність стають не декларативними принципами, а реально відчутними умовами для кожного пацієнта.

Важливо також усвідомлювати, що антикорупційні зміни у сфері охорони здоров'я мають значення, що виходить далеко за межі самої медицини. Досвід взаємодії з державними медичними установами є одним із найуніверсальніших для громадян, а тому саме тут формується або руйнується базова довіра до держави як інституту. Зменшення побутової корупції у медицині здатне стати потужним сигналом для суспільства про реальність змін, підвищити готовність громадян дотримуватися правил та сприяти формуванню ширшої антикорупційної культури в країні. У цьому сенсі реформування системи охорони здоров'я є не лише медичним завданням, а й важливим елементом відновлення суспільного договору між державою та її громадянами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аніщенко М. А. Основні чинники корупційних ризиків в процесі реалізації права на освіту у сфері охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2023. № 3 (81). С. 12-19. DOI: 10.32782/1813-3401.2023.3.2.
2. Аніщенко М. А. Поняття державної антикорупційної політики в сфері охорони здоров'я та її основні завдання. Право та державне управління. 2023. № 2. С. 82–88. DOI: 10.32840/pdu.2023.2.12.
3. Аналітичний звіт щодо оцінки корупційних ризиків під час закупівель лікарських засобів та медичних виробів, що зумовлені пандемією або здійснюються під час пандемії. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/analitichnij-zvit-schodo-ocinki-korupcijnih-rizikiv-pid-chas-zakupivellikarskih-zasobiv-ta-medichnih-virobiv-scho-zumovleni-pandemieju-abo-zdijsnjudutsja-pid-chas-pand> (дата звернення: 28.05.2026).
4. Бойко Н. В. Прозорість діяльності медичних установ як фактор зниження корупційних ризиків. Наукові перспективи. 2024. № 5. С. 311-318.
5. Бусол О. Ю. Запобігання корупції в Україні: сучасний стан і перспективи. Київ : НАВС, 2021.
6. Гаращук В. М. Адміністративно-правові засади протидії корупції. Харків : Право, 2020.
7. Гбур З. В. Державна політика у сфері охорони здоров'я в умовах реформування системи медицини України. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 3. С. 98-103.
8. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 28.05.2026).

9. Закон України «Про доступ до публічної інформації» від 13.01.2011 № 2939-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
10. Закон України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014 № 1700-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18> (дата звернення: 28.05.2026).
11. Закон України «Про звернення громадян» від 02.10.1996 № 393/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
12. Кальман О. Г. Антикорупційна політика в Україні: теорія і практика. Київ : Юрінком Інтер, 2020.
13. Кирилюк І. В. Корупція в сфері охорони здоров'я: особливості, детермінанти та шляхи запобігання. Право та управління. 2012. № 1. С. 293–310.
14. Коваль І. В. Підвищення довіри населення до системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. Економіка та держава. 2023. № 9. С. 127-132.
15. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 № 8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
16. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.
17. Криничко Л. Р., Бугайцов С. М. Цифровізація охорони здоров'я як інструмент підвищення прозорості медичних послуг. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2023. № 4.
18. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
19. Мартинюк Р. С. Проблеми запобігання корупції у сфері охорони здоров'я України. Юридичний науковий електронний журнал. 2022. № 11. С. 214–218.
20. Мельник М. І. Корупція: сутність, поняття, заходи протидії. Київ : Атіка, 2001. 304 с.

- 21.Міністерство охорони здоров'я України. Електронна система охорони здоров'я eHealth. URL: <https://moz.gov.ua/ehealth> (дата звернення: 28.05.2026).
- 22.Міністерство охорони здоров'я України. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України. Київ, 2023. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
- 23.Національне агентство з питань запобігання корупції. Антикорупційна стратегія на 2021–2025 роки. URL: <https://nazk.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
- 24.Національне агентство з питань запобігання корупції. Корупція в Україні 2025: розуміння, сприйняття, поширеність. Київ, 2025.
- 25.Національне агентство з питань запобігання корупції. Щорічний звіт НАЗК за 2023 рік. Київ, 2024.
- 26.Національна служба здоров'я України. Звіт про діяльність НСЗУ за 2023 рік. Київ, 2024.
- 27.Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій 2025. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 28.05.2026).
- 28.Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 28.05.2026).
- 29.Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-п> (дата звернення: 28.05.2026).
- 30.Руденко О. М. Інституційні механізми протидії корупції у сфері публічного управління. Публічне управління та митне адміністрування. 2021. № 2. С. 85-91.

31. Семигіна Т. В. Соціальна політика у сфері охорони здоров'я: сучасні виклики та напрями реформування. Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2022. 312 с.
32. Уткіна М. С. Аналіз корупційних ризиків у сфері охорони здоров'я України на тлі збільшення бюджетних асигнувань у період воєнного стану. Київський часопис права. 2024. № 2. С. 242-247. DOI: 10.32782/klj/2024.2.35.
33. Шевченко М. С. Роль цифрових технологій у трансформації системи охорони здоров'я України. Інформаційне суспільство. 2024. № 1. С. 44-51.
34. Burki, T. (2019). Corruption is an ignored pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(5), 471. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30168-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30168-2)
35. Center for Global Development. (2016). Global health, aid and corruption: Can we escape the scandal cycle? <https://www.cgdev.org/publication/global-health-aid-and-corruption-can-we-escape-scandal-cycle>
36. Ciccone, D. K., Vian, T., Maurer, L., & Bradley, E. H. (2014). Linking governance mechanisms to health outcomes: A review of the literature in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 117, 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.010>
37. Cooray, A., Dzhumashev, R., & Schneider, F. (2017). How does corruption affect public debt? An empirical analysis. *World Development*, 90, 115-127. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2016.08.020>
38. Cooray, A., & Schneider, F. (2016). Does corruption promote emigration? An empirical examination. *Journal of Population Economics*, 29(1), 293-310. <https://doi.org/10.1007/s00148-015-0563-y>
39. De Graaf, G. (2007). Causes of corruption: Towards a contextual theory of corruption. *Public Administration Quarterly*, 31(1), 39-86.
40. DiJulio, B., Norton, M., & Brodie, M. (2016). Americans' views on the U.S. role in global health. Henry J. Kaiser Family Foundation.

<https://files.kff.org/attachment/findings-americans-views-on-the-u-s-role-in-global-health>

41. European Commission. (2020). EU anti-corruption report. Publications Office of the European Union.
42. European Commission. (2024). EU anti-corruption report. Publications Office of the European Union. <https://home-affairs.ec.europa.eu>
43. European Observatory on Health Systems. (2022). Health systems in transition.
44. Fazekas, M., & Kocsis, G. (2020). Uncovering high-level corruption: Cross-national objective corruption risk indicators using public procurement data. *British Journal of Political Science*, 50(1), 155–164. <https://doi.org/10.1017/S0007123417000461>
45. Franco, Á., Álvarez-Dardet, C., & Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: Ecological study. *BMJ*, 329(7480), 1421–1423. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7480.1421>
46. Gaal, P., & McKee, M. (2018). Informal payment for health care and the theory of INXIT. *International Journal of Health Planning and Management*.
47. Gaitonde, R., Oxman, A. D., Okebukola, P. O., & Garner, P. (2016). Interventions to reduce corruption in the health sector. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD008856. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub2>
48. Hall, J., Levendis, J., & Scarcioffolo, A. R. (2020). The efficient corruption hypothesis and the dynamics between economic freedom, corruption, and national income. *Journal of Developing Areas*, 54(2), 161–175. <https://doi.org/10.1353/jda.2020.0022>
49. Holmberg, S., & Rothstein, B. (2021). *Quality of government and corruption*. University of Chicago Press.
50. Hutchinson, E., Balabanova, D., & McKee, M. (2019). We need to talk about corruption in health systems. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(4), 191–194. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.123>

51. Kaufmann, D., Kraay, A., & Mastruzzi, M. (2010). The worldwide governance indicators: Methodology and analytical issues (Policy Research Working Paper No. 5430). World Bank Development Research Group. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/3913/WPS5430.pdf>
52. Klomp, J., & de Haan, J. (2008). Effects of governance on health: A cross-national analysis of 101 countries. *Kyklos*, 61(4), 599-614. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.2008.00415.x>
53. Lewis, M. (2019). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*.
54. Mackey, T. K., Kohler, J., Lewis, M., et al. (2017). Combating corruption in global health. *Science Translational Medicine*, 9(395), eaaf9547. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aaf9547>
55. Mackey, T. K., Kohler, J. C., Savedoff, W. D., et al. (2016). The disease of corruption: Views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals. *BMC Medicine*, 14, 149. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0696-1>
56. Mackey, T. K., Vian, T., & Kohler, J. (2018). The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 634–643. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.209502>
57. Michalopoulos, S., & Xue, M. M. (2021). Folklore. *Quarterly Journal of Economics*, 136(4), 1993–2046. <https://doi.org/10.1093/qje/qjab003>
58. Mishra, A. (2006). Persistence of corruption: Some theoretical perspectives. *World Development*, 34(2), 349–358. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.03.010>
59. Naím, M. (1994). Corruption eruption. *Brown Journal of World Affairs*, 2(2), 245.
60. OECD. (2017). Tackling wasteful spending on health. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

- 61.OECD. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing.
- 62.OECD. (2024). Health at a glance 2024: OECD indicators. OECD Publishing.
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
- 63.Quah, J. S. (2017). Five success stories in combating corruption: Lessons for policy makers. *Asian Education and Development Studies*, 6(3), 275–289.
<https://doi.org/10.1108/AEDS-03-2017-0031>
- 64.Rose, R. (2018). Understanding post-communist corruption. *Studies in Public Policy*.
- 65.Rose-Ackerman, S. (1999). Corruption and government: Causes, consequences, and reform. Cambridge University Press.
- 66.Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006). Why are health systems prone to corruption? *Global Corruption Report*, 2006, 4–16.
- 67.Savedoff, W., & Hussmann, K. (2018). Why are health systems prone to corruption? *Global Health*.
- 68.Simpser, A. (2020). The culture of corruption across generations: An empirical study of bribery attitudes and behavior. *Journal of Politics*, 82(4), 1373–1389. <https://doi.org/10.1086/708501>
- 69.Transparency International. (2019). Global corruption report: Health sector. Transparency International.
- 70.Transparency International. (2019). The ignored pandemic: How corruption in healthcare service delivery threatens universal health coverage. Transparency International UK.
- 71.Transparency International. (2024). Corruption perceptions index 2023. Transparency International.
- 72.United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. United Nations General Assembly.
- 73.United Nations. (2015). Sustainable development goals. Goal 1: No poverty. <https://sdgs.un.org/goals/goal1>
- 74.United Nations Development Programme. (2011). Fighting corruption in the health sector: Methods, tools and good practices. UNDP.

75. United Nations Development Programme. (2019). Fighting corruption in the health sector. UNDP.
76. Vian, T. (2020). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. Health Policy and Planning.
77. Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993–1998. Health Economics, 12(11), 921-934. <https://doi.org/10.1002/hec.776>
78. Wang, Y., & Bellemare, M. F. (2019). Lagged variables as instruments. <http://marcfbellemare.com/wordpress/wp-content/uploads/2019/05/WangBellemareLaggedIVsMay2019.pdf>
79. World Bank. (2020). Addressing corruption in the health sector. World Bank.
80. World Bank. (2024). Control of corruption. <https://www.worldbank.org/content/dam/sites/govindicators/doc/cc.pdf>
81. World Health Organization. (2020). Global report on corruption in health systems. WHO.
82. World Health Organization. (2023). Global report on corruption in the health sector. WHO. <https://www.who.int>
83. World Health Organization & World Bank. (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. WHO.
84. Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs, 26(4), 972-983.