

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

Замчій Сергій Володимирович

УДК 351.77(477):339.92

ДИСЕРТАЦІЯ

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

STATE POLICY FOR THE DEVELOPMENT OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN
UKRAINE IN THE CONDITIONS OF EUROPEAN INTEGRATION

28 – публічне управління та
адміністрування 281 – публічне
управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

_____ С.В. Замчій

Науковий керівник

Карамішев Дмитро Васильович, доктор наук з державного управління, професор

Харків – 2026

АНОТАЦІЯ

Замчій С.В. Державна політика розвитку системи охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, 2026.

У дисертації вирішено важливе наукове завдання, яке полягає у теоретичному обґрунтуванні концептуальних організаційно-управлінських засад, розробленні науково-методичних підходів та практичних рекомендацій щодо удосконалення державної політики розвитку системи охорони здоров'я, посилення її інституційної спроможності та забезпечення її стійкості в умовах європейської інтеграції.

У першому розділі дисертаційного дослідження розкрито теоретичні засади та аналітичні підходи до формування державної політики охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. На основі застосування лонгітюдного підходу систематизовано результати впливу глобалізаційних процесів на формування державної політики у зазначеній сфері в умовах європейської інтеграції. Визначені інституціональні засади її формування та реалізації. Здійснено порівняльний аналіз моделей та успішних практик у реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в європейських країнах.

Проведений порівняльний аналіз державної політики країн ЄС засвідчив варіативність моделей фінансування та організації охорони здоров'я в країнах ЄС при збереженні їхньої ціннісної єдності на засадах солідарності та універсальності. Обґрунтовано, що реалізація потенціалу вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах наближення до стандартів ЄС залежить від якості інституціалізації регуляторних процедур. Доведено, що розбудова

конвергентної моделі державної політики в охороні здоров'я вимагає радикальної зміни парадигми: переходу від витратного принципу функціонування до соціально-інвестиційного.

Визначено, що адаптація кращих європейських практик та міжсекторальної взаємодії виступає дієвим механізмом модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я та її гармонізації зі стандартами ЄС. Зазначено про необхідність поетапної трансформації фінансової моделі в напрямі поєднання страхових та бюджетних компонентів. Наголошено на тому, що цифрова трансформація є визначальним фактором підвищення результативності системи охорони здоров'я.

У другому розділі роботи визначено пріоритети державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. Проведена експертна оцінка пріоритетів державної політики розвитку охорони здоров'я. Обґрунтовано доцільність формування державної політики стійкості й спроможності системи охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції на основі концепції «Health security». Розкрито сутність реалізації державної політики охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на основі концепцій кризового управління та керування ризиками.

За результатами експертного опитування ідентифіковано ключові вектори трансформації галузі, а також виявлено точки консенсусу та дивергенції в експертних оцінках, що зумовило розроблення концептуальних пропозицій до дорожньої карти реформування системи охорони здоров'я відповідно до стандартів ЄС, що передбачає поетапну імплементацію заходів за ключовими векторами розвитку. Систематизація експертних оцінок дозволила розробити методологічне підґрунтя для трансформації медичної галузі в умовах євроінтеграції.

У роботі концептуалізовано засади інституційної стійкості та спроможності системи охорони здоров'я. Обґрунтовано, що імплементація механізмів забезпечення стійкості системи охорони здоров'я України в умовах повоєнної реконструкції базується на принципах стратегічної адаптивності та

фінансової стабільності. Аргументовано, що системна трансформація галузі корелює з ефективністю цифрових рішень та впровадженням моделей гнучкого ресурсного менеджменту. Доведено, що застосування інструментарію кризового менеджменту детермінує перехід до моделі колективної відповідальності та забезпечує високу стійкість національної системи охорони здоров'я.

Обґрунтовано, що ефективність функціонування галузі в умовах невизначеності досягається шляхом впровадження багаторівневої моделі управління, що інтегрує інструменти ризик-менеджменту в усі її структурні компоненти. Визначено, що забезпечення стійкості та спроможності системи охорони здоров'я в умовах невизначеності досягається шляхом реалізації адаптивної стратегії кризового управління, орієнтованої на прогнозу аналітику та оперативну нейтралізацію загроз. При цьому, інструментарій аудиту та прогностичної аналітики виступає фундаментальним критерієм оцінювання результативності антикризових заходів.

У третьому розділі роботи здійснено обґрунтування напрямів розвитку системи охорони здоров'я в Україні в контексті стратегічних євроінтеграційних перспектив. Визначено чинники забезпечення якості та ефективності розвитку системи охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції. Розкрито організаційно-управлінські та нормативні аспекти реалізації державної політики щодо підготовки професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Запропоновано підходи до управління структурними змінами на основі проєктного підходу та реалізація інноваційних проєктів цифрового розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.

Доведено, що у межах євроінтеграційного поступу України ефективність медичної реформи безпосередньо залежить від рівня професіоналізації управлінського корпусу і напряму корелює з успішністю імплементації системи підготовки та безперервного професійного вдосконалення і розвитку, що є необхідною умовою інституційної

конвергенції вітчизняної системи з європейськими медичними стандартами. Водночас обґрунтовано, що результативність публічного управління в умовах трансформації галузі досягається шляхом переходу до адаптивних організаційних моделей, а впровадження гнучких управлінських технологій ідентифіковано як базову передумову оптимізації ресурсного забезпечення галузі. При цьому, результатом модернізації є впровадження проєктного підходу та цифрових інструментів, що виступають ключовими інструментами підвищення якості стандартизованих медичних сервісів.

Ключові слова: державна політика, публічне управління, охорона здоров'я, європейська інтеграція, інтегроване управління, сталий розвиток, громадське здоров'я, медична реформа, підготовка керівних кадрів, якість та ефективність медичних послуг, медико-соціальна інфраструктура

ABSTRACT

Zamchiy S.V. State policy of development of the health care system in Ukraine in the conditions of European integration – Qualification research paper. – Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in major 281 Public Administration and Management. – V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, 2026.

The dissertation solves an important scientific task, which consists in the theoretical substantiation of conceptual organizational and managerial principles, the development of scientific and methodological approaches and practical recommendations for improving the state policy of developing the healthcare system, strengthening its institutional capacity and ensuring its sustainability in the context of European integration.

The first section of the dissertation research reveals the theoretical principles and analytical approaches to the formation of state health care policy in the context of European integration. Based on the application of a longitudinal approach, the results of the impact of globalization processes on the formation of state policy in the specified area in the context of European integration are systematized. The institutional principles of its formation and implementation are determined. A comparative analysis of models and successful practices in the implementation of state policy of developing the health care system in European countries is carried out.

The conducted comparative analysis of state policy of the EU countries has shown the variability of models of financing and organization of health care in the EU countries while maintaining their value unity on the principles of solidarity and universality. It is substantiated that the realization of the potential of the domestic healthcare system in the conditions of approximation to EU standards depends on the quality of the institutionalization of regulatory procedures. It is proven that the development of a convergent model of state policy in healthcare requires a radical paradigm shift: a transition from the cost principle of functioning to the social and investment one.

It is determined that the adaptation of best European practices and intersectoral

interaction is an effective mechanism for the modernization of the domestic healthcare system and its harmonization with EU standards. The need for a phased transformation of the financial model in the direction of combining insurance and budget components is noted. It is emphasized that digital transformation is a determining factor in increasing the effectiveness of the healthcare system.

In the second section of the work, the priorities of the state policy for the development and ensuring the sustainability of the healthcare system are determined. An expert assessment of the priorities of the state policy for the development of healthcare is carried out. The feasibility of forming a state policy of sustainability and capacity of the healthcare system in Ukraine in the context of European integration based on the concept of "Health security" is substantiated. The essence of implementing a state policy of healthcare in the context of European integration based on the concepts of crisis management and risk management is revealed.

According to the results of an expert survey, key vectors of transformation of the industry were identified, and points of consensus and divergence in expert assessments were also revealed, which led to the development of conceptual proposals for a roadmap for reforming the healthcare system in accordance with EU standards, which provides for the phased implementation of measures along key vectors of development. The systematization of expert assessments allowed developing a methodological basis for the transformation of the medical industry in the context of European integration.

The paper conceptualizes the principles of institutional sustainability and capacity of the healthcare system. It is substantiated that the implementation of mechanisms to ensure the sustainability of the Ukrainian healthcare system in the post-war reconstruction period is based on the principles of strategic adaptability and financial stability. It is argued that the systemic transformation of the industry correlates with the effectiveness of digital solutions and the implementation of flexible resource management models. It is proven that the use of crisis management tools determines the transition to a model of collective responsibility and ensures high sustainability of the national healthcare system.

It is substantiated that the effectiveness of the industry's functioning in conditions of uncertainty is achieved by implementing a multi-level management

model that integrates risk management tools into all its structural components. It is determined that ensuring the sustainability and capacity of the healthcare system in conditions of uncertainty is achieved by implementing an adaptive crisis management strategy focused on predictive analytics and operational threat neutralization. At the same time, the audit and predictive analytics tools act as a fundamental criterion for assessing the effectiveness of anti-crisis measures.

The third section of the work provides a justification for the directions of development of the healthcare system in Ukraine in the context of strategic European integration prospects. The factors ensuring the quality and efficiency of the development of the healthcare system in Ukraine in the context of European integration are identified. The organizational, managerial and regulatory aspects of the implementation of state policy on the training of professional healthcare managers in the context of European integration are revealed. Approaches to managing structural changes based on a project approach and the implementation of innovative projects for the digital development of the healthcare system in the context of European integration are proposed.

It is proven that within the framework of Ukraine's European integration progress, the effectiveness of the medical reform directly depends on the level of professionalization of the management corps and is directly correlated with the success of the implementation of the training system and continuous professional improvement and development, which is a necessary condition for the institutional convergence of the domestic system with European medical standards. At the same time, it is substantiated that the effectiveness of public administration in the context of industry transformation is achieved through the transition to adaptive organizational models, and the implementation of flexible management technologies is identified as a basic prerequisite for optimizing the resource provision of the industry. At the same time, the result of modernization is the implementation of a project approach and digital tools, which are key tools for improving the quality of standardized medical services.

Keywords: state policy, public administration, healthcare, european integration, integrated management, sustainable development, public health, medical reform, management training, quality and efficiency of medical services, medical and social infrastructure.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

А. Публікації у наукових фахових виданнях України, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації.

1. Карамішев Д. В., Дідок Ю. В., Замчій С. В. Адаптивне управління структурними змінами організацій публічної сфери на основі проєктного підходу. Державне будівництво. 2022. № 2 (32). С. 15–27.

<https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-02>

(Особистий внесок автора: розробка пропозицій щодо трансформації структури організацій публічної сфери, підвищення їх ефективності, гнучкості та адаптивності в умовах невизначеності; особливостей виконання суспільно значущих проєктів у функціонально-матричних структурах; розбудови корпоративної моделі функціонування організацій публічного сектора та розвитку процесів міжсуб'єктної кооперації).

2. Замчій С.В. Інституційні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Державне будівництво. 2023. №1(33). С.203–219. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2023-1-18>

3. Замчій С. Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на засадах стратегії управління ризиками. Теорія та практика державного управління. 2023. №2(77), С.155-172. <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2023-2-09>

4. Карамішев Д. В., Гордієнко Л. П., Родина Н. С., Дідок Ю. В., Замчій С. В. Глобальний індекс безпеки здоров'я як орієнтир кризового управління у забезпеченні стійкості системи громадського здоров'я. Державне будівництво. 2024. № 1(35). С.269-280. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-1-20>

(Особистий внесок автора: обґрунтування теоретичних засад One Health, як інтегрованого підходу, спрямованого на оптимізацію екосистеми здоров'я; визначення глобального індексу безпеки здоров'я, як орієнтиру та інструменту кризового управління за умов невизначеності, ризиків та загроз формування глобальної безпеки).

5. Замчій С. В. Реалізація інноваційних проєктів цифрового розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Державне

будівництво. 2024. № 2 (36). 681–694. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-47>

6. Карамішев Д. В., Дворник В. М., Гордієнко Л. П., Замчій С. В. Модернізація системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я у закладах вищої освіти за трансформаційних умов. Теорія та практика державного управління. 2025. №1(80). С. 292–308. <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-1-17>

(Особистий внесок автора: обґрунтовано комплексний підхід до підготовки керівних кадрів охорони здоров'я, формування компетенцій професійних управлінців на базі провідних закладів вищої освіти, в яких реалізуються освітні програми відповідно до деталізованої галузі Міжнародної стандартної класифікації освіти ISCED-F 2013).

7. Карамішев Д.В., Замчій С.В. Нормативно-правове та організаційне забезпечення реалізації державної політики щодо системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я за трансформаційних умов. Державне будівництво. 2025. № 1 (37). С.516–532. <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/27239/24167>

(Особистий внесок автора: обґрунтовано проведення єдиної державної політики у напрямі подальшої інституціоналізації системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я у відповідності з міжнародними вимогами; запропоновано прийняття національної Програми розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я).

8. Замчій С. В. Організаційно-управлінські аспекти сучасної підготовки професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2025. №13. С. 18-24. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-13-18-24>

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

Б. Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Брюханова Н.О., Гресь Л.О., Замчій С.В. Роль мотивації у формуванні самостійної навчальної діяльності здобувачів освіти. Проблеми інженерно-педагогічної освіти», No 81, 2023. С.131-142. DOI: <https://doi.org/10.32820/2074-8922-2023-81-131-142>

2. Дідок Ю.В., Карамишев Д. В., Замчій С.В. Трансформація організаційної структури публічних організацій на основі проєктного підходу // Публічне управління XXI століття : особливості воєнного і післявоєнного періодів: зб. наук. матер. XXIII Міжнар. наук. конгресу. – Х. : ННІ “Інститут державного управління” Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, 2023. С. 210-214. <https://ekhnuir.karazin.ua/server/api/core/bitstreams/5ff85e2d-23c9-43c1-90ce-5d799ac67d27/content>

3. Замчій С.В., Карамишев Д.В., Гордієнко Л.П., Коршенко А.В. Ризик-орієнтований підхід до управління розвитком системи охорони здоров'я на засадах кризового менеджменту. Публічне управління XXI століття: нові виклики і трансформації в умовах війни : зб. наук. матер. XXIV Міжнар. наук. Конгресу [Електронний ресурс]. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2024. – С.440-444. https://lib.lntu.edu.ua/sites/default/files/2024-08/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81_2024.pdf

4. Карамишев Д.В., Гордієнко Л.П., Замчій С.В. Формування стійкості системи громадського здоров'я з урахуванням Глобального індексу безпеки здоров'я. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»: матеріали VII наук.-практ. конф. з міжнар. Участю (Харків, 30 жовтня 2024 р.) / Ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, К. М. Сокол та ін. Харків, ХНМУ, 2024. 244 с. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14194418>. <https://www.scribd.com/document/783353352/2024-10-30-%D0%A5%D0%9D%D0%9C%D0%A3-0-214ccf5b-8256-483c-8798-69315eee0322>

5. Замчій С.В. Сучасна підготовка професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції / Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 червня 2025 р., Полтава: ПДМУ, 2025. - С.135-138. https://pdmu.edu.ua/storage/department-npr-twolevel-management-social-design/docs_links/yftv6lVl9CPxUalC32VAhVlKzs12H1nPCNyeJdxA.pdf

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	13
ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА АНАЛІТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ І РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ.....	26
1.1. Глобалізаційні процеси та їх вплив на формування державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.....	26
1.2. Інституціональні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.....	43
1.3. Порівняльний аналіз моделей та успішних практик у реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в європейських країнах.....	66
Висновки до розділу 1.....	91
РОЗДІЛ 2. ПРІОРИТЕТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ.....	96
2.1. Експертна оцінка пріоритетів державної політики розвитку охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції.....	96
2.2. Формування державної політики стійкості й спроможності системи охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції на основі концепції «Health security».....	123
2.3. Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на основі концепцій кризового управління та керування ризиками.....	139
Висновки до розділу 2.....	164
РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ СТРАТЕГІЧНИХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПЕРСПЕКТИВ.....	170
3.1. Чинники забезпечення якості та ефективності державної політики розвитку системи охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції.....	170
3.2. Організаційно-управлінські та нормативні аспекти реалізації державної політики щодо підготовки професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.....	189
3.3. Управління структурними змінами на основі проектного підходу та реалізація інноваційних проектів цифрового розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції.....	209
Висновки до розділу 3.....	227
ВИСНОВКИ.....	231
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	239

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БПР – безперервний професійний розвиток
- ВВП – валовий внутрішній продукт
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПО – внутрішньо переміщені особи
- ВР – Верховна Рада України
- ГО – громадські організації
- ДСГ – діагностично-споріднені групи
- ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій
- ДПП – державно-приватне партнерство
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
- ЄС – Європейський Союз
- ЗВО – заклади вищої освіти
- ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
- ЗСУ – Збройні Сили України
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- МОН – Міністерство освіти і науки України
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОВА – обласна військова адміністрація
- ОЕСР – Організація економічного співробітництва та розвитку
- ОЗ – охорона здоров'я
- ОМС – органи місцевого самоврядування
- ОМТ – оцінка медичних технологій
- ООН – Організація об'єднаних націй
- ПМГ – програми медичних гарантій
- ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
- РНБО – Рада національної безпеки і оборони
- СОЗ – система охорони здоров'я
- ЦГЗ – Центр громадського здоров'я МОЗ України

ВСТУП

Актуальність теми. Євроінтеграційні прагнення України зумовлюють необхідність спрямування стратегічних цілей та пріоритетних завдань на нівелювання міждержавних диспропорцій у соціально-економічному розвитку, імплементацію європейських стандартів задля забезпечення високої якості життя та модернізації системи соціальних гарантій щодо такого важливого напрямку, як охорона здоров'я.

Належне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я населення є ключовим напрямом державної політики, де пріоритетним завданням є розбудова високоефективної та функціональної моделі управління, технологічної модернізації галузі охорони здоров'я на засадах сталого розвитку, впровадження інноваційних механізмів та оптимізації інструментів її регулювання на основі європейських принципів, організаційних підходів і стандартів.

Становлення національної системи охорони здоров'я в контексті європейського вибору України передбачає застосування ефективних регуляторних механізмів, що відповідають викликам трансформаційного періоду. Новітня парадигма розвитку галузі охорони здоров'я ґрунтується на переосмисленні її ролі, яка дедалі частіше розглядається не як сфера пасивного споживання бюджетних ресурсів, а як пріоритетний сектор сталого розвитку. Відтак, актуалізується необхідність трансформації галузі із соціально-витратної в інвестиційну, що передбачає перехід від утримання її інфраструктури до модернізації та стимулювання соціальних інвестицій, а також превентивні заходи у формуванні системи громадського здоров'я.

Стратегічне управління системою охорони здоров'я за євроінтеграційних умов ґрунтується на синергії інноваційних перетворень та модернізації галузі і транспарентності під громадським наглядом. Пріоритетність євроінтеграційної соціальної спрямованості розвитку галузі

вимагає від суб'єктів владних повноважень суворого дотримання законодавчих норм та визначених регуляторних правил. Ігнорування цих імперативів нівелює результативність державотворчих зусиль у сфері охорони здоров'я та перешкоджатиме реалізації стратегічних цілей розвитку.

Теоретико-методологічні засади державного управління розвитком охорони здоров'я та механізми реалізації відповідної державної політики становлять предмет ґрунтовного вивчення у працях вітчизняних дослідників: Л. Антонової, М. Білинської, І. Дегтярьової, В. Долота, Л. Жаліло, Т. Липовської, В. Лобаса, О. Мельниченка, В. Москаленка, З. Надюка, Т. Педченка, В. Пономаренка, Я. Радиша, А. Рачинського, В. Руденя, О. Сердюка, І. Солоненка, І. Хожило та ін.

Науковий аналіз організаційних, економічних та правових засад державного регулювання галузі охорони здоров'я, а також механізмів її кадрового і фінансового забезпечення та розвитку представлений у доробку таких авторів, як: Г. Бищенко, Білас М., О. Вашеv, М. Вовк, Ю. Вороненко, О. Віноградов, О. Галацан, М. Герасименко, З. Гладун, О. Голяченко, Р. Гревцова, Т. Грузева, В. Журавель, В. Євсєєv, І. Зуб, В. Короленко, В. Лехан, І. Марчук, А. Немченко, В. Парій, О. Рогова, В. Рудой, І. Сенюта, А. Стеценко, І. Чухно, С. Шевчук, В. Юнгер, Т. Юрочко та ін.

У контексті сталого розвитку та європейського інтеграційного вектору України, пріоритетні напрями трансформації стратегічного курсу державної політики та інтегровані механізми її реалізації в галузі охорони здоров'я були ґрунтовно проаналізовані у працях таких науковців, як: В. Бульба, Н. Васюк, В. Галай, І. Дегтярьова, Є. Іваненко, Д. Кривошесєv, Є. Кульгінський, Н. Липовська, Г. Лопушняк, А. Макурін, І. Маркіна, В. Миргород-Карпова, Н. Піроженко, О. Пунда, А. Рачинський, Т. Савіна, І. Сазонець, Т. Семигіна, М. Старинський, О. Фірсова, І. Хожило, С. Чуприна, Т. Шлапкота та ін.

Попри вагоме теоретико-прикладне значення напрацювань зазначених авторів для галузі публічного управління, питання реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я потребують подальшого вивчення та

аналізу. Зокрема, спостерігається обмеженість комплексних досліджень, зосереджених на інституційних засадах та механізмах імплементації цієї політики в контексті євроінтеграційних процесів. Отже, формування дієвої державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я за трансформаційних умов, є одним із стратегічних пріоритетів України. Це вимагає розроблення нових організаційно-методичних підходів до розуміння сутності та складових її реалізації в умовах європейської інтеграції на основі узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Тема дисертаційної роботи пов'язана з науково-дослідною роботою «Публічне управління в умовах глобалізації» (0116U007246), що виконувалась кафедрою публічної політики навчально-наукового інституту «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, в якій автором обґрунтовано доцільність комплексного підходу до розбудови інтегрованої системи стійкості та спроможності системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення, який, на відміну від існуючих, ґрунтуються на інтеграції глобальних концепцій Health Security та One Health та визначенні архітекtonіки пріоритетних механізмів, синергія яких спрямована на підвищення адаптивності та життєздатності системи до критичних навантажень за кризових умов.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є теоретичне обґрунтування концептуальних організаційно-управлінських засад, науково-методичних підходів та практичних рекомендацій щодо удосконалення державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, посилення її інституційної спроможності в умовах європейської інтеграції.

Для реалізації окресленої мети в дослідженні передбачено виконання таких завдань:

- обґрунтувати концептуальні засади інституціалізації державної

політики охорони здоров'я в умовах євроінтеграції на основі узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС;

– з'ясувати необхідність формування конвергентної моделі державної політики охорони здоров'я за інтеграційних умов на основі порівняльного аналізу відповідних моделей та практик країн ЄС;

– розкрити сутність та особливості застосування методичних підходів до визначення пріоритетів державної політики, моніторингу реалізації стратегічних напрямів розвитку у сфері охорони здоров'я;

– запропонувати комплексний підхід до розбудови інтегрованої системи стійкості, спроможності та кризового управління системою охорони здоров'я в умовах перманентних ризиків та загроз;

– визначити сутність та обґрунтувати організаційно-методичні підходи до оцінювання ризиків та результативності кризового управління в системі охорони здоров'я;

– охарактеризувати складові інтеграційного механізму функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції за відповідними напрямками державної політики;

– уточнити організаційно-управлінські підходи щодо оптимізації ресурсно-інвестиційного забезпечення та модернізації галузі охорони здоров'я;

– запропонувати комплексний організаційно-методичний підхід до гнучкого, адаптивного та результативного управління закладами охорони здоров'я в нових умовах господарювання;

– окреслити та аргументувати концептуальні підходи до формування цілісної системи підготовки, професійного зростання та безперервного розвитку сучасного корпусу керівників охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – процес формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретичні, методичні та прикладні організаційно-управлінські аспекти формування та реалізації державної

політики розвитку системи охорони здоров'я в Україні, забезпечення її стійкості та інституційної спроможності в умовах європейської інтеграції.

Методи дослідження. Методологічний інструментарій роботи ґрунтується на використанні у процесі наукового дослідження сукупності взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих загальнонаукових та спеціальних наукових методів, що дозволило розглянути окремі теоретико-методичні та організаційні аспекти реалізації державної політики розвитку та процеси забезпечення стійкості системи охорони здоров'я як цілісний механізм в умовах європейської інтеграції, забезпечити об'єктивність і достовірність результатів дисертаційної роботи.

Теоретичну, емпіричну, інформаційну й фактологічну базу дослідження становлять положення теорії публічного управління, законодавчих актів та нормативних документи, інформаційні джерела, що забезпечили обґрунтованість наукових положень, висновків та практичних рекомендацій щодо формування державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, зокрема: Конституція України, закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, стратегічні та програмні документи, відомчі нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України, інших центральних органів виконавчої влади, що визначають інституціональні засади та особливості формування державної політики, узгодження її пріоритетів та напрямів реалізації з основними принципами та стандартами ЄС, регламентують діяльність органів управління різного рівня. Джерельну базу дослідження формує комплекс репрезентативної наукової літератури та офіційних даних, що охоплює фундаментальні монографічні праці, авторські наукові роботи, публікації у фахових періодичних виданнях, а також масив статистичної та аналітичної звітності, матеріали урядових і неурядових міжнародних організацій що стосуються зазначеної проблематики.

У процесі дослідження реалізовано комплексний підхід, що передбачає інтеграцію загальнонаукових і спеціальних методів пізнання. Використання

зазначеного наукового апарату спрямоване на отримання достовірних даних та формування обґрунтованих висновків відповідно до обраного напрямку наукового пошуку.

Методологічну цілісність роботи забезпечено застосуванням системного підходу, у межах якого охорону здоров'я інтерпретовано як сукупність взаємопов'язаних елементів, що мають спільну цільову спрямованість, специфічні властивості та розгалужену мережу внутрішніх і зовнішніх зв'язків. Завдяки синтезу логіко-семантичного та системно-аналітичного методів проаналізовано поняттєво-категоріальний апарат дослідження, основні принципи та підходи до формування державної політики у зазначеній сфері, а також визначено ступінь наукової опрацьованості проблеми у вітчизняному й міжнародному дискурсі.

Завдяки методу порівняльного і компаративного аналізу здійснено узагальнення та конвергенція сучасних моделей функціонування систем охорони здоров'я. Використання соціологічного інструментарію, зокрема цільового експертного опитування, дозволило сформуванню емпіричної бази для ідентифікації ключових детермінант, що впливають на стан галузі, а також визначити вектори оптимізації управлінських процесів в Україні. Результати дослідження сприяли науковому обґрунтуванню адаптації передового європейського досвіду до вітчизняних соціокультурних та економічних реалій в умовах євроінтеграційного поступу.

Прогностичний метод у поєднанні з описовим та абстрактним моделюванням слугував інструментарієм для обґрунтування стратегічних шляхів удосконалення державної політики в контексті європейської інтеграції. Для глибшої розробки окремих компонентів дослідження було залучено проблемно-орієнтований та програмно-цільовий підходи, що уможливило розробку конкретних пропозицій щодо підвищення стійкості та інституційної спроможності системи охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних положень, концептуальних і

методичних організаційно-управлінських підходів, які в сукупності розв'язують важливе наукове завдання щодо удосконалення державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, посилення її інституційної спроможності в умовах європейської інтеграції, а саме:

уперше:

– теоретично обгрунтовано концептуальні засади інституціалізації державної політики охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на підставі узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС шляхом побудови конвергентної функціональної моделі, в основу якої покладено стратегічну єдність п'яти принципів її реалізації: доступності, якості, адаптивності, ефективності та стійкості, що на відміну від існуючих зумовлює використання комплексу організаційних підходів до аналізу інституціональних засад функціонування та модернізації системи за умов багаторівневості із консолідованою відповідальністю стейкхолдерів на різних рівнях, а також моніторингу реалізації та оцінювання результатів на різних етапах, що сприятиме системності у забезпеченні імплементації європейських стандартів і практик.

удосконалено:

– комплексний підхід до багаторівневого кризового управління системою охорони здоров'я в умовах перманентних ризиків та загроз, який, на відміну від фрагментарних підходів, базується на: поєднанні керованих цільових параметрів функціонування галузі на засадах ризик-менеджменту та кризового управління; об'єктивного аудиту та ідентифікації викликів та загроз у різних часових та просторових вимірах; ідентифікації чинників виникнення ризиків різного ступеню керованості; поетапної декомпозиції антикризових стратегій; оцінювання ймовірності потенційних сценаріїв; визначення стратегічних орієнтирів та альтернативних рішень; синхронізації оперативного реагування на основі поєднання ресурсного та функціонального потенціалів що дозволяє адаптувати управлінський вплив до специфіки кожного етапу та ієрархічного рівня системи та передбачає застосування

комплексу інструментів, способів, засобів і заходів реагування, спрямованих на збереження функціональності найбільш вразливих її структурних компонентів та критичних ланок;

– інтеграційний механізм оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції, який, на відміну від існуючих підходів, базується на конвергенції солідарних принципів і адаптивних механізмів координації та регулюючих інструментів, а також синергії п'яти ключових компонентів: 1) нормативного, 2) ресурсного, 3) інноваційного, 4) професійного, 5) кризового, взаємне підсилення яких, спрямоване на забезпечення системності реалізації державної політики за відповідними напрямками: 1) гармонізації нормативно-правової бази з *acquis communautaire* ЄС; 2) модернізації інфраструктури та ресурсного забезпечення; 3) цифровій трансформації галузі та технологічних інноваційних рішень; 4) розвитку професійного корпусу фахівців на засадах компетентнісного підходу; 5) ризикоорієнтованого кризового управління, децентралізованої стійкості та міждисциплінарної взаємодії в умовах єдиного медичного простору;

– організаційно-методичний підхід до трансформації структури управління закладами охорони здоров'я, що, на відміну від існуючих підходів, базується на організаційних засадах функціонально-матричної структури управління як оптимальної компаративної моделі, що дозволяє ефективно поєднувати рутинні операційні процеси з проєктними ініціативами, а також належним моніторингом та контролем на основі цифровізації, що сприяє переходу від жорстких ієрархічних до гнучких адаптивних структур, здатних до стратегічної оптимізації в умовах лімітованого ресурсного забезпечення та жорстких часових обмежень, що, порівняно з традиційними ієрархічними структурами, підвищує адаптивність організації і забезпечує збалансований розподіл ресурсів та чітку делімітацію відповідальності між лінійним та проєктним менеджментом.

дістало подальшого розвитку:

– концептуальний підхід до визначення характеру чинників впливу на

функціонування та розвиток системи охорони здоров'я як соціального інституту шляхом диференціації на функціональні (чинники саморегуляції та розвитку) та дисфункціональні (дестабілізуючі чинники), а також спрямованості регуляторів державної політики на підтримку інституційних функцій та нівелювання інституційних дисфункцій шляхом сприяння чинникам саморегуляції та розвитку і усунення дезорганізуючих чинників, що базується на диференціації процесів на керовані та некеровані, інтегрованому оцінюванні ризиків та ступеня керованості кризових процесів на основі результатів-наслідків, а також зумовлює розробку відповідних алгоритмів оперативного реагування, спрямованих на мінімізацію ризиків необґрунтованих управлінських рішень, забезпечення стійкості та цілісності системи за умов невизначеності;

– обґрунтування комплексного підходу до розбудови інтегрованої системи стійкості та спроможності системи охорони здоров'я в умовах повоєнного відновлення, який, на відміну від існуючих, ґрунтуються на інтеграції концепцій Health Security та One Health та визначенні архітекtonіки пріоритетних механізмів (превентивного, фінансово-економічного, цифрового, інфраструктурного, кадрового та реабілітаційно-відновлювального), синергія яких спрямована на підвищення адаптивності та життєздатності системи до критичних навантажень, запобігання кризовим явищам, що дозволяє забезпечити безперебійність медико-соціальних заходів та адаптивне управління ресурсами. Доведено, що систематизація процесів виявлення та мінімізації загроз (через тактики уникнення, зменшення, передачі або прийняття ризику) дозволяє трансформувати потенційні кризи у контрольовані управлінські процеси;

– уточнення змісту кризового управління в системі охорони здоров'я з позиції системного і процесного підходу, як цілісного адаптивного механізму забезпечення її інституційної стійкості, що передбачає застосування динамічної системи способів і засобів ідентифікації загроз, визначення ієрархії завдань (ідентифікація, прогнозування, оперативне реагування), а також

інструментів та заходів їх реалізації на основі ітеративного підходу, який передбачає управління короткими циклами з можливістю швидкого коригування курсу на основі зворотного зв'язку, що забезпечує функціональну спроможність галузі та запобігає деструктивним наслідкам для її функціонування через превентивне прогнозування ризиків та оперативне реагування в умовах високої невизначеності;

– інституціональні засади підготовки професійного корпусу керівників закладів охорони здоров'я шляхом обґрунтування концепції цілісної екосистеми професійного зростання, що полягає у переході до компетентнісної моделі, яка інтегрує професійні знання з посиленням практичної складової, що орієнтована на досягнення цільових стратегічних результатів, розвиток лідерського потенціалу та цифрову оптимізацію навчання, впровадження елементів проєктного навчання та переорієнтації змісту підготовки на інструментарій результативного управління та базується на принципах гармонізації освітньо-професійних програм із вимогами Міжнародної стандартної класифікації освіти (ISCED-F 2013, категорія 04);

– теоретичне обґрунтування сучасної публічно-корпоративної концепції управління у закладах охорони здоров'я, що базується на управлінській синергії публічного та корпоративного управління. На відміну від традиційних підходів, запропонована концепція фокусує увагу на медичних закладах, як автономних підприємствах із власною корпоративною культурою та стратегією, що дозволяє розглядати їх не лише в якості об'єктів управління, а й активних суб'єктів інвестиційного процесу, а застосування інструментів корпоративного менеджменту (стратегічний брендинг та позиціонування, соціально-інвестиційне проєктування) сприяє системній модернізації, розвитку інфраструктури, а також забезпеченню ресурсоефективності та якості послуг при оптимізації внутрішніх операційних витрат.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості їх імплементації в діяльність органів виконавчої влади та громадського сектору при формуванні публічної політики охорони здоров'я. Наукові висновки

доцільно використовувати для: модернізації нормативно-правового забезпечення галузі охорони здоров'я; гармонізації законодавства із вимогами євроінтеграції; організаційно-методичного обґрунтування інституційних змін, узгодження національних пріоритетів із засадами стратегічного розвитку Європейського Союзу.

Наукові розробки та теоретичні узагальнення, отримані в дисертаційній роботі, впроваджено в освітній процес навчально-наукового інституту «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна та використовуються під час викладання модулів вибіркової компоненти «Управління охороною здоров'я» здобувачам освітньо-професійної програми другого (магістерського) рівня «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю D4 «Публічне управління та адміністрування».

Результати дослідження використано в Полтавському державному медичному університеті в освітньому процесі підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми “Менеджмент охорони здоров'я та соціальне проектування” при викладанні обов'язкових освітніх компонент “Державна політика та організаційно-правові засади охорони здоров'я”, “Кризове управління, керування ризиками та комплексна безпека”, а також, шляхом впровадження пропозицій щодо підготовки професійного корпусу керівників закладів охорони здоров'я за спеціальністю D3 «Менеджмент», галузі знань D «Бізнес, адміністрування та право», шляхом обґрунтування концепції цілісної екосистеми професійного зростання, що полягає у переході до компетентної моделі, що інтегрує професійні знання з посиленням практичної складової та впровадженням сучасних освітніх технологій, як обов'язкових складових кваліфікаційної характеристики фахівця, що базується на принципах гармонізації освітньо-професійних програм із вимогами Міжнародної стандартної класифікації освіти (ISCED-F 2013, категорія 04).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження є

самостійною науковою працею автора. Основні ідеї та розробки, здійснені у межах дисертаційного дослідження, зокрема, що характеризують наукову новизну, практичне значення та одержані результати, отримані автором особисто. У наукових працях, підготовлених у співавторстві, особистий внесок здобувача деталізовано у переліку публікацій, що наведений у дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертаційного дослідження були апробовані на національних і міжнародних наукових конгресах та науково-практичних конференціях: «Публічне управління XXI століття: особливості воєнного і післявоєнного періодів» (XXIII міжнар. наук. конгрес: м. Харків, 27 квітня 2023 р.); «Публічне управління XXI століття: нові виклики і трансформації в умовах війни» (XXIV міжнар. наук. конгрес: м. Харків, 24 травня 2024 р.); «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання» (VII наук.-практ. конф. з міжнар. участю: м. Харків, 30 жовтня 2024 р.); «Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я» (Всеукраїнська наук.-практ. конф.: м. Полтава, 26 червня 2025 р.).

Публікації. Результати дисертаційного дослідження охоплюють як теоретичні, так і прикладні аспекти, що висвітлено у 14 наукових публікаціях. Основні результати представлені у 9 статтях, які надруковано у фахових виданнях України категорії «Б», 5 наукових праць опубліковано в інших наукових виданнях та у збірниках за матеріалами всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференцій.

Структура дисертації складається з анотації українською та англійською мовами, переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (320 найменувань). Загальний обсяг дисертації становить 281 сторінок, з яких основний текст – 238 сторінок, що містить 14 рисунків та 2 таблиці.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТА АНАЛІТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ І РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

1.1. Глобалізаційні процеси та їх вплив на формування державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції

Глобалізація є складним швидкоплинним процесом всесвітньої економічної, політичної, культурної та інформаційної інтеграції, що перетворює світ на єдину взаємозалежну систему. Об'єктивно, розвиток технологій і особливо комунікацій, створив безпрецедентний глобальний стрибок, причому у різних сферах суспільного життя. Водночас, економістами цей процес часто розглядається як такий, що служить інтересам ринкового капіталу шляхом постійного поглинання місцевих ініціатив і проєктів та відтворення в нових, більш глобалізованих сферах. З філософської точки зору, серцевиною глобалізації може бути величезний новий потік ідей, які застосовуються в нових місцях і в новий спосіб [282] і пов'язують різні спільноти разом у нових соціальних відносинах [216]. Не обговорюючи визначення глобалізації, ми розглядаємо її як багатоваріантний процес з різними механізмами та програмами в різних географічних і часових вимірах, що має економічний, політичний та соціо-культурний виміри.

Глобальний вимір сталого суспільного розвитку був проголошений та задекларований на Саміті Тисячоліття ООН у 2000 році, де лідери 189 країн схвалили Декларацію Тисячоліття і взяли зобов'язання працювати разом з метою підвищення безпеки, добробуту та справедливості в усьому світі. Декларація визначила цілі, що стали відомі як Цілі Розвитку Тисячоліття, які стосуються й системи охорони здоров'я, зокрема забезпечення рівного

доступу до якісних медичних послуг, посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом [19].

У нашому дослідженні ми сприймаємо як належне реальність глобалізації та вважаємо, що найважливішими наслідками глобалізації є її вплив на здоров'я та добробут людини і суспільства, де здоров'я має бути кінцевим виміром в оцінці глобалізації, ключовою складовою індексу розвитку людського капіталу. Іншими словами, якщо глобалізація не робить людину, громаду та суспільство здоровішими, вона не спрацьовує. Тому головною темою цього підрозділу дисертаційної роботи є питання про те, яку роль можуть відігравати публічні політики в процесі глобалізації та який може бути їхній вплив на систему охорони здоров'я. Серед урядів і міжнародних організацій існує кілька різних «політик глобалізації», які охоплюють багато секторів, що сприяють інтеграції в глобальне суспільство. Відтак існує значний ризик того, що ці різні сектори можуть суперечити або стикатися один з одним, ускладнюючи їхній вплив на систему охорони здоров'я.

Нижче, пропонується лонгітюдний аналіз минулого, теперішнього та майбутнього глобалізації в контексті розвитку сфери охорони здоров'я. Як метод поздовжнього наукового дослідження, він передбачає багаторазове вивчення одних і тих самих об'єктів (людей, груп, показників) протягом тривалого часу, що дозволяє відстежити динаміку змін, розвиток процесів та вплив різних чинників на подальші результати. Дотримуючись ставлення до глобалізації як багатогранного процесу, ми досліджуємо ключові сектори, які мають безпосередні наслідки як для здоров'я людини зокрема, так і для системи охорони здоров'я загалом: 1) доступ і обмін інформацією та знаннями; 2) офіційні та неформальні потоки капіталу; 3) людський капітал, 4) урбанізація; 5) харчування та існування, 6) захворювання та смертність. Саме тому наш розгляд глобалізаційних впливів починається з погляду на минуле у численних міжнародних наукових публікаціях, розглядаючи нижче минулі тенденції у визначених ключових сферах світового господарства та шляхи становлення глобалізованого суспільства [180; 187; 213; 216; 225; 237; 247;

256; 259; 260; 263; 270; 282; 290; 301; 308; 320], які далі проходять через нашу оцінку сьогодення та сформовані таким чином прогнози на майбутнє щодо тенденцій розвитку глобального здоров'я.

1. Доступ і обмін інформацією та знаннями. Надзвичайна швидкість, з якою форми спілкування змінилися для більшості населення світу протягом відносно короткого періоду часу, мала величезні наслідки для здоров'я та прогресу людини. Кожен крок у розвитку сучасних систем передачі інформації призводив до значного збільшення доступності інформації, засобів для обміну нею та швидкості цього обміну [306]. Після цього, як правило, впроваджувались певні державні обмеження, але успіх цих обмежень поки що не є значним.

Найновіші форми передачі інформації є, по суті, миттєвими, з мільйонами миттєвих результатів пошуку та можливістю надсилати великі масиви інформаційних ресурсів по всьому світу за лічені секунди. Що цей розвиток означає для системи охорони здоров'я? Широкий доступ до сучасних інформаційно-комунікаційних технологій описано в Цілях розвитку тисячоліття як засіб покращення здоров'я шляхом сприяння соціальному залученню та участі. Однак існує різниця між доступом до інформаційно-комунікаційних технологій та їх змістовним використанням.

У сучасному світі переважна більшість людей є користувачами мережі Інтернет, доступ до якого все важче ідентифікувати, оскільки він здійснюється через мобільний ширококутний зв'язок і смартфони, що значно перевищує доступ до комп'ютерних фіксованих ліній [231]. Водночас більшість країн Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) стикаються із суттєвим зменшенням кількості читачів друкованих новин на користь читачів веб-сайтів національних медіа через конкуренцію з боку інтернет-джерел [261].

Загальна тенденція полягає у збільшенні обсягу та доступності інформації, але суттєвому зменшенні використання (особливо серед молоді) офіційних публічних джерел інформації і супутніх труднощах у критичній

оцінці джерел. Сьогодні, політика публічного сектору вже не встигає за тенденціями доступу до інформації та обміну інформацією. Водночас, тенденції в доступі та використанні інформації мають наслідки для здоров'я. Публічний сектор значною мірою зведений до моніторингу тенденцій у доступі та використанні, але не до їхнього регулювання [261].

Отже, інформаційні веб-ресурси залишаються складними для регулювання. Щоб зменшити розбіжності в доступі до досліджень у сфері охорони здоров'я, такі ініціативи, як HINARI (Ініціатива міжмережевого доступу до досліджень охорони здоров'я), AGORA (програма у галузі сільського господарства) та OARE (навколишнє середовище), забезпечують безкоштовний або знижений доступ до медичної допомоги, журналів і наукової літератури в країнах, що розвиваються. Зокрема, програма доступу до сільськогосподарської літератури (FAO / Research4Life), яка заснована Продовольчою та сільськогосподарською організацією ООН (FAO) спільно з провідними науковими видавництвами, надає університетам, науково-дослідним інститутам та державним установам у країнах, що розвиваються, безкоштовний доступ до цифрових інформаційних ресурсів у галузі сільського господарства, харчування та екології (AGORA) [179; 308].

Нові комунікаційні технології також були кооптовані для використання в медицині. Наприклад, в країнах «третього світу», де поширеність мобільних телефонів постійно зростає, текстові повідомлення є ефективним засобом покращення прихильності до профілактики і результатів лікування особливо небезпечних захворювань та ВІЛ інфекції. Медична допомога, керована смартфоном, використовує цифрові технології для надання високоякісної та економічно ефективною допомоги, у т.ч. у місцевості з важким оперативним доступом. Ініціативи в галузі охорони здоров'я, такі як оральна регідраційна терапія та методи очищення води, більше не є конкуруючими товарами, оскільки ці досить прості технології стають все більш доступними у всьому світі через сучасні мобільні канали зв'язку [186; 256].

Тож, розширення можливостей для розповсюдження медичних знань

може бути головним поясненням скорочення розриву в очікуваній тривалості життя між багатими та бідними країнами протягом останнього століття, навіть якщо розрив у доходах на душу населення збільшився [187]. Це також має важливий вплив на місцеві знання про здоров'я, попит на медичну допомогу та її надання, що часто призводить до різноманітності медичних підходів, а не до медичної монокультури.

Інформація й надалі передаватиметься з більшою швидкістю в більших обсягах і з ширшим доступом у всьому світі. Незважаючи на те, що для тих, хто перебуває на периферії, збережуться розриви (через вік, доходи, спосіб життя чи політичну ізоляцію), «цифровий розрив» між країнами та регіонами продовжуватиме скорочуватися і продовжуватиме вирішувати глобальні проблеми охорони здоров'я. Справжня проблема для охорони здоров'я з точки зору глобального потоку інформації полягає в трьох аспектах: надійність, актуальність і вплив. Перший виклик пов'язаний із здатністю людей знаходити інформацію з надійних прозорих джерел, заснованих на реальних доказах. Другий означає можливість адаптувати знання та інформацію, які можуть покращити здоров'я, відповідно до обставин користувача. Останнім завданням буде надати знання таким чином, щоб заохочувати застосування та досягати тривалих переваг для здоров'я, що стає дедалі складнішим, оскільки загальний обсяг і потік інформації зростають майже експоненціально з кожним роком [282; 306].

Дистанційні медичні консультації, а також телемедицина повинні продовжувати розвиватися, сприяючи кращому догляду у віддалених місцевостях і регіонах, що розвиваються. Кампанії громадського здоров'я, які використовують новітні інформаційні технології та соціальні медіа, вже добре запроваджені в деяких сферах, хоча їх все ще можна удосконалити, покращити та розширити для більшої кількості населення. Мабуть, найважливішим стане покращення міжнародного співробітництва та сумісності для доступу до даних про здоров'я мігрантів, а також до баз даних і статистичних даних про хвороби населення та розвиток охорони здоров'я. Це ще більше покращить

міжнародну координацію, оскільки як інфекційні, так і неінфекційні захворювання поширюються через кордони все швидшими темпами [317].

2. Офіційні та неформальні потоки капіталу. Торгівля та ринки. Зростання світової торгівлі вважається однією з визначальних характеристик глобалізації. У міру збільшення переміщення масових товарів ціни на товари між країнами зближувалися, впливаючи на розподіл ресурсів у країнах і покращуючи загальний рівень життя.

Міжнародна торгівля мала великий вплив на рівень життя населення, особливо під час промислової революції [301], посилюючи міську економічну діяльність шляхом сприяння розміщенню великих виробництв у містах, розвитку доріг, залізниць і каналів, а також через законодавство, яке послабило міське ремесло на користь купецьких гільдій. Це спричинило серйозні зміни, відомі як «перше велике розукрупнення» глобалізації [181]: товари тепер можна було виробляти далі від призначених ринків, а міські центри пропонували більші щільні ринки, вищу реальну заробітну плату та більший капітал. Розрив у зростанні, який утворився між північними та південними регіонами земної кулі під час відокремлення, зберігається й до сьогодні.

Природа праці також полегшила прогнозування глобальної конкуренції. Підписана в 1947 році Генеральна угода з тарифів і торгівлі (ГАТТ) зменшила торговельні бар'єри, встановлені промислово розвиненими країнами у відповідь на високий рівень безробіття під час Великої депресії та світових війн. ГАТТ передбачала взаємність між розвиненими країнами, водночас дозволяючи країнам, що розвиваються, мати більшу свободу контролювати тарифи та імпорт для захисту свого зростання. Цей «диференційований і більш сприятливий режим» дозволив розвиненим країнам легше просувати імпорт на своїх ринках. Перевиробництво в розвинутих країнах і недостатнє виробництво в країнах, що розвиваються, є причиною глобальної бідності та пов'язаних з нею наслідків для здоров'я, оскільки здебільшого стан бідності та її розшарування у світі значною мірою залежать від розподілу

сільськогосподарських доходів [180].

Глобалізація висуває нові вимоги до суб'єктів впливу, які повинні швидко змінювати позиції на динамічних ринках, і до урядів, які виявляють, що значна частина їх робочої сили чи інфраструктури швидко звільняється, враховуючи у т.ч. і впливи на глобальне здоров'я [245; 247; 248]. Це може завдати шкоди навіть так званим «державам загального добробуту», яким стає все важче реагувати на швидкі зміни; а для держав із слабкішими системами соціального забезпечення наслідки безробіття для здоров'я є ще жахливішими. Міжнародна торгівля також зазнає швидкої фрагментації. ООН, ОЕСР, СОТ, інші міжнародні інституції ілюструють, наскільки слабкою стала багатостороння торгівля, де заключення двосторонніх і регіональних угод дедалі більше ускладнює багатонаціональним організаціям забезпечення «справедливих» угод на міжнародному рівні [248; 262; 266; 308] .

Фінансова глобалізація також виявила свою темну сторону під час поширення фінансової кризи 2008 року на фондових ринках практично в усіх економіках. Кризи фінансових ринків в одній країні можуть лише незначною мірою вразити інші країни, але це, у свою чергу, спричинило більш масштабні внутрішні кризи, які посилили початкове зовнішнє «зараження», спричинивши втечу національного капіталу з постраждалих країн за кордон і призводячи до подальшого спаду. Різке збільшення мобільності капіталу, спричинене глобалізацією, також сприяє розвитку офшорних механізмів у податковому регулюванні. Це означає значну втрату потенційного державного фінансування розвитку охорони здоров'я для країн, що розвиваються, яким усе більше доведеться вдаватися до міжнародних, зокрема корпоративних інвестицій для фінансування власних стратегій подолання бідності або надання послуг з охорони здоров'я, що в кінцевому рахунку може призвести до втрати незалежності [181; 212].

Незважаючи на ці занепокоєння, схоже, що існує позитивний зв'язок між економічною глобалізацією та очікуваною тривалістю життя, який спостерігається не лише у багатих країнах, навіть якщо взяти до уваги

харчування, грамотність, дохід і кількість лікарів на душу населення [256]. Однак відповідна статистика може приховати негативний вплив на певні групи. ОЕСР стверджує, що економічна глобалізація та технологічні зміни підвищують рівність доходів у країнах серед працівників, зайнятих повний робочий день, здебільшого, якщо профспілки чи захист зайнятості є слабкими, і особливо серед працівників із середньою кваліфікацією, робочі місця яких можна легко автоматизувати [262]. Проте внутрішня урядова політика може зменшити негативні наслідки фінансових криз і податкового захисту для здоров'я як шляхом створення більш стабільних макроекономічних основ та інституцій, так і шляхом впровадження політики сприяння, такої як програми активного ринку праці [291].

Ймовірно є посилення спеціалізації в торгівлі та більша поширеність двосторонніх і регіональних торговельних угод. Це дозволить країнам зменшити ризики небажаної передачі технологій і конкуренції, збільшити контроль над тарифами та віддавати перевагу стратегічним регіональним партнерам. У той же час це може знизити прозорість у світовій торгівлі та встановити тарифи та правила, які виявляться шкідливими для глобального здоров'я суспільства [266].

3. Людський капітал. Людський капітал є ще однією формою капіталу, на потоки якого впливає глобалізація та, у свою чергу, впливає на здоров'я. Ця концепція бере свій початок від роботи сера Вільяма Петті про грошову вартість людських ресурсів і, як наслідок, про витрати Англії на війни, хвороби та міграцію [237]. Можна сказати, що людські ресурси «вартість виробництва» яких компенсується значними майбутніми прибутками, втілює в собі великий людський капітал і, отже, заслуговує значних інвестицій в освіту, охорону здоров'я, національну оборону та правовий захист в умовах глобалізації.

Розвиток транспортних і комунікаційних технологій сприяв масовому зростанню міграції [267]. Зараз у світі налічується принаймні сотні мільйонів мігрантів, а їхня підготовка, навички та знання тепер є досить широкими. Це

також дозволяє бізнесу отримати доступ до більшої за обсягом та більш кваліфікованої робочої сили, а також розширити доступ окремих суб'єктів до міжнародних ринків праці [262]. При цьому, деяким країнам, зокрема Німеччині, вдалося значно сприяти залученню кваліфікованої робочої сили за допомогою політики, яка включає безкоштовну мовну підготовку та визнання іноземних кваліфікацій.

Водночас, трудова міграція також завдає великої шкоди здоров'ю, призводить до зменшення економічних можливостей для мігрантів [188], й згубно перебудовує суспільний лад. Хоча, у деяких випадках переїзд до більш урбанізованих міських районів полегшує доступ до більш різноманітної та складної медичної допомоги [186]. І навпаки, міське життя та усунення традиційних систем підтримки несе з собою додаткові загрози.

У той час як мобільність може бути позитивною для окремих осіб, родин, регіонів, а також для приймаючих країн, пов'язаний з нею «витік мізків» може мати серйозні економічні та соціальні наслідки та посилити нерівність. Такі країни як Угорщина та Румунія, Словаччина, наприклад, фінансують державну медичну освіту, але зазнають чистої втрати кваліфікованих лікарів, яка продовжує зростати. Тож, міграція висококваліфікованих працівників із країн з низьким ступенем розвитку у більш розвинені країни є домінуючою моделлю. Хоча мотиви для міграції є складними, інституційна корупція, бідність та дискримінація постають явними рушійними силами відповідних процесів. Соціально-економічні потрясіння, обумовлені війною в Україні також спричинили еміграцію висококваліфікованих працівників, що призводить до часткової втрати людського капіталу в умовах глобалізації [194; 256].

Зазначені тенденції сприяють подальшим очікуванням, що люди продовжуватимуть рухатися до територій з більшими ресурсами та можливостями, глобалізація може сприяти появі свого роду найманства як для фрілансерів, так і для кваліфікованих працівників з країн, що розвиваються. У короткостроковій та середньостроковій перспективі цілі сектори та групи

навичок швидко стануть зайвими, і вже з певною мірою вірогідності можна передбачити, на які групи це вплине. Суттєві розриви в заробітній платі в розвинених країнах і тих, що продовжують розвиватися з часом зменшаться, можна припустити, що глобальний перерозподіл зайнятості триватиме. Окрім здобутків і втрат для здоров'я, пов'язаних зі статусом зайнятості в різних країнах, можуть бути непередбачувані глобальні економічні наслідки. Тому, у той час як найвищий рівень кваліфікації може залишатися в умовній безпеці, низькокваліфікована праця, яка майже завжди буде потрібна на місцевому рівні, особливо в період повоєнного відновлення, також з певною вірогідністю буде затребувана [181; 194].

Оскільки завдяки комунікаційним технологіям у всьому світі швидко відбувається обмін навичками, потреба людей залучати власну робочу силу на стаціонарне виробництво поступово зменшуватиметься. Міграційна та трудова політика все ще є реактивною, локальною та неорганізованою і у довгостроковій перспективі вона має бути спрямована на подолання негативних чинників міграції, включаючи глобальну та регіональну нерівність і політичну нестабільність [188; 194]. Хоча, якщо розглянути позитивні наслідки відповідних глобалізаційних процесів, то це може приносити й певну користь для здоров'я суспільства, яке може отримувати прибуток як від міжнародного ринку праці, так і від структур підтримки, притаманних традиційним спільнотам.

4. Урбанізація. Перехід від аграрного до урбанізованого індустріального суспільства історично вважався важливим для економічного зростання, демографічних змін і розвитку сучасних національних держав [213], включаючи розвиток окремих сфер, зокрема охорони здоров'я. Сьогодні, невпинно зростає кількість міст з високим ступенем урбанізації, переважно за рахунок країн південно-східної Азії. Відбувається найбільша міграція із села в місто в історії, коли більше половини населення планети проживає в містах, які охоплюють лише 0,5% світової суші [284]. Особлива активність країн південно-східної Азії [217], обумовлена тим, що національна політика цих

країн відкрито сприяє урбанізації, щоб стимулювати внутрішній попит і трансформувати національні моделі розвитку. Урбанізація часто є результатом галузевих зрушень, залежно від розміру країни та рівня її розвитку. Є очевидні переваги в щільному об'єднанні людських ресурсів у містах, у тому числі для розвитку систем охорони здоров'я; однак може існувати оптимальний ступінь урбанізації, за межами якого позитивні тенденції розвитку припиняються або навіть погіршуються [225]. Це може бути пов'язано з необхідним перенаправленням ресурсів для підтримки рівня життя у великих містах.

Уряди країн ЄС вже визнають, що урбанізацію практично неможливо сповільнити в короткостроковій та середньостроковій перспективі, і зосередитися на рівномірному розподілі населення в кількох міських регіонах. Тож, глобалізація також може сприяти формуванню космополітичного громадянського суспільства та залученню різних соціальних груп у виробленні політик, що зокрема стосується і політики покращення здоров'я населення великих урбанізованих територій і міст [213; 225].

5. Харчування та існування. Зараз світ стикається з безпрецедентною в історії людства харчовою дихотомією: 1 мільярд людей недоїдають, а приблизно 2 мільярди мають надмірну вагу або ожиріння [292]. У той час як ті, що належать до першої категорії, все ще переважно зустрічаються в країнах, що розвиваються, друга категорія стає рівномірно поширеною. Системи доставки їжі змінили харчову промисловість, де транснаціональні корпорації контролюють постійно зростаючу частку всієї споживаної їжі: на 10 найбільших припадає понад 15% світових продажів їжі, причому фактично все зростання припадає на країни, що розвиваються [290]. Відповідний вплив корпорацій на здоров'я населення все більше викликає занепокоєння Урядів, але сповільнити цей процес фактично неможливо і урядова політика країн ЄС все більше спрямована на партнерські відносини з корпораціями, залучення основних гравців корпоративного сектору до угод про партнерство та відповідальність, розробку спільних дій у пропагуванні здоров'я суспільства.

У продажу оброблених харчових продуктів також, ймовірно, у

майбутньому домінуватимуть великі транснаціональні корпорації. Необхідний широкий консенсус споживачів щодо здорової їжі і якщо це не вдасться, найімовірнішою альтернативою для державних органів є посилення регулювання та оподаткування так званих «нездорових» продуктів. Тож, майбутня політика має бути побудована на такому консенсусі та створювати належні умови для системи громадського здоров'я [290; 302].

Періоди фінансових потрясінь на початку і впродовж ХХІ століття був також періодом унікального світового зростання цін на паливо та продукти харчування. Рівні недоїдання в абсолютних цифрах досягли рекордних показників, незважаючи на зростання глобальних урожаїв протягом цього періоду [302]. Частково це може бути пов'язано зі збільшенням частки продовольчих культур, які використовуються для виробництва біопалива та сировини. Як наслідок, збільшення продовольчого постачання, не досягає територій, які цього потребують найбільше, з падаючим рівнем виробництва на душу населення або в регіонах, що занепадають. Це створює залежність від імпорту, який зростатиме, з наступними ризиками для забезпечення продовольчої безпеки. Нарешті, сприятливі урядові політики під час кризи та проактивність глобальних міжнародних суб'єктів її реалізації може й позитивно впливати на національні та регіональні результати у функціонуванні та розвитку національних систем охорони здоров'я [290; 302].

6. Захворювання та смертність. Інфекційні захворювання.

Європейський досвід у сфері громадського здоров'я ґрунтується на багаторічних традиціях санітарно-гігієнічного контролю, вакцинопрофілактики, епіднагляду та реагування на інфекційні захворювання. Ще наприкінці ХІХ століття багато європейських країн започаткували системи публічної санітарії, які дозволили істотно знизити захворюваність та смертність від холери, тифу, туберкульозу та інших небезпечних інфекцій [263].

У середині минулого століття ці зусилля були доповнені масштабними програмами імунізації населення, які призвели до елімінації натуральної віспи,

поліомієліту та інших керованих інфекцій на європейському континенті. Коли тягар хронічних захворювань зростав, багато спостерігачів оголосили проблему інфекційних захворювань вирішеною [269]. Але в той час як наприкінці ХХ століття справді були досягнуті значні перемоги в боротьбі з інфекційними захворюваннями, це відбулося насамперед завдяки базовій санітарній інфраструктурі, кампаніям масової вакцинації та фармакології [263].

Зокрема, завдяки систематичній вакцинації в рамках розширеної програми імунізації ВООЗ, в Європейському регіоні до 2002 року вдалося досягти успіхів у ліквідації поліомієліту, а до 2015 року – елімінувати краснуху в 37 з 53 країн регіону [205].

Водночас, слід наголосити, що останнім часом спостерігається відродження інфекційних захворювань, пов'язане з ситуаціями, що обумовлені нетиповими захворюваннями, такими як ВІЛ/СНІД та SARS [320]; наявне захворювання, що переміщується в нові середовища, наприклад, вірус Західного Нілу [275]; і нові вірулентні або стійкі до ліків штами старих захворювань, наприклад стійкі до антибіотикотерапії *Staphylococcus aureus* [203].

Новим штамом коронавірусу, що викликає захворювання COVID-19, є SARS-CoV-2, ідентифікований у грудні 2019 року. 11 березня 2020 року ВООЗ офіційно оголосила пандемію коронавірусу у світі. [305]. В Україні за час пандемії зафіксовано понад 5,5 мільйона випадків захворювання та майже 112 500 смертей [293; 318]. Глобалізація може мати різні впливи на процеси розповсюдження небезпечних захворювань, оскільки теоретично вона повинна зменшити імунну неготовність, сприяючи збільшенню глобального колективного імунітету. Це також дозволяє здійснювати моніторинг спалахів та обмінюватися знаннями та навчанням, що є вирішальним для стримування небезпечних інфекційних захворювань. З іншого боку, глобалізація також зменшує протиепідемічні бар'єри, сприяючи більш швидкому розповсюдженню патогенів світом, ніж будь-коли, і практично миттєво

використовувати нове середовище [256; 263].

На проблему «повторної появи інфекційних захворювань» у розвиненому світі можуть вказувати тенденції останніх двох десятиліть двадцятого століття, коли смертність від інфекційних захворювань у заможних країнах зросла вперше після промислової революції [270]. Цілком можливо, що зараз ми стоїмо на порозі третього епідеміологічного переходу, який після змін неолітичної та промислової революцій призведе до повернення до високого тягара інфекційних захворювань [183]. Цей сценарій стає більш вірогідним не лише через збільшення кількості нових патогенів, але й через збільшення частоти та швидкості, з якою ці шкідники за сприяння зміни клімату та мобільності людей можуть поширюватися. Можливо, найбільше тривоги викликає нездатність до лікування багатьох з цих захворювань через швидку еволюцію стійкості до ліків. Фактори, які сприяють їх поширенню, це соціально-економічні та екологічні порушення, переміщення людей і стійкість до ліків [234], тісно пов'язані з прискоренням глобалізації. Координація зусиль може суттєво покращити цю ситуацію, якщо політики базуватимуться на результатах комплексного та координованого моніторингу, звітності та можливості щодо реагування на спалахи захворювань.

Зважаючи на зазначене, для того, щоби посилити захист від майбутніх загроз здоров'ю, ВООЗ посилює епіднагляд за захворюваннями та контроль стійкості до антимікробних препаратів. Завдяки впровадженню системи епідемічної інформації з відкритих джерел та національних опитувань щодо антимікробних препаратів було забезпечено можливості раннього попередження та реагування на спалахи захворювань. Впроваджуючи підхід «Єдине здоров'я» [264; 265], ЄС спільно з ВООЗ сприяють впровадженню в Україні комплексу заходів щодо антимікробної резистентності, епіднагляду та проведенню загальнонаціональних кампаній з підвищення обізнаності щодо небезпечних, у т.ч. економічних та екологічних чинників впливу на громадське здоров'я [291; 304].

Неінфекційні захворювання, які зараз є найбільш поширеною

небезпекою для здоров'я і посилення передчасної смертності людей у всьому світі, навіть ніж інфекційні хвороби, також цілком пов'язані з глобалізацією. Основними факторами ризику таких хронічних захворювань, є порушення та недотримання здорового способу життя, недостатня фізична активність, неправильне харчування, вживання тютюну та алкоголю. Тягар цих захворювань, сьогодні однаково несуть і багаті, і бідні країни; понад 80% смертей від неінфекційних захворювань припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу [178]. Країни, що розвиваються, також несуть «подвійний тягар» у зв'язку з обмеженнями до продовольчих ресурсів, оскільки в них набагато менший вплив мають державні ресурси охорони здоров'я для пом'якшення цього процесу. Так, наприклад в Індії, витрати з власної кишені на медичне обслуговування, пов'язане з неінфекційними захворюваннями, катастрофічно зросли [249].

Нажаль, слід констатувати, що на нашу думку досить повільне переорієнтування глобальної політики охорони здоров'я на неінфекційні захворювання відбувається такими темпами, що не встигають за потенційно небезпечними процесами. Глобальний порядок денний для боротьби з неінфекційними захворюваннями у секторі, не пов'язаному з охороною здоров'я, наголошує на ролі торгівлі, сільського господарства, міського розвитку та пов'язаної з ними політики у формуванні здоров'я [245; 258].

Щодо резолюції, яка стосується боротьби з тютюном та алкоголем, зміцнення здоров'я, то у 2011 році Генасамблея ООН прийняла політичну декларацію щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями [271], а ВООЗ отримала завдання встановити глобальні цілі та показники для здійснення відповідного моніторингу.

Щодо майбутнього, то звичайно, робити прогнози щодо впливу глобалізації на систему охорони здоров'я надзвичайно складно. Однак деякі теми, які ми визначили, сприяють таким прогнозам. Зокрема, дві парадоксальні тенденції, які виникли в результаті глобалізації, ймовірно, триватимуть. По-перше, це ступінь, до якого люди піддаються як позитивним,

так і негативним аспектам глобальної інтеграції. Ми звернули увагу на переваги цього процесу, включаючи ширший обмін знаннями та економічні можливості, а також певні сприятливі тенденції розвитку міграційних процесів, шляхом зменшення навантаження на бідні країни і розподіл відповідальності за здоров'я мігрантів між розвиненими країнами. З іншого боку, зростання глобальної конкуренції ускладнює реалізацію відповідних політик на макrorівні для забезпечення справедливості торгівлі, здорових умов праці та зайнятості, що впливає на глобальне здоров'я [245; 256].

Друга тенденція полягає у скороченні вибору, що розвивається разом із глобальною консолідацією. Тут особливо наочним прикладом є урбанізація. З покращеним доступом до інформаційно-комунікаційних технологій і поширенням знань буде легше залишатися у віддалених районах і мати можливість здобувати освіту, залишатися на роботі та відчувати багато переваг сучасного життя без необхідності переїжджати в урбанізовані міські центри. Проте все більша кількість корпорацій продовжує отримувати контроль над сільськогосподарським і промисловим виробництвом. Це суперечить загальноприйнятим очікуванням глобалізації: збільшення можливостей для менших гравців отримати доступ до великих ринків, а отже, збільшення різноманітності ринку та покращення вибору для окремої людини. Враховуючи ризики неінфекційних захворювань та стрімкого та іноді критичного поширення інфекційних захворювань у вигляді пандемій, зберігається глобальна небезпека для людства. Партнерство та політика можуть зменшити негативний вплив на здоров'я, але проблеми можна оцінити лише за допомогою політики, яка ставить глобальне здоров'я суспільства на провідне місце у визначенні пріоритетів глобального розвитку [245; 249].

Незважаючи на те, що неінфекційні захворювання залишаються зростаючою проблемою в Україні, що ще більше посилюється перебоями в наданні медичної допомоги, пов'язаними з війною, ВООЗ підтримує національні органи влади у посиленні профілактики, раннього виявлення та лікування – за допомогою оновлених клінічних рекомендацій, систем

спостереження та ініціатив з підвищення обізнаності громадськості. Разом з МОЗ України ВООЗ підтримала перегляд національних клінічних рекомендацій щодо лікування гіпертензії. ВООЗ також продовжує підтримувати багатосекторальну політику щодо зниження факторів ризику неінфекційних захворювань, включаючи контроль над споживанням алкоголю, ліквідацію промислово вироблених трансжирів, посилення оподаткування тютюнових виробів та реформи здорового шкільного харчування, що підтримується ініціативою «П'ять кроків до здорового харчування» [304].

Отже, проведено лонгitudний аналіз минулого, теперішнього та майбутнього впливу глобалізації на охорону здоров'я. Цей аналітичний інструмент був обраний нами, як метод поздовжнього наукового дослідження, оскільки він передбачає багаторазове вивчення одних і тих самих об'єктів протягом тривалого часу, що дозволяє відстежити динаміку змін, розвиток процесів та вплив різних чинників на подальші результати в контексті впливу на охорону здоров'я. Дотримуючись ставлення до глобалізації як багатогранного процесу, акцентовано увагу на дослідженні ключових секторів, які мають безпосередні наслідки для як для здоров'я людини зокрема, так і для системи охорони здоров'я суспільства загалом: 1) доступ і обмін інформацією та знаннями; 2) офіційні та неформальні потоки капіталу; 3) людський капітал, 4) урбанізація; 5) харчування та існування, 6) захворювання та смертність.

За результатами аналізу зроблено узагальнення, що у минулому глобалізація була рушійною силою політики на макрорівні, і її вплив на здоров'я, хоч і суттєвий, але був випадковим. У майбутньому глобалізація триватиме, інтегруючи процеси впливу з акцентом на захисті здоров'я тих, хто перебуває на периферії таким чином, щоб переваги більш рівномірно розподілялися серед населення всередині та між країнами. Майбутнє глобалізації – це не глобальне село, а глобальна мережа: мережа відносин, до якої переважна більшість держав і окремих осіб зможуть вибірково отримати

найбільш повний доступ із найбільшою вигодою. Отже, глобалізація має як безпрецедентний потенціал, так і безпрецедентні ризики, тому правильна політика дозволить використати сили глобалізації для покращення здоров'я в усьому світі.

Таким чином, на основі застосування лонгітюдного підходу систематизовано результати впливу глобалізаційних процесів на сектор охорони здоров'я в ретроспективі та прогностичній перспективі. Використання методу динамічного спостереження дозволило з певною долею ймовірності верифікувати траєкторію розвитку галузі та виокремити детермінанти впливу на глобальне здоров'я суспільства. У межах дослідження проведено комплексний аналіз шести стратегічних напрямів: від інформаційних та фінансових потоків до демографічних показників захворюваності та смертності. Зокрема, оцінено вплив інформаційного обміну, руху капіталу та ресурсів, а також процесів урбанізації та зміни структури захворюваності на функціонування сучасної системи охорони здоров'я у глобальному вимірі.

Ретроспективний і проспективний аналіз дозволяє констатувати перехід від стихійного впливу глобалізації на охорону здоров'я до її цілеспрямованої інтеграції в соціальну політику. Встановлено, що мережева структура глобальних відносин створює передумови для більш рівномірного розподілу переваг, зокрема для вразливих верств населення та країн, що розвиваються. Успішна реалізація цього потенціалу залежить від впровадження адаптивної політики, здатної нівелювати зазначені ризики та використати сили глобальної інтеграції для покращення показників здоров'я у глобальному вимірі.

1.2. Інституціональні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції

Охорона здоров'я населення виступає фундаментальною домінантою соціальної політики країн європейської спільноти. Концептуальним підґрунтям сучасної стратегії у цій сфері є дефініція Всесвітньої організації

охорони здоров'я (ВООЗ), що інтерпретує здоров'я як комплексну категорію фізичного, ментального та соціального благополуччя, нівелюючи суто біологічну трактовку як відсутність патологічних станів [312]. Україна, здійснивши імплементацію положення Статуту ВООЗ (членство з 1948 р., повноправний статус з 1992 р.), визнає паритетність соціального критерію поряд із соматичним та психічним. Останній детермінує стан здоров'я через призму способу життєдіяльності індивіда, зумовленого екзогенними соціально-економічними чинниками. У контексті тривалої системної кризи в Україні критичної ваги набуває трансформація державної політики на засадах конвергенції соціальних гарантій та ринкових механізмів. Пріоритетом цієї модернізації є розбудова раціональної архітектури розвитку системи охорони здоров'я, спроможної забезпечити високу якість та ефективність функціонування галузі за європейськими стандартами [67; 218; 219; 315].

Порівняльний аналіз європейських практик реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я засвідчив наявність різних моделей фінансування та організації медичної допомоги в країнах ЄС, які, водночас, об'єднані спільними принципами солідарності, універсальності та доступності медичних послуг для всіх громадян. Попри відмінності в механізмах фінансування та управління, всі європейські системи охорони здоров'я прагнуть до забезпечення високих стандартів якості медичної допомоги та постійного вдосконалення відповідно до нових викликів. Оскільки галузеві механізми є похідними від класичних парадигм соціальної політики, розробка державної стратегії охорони здоров'я потребує попереднього системного аналізу світового досвіду функціонування систем соціального захисту та підтримки. Пріоритетним завданням є ідентифікація засадничих принципів їх побудови та проведення порівняльного аналізу міжсистемних відмінностей.

Генезис класичних моделей державної регуляторної політики в системі охорони здоров'я дозволяє класифікувати їх за чотирма основними типами, кожен з яких спирається на специфічну систему ціннісних орієнтирів.

Технократична модель апелює до інституційного контролю та адміністративної раціональності та базується на прямому державному втручанні для забезпечення раціонального менеджменту та стабільності політичних стратегій. Професійна саморегульовальна модель делегує повноваження медичній спільноті, акцентуючи на експертності та фокусується на автономії лікаря як центрального суб'єкта системи, де рішення щодо розподілу ресурсів та контроль якості покладаються на професійну спільноту. Ринкова модель розглядає медичні послуги крізь призму конкурентного середовища та функціонує на засадах конкуренції, де правила гри визначаються законами попиту та пропозиції за певних регуляторних обмежень. Демократична модель ґрунтується на принципах партисипації та суспільної відповідальності і передбачає активну участь громадян у прийнятті соціально-значущих рішень, що стосуються стану та розвитку системи охорони здоров'я [243; 303].

На сучасному етапі спостерігається конвергенція європейських систем соціальної політики, що виявляється у диференційованому підході до соціального забезпечення. Зазначений процес передбачає розмежування джерел захисту: для економічно активного населення гарантії реалізуються через ринок праці, тоді як соціальна підтримка непрацюючих осіб покладається на державні та муніципальні інституції. Конвергентна модель охорони здоров'я інтегрує елементи базових світових систем залежно від соціально-економічного статусу отримувачів послуг та диференціює підходи та відповідні механізми надання послуг за категоріями громадян. Зокрема, ліберальний підхід конвертується у самостійне фінансування медичних послуг або участь у програмах добровільного медичного страхування (для верств із високим рівнем доходу); консервативний підхід передбачає залучення працюючого населення до системи обов'язкового соціального страхування; соціал-демократичний підхід через державне та муніципальне забезпечення вразливих, соціально незахищених груп та незайнятого населення.

Аналізуючи функціональні можливості основних моделей державної

регуляторної політики в системі охорони здоров'я (технократичної, професійної саморегулювальної, ринкової та демократичної), а також моделей соціальної політики (консервативної, ліберальної, соціально-демократичної) за трансформаційних умов, можливо зробити висновок, що в умовах системних трансформацій у межах європейської спільноти класичні моделі втрачають свою ефективність. Тобто, формування конвергентної європейської моделі та відповідних механізмів державного регулювання охорони здоров'я є об'єктивною необхідністю. Для України це створює передумови для імплементації кращих європейських практик та формування цілісної конвергентної моделі державної регуляторної політики охорони здоров'я, реалізації її власного потенціалу через розробку та впровадження саме такої моделі, яка: по перше - ґрунтується на принципах відповідності загальноєвропейським стратегіям соціально-економічного розвитку; по друге - одночасно синтезує передовий досвід європейського співтовариства; по третє - враховує специфічні соціокультурні та організаційно-економічні особливості [36].

Системні недоліки класичних моделей соціальної політики та відповідно й державного регулювання охорони здоров'я полягають у наступному. Ліберальна модель (на прикладі США) характеризується високим рівнем індивідуальних витрат, що обмежує доступність належної медичної допомоги для значної частини населення через її високу вартість. Консервативна модель (на прикладі Німеччини) орієнтована переважно на застраховане працевлаштоване населення. Це створює диспропорцію між обсягом страхових внесків та отримуваних послуг для громадян із високим доходом, а також обмежує соціальні права вразливих верств населення порівняно з економічно активними членами суспільства. Соціал-демократична модель (на прикладі країн північної Європи) супроводжується значним фіскальним навантаженням на державний бюджет. В умовах глобалізації та посилення міждержавної конкуренції, підтримання саме такої моделі стає для країни фінансово обтяжливим [36].

Трансформація українського суспільства зумовлює необхідність формування ефективної моделі організації системи охорони здоров'я, що базується на європейських цінностях та принципах багаторівневого врядування. Досягнення цієї мети передбачає системну перебудову галузі, механізмів державного регулювання та інституціалізацію процесів формування й реалізації державної політики у зазначеній сфері. Під інституціалізацією у цьому контексті слід розуміти встановлення специфічних галузевих норм, розбудову відповідних інституцій та нормативно-правове регулювання взаємовідносин між різними суб'єктами. Водночас, як соціальний інститут, система охорони здоров'я визначається як організована сукупність відносин та соціальних норм, спрямованих на задоволення суспільних потреб у збереженні та зміцненні здоров'я громадян [39; 50].

Оттавська хартія охорони здоров'я [310], ухвалена 21 листопада 1986 року за результатами I Міжнародної конференції зі зміцнення здоров'я, визначає п'ять стратегічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я: формування публічної політики щодо зміцнення здоров'я; створення сприятливого життєвого середовища; активізацію участі громадськості у сфері охорони здоров'я; підвищення рівня індивідуальної обізнаності та навичок самозбереження; реформування пріоритетів медичної галузі.

Будучи одним із чинних програмних документів ВООЗ, Оттавська хартія безпосередньо впливає на розробку державної політики охорони здоров'я і зберігає статус засадничого програмного документа Всесвітньої організації охорони здоров'я, що слугує орієнтиром при формуванні національних стратегій у багатьох країнах світу. Ключові напрями розвитку європейської системи охорони здоров'я фокусуються на зміцненні громадського здоров'я, забезпечуючи системний моніторинг та контроль відповідних показників [164]. Фундаментальним аспектом цього підходу є міжсекторальна взаємодія, принципи якої в Україні вперше були імplementовані в межах реалізації Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки (затвердженої Постановою КМУ від 10.01.2002 № 14) [110].

У більшості країн Європейського Союзу, функціонування системи охорони здоров'я ґрунтується на засадах соціальної солідарності та справедливості, що гарантує рівну доступність медичних послуг для всього населення. Солідарна модель соціального страхування передбачає перерозподіл ресурсів між різними групами громадян незалежно від їхнього майнового стану, віку чи працездатності. Ключовим аспектом даного підходу є поєднання високої якості медичної допомоги з раціональним використанням ресурсів, що спрямоване на досягнення максимальної клінічної та економічної ефективності [36].

Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 вересня 2011 року щодо профілактики та контролю неінфекційних захворювань було схвалено європейську політику «Здоров'я-2020» [150; 218; 219]. Цей документ визначає стратегічний план дій із посилення потенціалу громадського здоров'я та встановлює зобов'язання держав у протидії глобальним викликам, зокрема: соматичним захворюванням (серцево-судинним, онкологічним, хронічним респіраторним та цукровому діабету); факторам ризику (вживанню алкоголю і тютюну, незбалансованому харчуванню та гіподинамії).

У 2012 році, під час 62-ї сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ, була ухвалена платформа «Здоров'я – 2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття» [280]. Вона базується на двох фундаментальних стратегічних документах: «Здоров'я – 2020: основи європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» і «Здоров'я – 2020: основи політики і стратегія». Спільними для них є орієнтація на доказову базу та єдині цінності, що спрямовані на поліпшення добробуту населення Європейського регіону через консолідацію зусиль міжнародної спільноти [15; 218; 219].

Загальноєвропейська політика «Здоров'я для всіх» спрямована на модернізацію систем охорони здоров'я в країнах-членах Європейського регіонального бюро ВООЗ. Ключовою метою стратегії є забезпечення соціальної справедливості та підвищення якості життя населення шляхом

нівелювання нерівності в стані здоров'я, спричиненої соціально-економічними чинниками. Реалізація політики передбачає розробку та імплементацію відповідних програм на державному, регіональному та місцевому рівнях за умови належної інституційної підтримки.

У Резолюції Генеральної Асамблеї ООН «Здоров'я населення світу і зовнішня політика», ухваленій 11 грудня 2014 року (69-та сесія), наголошується, що усунення диспропорцій у сфері охорони здоров'я виходить за межі суто галузевих чи технічних заходів. Ефективна протидія нерівності в стані здоров'я вимагає виходу на рівень глобального співробітництва, посилення міжсекторальної взаємодії та реалізації принципів колективної відповідальності й міжнародної солідарності [150].

У більшості європейських країн концептуальне бачення охорони здоров'я ґрунтується на тривалому консенсусі щодо дотримання принципів солідарності та всеохоплюючого доступу населення до медичних ресурсів. Водночас ринкові механізми базуються на трактуванні медичної послуги як товару, що підлягає вільному обігу на ринку. Неокласична модель передбачає чітке розмежування категорій попиту та пропозиції (покупця та надавача послуг). Проте архітектура сучасних систем охорони здоров'я є складнішою та визначається чотиристоронніми відносинами між пацієнтом, медичним працівником, закладом охорони здоров'я та суб'єктом фінансування.

Розбудова в Україні солідарної системи охорони здоров'я базується на європейсько-орієнтованій моделі розмежування фінансової участі та отримання допомоги: внески базуються на доходах осіб, тоді як доступ до медичних послуг – виключно на об'єктивній потребі в лікуванні. Соціальна справедливість у цій системі забезпечується через державні гарантії рівного доступу до базового пакета медичної допомоги для всіх верств населення, що нівелює вплив майнового стану на якість та своєчасність оздоровлення. Тобто, попри певні термінологічні розбіжності, категорія «справедливість» в українському та загальноєвропейському контекстах інтерпретується як гарантований доступ кожного громадянина до визначеного переліку медичних

послуг, незалежно від джерела їхнього фінансування, про що свідчать чисельні дані досліджень [67; 243; 296; 303; 313].

Процес інституціалізації цих принципів фінансування галузі в Україні було ініційовано у 2016 році із прийняттям Розпорядження КМУ № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [135]. Це рішення стало правовим підґрунтям для ухвалення ВР України Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19.10.2017) [104], що передбачав функціонування моделі єдиного замовника. Відповідно до Постанови КМУ від 27.12.2017 № 1101 [142], було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Як центральний орган виконавчої влади, НСЗУ забезпечує реалізацію державної політики у сфері фінансових гарантій, регулюючи договірні відносини з надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій.

Незалежно від специфіки моделі, кожна з них потребує стратегічного бачення щодо спроможності системи за трансформаційних умов. Отже, інституціалізація державної політики та регулювання соціальних процесів мають узгоджуватися з визначеною стратегією розвитку, що виступає окремою формою державного регулювання системних перетворень у сфері охорони здоров'я. Аспекти реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні на основі стратегічного та програмно-цільового підходу знайшли відображення у вітчизняній літературі [49; 54].

Інституційною основою формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [84] і Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [59]. Ці нормативні документи визначають організаційно-правові та соціально-економічні засади формування та реалізації державної політики охорони здоров'я.

Згідно зі статтею 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я, засади державної політики у цій сфері формує ВР України. Це реалізується через законодавче закріплення пріоритетів, встановлення нормативів

бюджетного фінансування, створення системи фінансових регуляторів та затвердження загальнодержавних програм. Процесуальну інституціоналізацію зазначених завдань забезпечує Комітет ВР України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування через засідання, слухання, конференції та міжнародну співпрацю. На регіональному та місцевому рівнях державна політика реалізується через комплексні програми регіональних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, що враховують специфічні потреби населення відповідних регіонів і територій [84].

Значна роль у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я належить Раді національної безпеки і оборони України. Згідно зі статтею 3 Закону України «Про національну безпеку України», державна політика у відповідних сферах спрямована на захист життя і гідності людини [125]. Зокрема, Указом Президента України [133] було введено в дію стратегічне рішення РНБО від 30 липня 2021 року щодо стану національної системи охорони здоров'я та впровадження невідкладних заходів із забезпечення громадян медичною допомогою

Уряд забезпечує розробку та виконання державних цільових програм, створює механізми стимулювання ефективної діяльності галузі, координує розвиток мережі закладів охорони здоров'я та міжнародне співробітництво. До 2021 року при КМУ функціонувала Рада з питань функціонування системи охорони здоров'я (утворена постановою №1051 від 12.10.2011 і втратила чинність на підставі Постанови КМУ №81 від 03.02.2021). Як тимчасовий консультативний орган вона готувала пропозиції щодо стратегії державної політики, санітарно-епідемічного благополуччя, доступності медичних послуг, соціального захисту працівників.

МОЗ України виступає ключовим суб'єктом, на який покладено функції з протидії соціально небезпечним захворюванням, обігу лікарських засобів і медичних виробів, а також контролю за наркотичними та психотропними речовинами. Крім того, Міністерство забезпечує стратегічне управління у

сфері санітарно-епідемічного добробуту. Правовий статус та функціональні обов'язки відомства визначені Положенням про МОЗ України [98]. Інституційна структура МОЗ України сформована за функціональним принципом і включає низку структурних підрозділів (департаментів, управлінь, відділів). До їхньої компетенції належить забезпечення стратегічного розвитку системи охорони здоров'я, адміністрування медико-соціальної допомоги, цифровізація галузі, підтримка медичних інновацій та нагляд за фармацевтичним сектором [73].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) [78] функціонує як центральний орган виконавчої влади, відповідальний за реалізацію програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування. Виконуючи роль національного страховика, НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я, здійснює закупівлю медичних послуг, контролює дотримання договірних умов та забезпечує пряме фінансування надавачів послуг. Розпочавши у 2018 році процес контрахтування комунальних закладів, НСЗУ згодом розширила свою діяльність: з 2019 року впроваджено механізм реімбурсації у межах програми «Доступні ліки» [143], а також інструменти цифровізації – електронну медичну картку та електронний рецепт. У 2020 році Програма медичних гарантій охопила всі рівні медичної допомоги, включаючи первинну, спеціалізовану, екстрену, паліативну допомогу та медичну реабілітацію. З 2024 року НСЗУ почала укладання договорів з комерційними медичними лабораторіями.

Прозорість діяльності НСЗУ забезпечується функціонуванням електронної системи охорони здоров'я (eHealth), що передбачає виключно цифрову форму контрахтування, звітування та здійснення оплат за надані послуги. На офіційному веб-порталі НСЗУ [78] у відкритому доступі представлені інтерактивні дашборди у вигляді інформаційних панелей, які в режимі реального часу відображають верифіковані дані: від дислокації закладів і кадрового складу до щомісячних обсягів фінансування за кожним договором. Використання цих масивів даних дозволяє органам місцевого

самоврядування та структурним підрозділам з питань охорони здоров'я регіональних органів влади проводити глибокий статистичний аналіз для стратегічного планування мережі, оптимізації кадрового забезпечення та формування цілісної картини розвитку галузі на рівні громад. Аналітичні дані НСЗУ є базою для стратегічного планування, зокрема в частині визначення оптимальної чисельності лікарів та середнього медичного персоналу в розрізі територій і конкретних закладів з урахуванням їхньої спеціалізації. Це дозволяє сформувати цілісну модель контрахтування надавачів медичних послуг із НСЗУ та забезпечити відповідність кадрового ресурсу потребам населення.

Серед державних інституцій, що виконують регуляторні та забезпечувальні функції в системі охорони здоров'я, ключова роль належить ДП «Електронне здоров'я» [22], що створено Наказом МОЗ України №1597 від 14 грудня 2017 [139]. Підприємство виступає головним розробником технічного ядра екосистеми eHealth, яка інтегрує реєстри медичних закладів, фахівців та пацієнтів для формування управлінських рішень на основі верифікованих даних. ДП «Електронне здоров'я» є адміністратором центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я (eHealth) в Україні. Діяльність підприємства спрямована на цифрову трансформацію галузі через об'єднання реєстрів та розробку технологічних рішень для реалізації програми медичних гарантій. Архітектура eHealth базується на дворівневій моделі, що включає: центральну базу даних (технічний супровід здійснює ДП «Електронне здоров'я»), а також медичні інформаційні системи (МІС), які забезпечують інтерфейс для роботи медичних установ та автоматизацію обміну даними. На сьогодні підприємство функціонує як ключовий вузол для розгортання сучасних цифрових інструментів та інформатизації медицини.

Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України [169] створено у 2015 році наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 на виконання розпорядження Кабінету Міністрів № 909-р [140] шляхом реорганізації та злиття низки

державних підприємств і установ державної санітарно-епідеміологічної служби. Головною метою функціонування інституції є забезпечення епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки держави. Діяльність Центру спрямована на трансформацію суспільної парадигми: перехід від домінуючої моделі лікування до стратегії збереження та зміцнення здоров'я через популяризацію здорового способу життя та профілактику захворювань. Реалізація державної політики у цій сфері здійснюється через розгалужену мережу регіональних центрів, координацію та методичну підтримку яких забезпечує ЦГЗ.

Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» [24] було створено на виконання наказу МОЗ України від 07 жовтня 2010 року № 188-о [130] у результаті злиття ДП «Державний фармакологічний центр» та ДП «Центр імунобіологічних препаратів». На сьогодні Державний експертний центр виконує функції головної експертної організації у галузі реєстрації ліків, фармаконагляду та медичної стандартизації. Створення установи дозволило оперативно впровадити Державний реєстр клінічних випробувань, який акумулює відомості про всі дослідження, що отримали позитивні експертні висновки та затверджені профільним центральним регулюючим органом. Окрім того, оптимізація робочих процесів сприяла відкриттю сервісного центру, який забезпечує комплексний супровід виробників і дистриб'юторів, консолідує послуги Державного експертного центру та механізм «Єдиного вікна» МОЗ України.

Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба) [21] створено згідно з постановою КМУ від 10.09.2014 № 442 [126]. Свою діяльність Держлікслужба провадить через розгалужену структуру територіальних підрозділів. До ключових компетенцій установи належать: контроль за безпекою ліків, протидія незаконному обігу психотропних речовин, надання пропозицій до законодавства та підвищення рівня обізнаності громадян щодо боротьби з фальсифікатом. Важливим

напрямом роботи відповідної структури є цифрова трансформація галузі, зокрема експлуатація електронної системи ліцензування. Цей сервіс забезпечує можливість подання заяв в електронній формі на всі види ліцензійної діяльності: від виробництва та імпорту до роздрібною торгівлі препаратами.

У межах автоматизації управлінських процесів Держлікслужба спільно з НСЗУ першими забезпечили автоматичний обмін даними через систему електронної взаємодії державних інформаційних ресурсів «Трембіта». Функціонування цього механізму гарантує органам державної влади та місцевого самоврядування оперативний і захищений доступ до інформації, необхідної для належного виконання їхніх повноважень. Дана інтеграція дозволяє здійснювати безперешкодну взаємодію між державними реєстрами та інформаційними системами, що оптимізує роботу суб'єктів владних повноважень завдяки надійності та швидкості доступу до верифікованих даних [6].

Державне підприємство «Медичні закупівлі України» [23] є стратегічною організацією, що забезпечує централізоване придбання лікарських засобів і медичних виробів за кошти державного бюджету. Діяльність цієї агенції спрямована на гарантування прозорості, економічної ефективності та професійної експертизи закупівельних процесів. Основними напрямками діяльності ДП «Медичні закупівлі України» є: формування номенклатури, шляхом розробки технічних завдань та визначення переліку товарів для закупівлі за державні кошти; консолідація потреб, що передбачає збір та аналіз інформації щодо необхідних обсягів ліків від регіональних департаментів охорони здоров'я; здійснення закупівель, шляхом проведення тендерів, використання рамкових угод та взаємодії з міжнародними спеціалізованими організаціями; цифровізація, що передбачає адміністрування електронних каталогів для оптимізації допорогових закупівель (вартістю до 100 тис. грн).

Реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я на

регіональному рівні забезпечується місцевими державними адміністраціями, а в період дії воєнного стану – обласними та місцевими військовими адміністраціями [84]. Функціональним органом у цій сфері є Департамент охорони здоров'я, який є структурним підрозділом обласної військової (державної) адміністрації у своїй діяльності керується відповідним Положенням та підпорядковується голові адміністрації. Компетенція Департаменту охоплює: впровадження державних програм з охорони здоров'я та санітарно-епідемічного моніторингу в межах області; здійснення управління та контролю за діяльністю підпорядкованих комунальних закладів охорони здоров'я; забезпечення фінансового та матеріального супроводу лікувально-профілактичних і протиепідемічних заходів.

Пріоритетним напрямом реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції є стандартизація. Вона базується на системному поєднанні державних соціальних нормативів та галузевих стандартів. Державні соціальні нормативи встановлюються відповідним законодавством [103].

Галузева стандартизація у медичній сфері охоплює низку нормативних документів. Зокрема, вона включає стандарти медичної допомоги (медичні стандарти як сукупність норм та індикаторів якості), клінічні протоколи (регламентація методів лікування та діагностики) та протоколи реабілітаційної допомоги. Важливими елементами системи є також таблиці матеріально-технічного оснащення, які визначають обов'язковий мінімум обладнання для закладів, та лікарські формуляри, що базуються на принципах доказової медицини та економічної доцільності. Окрім зазначених документів, до галузевих стандартів належать й інші нормативи, передбачені профільними законами України [84].

Реформа системи охорони здоров'я була визначена як одна з пріоритетних складових Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». Згідно з положеннями Стратегії, держава ставить за мету кардинальне та системне реформування галузі для побудови пацієнтоорієнтованої моделі охорони

здоров'я. Така система має гарантувати всім громадянам України медичне обслуговування, що за якістю відповідає стандартам розвинених європейських держав [134].

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років є складовою загальнодержавного плану трансформацій, визначеного Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» [134] та Програмою діяльності Кабінету Міністрів України (схваленою постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII). Як концептуальний документ, Стратегія визначила візію, принципи та пріоритетні завдання модернізації галузі. Стратегія окреслила концептуальні межі реформи, встановлюючи пріоритетність завдань та етапність подальших кроків. Вона слугувала базисом для прийняття управлінських рішень, зокрема щодо обсягів фінансування та розподілу бюджетних ресурсів. Основна мета документа полягала в ідентифікації системних проблем галузі та визначенні шляхів їх розв'язання через нормативні та фінансові механізми у сфері охорони здоров'я. Документ регламентував принципи фінансового забезпечення галузі та створив правові умови для впровадження нових механізмів господарювання. Реалізація Стратегії була спрямована на подолання кризових явищ у системі охорони здоров'я та проведення організаційних та нормативно-правових змін, необхідних для ефективного функціонування галузі та захисту прав пацієнтів [79].

Пріоритетними напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я визначено: гарантування прав громадян у забезпеченні доступу до медичної допомоги в межах установлених державних соціальних гарантій; інфраструктурний розвиток та сприяння збалансованому функціонуванню і розбудові закладів охорони здоров'я; трансформація фінансування, шляхом механізму державних закупівель медичних послуг (первинного, вторинного та третинного рівнів) на контрактній основі; автономізація закладів, тобто надання публічним закладам охорони здоров'я юридичної, економічної та

управлінської самостійності; договірні відносини, зокрема перехід до взаємодії між розпорядниками бюджетних коштів та надавачами медичних послуг на засадах договорів; пріоритетність первинної ланки медико-санітарної допомоги, а також впровадження стаціонарозамінних технологій; моніторинг індикаторів якості, відомчий, позавідомчий та професійний контроль [39; 121].

Інституціоналізація державної політики розвитку охорони здоров'я в умовах євроінтеграції ґрунтується на нормативно-правовому закріпленні європейських стандартів та відповідних процедур, а також запровадженні відповідних практик, шляхом реалізації через такі послідовні етапи, як: ідентифікація потреб, що потребують консолідованих організаційних та інтеграційних зусиль; формування спільних цілей і завдань відповідно до стратегічних пріоритетів охорони здоров'я ЄС; визначення нормативно-правового базису, для імплементації в коротко-, середньо- та довгостроковій перспективах з урахуванням національного законодавства; регламентація процедур, пов'язаних із застосуванням норм і правил у процесі соціальної взаємодії в медичній сфері; нормативне закріплення та впровадження розроблених стандартів і процедур у практичну діяльність галузі; розробка інструментарію підтримки встановлених норм із врахуванням галузевої специфіки; оптимізація інституційної мережі та запровадження дієвих регуляторних механізмів для реалізації встановлених стандартів [38; 39; 48].

З метою імплементації положень європейської стратегії «Здоров'я – 2020» [280], урядом України було прийнято розпорядження від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р, яким затверджено Концепцію загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [57]. Дане рішення на відповідному етапі реформ надало підстави для подальшого впровадження інноваційних підходів до вирішення системних проблем у сфері охорони здоров'я; узгодження національних пріоритетів із принципами європейської політики; забезпечення нормативно-правового підґрунтя для стратегічного розвитку галузі [157].

Стратегічні аспекти передбачали запровадження низки прогресивних підходів, серед яких пріоритетними є: реалізація права громадян на вільний вибір лікувального закладу та перехід до моделі фінансування за фактично надані послуги («гроші йдуть за пацієнтом»). Крім того, була зосереджена увага на пріоритетності розвитку страхової медицини, здійснення державних закупівель через міжнародні інституції та впровадження системи міжбюджетних трансфертів для забезпечення стабільного фінансування галузі [68].

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р, схвалено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [138]. Реалізація Стратегії передбачає розширення доступу громадян до гарантованих медичних послуг і ліків. Особлива увага приділяється відбудові галузевого потенціалу та подоланню наслідків збройної агресії рф. Важливою умовою відновлення є поєднання відбудови з подальшим реформуванням управлінських процесів. Стратегічні цілі документа охоплюють: стійкість у розбудові системи, здатної ефективно протидіяти загрозам у межах концепції «Єдине здоров'я»; доступність у реалізації принципу універсального охоплення населення якісними медичними послугами; відновлення у подоланні деструктивних наслідків збройної агресії та регенерацію ресурсного потенціалу країни; ефективність на основі модернізації механізмів управління та підвищення продуктивності функціонування галузі охорони здоров'я у процесі її реформування.

Реалізація Стратегії здійснюється шляхом комплексного виконання завдань, спрямованих на досягнення трьох ключових векторів розвитку. По-перше, це модернізація моделі надання допомоги через пріоритезацію первинної ланки та консолідацію медичних закладів. По-друге, посилення ролі держави у забезпеченні фінансової стійкості та інтеграція системи у європейський медичний простір. По-третє, інвестування у людський капітал та цифрові інструменти управління, що дозволить створити сучасну та адаптивну систему охорони здоров'я [138] (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Ключові аспекти розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року

Стратегічний напрям	Ключові очікувані результати
Доступність та якість (Ціль 1)	Безперервна безоплатна допомога; пріоритет ПМД; оптимізація мережі та маршрутів пацієнтів.
Управління та стандарти (Ціль 2)	Стале фінансування; гармонізація з нормами ЄС; міжсекторальна співпраця; кризовий менеджмент.
Ресурсний потенціал (Ціль 3)	Кадрове забезпечення та сучасна освіта; запровадження самоврядування; цифровізація та залучення інвестицій.

Джерело: сформовано автором на основі [138].

Ключовими аспектами інституціалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах євроінтеграції є процес нормативно-правового закріплення європейських стандартів та формування стійкої інституційної архітектури системи. Трансформація галузі передбачає ревізію традиційних функцій суб'єктів, перегляд їхнього змістовного наповнення та модернізацію згідно з вимогами часу, де окрему увагу слід приділити підвищенню адаптивності національної системи охорони здоров'я та стимулюванню конкурентних відносин між надавачами послуг, що відповідає кращим європейським практикам.

З огляду на викладене, вважаємо, що процес інституціалізації державної політики розвитку охорони здоров'я в умовах євроінтеграції потребує диференціації результатів діяльності галузі на функції та дисфункції (за методологією Р. Мертона) [251]. У цьому контексті під функціями слід розуміти результати, що забезпечують сталість, саморегуляцію та розвиток соціальної системи, тоді як дисфункції розглядаються як чинники дестабілізації та дезорганізації її структури, що справляють негативний вплив на суспільство.

Виходячи із зазначеного, запропоновано обґрунтування концептуального підходу до визначення характеру чинників впливу на функціонування та розвиток системи охорони здоров'я шляхом диференціації на функціональні (чинники

саморегуляції та розвитку) та дисфункціональні (дестабілізуючі чинники), а також спрямованості регуляторів державної політики на підтримку інституційних функцій та нівелювання інституційних дисфункцій шляхом сприяння чинникам саморегуляції та розвитку і усунення дезорганізуючих чинників, що базується на диференціації процесів на керовані та некеровані, інтегрованому оцінюванні ризиків та ступеня керованості кризових процесів на основі результатів-наслідків, а також зумовлює розробку відповідних алгоритмів оперативного реагування, спрямованих на мінімізацію ризиків необґрунтованих управлінських рішень, забезпечення стійкості та цілісності системи за умов невизначеності.

Нижче представлена описова модель визначення характеру чинників впливу на функціонування та розвиток системи охорони здоров'я як соціального інституту (рис.1.1.), яка відображає ієрархічну диференціацію чинників, процеси оцінювання та відповідні вектори регуляторної державної політики.



Рис. 1.1. Концептуальний підхід до визначення характеру чинників впливу на функціонування та розвиток системи охорони здоров'я як соціального інституту

Джерело: сформовано автором

Отже, система охорони здоров'я постає як спеціалізований соціальний інститут, діяльність якого реалізується у двох стратегічних напрямках. Перший напрям охоплює превентивну функцію: забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя, формування системи громадського здоров'я та мінімізацію ризиків для здоров'я суспільства. Другий напрям полягає у наданні висококваліфікованої медичної допомоги на різних рівнях (первинному, вторинному, третинному) на засадах доказової медицини та інноваційних технологій. Унікальність цього інституту обумовлена його унікальною функцією, оскільки виконання зазначених функцій медичної допомоги та впливу на зменшення наслідків захворювань, як таких не може бути делеговане іншим галузям економіки, державним структурам або соціальним інституціям [48].

У теорії, переважання дисфункціональних наслідків над результативними показниками діяльності соціальної системи свідчить про її структурну дезорганізацію та втрату потенціалу розвитку. Зокрема, до ключових дисфункцій вітчизняної системи охорони здоров'я належать: критичне погіршення фінансово-економічних засад функціонування галузі; недосконалість нормативно-правового регулювання окремих медичних процесів; деформація ринку праці та проблеми з працевлаштуванням медичного персоналу; професійний дисбаланс, що полягає у надлишку фахівців, що потребують нових компетенцій, зокрема володіння сучасними технологіями діагностики та лікування, за одночасного дефіциту персоналу закладів, що спроможний ефективно та якісно використовувати новітні медичні технології; обмеження доступу населення до якісної медичної допомоги на різних рівнях, зокрема спеціалізованої та високоспеціалізованої [38; 39].

Забезпечення домінування функціональних аспектів у системі охорони здоров'я та досягнення позитивного впливу на стан суспільного здоров'я потребує трансформації галузі з витратної моделі на соціально-інвестиційну. Згідно з концепцією Д. Карамішева [48; 51], сучасна парадигма розвитку вітчизняної охорони здоров'я має базуватися на визнанні її пріоритетною сферою соціального інвестування. Важливим є впровадження соціально орієнтованих

бізнес-проектів, що мають високу державну та суспільну значущість.

Реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі відображає глобальну тенденцію до консолідації зусиль у протидії пандемічним загрозам. Д. Кирик із соціально-філософської точки зору визначив поняття «концепт». Модифікуючи це філософське визначення, наприклад соціальний концепт подолання наслідків COVID-19 [166], ґрунтується на засадах суспільного договору та добровільного дотримання встановлених обмежень. Для України цей підхід є вагомим чинником євроінтеграції, що дозволяє впроваджувати спільні з ЄС безпекові стандарти та принципи захисту здоров'я населення в єдиному правовому та соціо-культурному полі.

Державна політика реалізується шляхом інституціалізації європейських норм і налагодження зворотного зв'язку з профільними міжнародними та вітчизняними організаціями. Ключовими етапами цього процесу є: визначення пріоритетів, що потребують спільних зусиль, узгодження спільних цілей із політикою ЄС; поетапна імплементація нормативних стандартів; створення процедурної бази; інституційне впорядкування системи ОЗ та запровадження дієвих регулюючих механізмів [39].

Зазначене дозволило теоретично обґрунтувати концептуальні засади інституціалізації державної політики охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на підставі узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС шляхом побудови конвергентної адаптивно-динамічної функціональної моделі, в основу якої покладено стратегічну єдність п'яти напрямів її реалізації: доступності, якості, адаптивності, ефективності та стійкості, що на відміну від існуючих, передбачає чітку алгоритмізацію і логічну послідовність дій та зумовлює використання комплексу організаційних підходів до аналізу інституціональних засад функціонування системи за умов багаторівневості із консолідованою відповідальністю стейкхолдерів, а також моніторингу реалізації та оцінювання результатів на різних етапах, що сприятиме системності у забезпеченні імплементації європейських стандартів і практик.

На підставі аналізу відповідних компонентів розроблено адаптивно-

динамічну функціональну модель інституціалізації державної політики ОЗ, в основу якої покладено стратегічну єдність зазначених вище п'яти напрямів її реалізації: доступності, якості, раціональності, ефективності та стійкості. На відміну від існуючих, дана модель передбачає чітку алгоритмізацію і логічну послідовність дій, що представлено у вигляді концептуальної основи її ієрархічної структури на рис. 1.2.

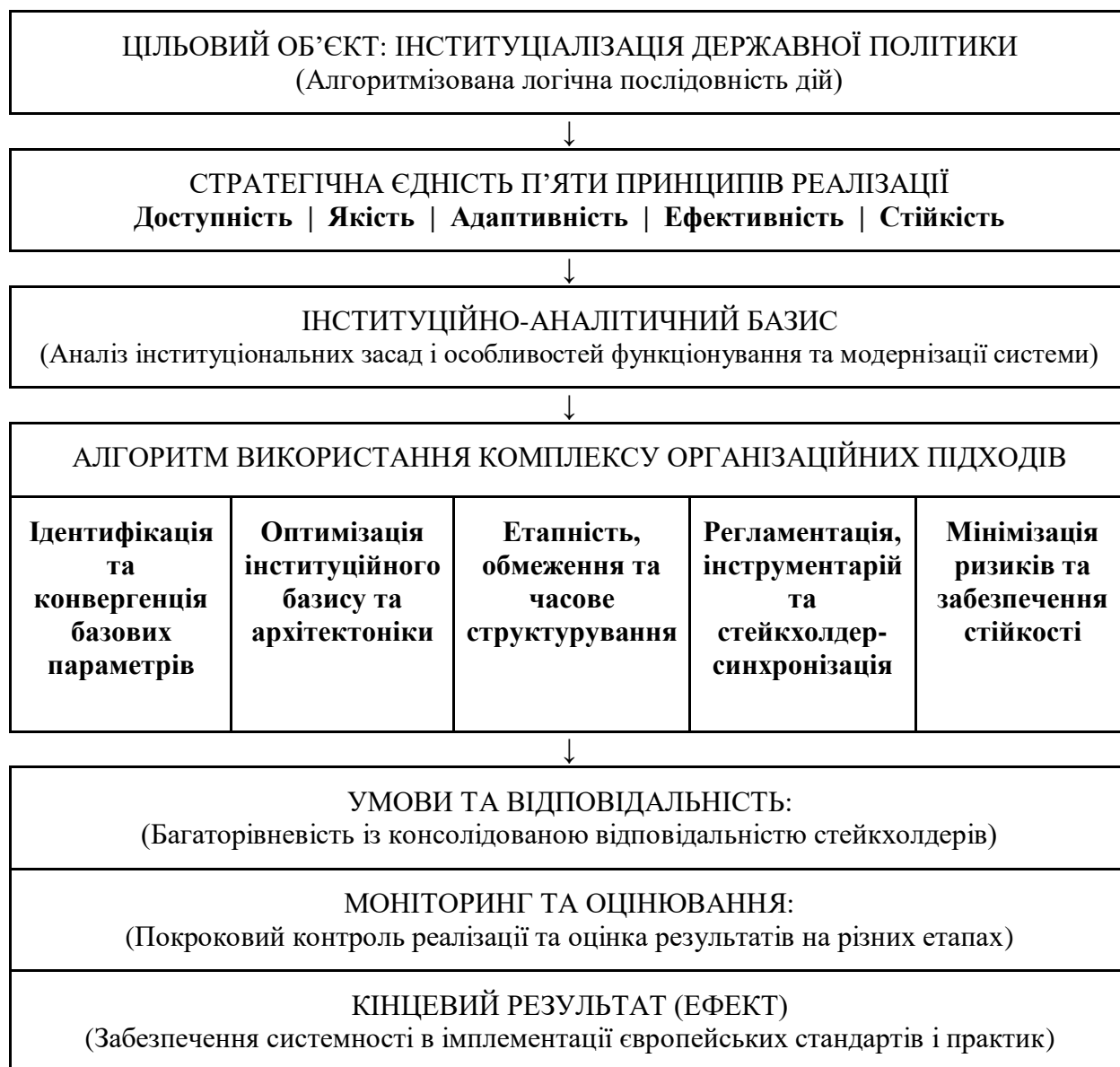


Рис. 1.2. Концептуальна основа функціональної моделі інституціалізації державної політики охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції

Джерело: сформовано автором

Зазначена архітектоніка зв'язків забезпечує системність у процесі

імплементатії європейських стандартів і практик, мінімізуючи ризики фрагментації управлінських рішень на різних рівнях.

Отже, формування конвергентної євроінтегрованої моделі державної політики у сфері ОЗ потребує системної трансформації галузі з витратної моделі на соціально-інвестиційну, оскільки інвестиції в людський капітал набувають стратегічного значення, підвищення адаптивності національної системи ОЗ, визначення пріоритетів, що потребують узгодження спільних цілей та зусиль із політикою ЄС, інституційне впорядкування системи ОЗ, запровадження та вдосконалення регуляторних механізмів на засадах стратегічного планування, а також стимулювання конкурентних відносин між надавачами послуг, що відповідає кращим європейським практикам.

Таким чином, порівняльний аналіз політик засвідчив варіативність моделей фінансування та організації ОЗ в країнах ЄС при збереженні їхньої ціннісної єдності на засадах солідарності та універсальності. По-перше, попри інституційну розбіжність моделей, домінуючими залишаються принципи універсального доступу та соціальної солідарності. По-друге, традиційні регуляторні підходи втрачають адаптивність у трансформованому глобальному середовищі, що обмежує доступність послуг для вразливих груп. По-третє, доведено стратегічну значущість розробки конвергентних механізмів державного регулювання, здатних забезпечити подальше вдосконалення європейського медико-соціального простору.

Обґрунтовано, що реалізація потенціалу системи охорони здоров'я в умовах наближення до стандартів ЄС залежить від якості інституціалізації регуляторних процедур. Процесну модель пропонується реалізувати через логічну послідовність етапів: 1) стратегічне планування на основі узгодження національних пріоритетів із вектором розвитку ЄС та формування спільного цілепокладання; 2) нормативно-правова адаптація і розробка ієрархічного базису для коротко-, середньо- та довгострокової імплементатії європейських норм; 3) процедурна регламентація та впровадження стандартизованих протоколів у практичну діяльність галузі; 4) інституційна оптимізація, шляхом створення

допоміжного інструментарію та модернізації управлінської мережі для контролю за дотриманням встановлених стандартів.

Отже, розбудова конвергентної моделі державної політики в ОЗ вимагає радикальної зміни парадигми: переходу від витратного принципу функціонування до соціально-інвестиційного. За такого підходу ОЗ розглядається як інструмент капіталізації людських ресурсів. Ключовими факторами успіху реалізації політики визначено адаптивність національної системи, ієрархічне узгодження стратегічних цілей із політикою ЄС та інституційне впорядкування галузі ОЗ. Запровадження регуляторних механізмів на засадах стратегічного планування та стимулювання конкуренції між суб'єктами надання послуг дозволить імплементувати кращі європейські практики в українські реалії.

У межах інституціалізації державної політики ОЗ в умовах євроінтеграції критичного значення набуває диференціація наслідків діяльності системи ОЗ на функціональні та дисфункціональні. Під функціями пропонується розглядати сукупність результатів, що забезпечують гомеостаз, саморегуляцію та сталий розвиток галузі як цілісного соціального інституту. Натомість дисфункції кваліфікуються як дестабілізуючі чинники, що спричиняють структурну дезорганізацію. Стратегічний вектор розвитку передбачає максимізацію функціональної спроможності системи через підтримку інтеграційних процесів та превентивне нівелювання дисфункцій. Доведено, що забезпечення функціональної домінанти можливе за умови інтенсифікації соціального інвестування на всіх рівнях управління.

1.3. Порівняльний аналіз моделей та успішних практик у реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в європейських країнах

Адаптація системи ОЗ до стандартів ЄС передбачає комплексне вивчення досвіду держав-членів ЄС у сферах адміністрування та фінансування медичної

галузі. Охорона здоров'я визначена як один із найскладніших векторів державної політики, що потребує забезпечення паритету між соціальною доступністю, якістю медичної допомоги та фіскальною стабільністю системи [84]. При цьому враховується варіативність моделей ОЗ в ЄС, зумовлена історичними особливостями, економічним потенціалом та пріоритетами соціального розвитку різних країн, враховуючи їх історично сформовані соціокультурні особливості.

Статус України зумовлює необхідність гармонізації національної системи ОЗ з європейськими стандартами безпеки, якості та доступності медичної допомоги. У межах виконання зобов'язань щодо вступу до ЄС Україна здійснює адаптацію медичної галузі до загальноєвропейських вимог. Ключовим інструментом цього процесу є вивчення міжнародного досвіду реформування та моніторинг якості послуг. Варто зауважити, що розпочата у 2017 році реформа вже інтегрувала низку європейських механізмів, зокрема принцип «гроші йдуть за пацієнтом» та функціонування НСЗУ. Проте повномасштабна агресія рф внесла корективи в державну політику, вимагаючи впровадження додаткових заходів зі зміцнення стійкості системи ОЗ в кризових умовах.

Дослідження ефективності ОЗ в країнах Європи демонструють неоднорідність результатів, не виявляючи значущої кореляції між типом системи та загальним рівнем здоров'я. Попри вищу вартість утримання, класичні моделі соціального страхування мають перевагу у сфері суб'єктивної оцінки якості послуг населенням [192, 209; 210]. Спираючись на міжнародні наукові праці про стійкість галузі та інституцій, доцільно впроваджувати інтегрований підхід, оскільки поєднання інструментів різних моделей дозволяє оптимізувати доступність медичної допомоги та гарантувати стійкість галузі в умовах криз та глобальних викликів [185; 189; 193; 242; 253].

Процеси реформування первинної ланки медико-санітарної допомоги (ПМСД) у європейському регіоні перебувають у центрі уваги Д. Крінгоса та співавторів, які розглядають зміцнення цієї ланки як фундамент сучасної системи охорони здоров'я [240; 241]. Компаративний аналіз досвіду

Нідерландів, Великої Британії та Німеччини свідчить про інтенсифікацію координації та комплексності послуг через розширення штату допоміжного персоналу та впровадження протоколів менеджменту хронічних захворювань. Водночас зафіксовано кореляцію між цими змінами та певним обмеженням доступності через скорочення тривалості консультацій. Згідно з результатами оцінки ПМСД у 31 країні Європи, лідерські позиції за сукупністю показників ефективності посідають Португалія, Іспанія, Бельгія, Нідерланди, Данія, Словенія, а також низка країн Північно-Східної Європи, зокрема Естонія, Литва та Фінляндія [239].

Різні аспекти управління організацією допомоги пацієнтам з хронічними захворюваннями в європейському медичному просторі систематизовано на основі аналізу досвіду 12 країн [257]. У працях А. Елісена та співавторів запропоновано інструментарій профілювання потреб пацієнтів, спрямований на розбудову інтегрованих моделей довготривалого супроводу хворих [201]. Окрему увагу приділено дослідженню авторів, які на прикладі Нідерландів обґрунтували ефективність впровадження пакетних платежів як інноваційного фінансового інструменту стимулювання та координації медичної допомоги [289].

У чисельних інформаційних джерелах, присвячених цифровій трансформації медичних систем [182; 206; 211; 231; 306; 309; 319], а також наукових працях, що стосуються оцінки країн Центральної та Східної Європи [200; 227; 230; 277], констатується нерівномірність розвитку електронної охорони здоров'я. Результати моніторингу десяти держав регіону свідчать про лідерство Естонії у сфері впровадження електронних рецептів та медичних карток. Водночас у Польщі відзначено повільний темп цифровізації, а в Болгарії зафіксовано брак наявності систем електронних консультацій і реєстрів. Визначено, що ключовими детермінантами успішної імплементації e-health є нормативно-правове регулювання обігу даних, розвиток телемедицини та системна підготовка медичних кадрів. За результатами комплексного аналізу рівня цифровізації галузі охорони здоров'я, лідируючі позиції в міжнародному

рейтингу посідають Естонія, Данія та Канада. Натомість у Франції, Німеччині та Польщі зафіксовано дещо нижчі показники інтеграції цифрових рішень [227; 319]. Високі індексні оцінки країн-лідерів зумовлені їхньою перевагою за всіма компонентами дослідження: стратегічним плануванням, технічною імплементацією та практичним використанням даних.

У науковому доробку М. Еліаса, М. Венцла, Р. Осборна та Д. Сарнака систематизовано міжнародні профілі систем ОЗ, що дозволило сформулювати цілісне уявлення про механізми їхньої організації, фінансування та реалізації реформ у розвинених країнах [200; 226]. Окрему увагу в науковій літературі приділено трансформації первинної ланки медичної допомоги в умовах перехідної економіки, зокрема крізь призму сприйняття змін пацієнтами [272]. Крім того, праці М. Вісмара та співавторів, присвячені аналізу транскордонної медицини в межах ЄС, що становить вагоме підґрунтя для дослідження євроінтеграційних процесів у галузі ОЗ [307].

Управління часом очікування на медичні послуги досліджувалося Л. Сичіліані, М. Боровіцом та В. Мораном, які аналізували політики різних країн щодо скорочення черг [288]. Ф. Шут та М. Варкевісер досліджували голландський досвід подолання проблеми часу очікування в лікарнях через ринкові механізми [285]. А. Інгстром Б. Рехель та М. МакКі досліджують трансформацію лікарень у Європі в контексті змін систем ОЗ [202; 277; 278].

У даному підрозділі дисертаційного дослідження здійснено порівняльний аналіз моделей державної політики розвитку ОЗ в країнах ЄС та визначення найбільш референтних практик для їх подальшої адаптації в Україні за євроінтеграційних умов реалізації відповідної державної політики.

Система ОЗ держав-членів ЄС характеризується високим рівнем ефективності та стандартів якості, гарантуючи інклюзивний доступ до медичного обслуговування. Попри варіативність організаційних моделей, зумовлену історичним розвитком та соціально-економічним контекстом кожної країни, європейському медичному простору притаманна єдність фундаментальних принципів та підходів до ОЗ. Аналіз міжнародних публікацій

свідчить, що традиційно класифікація систем ОЗ держав-членів ЄС ґрунтується на двох фундаментальних моделях [210; 243; 244; 283; 303]. Модель Бісмарка, започаткована в Німеччині у 1883 році [192], базується на принципах обов'язкового соціального страхування. Фінансування системи здійснюється через спеціалізовані страхові каси («фонди хвороби») за рахунок паритетних внесків роботодавців і найманих працівників [243; 283]. Принциповою відмінністю від комерційного страхування є некомерційний статус страхових фондів та зобов'язання щодо повного охоплення населення, що гарантує універсальність медичного захисту при дотриманні конкурентного середовища між страховиками [243; 244].

У межах моделі Бісмарка суб'єкти надання медичних послуг переважно функціонують на засадах недержавної власності під суворим державним наглядом [200; 226]. Зокрема, у Німеччині [192], діяльність близько 240 страхових фондів регулюється державними механізмами контролю витрат, що за своєю ефективністю корелюють із системою «єдиного платника», характерною для моделі Беверіджа [243]. Дана модель імплементована в Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах, Швейцарії, Австрії та Чехії [200; 226]. Емпіричні дані підтверджують, що системи типу Бісмарка характеризуються високим рівнем доступності медичної допомоги, мінімізацією термінів очікування, а також підвищеною якістю та пацієнтоорієнтованістю завдяки розвитку конкурентного середовища [243].

Британська модель [195; 265; 283], розроблена на основі концепції британського реформатора Вільяма Беверіджа, базується на принципі державного фінансування та надання медичних послуг за рахунок загальних податкових надходжень [226]. У межах цієї моделі заклади охорони здоров'я переважно перебувають у державній власності за винятком приватних практик, що фінансуються з державного бюджету [243]. Характерною особливістю системи є низькі питомі витрати на душу населення, що досягається шляхом консолідованого державного контролю над ціноутворенням та обсягами надання медичної допомоги в межах повноважень єдиного платника.

Географія імплементації моделі Беверіджа охоплює Іспанію, Скандинавські країни, Данію, Фінляндію, Ірландію, Італію, Латвію, Кіпр, Португалію [200]. Компаративний аналіз систем охорони здоров'я держав ЄС, проведений Д. Крінгосом та співавторами, засвідчив, що протягом останніх років інституційна спроможність первинної ланки в Данії, Греції, Італії, Нідерландах, Норвегії, Іспанії та Швеції залишалася стабільною. Водночас у таких країнах, як Бельгія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Португалія та Швейцарія було зафіксовано позитивну динаміку розвитку первинної медичної допомоги. Такі тенденції вказують на процеси конвергенції між різними моделями організації охорони здоров'я [239].

Варто зауважити, що в сучасній практиці державне управління ОЗ тяжіє до гібридних форм, оскільки за трансформаційних умов жодна країна не застосовує моделі Бісмарка чи Беверіджа в їх автентичному вигляді. Водночас, більшість європейських країн інтегрують елементи обох підходів для нівелювання системних обмежень кожної з них [200; 226]. Зокрема, у Франції та Бельгії, попри їхню приналежність до страхової моделі Бісмарка, вагому частку фінансування становлять податкові надходження. Компаративний аналіз результативності систем ОЗ в ЄС підтверджує відсутність статистично значущої різниці в їхній ефективності: середній показник для країн із моделлю Бісмарка становить 0.86, тоді як для моделі Беверіджа – 0.85 [200; 210].

Варто відзначити, що в більшості країн ЄС функціонують системи загального медичного страхування, які забезпечують універсальний доступ населення до необхідних медичних послуг незалежно від рівня доходів чи соціального статусу. Такий підхід базується на фундаментальних принципах солідарності та рівності, що є наріжними каменями панєвропейської моделі соціальної політики, яка формується природньо за трансформаційних умов. Це означає, що громадянини здійснюють внески у фінансування системи ОЗ відповідно до своїх можливостей (як правило, через загальні податки або цільові страхові внески), а натомість отримує гарантоване право на медичну допомогу відповідно до своїх потреб [226; 311; 315].

Механізм солідарного фінансування дозволяє забезпечити належну підтримку для вразливих верств населення, як-от людей з низькими доходами, літніх осіб, дітей, осіб з інвалідністю тощо. За такої системи ризику хвороби та фінансові тягарі, пов'язані з медичною допомогою, розподіляються між усіма членами суспільства, що гарантує кожному громадянину доступ до необхідних послуг без ризику катастрофічних витрат. Реалізація цього принципу вимагає ефективних механізмів збору коштів, їх акумулювання та розподілу між надавачами медичних послуг [244; 283].

Конкретні механізми фінансування та організації систем ОЗ можуть суттєво відрізнятися між країнами ЄС. Бюджетна модель, яка функціонує, зокрема, у Великій Британії, Ірландії, Данії, Швеції та деяких інших країнах, передбачає переважне фінансування медицини з державного бюджету за рахунок загальних податкових надходжень. У таких системах медичні послуги надаються переважно через розгалужену мережу публічних закладів ОЗ, а роль приватного сектора є порівняно обмеженою. Управління та контроль за функціонуванням галузі здійснюють відповідні міністерства чи національні служби охорони здоров'я, які несуть відповідальність за планування, розподіл ресурсів та забезпечення якості медичних послуг. Показовим прикладом бюджетної моделі є Національна служба охорони здоров'я (NHS) Великої Британії, яка є однією з найбільших у світі організацій, що надає повний спектр медичних послуг усім громадянам на безоплатній основі [195; 255].

Однією з переваг бюджетної моделі є її здатність забезпечити рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян незалежно від їхнього соціально-економічного статусу. Оскільки фінансування здійснюється з загальних податкових надходжень, кожен платник податків робить свій внесок відповідно до своїх доходів, а право на отримання послуг не залежить від розміру цього внеску. Така система дозволяє уникнути проблеми «відбору ризиків», коли приватні страхові компанії намагаються залучити здорових клієнтів з меншими ризиками та уникати осіб з хронічними захворюваннями чи похилого віку.

Крім того, бюджетна модель надає державі потужні важелі для контролю над витратами та забезпечення ефективності використання ресурсів. Оскільки фінансування здійснюється з єдиного національного пулу, уряд має можливість встановлювати пріоритети, контролювати ціни на ліки та медичні послуги, а також запроваджувати єдині стандарти якості по всій країні. Це дозволяє уникнути надмірних витрат та дублювання послуг, які можуть виникати в умовах фрагментованої системи з великою кількістю незалежних надавачів та споживачів медичних послуг.

Водночас, бюджетна модель має недоліки та обмеження, що пов'язано з дефіцитом фінансування, який може виникати в умовах економічних спадів та зростання попиту на медичні послуги внаслідок старіння населення. За таких умов державні системи стикаються з проблемами недостатньої укомплектованості персоналом, застарілої інфраструктури та обладнання, а також довгих черг на планові операції та консультації спеціалістів. Ці виклики вимагають зусиль з боку урядів для пошуку додаткових джерел фінансування та підвищення ефективності використання наявних ресурсів.

З іншого боку, міжнародні публікації засвідчують, що страхова модель, яка є характерною для Німеччини, Франції, Нідерландів, Бельгії та деяких інших країн ЄС, базується на системі обов'язкового медичного страхування. Застраховані особи зобов'язані сплачувати внески до спеціальних страхових фондів відповідно до своїх доходів, а ці фонди, у свою чергу, укладають договори з медичними закладами різних форм щодо надання гарантованого пакету послуг. На відміну від бюджетної моделі, у страховій системі більшу роль відіграють саме страхові фонди, а не органи публічної влади, хоча останні все ж зберігають регуляторні та наглядові функції. Крім того, паралельно з обов'язковим медичним страхуванням у багатьох країнах існує також добровільне страхування, яке дозволяє громадянам розширити перелік доступних послуг або отримати вищий рівень сервісу [192; 210; 244; 283].

Перевагою страхової моделі є те, що вона дозволяє залучити до фінансування ОЗ додаткові кошти з приватних джерел, розвантажуючи таким

чином державний бюджет. Конкуренція між страховими фондами та надавачами медичних послуг створює стимули для підвищення якості та ефективності, а також для впровадження інновацій. Зокрема, пацієнти, мають більший вибір між різними надавачами послуг та можуть обирати ті заклади, які найкраще відповідають їхнім потребам та очікуванням [272].

Страхова модель також має свої недоліки та ризики. Зокрема, вона може призводити до фрагментації системи ОЗ, коли різні фонди та надавачі послуг діють незалежно один від одного, що ускладнює координацію та наступність допомоги. Крім того, в умовах конкуренції між страховиками може виникати проблема «відбору ризиків», коли фонди намагаються залучити здорових клієнтів з меншими витратами та уникати покриття для осіб з хронічними захворюваннями або похилого віку. Для запобігання цим явищам необхідне державне регулювання та нагляд за діяльністю фондів та надавачів послуг.

Змішана модель, яка представлена, зокрема, в таких країнах, як Італія, Іспанія, Португалія та Греція, поєднує в собі елементи бюджетного та страхового фінансування. У таких країнах історично склалася розгалужена мережа публічних закладів ОЗ, що надають базовий пакет послуг усім. Водночас, ключову роль у фінансуванні та управлінні ОЗ відіграють регіональні та муніципальні органи. Поряд з цим, страхові механізми використовуються для покриття витрат на окремі види медичних послуг, які не входять до гарантованого державою пакету.

Змішана, тобто початкова конвергентна модель дозволяє поєднати переваги бюджетного та страхового фінансування, забезпечуючи універсальний доступ до базових послуг через державну систему та водночас надаючи громадянам можливість отримати додаткові послуги через страхові механізми. Така гнучкість є особливо важливою в умовах обмежених бюджетних ресурсів та зростаючого попиту на медичні послуги. Децентралізація управління дозволяє краще враховувати місцеві потреби та особливості, а також залучати до процесу прийняття рішень ширше коло зацікавлених сторін. Проте, змішана модель також стикається з низкою викликів, зокрема щодо забезпечення

узгодженості між різними рівнями та джерелами фінансування. Фрагментація системи може призводити до нерівномірного розподілу ресурсів та якості послуг між регіонами та групами населення. Крім того, залучення приватних надавачів послуг може створювати ризики для доступності допомоги для вразливих верств. Ефективне функціонування змішаної моделі вимагає чіткого розмежування повноважень між різними рівнями влади, а також розвитку механізмів співпраці між ними, що сприятиме перетворенню її на конвергентну модель, де будуть враховані всі розмежування та відповідальності [226; 296; 303].

Як свідчать міжнародні аналітичні дослідження [238; 239; 240; 241; 272], незалежно від конкретної моделі, спільними рисами організації ОЗ в ЄС є посилення ролі ПМСД як фундаменту ефективної та стійкої системи ОЗ. Відповідно до принципів політики «Здоров'я-2020» [218; 219; 280], європейські країни взяли курс на розбудову інтегрованих, орієнтованих на людину та спільноту систем первинної допомоги, які забезпечують безперервність та комплексність послуг [209], а також ранню діагностику проблем зі здоров'ям, раціональне спрямування пацієнтів до вузькопрофільних фахівців та координацію подальшого лікування. Саме на цьому рівні відбувається більшість контактів між пацієнтами та системою ОЗ, тому інвестиції в розвиток ПМСД розглядаються як ключовий фактор підвищення ефективності та стійкості медичної галузі в цілому [241]. Реформи первинної ланки охоплювали широкий спектр заходів: оновлення системи підготовки сімейних лікарів, впровадження нових моделей надання послуг, запровадження нових механізмів фінансування та розширення спектру послуг [224; 226].

Слід зазначити, що попри загальну успішність та ефективність моделей, країни ЄС продовжують стикатися з низкою викликів – старінням населення, зростанням тягаря хронічних захворювань, підвищенням вартості медичних технологій, кадровими проблемами тощо. Адаптація до цих викликів вимагатиме зусиль з боку урядів, постачальників послуг та громадянського суспільства для пошуку інноваційних рішень, оптимізації використання

ресурсів та забезпечення стійкості систем ОЗ в довгостроковій перспективі. Через це протягом останніх десятиліть системи ОЗ в країнах ЄС зазнали суттєвих трансформацій під впливом демографічних, епідеміологічних, технологічних, економічних та соціально-політичних змін. Швидкий розвиток медичних технологій, економічні кризи та бюджетні обмеження створили безпрецедентні виклики для забезпечення доступності, якості та стійкості систем ОЗ [189; 193; 242; 253; 296].

У відповідь на ці виклики уряди європейських країн вдалися до низки структурних та організаційних реформ, спрямованих на підвищення ефективності, результативності та підзвітності медичної галузі. Попри різноманітність національних контекстів та підходів, слід виділити декілька спільних напрямків реформ, які реалізуються в більшості країн ЄС в останні роки. Одним з ключових напрямків є впровадження нових технологій, зокрема електронних медичних записів, систем підтримки клінічних рішень, засобів дистанційного моніторингу та консультивання пацієнтів. Ці інструменти дозволяють підвищити якість та безпеку послуг, полегшити комунікацію та обмін інформацією між різними ланками, розширити доступ до послуг для віддалених та маломобільних груп населення. Не менш важливим компонентом реформ стало вдосконалення системи підготовки фахівців первинної ланки, що передбачало оновлення освітніх програм відповідно до кращих практик, запровадження нових форм навчання (симуляційні тренінги, онлайн-курси), створення стимулів для відбору кадрів, зокрема підвищення заробітної плати, покращення умов праці [240].

У Великій Британії в рамках реформи NHS проведено масштабні зміни в організації первинної допомоги, включаючи створення клінічних груп лікарів загальної практики (GP), які несуть відповідальність за планування та закупівлю медичних послуг, запровадження нової моделі контракування з постачальниками послуг на основі показників якості та результативності, а також розширення функцій медичних сестер та інших працівників первинної ланки [195; 244].

В Іспанії реформи були спрямовані на посилення координації між первинною та спеціалізованою допомогою через створення інтегрованих мереж надання послуг, а також на розширення автономії та підзвітності постачальників первинної допомоги через запровадження нових моделей управління та фінансування. Водночас, первинна ланка отримала більше повноважень та стимулів для покращення якості та ефективності роботи через запровадження нових моделей оплати (наприклад, за капітаційним принципом з елементами оплати за результатами) та управління (наприклад, створення автономних центрів первинної допомоги) [215; 283].

Отже, одним з ключових напрямків, де Україна може скористатися європейським досвідом, є розвиток ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини. Як свідчить досвід багатьох європейських країн, саме сильна та ефективна первинна ланка є запорукою успішного функціонування всієї системи ОЗ. Зокрема, такі країни як Велика Британія, Нідерланди, Іспанія та Португалія демонструють, що розвинена мережа сімейних лікарів та команд ПМСД дозволяє забезпечити населення комплексними та координованими послугами, зменшити потребу у вартісному спеціалізованому та стаціонарному лікуванні, а також ефективно управляти організацією допомоги пацієнтам з хронічними захворюваннями [250].

Для України, яка успадкувала розбалансовану та фрагментовану систему ОЗ з домінуванням вузьких спеціалістів та стаціонарного сектору, розбудова ПМСД є одним з найбільших пріоритетів медичної реформи. Протягом останніх років у цьому напрямку вже зроблено низку важливих кроків, зокрема запроваджено модель вільного вибору лікаря первинної ланки, розпочато перехід на оплату за капітаційним принципом, а також ініційовано створення практик сімейної медицини в сільській місцевості.

Водночас, для забезпечення успішності та сталості цих перетворень Україні варто звернути увагу на такі аспекти європейського досвіду: інвестиції в підготовку та безперервний професійний розвиток лікарів загальної практики, включаючи розробку сучасних освітніх програм, систему підтримки молодих

фахівців, належні умови праці та мотивацію; розбудова мультидисциплінарних команд ПМСД за участю фахівців, які можуть забезпечити комплексний та пацієнт-орієнтований підхід до профілактики та лікування поширених захворювань; впровадження інтегрованих електронних систем ОЗ, які дозволяють забезпечити безперервність допомоги, обмін інформацією між різними рівнями системи, а також моніторинг якості та ефективності роботи первинної ланки; налагодження координації та інтеграції первинної допомоги з іншими компонентами системи ОЗ, включаючи спеціалізовану та стаціонарну допомогу, реабілітацію, паліативну допомогу, а також з системою громадського здоров'я; розвиток системи управління якістю на рівні первинної ланки, включаючи розробку та впровадження клінічних протоколів та настанов, систему індикаторів якості послуг.

Інший важливий напрямок реформ – це оптимізація мережі лікарень та підвищення ефективності стаціонарної допомоги. В умовах зростання витрат та обмежених ресурсів багато країн ЄС вдалися до реструктуризації лікарняного сектору, яка включала скорочення ліжкового фонду, злиття або закриття малоефективних закладів, перепрофілювання лікарень на амбулаторну або довгострокову допомогу, концентрацію високотехнологічних послуг у спеціалізованих центрах тощо [202; 219]. Ці заходи були спрямовані на раціоналізацію використання стаціонарних ресурсів, скорочення неефективних витрат та підвищення доступності та якості послуг. Зокрема, в багатьох країнах відбувся перехід від утримання великої кількості малопотужних лікарень до створення мережі спеціалізованих центрів, які концентрують сучасні технології, висококваліфіковані кадри та значні обсяги послуг, що дозволяє досягти економії за рахунок масштабу, забезпечити якість, а також полегшити доступ пацієнтів до інноваційних методів діагностики та лікування.

За свідченням міжнародних експертів, поряд з оптимізацією інфраструктури, важливим компонентом реформ є вдосконалення механізмів фінансування та оплати стаціонарної допомоги. Зокрема, відбувався перехід від ретроспективних методів оплати, заснованих на фактичних витратах або

кількості ліжко-днів, до проспективних методів, які створюють стимули для скорочення витрат та підвищення ефективності. Однією з найбільш поширених моделей стала оплата за пролікований випадок на основі діагностично-споріднених груп (ДСГ). Ця модель передбачає встановлення фіксованих тарифів для певних груп захворювань або процедур, які мають схожі клінічні характеристики та вартість лікування, що дозволяє стандартизувати оплату медичних послуг, створити конкуренцію між постачальниками та стимулювати їх до оптимізації клінічних та управлінських процесів. Крім того, ДСГ створюють основу для порівняння якості та ефективності роботи різних закладів та стимулювання постійного вдосконалення медичної практики [202; 214; 243; 244; 296].

Ще одним пріоритетом європейських реформ стало посилення профілактичного напрямку та міжсекторальної взаємодії в ОЗ, популяризації здорового способу життя, імунопрофілактиці, скринінговим програмам раннього виявлення захворювань тощо. Ці заходи дозволяють знизити ризики виникнення та прогресування хронічних неінфекційних захворювань, як-от серцево-судинних, онкологічних, цукрового діабету, що є основними причинами смертності та інвалідності в європейському регіоні. Важлива роль у реалізації профілактичних програм належить не лише закладам ОЗ, але й іншим секторам – освіті, соціальному захисту, громадським організаціям [204; 205].

Визнаючи, що більшість детермінант здоров'я лежать поза межами системи ОЗ, знайшло вихід розуміння того, що здоров'я населення значною мірою залежить від соціальних, економічних та екологічних чинників, які формують умови життя та можливості людей. Ці зусилля відображають зростаюче розуміння того, що здоров'я населення значною мірою залежить від соціальних, економічних та екологічних чинників, які формують умови життя та можливості людей. Відповідно, ефективна політика ОЗ має виходити за межі медичного сектору та охоплювати широкий спектр заходів, налагодження співпраці між різними відомствами, місцевою владою, бізнесом, громадянським суспільством, іншими зацікавленими сторонами [14; 238].

Одним з ключових механізмів такої співпраці є оцінка впливу на здоров'я (Health Impact Assessment), яка передбачає систематичний аналіз потенційних наслідків різних політик, програм та проектів для здоров'я населення. Концептуальною основою такого підходу є фінська ініціатива «Здоров'я в усіх політиках», яка передбачає оцінку та врахування наслідків для здоров'я при формуванні політики в усіх сферах суспільного життя. Ця ініціатива базується на розумінні того, що здоров'я є не лише результатом діяльності системи ОЗ, але й наслідком складної взаємодії соціальних, економічних, екологічних та поведінкових детермінант. Завдяки цьому підходу деяким країнам, вдалося досягти успіхів у зниженні факторів ризику неінфекційних захворювань, таких як тютюнопаління, алкоголізм, ожиріння тощо [238; 239; 253].

Тож, для ефективної профілактики захворювань та зміцнення здоров'я необхідні скоординовані зусилля, спрямовані на створення сприятливих умов для здорового вибору та подолання нерівності в здоров'ї. Застосування оцінки впливу на здоров'я в різних секторах дозволяє краще інтегрувати здоров'я в усі аспекти державної політики та забезпечити узгодженість дій різних відомств, досягти зрушень у зниженні факторів ризику захворювань. Механізми залучення громадськості передбачають участь у розробці клінічних настанов, стандартів якості, пріоритетів фінансування, моніторингу та оцінці діяльності системи ОЗ.

Загалом, аналіз ключових реформ в галузі ОЗ в країнах ЄС демонструє їх спрямованість на забезпечення доступності, якості, ефективності та стійкості медичних послуг в умовах демографічних та економічних викликів. Попри різноманітність шляхів та інструментів реформування, спільними пріоритетами для європейських країн є зміцнення первинної ланки, яка виступає фундаментом ефективною та стійкою ОЗ, забезпечуючи раціональне спрямування пацієнтів до спеціалізованих служб стаціонарного сектору та координацію медичної допомоги на всіх рівнях, що дозволяє реалізувати профілактичний потенціал та покращити загальну результативність системи, а також міжсекторальну взаємодію в інтересах здоров'я суспільства. Відтак, адаптація кращих практик та досвіду європейських реформ може стати потужним інструментом для

вдосконалення української системи ОЗ та наближення її до європейських стандартів.

Досвід реформ у країнах ЄС також свідчить про складність та тривалість трансформаційних процесів у медичній галузі, які потребують стратегічного бачення, належного фінансування та діалогу з усіма зацікавленими сторонами. Сталість та успіх реформ значною мірою залежать від спроможності урядів забезпечити їх легітимність, прозорість та підзвітність, від готовності медичних працівників, пацієнтів та громадськості до змін, а це потребує серйозної уваги з боку держави до проблем здоров'я суспільства.

У країнах ЄС питання громадського здоров'я займають належне місце в порядку денному державної політики, що відображається у значних інвестиціях, розвиненій інфраструктурі та широкому спектрі профілактичних програм та ініціатив [278]. Ключовим документом, який визначає пріоритети та принципи політики громадського здоров'я в Європі, є Європейська стратегія «Здоров'я-2020», прийнята Європейським регіональним бюро ВООЗ у 2012 році. Стратегія наголошує на необхідності міжсекторальної взаємодії, залучення всього суспільства та орієнтації на соціальні детермінанти здоров'я [219], досліджень детермінант здоров'я на основі світового досвіду [14].

Серед найбільш вагомих практик у сфері громадського здоров'я, які довели свою ефективність у європейських країнах, можна виділити такі: комплексні програми боротьби проти тютюнопаління, які включають законодавчі обмеження. Завдяки цим заходам багатьом європейським країнам вдалося значно знизити поширеність тютюнопаління та пов'язаних з ним захворювань [235]. Програми імунізації населення, які забезпечують високе охоплення вакцинацією проти основних керованих інфекцій (кір, краснуха, дифтерія, правець, поліомієліт тощо). Європейський регіон ВООЗ є світовим лідером за показниками охоплення імунізацією, що дозволило досягти елімінації багатьох небезпечних інфекційних захворювань. Наразі в більшості європейських країн рівень охоплення вакцинацією проти основних інфекцій перевищує 90%, що забезпечує надійний популяційний імунітет [318].

Здійснюються заходи з профілактики та контролю ожиріння, створення умов для фізичної активності (розвиток інфраструктури, просвітницькі програми тощо). Ці заходи дозволяють уповільнити зростання поширеності ожиріння та пов'язаних з ним хронічних захворювань [292; 302]. Програми скринінгу та раннього виявлення онкологічних захворювань, які дозволяють знизити смертність та підвищити виживаність пацієнтів завдяки своєчасному початку лікування [66]. Завдяки цим заходам вдалося стабілізувати рівні захворюваності як на інфекційні, так і на неінфекційні хвороби [204; 205; 278]. Такі приклади свідчать про ефективність комплексних, популяційних підходів до профілактики захворювань та зміцнення здоров'я, які поєднують законодавчі, інформаційні, організаційні та медичні втручання, орієнтовані на конкретні фактори ризику та цільові групи населення.

Нарешті, європейський досвід переконливо свідчить про важливість інвестицій в громадське здоров'я та профілактику захворювань як ключового фактору забезпечення сталості та ефективності системи ОЗ, завдяки реалізації комплексних популяційних програм, спрямованих на корекцію факторів ризику та створення сприятливого середовища для здорового способу життя [221; 253]. Для України розвиток системи громадського здоров'я має стати одним з пріоритетів у контексті євроінтеграційних процесів. Зокрема, варто звернути увагу на такі аспекти: розбудова інституційної інфраструктури громадського здоров'я, включаючи створення національного центру громадського здоров'я, регіональних центрів та мережі лабораторій; забезпечення стабільного та достатнього фінансування системи громадського здоров'я з різних джерел (державний та місцеві бюджети, кошти проектів міжнародної технічної допомоги тощо); посилення кадрового потенціалу системи громадського здоров'я шляхом розробки освітніх програм, підвищення кваліфікації фахівців та створення привабливих умов праці; налагодження ефективної взаємодії та координації між системою громадського здоров'я та іншими секторами (первинна допомога, соціальні служби, освіта, екологія тощо) для вирішення проблем, які виходять за межі власне ОЗ; адвокація та комунікація з

громадськістю для підвищення обізнаності стосовно збереження і зміцнення суспільного здоров'я [132; 137].

Відтак, вивчення та адаптація кращих практик та уроків європейських реформ може стати потужним інструментом для вдосконалення української системи охорони здоров'я та наближення її до європейських стандартів.

Іншим перспективним напрямком адаптації європейського досвіду є вдосконалення системи фінансування ОЗ в Україні. Попри те, що більшість європейських країн витрачають на охорону здоров'я істотно більшу частку ВВП, ніж Україна, ефективність використання цих коштів значною мірою залежить від обраної моделі фінансування та закупівлі медичних послуг. Зокрема, комплексний аналіз досвіду європейських країн свідчить про переваги єдиного пулу коштів з багатьох джерел (податки, страхові внески, прямі платежі пацієнтів тощо) замість розпорошення фінансових ресурсів між різними фондами та програмами [210; 220; 244; 296; 313]. Крім того, стратегічна закупівля медичних послуг на основі клінічної та економічної ефективності дозволяє оптимізувати використання обмежених ресурсів та стимулювати постачальників до надання якісної допомоги. Запровадження оплати за пролікований випадок, за результатами діяльності або за капітацією замість постатейного кошторисного фінансування створює стимули для підвищення ефективності та більш раціонального використання ресурсів, що підтверджують європейські дослідження [200; 226; 244].

Системам фінансування ОЗ держав-членів ЄС притаманна значна варіативність підходів навіть у межах ідентичних базових моделей [200; 210; 220; 244; 296;]. Зокрема, рівень профільних видатків у Німеччині, інших країнах ЄС іноді перевищує 10% ВВП, що є достатньо високим показником для ЄС [185; 192; 296]. До речі, слід ще раз підкреслити, що функціонування німецької моделі базується на обов'язковому медичному страхуванні з розподілом внесків між працівниками та роботодавцями, що звільняє громадян від прямих розрахунків за отримані послуги [243]. Водночас досвід Нідерландів демонструє успішну імплементацію радикальної реформи: перехід до регульованого ринку

страхування, де обов'язковість поліса поєднується з правом вільного вибору страховика [285; 289].

Державне регулювання галузі передбачає визначення уніфікованого базового пакета медичних послуг, обов'язкового для всіх страхових програм. Механізм ціноутворення корегується через систему вирівнювання ризиків, яка забезпечує субсидування страховиків, що надають покриття групам осіб із високим ступенем ризику [285; 289]. Так, фундаментальним аспектом нідерландської реформи є застосування ризик-рейтингу при розподілі бюджетних асигнувань між страховими фондами. Такий підхід дозволяє об'єктивно відобразити фактичні профілі ризику застрахованих осіб, попри визнану актуарну та епідеміологічну складність його реалізації [289].

Щодо інших прикладів, то слід зазначити зокрема про те, що такі країни, як Швеція та Данія є представниками скандинавської моделі фінансування, що ґрунтується на системі загального оподаткування та характеризується високою часткою державних видатків у галузі охорони здоров'я. При цьому, шведська модель є гібридною: вона інтегрує принципи національної служби здоров'я (управління стаціонарними закладами на рівні окружних адміністрацій) та елементи медичного страхування (застосування механізму оплати за надані послуги у діяльності лікарів). Водночас система ОЗ Данії гарантує універсальне покриття за рахунок податкових надходжень, передбачаючи при цьому територіальне обмеження у виборі суб'єктів первинної медичної допомоги. Модель фінансування охорони здоров'я Франції має змішаний характер, синтезуючи принципи соціального страхування моделі Бісмарка з інтенсивним державним регулюванням та бюджетною участю за моделлю Бевериджа [200; 244; 296].

Для України, яка, фактично перебуває в процесі трансформації моделі фінансування охорони здоров'я на основі програми медичних гарантій, вивчення та адаптація європейського досвіду стратегічної закупівлі послуг є вкрай актуальним завданням. При цьому важливо забезпечити поступовість та виваженість змін, прозорість та підзвітність використання коштів, а також

належний моніторинг та оцінку результатів запроваджених інновацій [220].

Цифрова трансформація є ключовим індикатором технологічного прогресу медичних галузей країн ЄС, водночас демонструючи варіативність підходів та рівнів впровадження електронних послуг. Провідні позиції у цій сфері посідає Естонія, де функціонує повноцінна цифрова екосистема ОЗ. Система базується на повній цифровізації клінічних даних, що акумулюються на захищеному онлайн-порталі з високим рівнем кібербезпеки. Дистанційні сервіси (відеоконсультації, електронні рецепти тощо), є загальноприйнятим стандартом і формою взаємодії лікаря і пацієнта. Висока ефективність обраної стратегії підтверджується даними Європейської Комісії: згідно з Індексом електронного здоров'я, у 2024 році Естонія посіла перше місце в ЄС із показником цифрової зрілості 98%. Результати досліджень свідчать про загальну інтенсифікацію процесів цифровізації в ЄС. Зокрема, моделі електронного здоров'я Естонії та Данії забезпечують громадянам повний онлайн-доступ до результатів діагностики, схем лікування та відомостей про імунізацію, а також передбачають механізми самостійного адміністрування прав доступу для медичного персоналу [198; 206; 207; 231; 317].

Успішна реалізація цифрової трансформації у сфері ОЗ на нашу думку має передбачати наявність координуючих інституцій; впровадження стратегій, орієнтованих на вирішення конкретних системних завдань, як-от оптимізація якості лікування та покращення медичного обслуговування у віддалених районах; розробку технологічних рішень, що забезпечує готовність користувачів до роботи з новими системами.

Узагальнюючи дані міжнародних експертно-аналітичних досліджень, слід зазначити, що виклики для систем ОЗ держав-членів ЄС є значною мірою ідентичними, попри розбіжності в інституційних моделях та механізмах фінансування, що свідчить про переваги комплексного підходу до реформування, який передбачає спрямованість на забезпечення доступності, якості, ефективності та стійкості медичних послуг в умовах демографічних та економічних викликів, а також підвищення ефективності експлуатації ресурсної

бази та посилення міжсекторальної координації між суб'єктами надання медичної допомоги. Демографічне старіння населення зумовлює зростання навантаження на медичну галузь через збільшення попиту на послуги та поширення хронічних патологій серед осіб літнього віку. Для моделей страхової медицини (система Бісмарка) зазначений фактор створює додаткові ризики. Збільшення частки непрацездатного населення, що не бере участі у формуванні страхових фондів, у поєднанні з економічною нестабільністю та зростанням безробіття, призводить до дисбалансу системи: критичного скорочення бази надходження внесків на тлі зростаючих зобов'язань [192; 220; 244; 283].

Тенденція до зростання витрат у сфері охорони здоров'я є стратегічним викликом для всіх держав-членів ЄС, що зумовлює необхідність оптимізації балансу між інклюзивністю, якістю медичних послуг та фінансовою стабільністю систем. Більшість урядів обрали шлях посилення державного регулювання через імплементацію економічних стримувальних механізмів, спрямованих на запобігання нецільовому або надмірному використанню ресурсів. Досвід Німеччини, Ірландії та Нідерландів свідчить про переваги комплексного підходу до реформування, який передбачає підвищення ефективності експлуатації ресурсної бази та посилення міжсекторальної координації між суб'єктами надання медичної допомоги [210; 296; 313].

Оптимізація функціонування медичних систем забезпечується шляхом інтеграції державного та приватного секторів за допомогою механізмів, що враховують національну специфіку. Слід зауважити, що приватний сектор відіграє певну роль навіть у межах моделі Беверіджа, де пріоритет надається державному фінансуванню. Широке застосування практики контрахтування між замовниками та надавачами медичної допомоги в межах Національної служби здоров'я наразі обмежене через дефіцит верифікованих даних щодо потреб населення. Розвиток державно-приватного партнерства (ДПП) реалізується у варіативних формах: від залучення приватних клінік до обслуговування за програмами публічного страхування до спільного інвестування в об'єкти медичної інфраструктури [8; 10]. Навіть у межах моделі Бісмарка (зокрема в

Німеччині) зберігається змішана форма власності, де протягом 2000-х років значна частка ліжкового фонду перебувало в державному підпорядкуванні. Поточні реформи в Німеччині спрямовані на підвищення показників економічної ефективності порівняно з іншими країнами регіону [226; 243; 244].

Імплементація європейського досвіду в реформування галузі охорони здоров'я України потребує врахування як фундаментальних засад функціонування успішних моделей у поєднанні з ретельним аналізом специфіки національного контексту, так і запровадження принципово нових підходів на основі сучасних тенденцій та з урахування глобальних викликів. Відповідний процес має бути комплексним, який потребує стратегічного бачення, та консолідованих зусиль усіх зацікавлених сторін. При цьому важливо не просто копіювати успішні практики, а творчо адаптувати їх до українських реалій з урахуванням унікальних потреб, цінностей та ресурсів, про що свідчать останні аналітичні дані [12; 17; 67; 236; 274].

Вбачається доцільним поступовий перехід до змішаної моделі фінансування, яка передбачає інтеграцію механізмів соціального медичного страхування як інструменту фінансової стабільності та бюджетних асигнувань для гарантування принципу загальної доступності послуг. Водночас, стратегічним пріоритетом має залишатися зміцнення первинної медичної допомоги. Це передбачає подальший розвиток координованої системи медичних послуг, удосконалення механізмів електронної маршрутизації пацієнтів та формування мультидисциплінарних команд для ефективного менеджменту хронічних захворювань. Наша думка збігається з тим, що цифрова трансформація ОЗ має бути визначена як стратегічний пріоритет, а реалізація таких інструментів, як електронні медичні записи, е-рецепти та телемедицина, потребує не лише капітальних інвестицій у технологічну інфраструктуру, а й формування релевантної нормативно-правової бази та професійної підготовки, впровадження стандартів захисту персональних даних. Крім того, цифровізація є ключовим механізмом підвищення інклюзивності медичних послуг у сільській місцевості та віддалених, зокрема деокупованих регіонах завдяки впровадженню

телемедичних сервісів, що зумовлено й воєнним станом [201; 236].

Інтеграція державного та приватного секторів має базуватися на прозорих механізмах контрахтування з приватними суб'єктами надання послуг згідно з уніфікованими стандартами якості та тарифікації. Пріоритетними напрямками визначено розширення державно-приватного партнерства для спільного інвестування у модернізацію медичної інфраструктури, а також стимулювання конкурентного середовища між постачальниками за умови збереження дієвого державного контролю над ціноутворенням та якістю сервісів [8; 10].

Підсумковим аспектом є зміцнення стійкості національної системи ОЗ, що вимагає врахування кращих практик ЄС у частині подальшої конвергенції з європейськими стандартами – зокрема в питаннях транскордонного медичного обслуговування, валідації дипломів та транспарентності обміну даними, що є стратегічним чинником покращення доступу українських громадян до високотехнологічної медичної допомоги [36].

Зазначене дозволило запропонувати чіткий алгоритм використання комплексу організаційних підходів в межах конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі інституціалізації державної політики ОЗ в умовах європейської інтеграції, що на відміну від існуючих, передбачає логічну послідовність дій: ідентифікація консолідованих та унікальних потреб; конвергенція стратегічного бачення з пріоритетами ЄС; оптимізація інституційної платформи реформ та процесів модернізації; визначення рівнів впровадження (локальний-, місцевий-, регіональний-, національний); розподіл на етапи реалізації з урахуванням часових перспектив (коротко-, середньо- та довгострокова); визначення регулюючих інструментів та регламентація процедур; визначення інституційних та ресурсних обмежень-фільтрів при відборі та імплементації кращих європейських практик; синхронізація напрямів реалізації політики із запитамми стейкхолдерів; забезпечення керованості ризиків у процесі прийняття управлінських рішень; забезпечення стійкості і життєздатності галузі на основі міжсекторальної взаємодії.

Нижче наведено структурно-логічну блок-схему алгоритму використання

комплексу організаційних підходів в межах конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі інституціалізації державної політики ОЗ в умовах європейської інтеграції, який на відміну від існуючих, враховує причинно-наслідковий характер та чітку послідовність дій, що представлено у вигляді ієрархічної структури на рис. 1.3.



Рис. 1.3. Алгоритм використання комплексу організаційних підходів в межах структурно-функціональної моделі інституціалізації державної політики охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції

Джерело: сформовано автором

Отже, варто зазначити, що адаптація європейського досвіду реформування систем охорони здоров'я є комплексним та багатостороннім процесом, який потребує стратегічного бачення та консолідованих зусиль усіх зацікавлених сторін та суб'єктів прийняття рішень. При цьому важливо не просто копіювати успішні практики, а творчо адаптувати їх до українських реалій з урахуванням власних унікальних потреб, цінностей та ресурсів. Водночас, рухаючись у фарватері європейської інтеграції, Україна має всі підстави побудувати сучасну, справедливу та ефективну систему охорони здоров'я, яка не лише забезпечить кращі показники здоров'я та якості життя для громадян, але й стане важливим чинником сталого розвитку та процвітання нашого суспільства. Саме на цьому шляху вивчення найкращих європейських практик може і має стати цінним дороговказом та джерелом натхнення для всіх, хто працює задля кращого майбутнього української охорони здоров'я

Таким чином, у межах трансформації європейського простору охорони здоров'я верифіковано перехід до моделі інклюзивного впливу на детермінанти здоров'я: соціальні, економічні, екологічні. Доведено, що ефективність профілактичного напрямку безпосередньо корелює з якістю міжсекторальної координації між державним сектором, бізнесом та громадянським суспільством. Імплементация оцінки впливу на здоров'я (Health Impact Assessment) у суміжних секторах державного управління забезпечує синергію відомчих зусиль, що в кінцевому підсумку детермінує суттєве зниження впливу негативних чинників та підвищення ефективності профілактичних заходів. Застосування цього інструментарію на етапі прийняття рішень дозволяє інтегрувати стандарти здоров'я в усі сфери державного управління, забезпечуючи стратегічну перевагу через превентивне управління ризиками.

Адаптація кращих європейських практик та міжсекторальної взаємодії виступає дієвим механізмом модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я та її гармонізації зі стандартами ЄС. Попри розбіжності в механізмах

фінансування, системи охорони здоров'я держав-членів ЄС демонструють спільну вразливість перед глобальними викликами, що обґрунтовує переваги уніфікованих стратегій реформування. Ключовими результатами такої трансформації визначено досягнення балансу між якістю та стійкістю системи в умовах ресурсної обмеженості, інтенсифікацію експлуатації ресурсного потенціалу та посилення міжсекторальної взаємодії.

Результати дослідження свідчать про необхідність поетапної трансформації фінансової моделі в напрямі поєднання страхових та бюджетних компонентів. Впровадження соціального медичного страхування визначається як чинник підвищення ресурсної автономії системи, тоді як державне бюджетування залишається гарантом реалізації конституційних прав громадян на медичну допомогу. Зазначена конвергенція фінансових інструментів спрямована на оптимізацію витрат та мінімізацію фінансових ризиків для споживачів послуг.

Доведено, що цифрова трансформація є визначальним фактором підвищення результативності системи ОЗ. Ключовими умовами її успішної реалізації виступають: інфраструктурний розвиток, що передбачає капітальні інвестиції у цифрові мережі та сервіси; інституційне регулювання, що передбачає розробку нормативної бази та протоколів захисту даних; кадровий потенціал, що передбачає підготовку фахівців, здатних оперувати е-інструментами; соціальна інклюзія, що передбачає підвищення доступності допомоги у віддалених районах через масштабування телемедичних сервісів.

Висновки до розділу 1

Вивчення теоретичних засад та аналітичних підходів до формування і реалізації державної політики розвитку системи ОЗ в умовах євроінтеграції, а також розкриття їх сутності та особливостей дозволяє зробити такі висновки:

1. Розкрито сутність, особливості та характер впливу глобалізаційних процесів на систему ОЗ шляхом здійснення ретроспективного та

прогностичного аналізу дослідження характеру і ступеню трансформації систем охорони здоров'я, що дозволило не лише охарактеризувати поточний стан, а й обґрунтувати динамічні закономірності розвитку процесів та встановити причинно-наслідкові зв'язки між етапами глобалізаційного впливу та результативністю медичної галузі, прогнозувати динаміку захворюваності та смертності в умовах інтенсифікації урбанізаційних процесів та міграції людського капіталу. Встановлено, що майбутній вплив глобалізації на суспільне здоров'я визначатиметься ступенем рівномірності розподілу медико-соціальних чинників ОЗ завдяки формуванню мережевої моделі, яка базується на принципах інклюзивності, вибірковості та рівномірного розподілу переваг, що створює підґрунтя для розробки нових стратегій ОЗ.

2. Обґрунтовано концептуальні засади інституціалізації державної політики ОЗ в умовах євроінтеграції на основі узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС через запровадження конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі її реалізації, що передбачає використання організаційних підходів до аналізу функцій та інституціональних особливостей за умов багаторівневості, а також моніторингу її реалізації та оцінювання результатів на різних етапах, що сприятиме системності у забезпеченні імплементації європейських стандартів і практик та на відміну від існуючих підходів, передбачає чітку алгоритмізацію та логічну послідовність дій: ідентифікація консолідованих потреб, стратегічна конвергенція з пріоритетами ЄС, оптимізація інституційної платформи реформ, визначення рівнів впровадження (локальний-, місцевий-, регіональний-, національний), розподіл на етапи реалізації з урахуванням часових перспектив (коротко-, середньо- та довгострокова), визначення регулюючих інструментів, регламентація процедур.

3. З'ясовано характер чинників впливу на функціонування та розвиток системи ОЗ як соціального інституту на функціональні (чинники саморегуляції та розвитку) та дисфункціональні (дестабілізуючі чинники), а також спрямованість регуляторів державної політики на підтримку

інституційних функцій та нівелювання інституційних дисфункцій шляхом сприяння чинникам саморегуляції та розвитку і усунення дезорганізуючих чинників, що дозволить забезпечити стійкість та цілісність системи за умов невизначеності та ризиків. Конкретизовано зміст інструментарію підтримки відповідних інституційних функцій, який інтегрує галузеву специфіку з дієвими регуляторними механізмами, що створює інституційне підґрунтя для переходу від декларативної підтримки європейських цінностей до практичного впровадження регламентованих процедур на всіх рівнях управління та передбачає інтеграцію державного інституційного впорядкування відповідної системи із ринковими інструментами підвищення якості її функціонування та перегляд цільових орієнтирів розвитку від підтримання поточної життєдіяльності галузі до реалізації її інвестиційного потенціалу та розвитку людського капіталу.

4. Здійснено обґрунтування концептуального підходу «Здоров'я в усіх політиках» (Health in All Policies, HiAP), що на відміну від традиційних уявлень, акцентує увагу на важливості синергії між соціально-економічними детермінантами та превентивними стратегіями, спрямованими на підвищення впливу всіх секторів державного управління у забезпеченні ефективності системи ОЗ, інтеграції зусиль різних державних та суспільних інституцій на основі міжсекторальної взаємодії, що є необхідною умовою для переходу від моделі лікування до моделі управління здоров'ям населення, що передбачає прийняття управлінських рішень у відповідності до ключових принципів громадського здоров'я та європейських стандартів. Адаптовано механізм оцінки впливу на здоров'я (Health Impact Assessment) як системний аналітичний інструмент превентивної політики, що на відміну від традиційного моніторингу, дозволяє ідентифікувати ризики для здоров'я населення ще на етапі розробки галузевих програм та враховувати детермінанти здоров'я при прийнятті управлінських рішень.

5. На основі порівняльного аналізу європейських практик доведено, що за інтеграційних умов поширюється суперечність між декларативною

універсальністю європейських моделей ОЗ та їх фактичною обмеженістю в умовах системних трансформацій, що зумовлює потребу у конвергенції солідарних принципів та механізмів державного регулювання, розробці відповідних адаптивних регуляторних інструментів нової, конвергентної моделі державної політики охорони здоров'я. Аргументовано необхідність формування конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі державної політики ОЗ в умовах євроінтеграції, в основу якої покладено стратегічну єдність п'яти складових: доступності, якості, раціональності, ефективності та стійкості, із консолідованою відповідальністю стейкхолдерів, визначенням комплексу її унікальних потреб, стратегічного бачення, інституційних та ресурсних обмежень-фільтрів при відборі та імплементації кращих європейських практик та синхронної реалізації цих напрямів із запитами стейкхолдерів, що дозволяє мінімізувати ризики прийняття відповідних управлінських рішень та забезпечити життєздатність галузі в умовах глобальних викликів, зовнішніх та внутрішніх загроз.

6. Запропоновано застосування підходів до оптимізації моделі управління наданням медичних послуг, шляхом:

- здійснення диференціації джерел фінансування на первинному рівні: бюджетні асигнування спрямовуються на забезпечення базового рівня доступності, тоді як страхові кошти виступають стабілізаційним інструментом покриття додаткових медичних потреб, а також, інтеграції механізмів електронної маршрутизації, що забезпечить перехід від стихійного до керованого руху пацієнтів усередині системи, мінімізуючи часові витрати та підвищуючи точність спрямування до фахівців вузького профілю.

- розгляду процесів цифровізації системи ОЗ не з позиції суто технологічного підходу, а як синергію чотирьох компонентів: технологічної інфраструктури, нормативно-правової релевантності, кадрової спроможності та етики цифрової безпеки, що дозволить забезпечити цілісність інформаційного простору галузі та стійкість її функціонування.

- визначення балансу між стимулюванням ринкової активності

постачальників медичних сервісів та посиленням державного нагляду на основі оцінювання ключових індикаторів якості послуг, що з одного боку забезпечуватиме реалізацію проєктів державно-приватного партнерства як стратегічного інструменту капіталізації медичних закладів та розвитку інфраструктури, а з іншого - сприятиме мінімізації ризиків комерціалізації галузі та запобіганню звуженню державних соціальних гарантій.

Основні наукові результати першого розділу опубліковані в працях: [36; 38; 39].

РОЗДІЛ 2

ПРІОРИТЕТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

2.1. Експертна оцінка пріоритетів державної політики розвитку охорони здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції

У контексті європейської інтеграції України та триваючого процесу реформування вітчизняної системи охорони здоров'я надзвичайно важливим є визначення пріоритетних напрямків розвитку галузі, які б відповідали європейським практикам та враховували специфічні потреби й очікування українського суспільства. Одним із ключових методів ідентифікації та узгодження таких пріоритетів є експертне опитування, яке дозволяє залучити до процесу формування політики провідних фахівців та стейкхолдерів, систематизувати їхні знання, досвід та професійні судження [246].

Методологія експертного опитування щодо визначення пріоритетів державної політики розвитку ОЗ в Україні в умовах євроінтеграції ґрунтується на поєднанні кількісних та якісних підходів, що забезпечує комплексність та обґрунтованість отриманих результатів. На першому етапі дослідження було сформовано репрезентативну вибірку експертів, цільова аудиторія яких включала представників галузевих органів публічної влади, закладів ОЗ різних рівнів та форм власності, професійних асоціацій, закладів вищої медичної освіти та наукових установ, громадських організацій та пацієнтських спільнот. Залучення такого широкого кола фахівців дозволило врахувати різні погляди та забезпечити легітимність процесу визначення пріоритетів.

Для збору первинної інформації було розроблено структурований опитувальник, який містив перелік потенційних пріоритетів державної політики у сфері ОЗ, сформований на основі аналізу стратегічних документів ВООЗ, ЄС та інших країн з успішним досвідом проведення реформ.

Визначаючи структуру опитувальника, у якості його концептуальної основи було взято наявний на момент початку дослідження, розроблений МОЗ України фіналізований проєкт «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» від 23 лютого 2022 року [162], структурований за напрямками і відповідними стратегічними пріоритетами державної політики, що наочно представлений у табл. 2.1.

Експертам пропонувалося визначення ієрархії стратегічних цілей для реформування національної системи ОЗ, оцінити важливість кожного з цих пріоритетів для України від нижчого до найвищого рівня, а також надати розгорнуті коментарі та пропозиції щодо їх актуальності, реалістичності та шляхів реалізації в українських умовах. З цією метою, використовувалася шкала Лайкерта (від 1 – «зовсім не важливо» до 5 – «критично важливо»). При цьому, передбачалося, що питання, що наберуть середній бал понад 4, мають бути враховані у подальшому, під час розроблення пропозицій щодо дорожньої карти реформ як «Quick Wins» або стратегічні цілі першого рівня.

Окрім заповнення опитувальника, з експертами було проведено напівструктуровані інтерв'ю, що дозволило глибше зрозуміти контекст та аргументацію їхніх оцінок, виявити додаткові проблеми та перспективи розвитку охорони здоров'я в Україні. Поєднання кількісних оцінок та якісної інформації забезпечило більш повне та об'єктивне розуміння експертних позицій та створило підґрунтя для їх подальшого аналізу та інтерпретації.

Обробка результатів опитування здійснювалася із застосуванням методів описової та аналітичної статистики, а також якісного контент-аналізу. Зокрема, для кожного потенційного пріоритету розраховувалися середні бали важливості, медіана, мода, стандартне відхилення, що дозволило оцінити рівень консенсусу серед експертів. Крім того, було проведено порівняльний аналіз оцінок між різними групами експертів (наприклад, представниками органів публічної влади, медичного бізнесу та громадськості) для виявлення можливих розбіжностей у поглядах.

Таблиця 2.1

Визначення стратегічних пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я

Напрями	Стратегічні пріоритети державної політики
I. Врядування у сфері охорони здоров'я	1. Впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, що забезпечують сталість і спроможність національних інституцій у сфері ОЗ
	2. Створення ефективної системи міжсекторального співробітництва у вирішенні питань ОЗ
	3. Управління в СОЗ та прийняття рішень здійснюється в інтересах і відповідно до потреб населення на основі доказової бази та використання кращих практик.
	4. Створення системи ефективного управління ЗОЗ, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд
	5. Запровадження системи професійного самоврядування працівників у сфері ОЗ
II. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я	1. Впровадження інтегрованої моделі, яка забезпечує збалансоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг
	2. Фінансовий захист громадян при отриманні гарантованих державою послуг в ОЗ
	3. Гарантовано фармацевтичну безпеку країни, та безперебійний доступ людей до сучасних, ефективних і безпечних лікарських засобів
III. Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації	1. Забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я спрямованої на своєчасне реагування на виклики
	2. Створення безпечних умов життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я
	3. Забезпечення захисту здоров'я населення шляхом попередження та ефективного реагування на НС
IV. Залученість людей та громад	1. Підвищення рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень
	2. Створення умов для повноцінної участі людей і громад для спільного планування та організації надання медичних послуг
V. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я	1. Освіта та наука у сфері ОЗ інтегровані до сучасного міжнародного контексту
	2. Планування та забезпечення кадрів системи ОЗ відповідно до потреб
	3. Створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників ОЗ

Джерело: Узагальнено автором на основі [162]

Якісні дані, отримані під час інтерв'ю та з коментарів в опитувальниках, були піддані ітеративному процесу кодування та категоризації, що дозволило виявити ключові теми, проблеми та рекомендації, які доповнювали та пояснювали кількісні результати. Для забезпечення надійності та

достовірності якісного аналізу застосовувалися такі процедури, як триангуляція даних (зіставлення інформації з різних джерел), перевірка інтеркодерної надійності шляхом оцінки ступеня узгодженості між різними незалежними дослідниками при категоризації даних на основі метрики Альфа Криппендорфа, де прийнятним вважався показник від 0.70 до 0.80, а високим — понад 0.80, що найбільш наближений до ідеальної згоди (1.0).

На завершальному етапі дослідження отримані кількісні та якісні дані були інтегровані та інтерпретовані з метою формулювання остаточного переліку 10 потенційних пріоритетів державної політики розвитку ОЗ в Україні в умовах європейської інтеграції. Для кожного потенційного пріоритету, так як і на першому етапі використовувалася шкала Лайкерта (від 1 – «найнижчий пріоритет» до 5 – «найвищий пріоритет»). При цьому враховувалися не лише оцінки важливості тих чи інших напрямків, але й аргументи та застереження експертів щодо їхньої релевантності та здійсненності в сучасних умовах. Також, на заключному етапі проводилася валідація результатів шляхом їх підсумкового обговорення з експертами та співставлення точок зору, де ключовим критерієм вважалася реалістичність оцінок та їх відповідність зазначеним стратегічним пріоритетам державної політики розвитку системи ОЗ до 2030 року (відповідно до табл. 2.1.).

Отже, методологія експертного опитування, застосована в цьому дослідженні, відповідає сучасним науковим стандартам та дозволяє отримати надійні та обґрунтовані результати, які можуть стати основою для подальшого вдосконалення державної політики в галузі охорони здоров'я України. Водночас, варто зазначити, що ці результати не слід розглядати як остаточні та незмінні, адже пріоритети політики мають періодично переглядатися та адаптуватися відповідно до змін контексту, нових викликів та можливостей.

Проведене експертне опитування дозволило отримати цінні дані щодо пріоритетності різних напрямків розвитку системи ОЗ України в контексті європейської інтеграції. Аналіз кількісних та якісних результатів дослідження виявив як зони консенсусу, так і розбіжності в оцінках експертів, а також

дозволив ідентифікувати ключові проблеми, виклики та перспективи трансформації галузі ОЗ відповідно до європейських стандартів та кращих практик. На основі узагальнення та систематизації отриманих результатів було розроблено пропозиції до дорожньої карти реалізації пріоритетів державної політики розвитку ОЗ України в контексті євроінтеграції.

Одним із напрямків, який отримав найвищі оцінки важливості від експертів (85%), стало забезпечення загального охоплення населення якісними медичними послугами. Переважна більшість респондентів (77%) погодилися, що реалізація цього принципу є необхідною умовою успішної інтеграції України до європейського простору ОЗ та запорукою дотримання конституційного права громадян на медичну допомогу. Водночас, експерти наголошували на численних бар'єрах, які перешкоджають досягненню універсального покриття в сучасних українських реаліях, зокрема недостатнє фінансування галузі (82%), нерівномірний розподіл ресурсів та розвиненої інфраструктури (75%), високі рівні неформальних платежів (68%) та відсутність чітких гарантій держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги (71%). Відтак, на думку багатьох експертів (79%), забезпечення загального охоплення потребуватиме не лише збільшення видатків на ОЗ, але й фундаментальних змін у принципах організації та фінансування галузі ОЗ.

Не менш важливим пріоритетом, за оцінками експертів (83%), є розвиток ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини. Учасники дослідження відзначали, що ефективна первинна ланка є фундаментом сучасних європейських систем ОЗ та дозволяє забезпечити доступність (87%), безперервність (84%) та координованість медичних послуг (82%), а також реалізувати профілактичний потенціал на індивідуальному (79%) та популяційному рівнях (76%). Попри певний прогрес у розбудові мережі закладів первинної допомоги протягом останніх років, експерти вказували на низку невирішених проблем, таких як дефіцит кваліфікованих кадрів (81%), недостатня матеріально-технічна база (78%), обмежені можливості для діагностики та лікування поширених захворювань (74%), а також

недосконалість механізмів оплати та мотивації праці сімейних лікарів (72%). На думку опитаних фахівців (83%), подальші зусилля мають бути спрямовані на посилення інституційної, фінансової та кадрової спроможності первинної ланки, впровадження інтегрованих моделей надання допомоги (77%), а також підвищення престижності та привабливості професії сімейного лікаря (82%).

Значна частина експертів (69%) наголошувала на необхідності оптимізації спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги відповідно до реальних потреб населення та сучасних клінічних стандартів. Респонденти зазначали, що чинна мережа закладів вторинної та третинної допомоги в Україні є надмірною (75%), фрагментованою (71%) та неефективною (77%), що призводить до нераціонального використання ресурсів (82%), дублювання послуг (78%) та зниження їх якості (74%). У зв'язку з цим, експерти рекомендували здійснити функціональну реструктуризацію лікарняного сектору (84%), зокрема шляхом створення регіональних багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування (76%), центрів високоспеціалізованої допомоги (72%), а також закриття або перепрофілювання неефективних закладів (69%). При цьому має відбутися розмежування різних рівнів медичної допомоги (81%), впровадження чітких індикаторів та стандартів якості (75%), а також нових методів оплати послуг (69%), що стимулюватиме підвищення результативності та ефективності роботи стаціонарного сектору.

Розвиток системи громадського здоров'я та посилення профілактичного напрямку також були визначені як один із ключових пріоритетів у контексті європейської інтеграції (81% експертів). Учасники дослідження наголошували, що в умовах зростання тягаря хронічних неінфекційних захворювань (76%), старіння населення (72%) та нових викликів для здоров'я, таких як COVID-19 (77%), українська система ОЗ має переорієнтуватися з реактивного підходу, орієнтованого на лікування (74%), на дієвий підхід, спрямований на запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я (83%). Водночас, більшість респондентів (68%) констатували, що чинна система

громадського здоров'я в Україні поки що не повною мірою відповідає сучасним європейським стандартам. Відтак, ключовими напрямками її розбудови, на думку експертів, мають стати створення потужної інфраструктури (84%) та кадрового потенціалу (81%), налагодження ефективної міжсекторальної взаємодії (76%), розширення спектру послуг з промоції здоров'я та профілактики захворювань (74%), а також інтеграція громадського здоров'я в усі сфери державної політики (69%).

Окремої уваги з боку експертів заслуговує питання забезпечення ефективного врядування та належного фінансування системи ОЗ. Переважна більшість респондентів (82%) погодилися, що поточна модель управління та фінансування галузі ОЗ в Україні не відповідає принципам прозорості, підзвітності та ефективності використання ресурсів, які є стандартом для європейських країн. У зв'язку з цим, пріоритетними завданнями в цій сфері, на думку експертів, мають стати розмежування функцій замовника та постачальника медичних послуг (79%), впровадження стратегічних закупівель на основі оцінки медичних технологій (76%), перехід до оплати за результатами діяльності (74%), забезпечення фінансової автономії закладів ОЗ (71%), а також розвиток електронної системи ОЗ (69%). Крім того, на думку багатьох експертів (67%), досягнення європейських стандартів у медичній галузі вимагатиме суттєвого збільшення державних видатків на ОЗ, диверсифікації джерел фінансування (69%), а також зменшення частки прямих платежів населення (61%).

Визначені пріоритети розвитку системи ОЗ України в умовах європейської інтеграції є взаємопов'язаними та синергетичними. Забезпечення загального охоплення населення якісними медичними послугами неможливе без розвитку первинної допомоги (85%), оптимізації спеціалізованих служб (82%), зміцнення громадського здоров'я (78%) та вдосконалення механізмів управління і фінансування галузі (74%). Водночас, реалізація кожного з цих пріоритетів потребує комплексного та послідовного підходу, належного ресурсного забезпечення, а також залучення

стейкхолдерів – органів публічної влади, медичної спільноти, пацієнтів та громадянського суспільства (77% респондентів).

Результати експертного опитування також засвідчують, що інтеграція до європейського простору ОЗ є амбітним, але досяжним завданням для України (79% експертів). Попри існуючі виклики та обмеження, країна має значний потенціал для побудови сучасної, стійкої та пацієнт-орієнтованої системи ОЗ, яка відповідатиме європейським практикам. Досягнення цієї мети потребуватиме не лише реформ та інвестицій (66%), але й зміни філософії та цінностей, на яких базується розвиток медичної галузі (63%). Саме тому визначення та узгодження пріоритетів трансформації має відбуватися на основі широкого суспільного діалогу та консенсусу (77%), а не виключно шляхом адміністративних рішень.

Проведене експертне опитування виявило як точки консенсусу, так і певні розбіжності в оцінках пріоритетності різних напрямків реформування системи ОЗ України в контексті європейської інтеграції. З метою вироблення узгодженого бачення подальших кроків трансформації галузі було проведено серію консультацій та обговорень з ключовими групами респондентів, зокрема представниками органів публічної влади, закладів ОЗ, професійних асоціацій, наукових установ та громадських організацій. Ключовою точкою обговорення стало підведення підсумків опитування під час участі у круглому столі в рамках першої всеукраїнської конференції 26 червня 2025 р. «Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я» [33].

Під час підсумкового обговорення експерти та інші представники стейкхолдерів, зокрема професійної громадськості мали можливість детальніше обґрунтувати свої позиції, почути аргументи інших сторін, а також спільно виробити компромісні рішення щодо найбільш дискусійних питань. Зокрема, одним із ключових предметів обговорення стало визначення оптимального балансу між розвитком первинної та спеціалізованої допомоги в умовах обмежених ресурсів. Частина експертів (42%) наголошували на пріоритетності інвестицій у первинну ланку як фундамент ефективної та

стійкої системи ОЗ, тоді як інші (39%) акцентували на необхідності одночасної модернізації спеціалізованих служб для забезпечення якісної та своєчасної допомоги при тяжких та ускладнених випадках. Зрештою, учасники дійшли консенсусу (77%), що розвиток первинної та спеціалізованої допомоги має відбуватися узгоджено та збалансовано, на основі чіткого розмежування функцій, оптимізації маршрутів пацієнтів та запровадження ефективних моделей фінансування на кожному рівні.

Іншим дискусійним аспектом стало питання оптимальної моделі фінансування ОЗ в Україні. Хоча переважна більшість експертів (71%) погодилися з необхідністю збільшення державних видатків на медичну галузь, думки щодо конкретних механізмів акумулювання та розподілу коштів розділилися. Зокрема, прихильники бюджетної моделі (35%) наголошували на важливості забезпечення єдиного пулу коштів та солідарного розподілу ризиків, тоді як прибічники страхової моделі (42%) вбачали переваги в додатковій мобілізації ресурсів, конкуренції між страховиками та постачальниками послуг. У результаті обговорень експерти дійшли згоди (71%), що на даному етапі оптимальним рішенням для України буде запровадження змішаної бюджетно-страхової моделі, яка поєднуватиме централізоване фінансування гарантованого пакету медичних послуг з елементами обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Окрім того, експерти та учасники консультацій приділили значну увагу обговоренню механізмів забезпечення якості та доступності медичних послуг в процесі реформування системи ОЗ. Зокрема, більшість експертів (69%) погодилися, що запровадження об'єктивних індикаторів якості, системи моніторингу та зовнішнього оцінювання, а також прозорих процедур ліцензування та акредитації закладів є необхідними передумовами досягнення європейських стандартів в медичній галузі. Крім того, експерти наголосили на важливості розробки та імплементації сучасних клінічних настанов та протоколів (73%), підвищення вимог до безперервного професійного розвитку медичних працівників (77%), а також посилення інституційної спроможності

регуляторних органів, зокрема Національної служби здоров'я України (61%).

Учасники консультацій також обговорили можливі шляхи покращення доступності медичних послуг для різних верств населення, особливо в умовах зростання фінансового тягаря на пацієнтів. Експерти погодилися (75%), що розширення гарантованого пакету медичних послуг, зменшення частки прямих платежів населення, а також впровадження механізмів компенсації вартості ліків для вразливих груп є важливими інструментами забезпечення фінансового захисту громадян. Водночас, частина респондентів (37%) висловила застереження щодо ризиків моральної шкоди та надмірного споживання послуг за умови повного усунення фінансових бар'єрів. У зв'язку з цим, був досягнутий консенсус (74%) щодо необхідності пошуку оптимального балансу між фінансовим захистом пацієнтів та раціональним використанням обмежених ресурсів галузі.

Цікавою темою для дискусій стала також роль громадського здоров'я та міжсекторальної взаємодії в контексті реформування медичної галузі. Переважна більшість учасників (94%) визнали, що ефективна система ОЗ неможлива без розвиненої інфраструктури громадського здоров'я, яка забезпечує епідагляд, моніторинг детермінант здоров'я, раннє реагування на загрози, а також промоцію здорового способу життя та профілактику захворювань. Крім того, експерти наголосили на необхідності інтеграції питань здоров'я в усі сфери державної політики (82%) та налагодження дієвої співпраці з іншими секторами, зокрема освітою, соціальним захистом, екологією, транспортом тощо (79%). На думку експертів, міжгалузевий підхід дозволить забезпечити синергію зусиль та ресурсів для вирішення комплексу проблем громадського здоров'я, таких як неінфекційні захворювання, травматизм, ментальне здоров'я та соціальні детермінанти здоров'я.

Насамкінець, експертні консультації засвідчили високий рівень підтримки (76%) щодо необхідності посилення участі громадськості та пацієнтів у процесах реформування та управління системою ОЗ. Учасники погодилися, що залучення громадянського суспільства до визначення

пріоритетів, розробки політики та моніторингу якості послуг є невід'ємною умовою забезпечення підзвітності, прозорості та легітимності трансформаційних процесів у галузі. Крім того, експерти наголосили на важливості розширення прав та можливостей пацієнтів (71%) щодо вибору постачальників, участі у прийнятті клінічних рішень та контролю за використанням коштів на медичну допомогу.

Розглядаючи результати узгодження експертних позицій, можна констатувати, що попри певні розбіжності в оцінках та акцентах, учасники консультацій досягли консенсусу щодо ключових пріоритетів та принципів реформування системи ОЗ України в контексті європейської інтеграції. Такими пріоритетами були визнані: забезпечення загального охоплення якісними медичними послугами (88% підтримки), розвиток інтегрованої та збалансованої моделі надання допомоги з акцентом на первинну ланку (84%), оптимізація мережі та підвищення ефективності спеціалізованих закладів (81%), впровадження прозорих та справедливих механізмів фінансування галузі (79%), зміцнення системи громадського здоров'я та міжсекторальної взаємодії (75%), а також посилення участі та прав пацієнтів (72%).

Досягнення консенсусу створює основу для подальшого вдосконалення державної політики в сфері ОЗ на засадах доказовості, інклюзивності та відповідності кращим європейським практикам. Водночас, отримані результати потребують подальшої операціоналізації у вигляді конкретних заходів, індикаторів та механізмів імплементації, які мають бути відображені в національній стратегії розвитку ОЗ та відповідних нормативних документах.

За результатами експертного опитування та консультацій було сформульовано низку рекомендацій щодо напрямків та механізмів впровадження європейських стандартів в систему ОЗ України. Ці рекомендації відображають консолідовану позицію фахового середовища стосовно пріоритетних кроків, необхідних для успішної трансформації медичної галузі в контексті євроінтеграційних процесів.

Однією з ключових рекомендацій, підтриманою абсолютною більшістю

експертів (88%), стало забезпечення послідовності та спадкоємності реформ ОЗ незалежно від змін політичної кон'юнктури. Учасники опитування наголошували, що часті зміни курсу є одним з головних чинників, які перешкоджають успішній трансформації галузі ОЗ в Україні. Відтак, на думку експертів, критично важливо досягти суспільного консенсусу щодо стратегічних пріоритетів та принципів розвитку системи ОЗ, які будуть дотримуватися послідовно незалежно від результатів виборів чи змін урядових команд. Практичним механізмом забезпечення такої сталості може стати довгострокова стратегія розвитку та забезпечення стійкості системи ОЗ України, що має врахувати й чинні пріоритети та відповідний операційний план заходів, що відображені у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, що схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 №34 [138]. Перспективи реалізації довгострокової Стратегії значно підсиляться, якщо вона буде мати міжгалузевий комплексний характер і буде затверджена ВР України та матиме статус закону.

Іншим пріоритетом, на якому наголошували експерти (85% підтримки), є системне та поетапне наближення українського законодавства у сфері ОЗ до відповідних норм та директив ЄС. Зокрема, учасники зазначали необхідність перегляду та оновлення базових законів про ОЗ, медичне обслуговування, лікарські засоби, трансплантацію, донорство крові тощо з метою їх гармонізації з європейськими стандартами та кращими практиками. При цьому більшість експертів (71%) вважають за доцільне застосування диференційованого та поступового підходу до імплементації норм ЄС, який би враховував національну специфіку та реальні можливості української системи ОЗ. Відтак, процес адаптації законодавства має супроводжуватися ретельним аналізом регуляторного впливу, оцінкою необхідних ресурсів та поетапним планом впровадження змін.

Переважає більшість опитаних (73%) також вказали на важливість повноцінної імплементації європейського підходу до розвитку кадрових ресурсів ОЗ. Експерти наголошували, що якість та ефективність медичної

допомоги насамперед залежить від професіоналізму, вмотивованості та достатньої чисельності медичних працівників. Відтак, одним із ключових завдань є наближення системи підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів і медичних сестер до стандартів ЄС, зокрема в частині запровадження компетентнісного підходу, використання сучасних освітніх технологій, розширення академічної мобільності та участі в європейських професійних мережах. Окрім того, експерти вказували на необхідність перегляду кваліфікаційних вимог, удосконалення системи атестації та ліцензування медичних працівників відповідно до європейських норм.

Не менш важливим напрямком, на думку учасників опитування (89% підтримки), є забезпечення належного рівня оплати праці та мотивації медичних працівників. Незважаючи на поступове підвищення заробітних плат в галузі протягом останніх років, їх рівень все ще суттєво відстає від середньоєвропейських показників, що провокує відтік кадрів та негативно впливає на якість медичної допомоги. Тому експерти рекомендують розробити та реалізувати поетапний план підвищення оплати праці в ОЗ з урахуванням макроекономічних можливостей держави. Водночас, важливо запровадити прозорі та об'єктивні механізми оцінки ефективності діяльності медичного персоналу, які пов'язуватимуть рівень винагороди з індикаторами якості допомоги та задоволеності пацієнтів.

Окрему увагу експерти приділили питанням модернізації інфраструктури та оснащення закладів ОЗ. Переважна більшість респондентів (82%) вказали на незадовільний стан матеріально-технічної бази більшості медичних закладів в Україні, що істотно ускладнює надання якісних та безпечних послуг відповідно до сучасних клінічних настанов. У зв'язку з цим, експерти рекомендували розробити та реалізувати Національний план розвитку інфраструктури ОЗ на 10 років, який визначатиме пріоритетні потреби та джерела інвестицій для різних рівнів медичної допомоги з урахуванням європейських практик. Зокрема, наголошувалось на необхідності цільових інвестицій в оновлення медичного обладнання первинної ланки,

створення сучасних регіональних лікарень інтенсивного лікування та багатопрофільних медичних центрів, а також розбудову системи реабілітації та паліативної допомоги (загальна підтримка цих пропозицій – 87%).

Ще однією важливою сферою, яка потребує гармонізації з європейськими стандартами, на думку експертів, є фармацевтичний сектор. Учасники зазначали, що чинна система реєстрації, контролю якості та ціноутворення на лікарські засоби в Україні не повною мірою відповідає уніфікованим процедурам ЄС, що створює потенційні ризики для доступності та безпеки медикаментів. У зв'язку з цим, більшість респондентів (62%) підтримали рекомендацію щодо перегляду відповідної нормативної бази з метою її наближення до директив та регламентів ЄС. Зокрема, наголошувалось на необхідності впровадження належних практик виробництва (GMP), дистрибуції (GDP) та фармаконагляду, а також приведення процедур оцінки та державної реєстрації лікарських засобів у відповідність до стандартів ЄС.

Окрім регуляторних змін, експерти рекомендували оптимізувати систему забезпечення населення лікарськими засобами в рамках гарантованого державою пакету медичної допомоги. Зокрема, наголошувалось на необхідності подальшого розширення Національного переліку основних лікарських засобів відповідно до рекомендацій ВООЗ та кращих європейських практик (підтримка 62%), впровадження економічно обґрунтованих підходів до ціноутворення та реімбурсації вартості медикаментів (підтримка 76%), а також застосування прозорих та недискримінаційних процедур публічних закупівель лікарських засобів із залученням спеціалізованих міжнародних організацій (підтримка 71%).

Наступним компонентом експертного опитування було з'ясування думки експертів щодо функціонування вітчизняної системи ОЗ в умовах безпрецедентних викликів, зумовлених як глобальними, так і локальними кризами. З метою визначення стратегічних векторів адаптації медичної галузі було запропоновано визначити оптимальні механізми, що забезпечують стабільне функціонування галузі за екстремальних умов.

Узагальнення експертних думок свідчить, що процес реформування галузі має враховувати концепцію health security (безпеки ОЗ). 68% респондентів одностайно підкреслюють, що медична система перестала бути суто соціальною сферою і перетворилася на складову національної безпеки. Особливу увагу значна частка експертів звертає на те, що сфера зазнає впливу специфічного спектра деструктивних чинників, серед яких домінують гібридні загрози в умовах війни (73%). До них належать не лише прямі фізичні руйнування інфраструктури, а й кібератаки на медичні інформаційні системи, дезінформаційні кампанії та штучно створені перебої з наявністю специфічних лікарських засобів та медичних виробів. За таких умов традиційні моделі функціонування виявляються малоефективними.

Аналіз відповідей респондентів дозволяє виділити два взаємопов'язані вектори оптимізації управлінських механізмів за трансформаційних умов невизначеності та загроз. Перший, це кризове управління: експерти наголошують на необхідності децентралізації прийняття рішень та підвищення автономії медичних закладів у період гострої фази надзвичайних ситуацій, де швидкість реагування на мінливу обстановку стає визначальним фактором збереження життів. Другий, це управління ризиками: превентивна діяльність визнана слабкою ланкою поточної моделі.

Науковці наполягають на впровадженні моніторингу та моделювання потенційних загроз для формування алгоритмів дій заздалегідь. Критичним чинником, від якого залежить загальна спроможність системи виконувати свої функції, визнано раціональне адміністрування ресурсів (82% респондентів). Будь-які управлінські стратегії залишаються декларативними, якщо вони не підкріплені реальними можливостями. Відповідно, на перший план виходять ресурси: кадровий потенціал, матеріально-технічна база, стабільне фінансування та надійні логістичні ланцюги. Переважна більшість опитаних фахівців (89%) зазначають, що саме дефіцит кваліфікованого персоналу та проблеми ресурсного забезпечення є головними дестабілізуючими факторами.

Результати проведеного опитування, що стосується безпекової

складової функціонування та розвитку галузі демонструють, що загальна стійкість системи ОЗ не є статичною характеристикою, а є динамічною здатністю системи до самовідновлення та адаптації. Її досягнення, на думку керівників закладів ОЗ можливе лише за умови інтеграції безпекових стандартів у щоденну медичну практику, гнучкості управлінського апарату та створення надійного ресурсного резерву.

Насамкінець, консолідована позиція експертів (86% підтримки) полягала в необхідності суттєвого посилення спроможності профільних інституцій в частині стратегічного управління та координації реформ в ОЗ. Учасники наголошували, що МОЗ та НСЗУ мають перетворитися на потужні драйвери змін у медичній галузі з належним кадровим, фінансовим та організаційним забезпеченням. Для цього експерти рекомендували переглянути функції та повноваження цих органів, а також запровадити прозорі та меритократичні процедури конкурсного відбору та призначення керівників різних рівнів на основі оцінювання особистих здібностей претендентів та реальних досягнень з урахуванням професійних та моральних критеріїв. Окрім того, наголошувалось на важливості розбудови ефективних комунікаційних механізмів між зазначеними відомствами та іншими причетними міністерствами для гармонізації секторальних політик та мінімізації інституційних конфліктів.

Підсумовуючи викладене, можна констатувати, що отримані рекомендації експертів створюють міцну основу для розробки та реалізації комплексної стратегії впровадження європейських стандартів в систему ОЗ України. Звичайно, ця стратегія має бути адаптована до національних умов та поточних можливостей держави, проте її ключові компоненти – послідовність та незворотність реформ, гармонізація законодавства, інвестиції в людський капітал та інфраструктуру, модернізація виробничого медичного і фармацевтичного сектору, посилення інституційної спроможності – повинні залишатися незмінними орієнтирами на шляху європейської інтеграції та гармонізації медичної галузі до міжнародних норм і стандартів.

Водночас, успішна реалізація цих амбітних завдань вимагатиме узгодження політики, належного фінансового забезпечення, а також широкої суспільної підтримки. Саме тому критично важливо забезпечити інклюзивність та прозорість процесу розробки та впровадження стратегії, залучивши до нього всі зацікавлені сторони – органи публічної влади, заклади ОЗ, медичних працівників, пацієнтські та професійні організації, експертну спільноту тощо. За таких умов зміни у галузі стануть незворотними та принесуть відчутні результати для кожного громадянина України.

Водночас, проведене експертне опитування та консультації дозволили не лише визначити ключові пріоритети та рекомендації щодо трансформації системи охорони здоров'я України в контексті євроінтеграції, але й сформуванню бачення послідовності та механізмів їх практичної реалізації. На основі узагальнення та систематизації отриманих результатів виникає потреба у розробленні дорожньої карти реалізації пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я на середньострокову перспективу. Більшість експертів (82%) погодилися з необхідністю формалізації такого документу на урядовому рівні, що дозволить забезпечити послідовність реформ незалежно від змін політичної кон'юнктури, а також міжсекторальну взаємодію із залученням відповідних урядових структур задля забезпечення принципу «здоров'я у всіх політиках». При цьому наголошувалось, що дорожня карта має бути реалістичною, збалансованою та синхронізованою з іншими стратегічними документами, зокрема Угодою про асоціацію між Україною та ЄС, Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я до 2030 року, а також секторальними та регіональними програмами розвитку.

Пропонується наступна концептуальна архітектура дорожньої карти розвитку системи охорони здоров'я, що структурована за трьома функціональними векторами (аналітично-прогностичним, оперативно-координаційним та ресурсним) з відповідними організаційними підходами щодо її реалізації (рис.2.1.).



Рис. 2.1. Концептуальна архітектура дорожньої карти розвитку охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Схема відображає системну трансформацію управління галуззю. Вважаємо за доцільне, здійснення переходу від декларативного до ресурсного планування, що базується на оцінюванні стратегічних резервів, пріоритетності розподілу ресурсів та використанні ризик-орієнтованого підходу, а також висловлюємо припущення, що інституційна спроможність галузі прямо залежить від впровадження безпекових протоколів у медичну практику.

Слід наголосити на тому, що зазначений перехід від декларативного до ресурсного планування виступає наскрізним вектором, що пов'язує аналітичний, операційний та безпосередньо ресурсний блоки охорони здоров'я. Тому, інтеграція ризик-орієнтованих підходів та безпекових протоколів забезпечує стійкість системи в умовах стратегічних викликів.

Експерти зазначали, що розробка дорожньої карти має базуватися на ретельному аналізі поточної ситуації в галузі, врахуванні ресурсних можливостей та обмежень, а також широкому залученні всіх зацікавлених сторін. Зокрема, 77% респондентів вважають критично важливим провести детальний аудит існуючої нормативно-правової бази, інфраструктури, кадрового та фінансового забезпечення системи охорони здоров'я для визначення базової лінії та вихідних умов для реалізації реформ охорони здоров'я. Водночас, 74% опитаних наголосили на необхідності врахування

регіональної специфіки та диспропорцій в розвитку медичної галузі при плануванні та впровадженні перетворень.

Ключовим елементом дорожньої карти, на думку експертів, має стати визначення чітких часових рамок та індикаторів досягнення цілей для кожного з пріоритетних напрямків реформування галузі. Зокрема, 77% респондентів вважають за необхідне встановити конкретні терміни імплементації законодавчих та регуляторних змін, які впливають з гармонізації з відповідними нормами та стандартами ЄС. При цьому більшість опитаних (69%) підтримують ідею поетапного впровадження *acquis communautaire* у сфері ОЗ з фокусом на найбільш критичних та підготовлених до змін сферах, оскільки підтримка і впровадження загальної сукупності права, соціальних політик і європейських практик реалізації реформ ОЗ є обов'язком щодо імплементації та застосування на шляху набуття Україною членства в ЄС.

Так, на першому етапі (орієнтовно 2027-2029 рр.) пропонується зосередитись на адаптації базового законодавства щодо прав пацієнтів, стандартів якості та безпеки медичної допомоги, фармацевтичного сектору, а також впровадженні ключових елементів електронної системи ОЗ. Другий етап (2030-2032 рр.) може включати гармонізацію вимог до освіти та професійного розвитку медичних працівників, системи ліцензування та акредитації закладів ОЗ, а також розбудову інфраструктури. На третьому етапі (2033-2035 рр.) очікується досягнення повної відповідності національної системи ОЗ європейським стандартам та практикам, включаючи механізми фінансування, управління та забезпечення якості медичних послуг.

Водночас, експерти застерігали від встановлення нереалістичних завдань, що не враховують інституційні, фінансові та кадрові обмеження. Натомість, рекомендовано закласти певний часовий «буфер» для кожного етапу реформ, що дозволить адаптуватися до можливих викликів та форс-мажорних обставин. Окрім того, 71% респондентів вважають за необхідне передбачити регулярне проміжне оцінювання прогресу реформ та механізми коригування планів у випадку їх недосягнення або зміни пріоритетів.

Поряд із визначенням часових параметрів, експерти наголошували на важливості встановлення чітких кількісних та якісних індикаторів досягнення цілей на кожному етапі реформ. Зокрема, пропонувалось використовувати такі показники, як рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг (81% підтримки), динаміка основних показників здоров'я населення (76%), частка державних видатків на ОЗ у ВВП (69%), рівень впровадження електронної системи ОЗ (64%), ступінь гармонізації законодавства з нормами ЄС (62%) тощо. При цьому, більшість опитаних (76%) вважають за доцільне деталізувати ці індикатори на рівні окремих компонентів реформи, таких як первинна допомога, громадське здоров'я, фармацевтичний сектор і т. ін.

Іншим важливим компонентом дорожньої карти, на переконання експертів, має бути чітке визначення ресурсів, необхідних для реалізації запланованих змін. Переважна більшість опитаних (94%) вказали на необхідність суттєвого збільшення державних видатків на ОЗ, принаймні до рівня 6-7% ВВП у середньостроковій перспективі. При цьому, 83% респондентів підтримали ідею поступового збільшення фінансування галузі, синхронізованого з етапами впровадження реформ та досягненням відповідних індикаторів.

Експерти зазначали, що розрахунок необхідних ресурсів має базуватися на ґрунтовному аналізі поточних та прогнозованих витрат системи, з урахуванням демографічних трендів, епідеміологічної ситуації, темпів впровадження нових технологій тощо. Зокрема, 88% опитаних вважають за необхідне розробити довгострокові прогнозні моделі потреб галузі у фінансових, кадрових, інфраструктурних ресурсах, які слугуватимуть основою для бюджетного планування.

Водночас, експерти наголошували на важливості диверсифікації джерел фінансування реформ, залучаючи кошти місцевих бюджетів (81% підтримки), міжнародної технічної допомоги (80%), а також приватних інвестицій, зокрема через механізми державно-приватного партнерства (78%). На думку опитаних, активне залучення позабюджетних ресурсів дозволить не лише

пришвидшити темпи реформ, але й забезпечити їх стійкість та незворотність в умовах можливих соціальних, економічних чи політичних ризиків.

Окремий акцент в дорожній карті, на думку учасників опитування, слід зробити на забезпеченні належної кадрової та інституційної спроможності для реалізації запланованих змін. Зокрема, 68% респондентів вважають критично важливим посилення кадрового потенціалу МОЗ України, НСЗУ та інших профільних інституцій шляхом залучення висококваліфікованих фахівців з досвідом проектного управління, аналітики політики та комунікацій. При цьому більшість експертів (72%) підтримують ідею створення спеціального незалежного Офісу реформ, який би координував та підтримував впровадження дорожньої карти із залученням національних та міжнародних експертів. Такий Офіс міг би відігравати роль своєрідного «мозкового центру» реформ, забезпечуючи стратегічне планування, моніторинг прогресу, аналіз ризиків та розробку рекомендацій для політичного керівництва. Водночас, 69% опитаних наголосили на необхідності чіткого розподілу повноважень та забезпечення ефективної координації між Офісом реформ, МОЗ і НСЗУ, інших відомств, уникаючи дублювання функцій та конкуренції за ресурси.

Поряд зі створенням додаткових інституційних механізмів, учасники консультацій вказували на важливість безперервного розвитку потенціалу існуючих фахівців, задіяних в розробці та впровадженні реформ. Зокрема, 81% респондентів підтримали ідею запровадження спеціальних освітніх програм та навчальних тренінгів для представників МОЗ, НСЗУ, регіональних департаментів ОЗ тощо з питань стратегічного управління та планування, проектного менеджменту, аналізу політики, комунікацій, змін, тощо. Окрім того, 74% опитаних вважають за необхідне налагодити системну співпрацю з експертним середовищем, аналітичними центрами «think tanks», профільними професійними громадськими організаціями для залучення до процесу реформ додаткової експертизи та досвіду.

Не менш важливою передумовою успішної реалізації дорожньої карти, за оцінками експертів, є налагодження ефективної комунікації та взаємодії

(86%), проведення широкої інформаційно-роз'яснювальної кампанії щодо цілей, змісту та очікуваних результатів реформ із залученням широкого кола стейкхолдерів. Така кампанія має бути проактивною, системною та адаптованою до потреб цільових аудиторій. Зокрема, 79% респондентів вважають за необхідне розробити та реалізувати довгострокову комунікаційну стратегію супроводу реформ із використанням різних каналів, зокрема онлайн медіа, соціальних мереж, з фокусом не лише на інформуванні про перебіг змін, але й на роз'ясненні їх сенсу та користі для конкретних груп населення – пацієнтів, медичних працівників, платників податків тощо.

Водночас, 68% опитаних вважають за доцільне створення постійно діючої платформи для діалогу та консультацій з профільними асоціаціями, експертними центрами та пацієнтськими організаціями щодо ключових кроків з реалізації дорожньої карти. Така платформа могла б функціонувати у різних форматах – регулярні круглі столи, громадські обговорення, онлайн-консультації тощо. Головне її завдання – забезпечити врахування потреб та очікувань різних зацікавлених груп, мінімізувати потенційні конфлікти та спротив змінам, а також мобілізувати підтримку реформ з боку професійної спільноти та широкої громадськості.

Невід'ємною складовою процесу впровадження дорожньої карти, на думку експертів, має бути регулярний моніторинг та оцінка прогресу реформ на основі об'єктивних індикаторів та із залученням незалежних експертів. Такий моніторинг дозволить вчасно виявляти проблемні зони, коригувати заплановані заходи та звітувати перед суспільством про досягнуті результати. При цьому більшість опитаних (74%) вважають за необхідне забезпечити відкритий доступ до даних моніторингу та оцінки через спеціальний веб-портал або інші комунікаційні канали.

На переконання експертів, система моніторингу та оцінки реалізації дорожньої карти має базуватися на сучасних методологічних підходах та інструментах, таких як збалансована система показників (Balanced Scorecard), ключові показники ефективності (KPI), аналіз витрат і вигід (Cost-Benefit

Analysis) тощо. На думку експертного середовища цей документ повинен визначати ключові етапи, індикатори досягнення цілей, необхідні ресурси та механізми впровадження реформ для кожного з пріоритетних напрямків реформування галузі на середньострокову перспективу. Важливими передумовами успішної реалізації дорожньої карти є узгодження стратегічного плану, забезпечення міжсекторальної взаємодії, належного фінансування та постійного моніторингу й коригування запланованих заходів.

Виходячи із зазначеного, з урахуванням думки експертного середовища щодо оцінки реалізації дорожньої карти, запропоновано організаційно-методичний підхід до моніторингу реалізації стратегій у сфері ОЗ який базується на принципі міжсекторальної взаємодії та динамічного коригування цільових індикаторів, що передбачає інтеграцію інструментів збалансованої системи показників (BSC) та аналізу витрат і вигід (CBA). Це, на відміну від існуючих підходів, дозволить забезпечити багаторівневу оцінку стратегій не лише за процесною ознакою, а й за критеріями економічної ефективності та соціального впливу. Вважаємо, що поєднання середньострокового планування з жорстким ресурсним обґрунтуванням кожного етапу реалізації є критичною умовою інституційної стійкості системи ОЗ.

Запропоновані пропозиції до дорожньої карти, розроблені на основі експертних рекомендацій, безумовно, не претендують на вичерпність та досконалість. Водночас, вони окреслює загальні рамки та принципи, які можуть слугувати відправною точкою для подальшої деталізації та операціоналізації кроків з реформування системи охорони здоров'я України на шляху до європейської інтеграції. Ключовими факторами успіху в цьому процесі, на переконання експертів, мають стати належне ресурсне забезпечення, професіоналізм виконавців, широка суспільна підтримка змін.

Нижче наведено структурно-логічну схему розробленого організаційно-методичного підходу, яка відображає інтеграцію його концептуальних засад, інструментального забезпечення та результуючих багаторівневих критеріїв оцінки (рис.2.2).

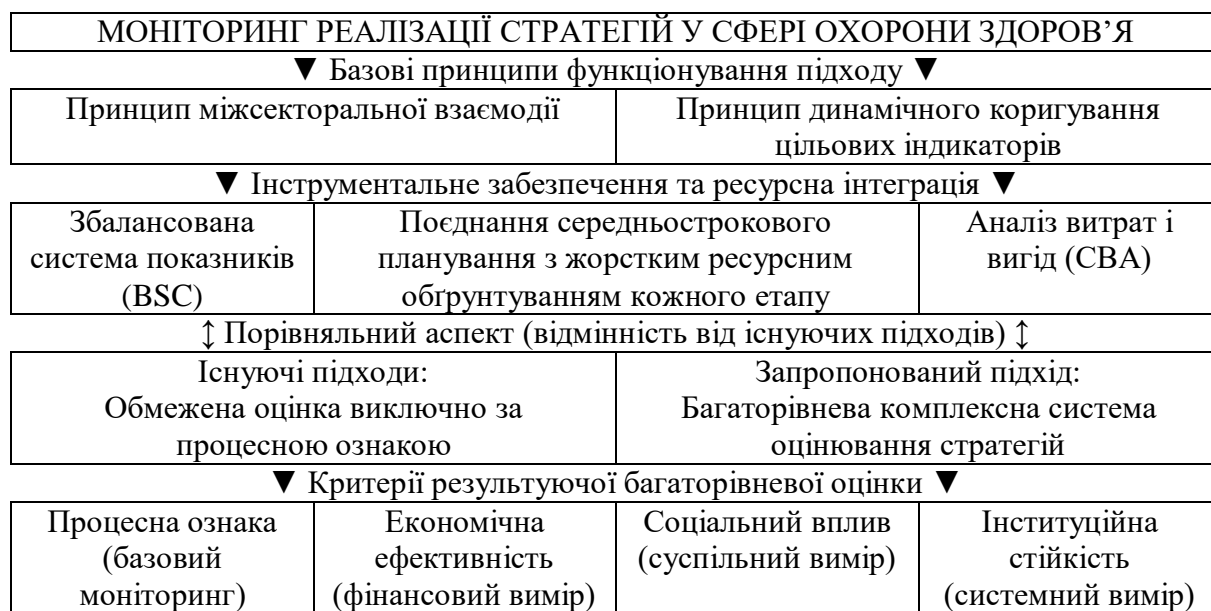


Рис. 2.2. Організаційно-методичний підхід до моніторингу реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Разом з тим, учасники консультацій наголошували, що розроблення якісної дорожньої карти – це лише початок складного та тривалого процесу трансформації галузі. Не менш важливим є забезпечення її послідовної та ефективної імплементації на практиці, що потребуватиме злагодженої роботи всіх гілок влади, узгодження різних політик та програм, а також постійного діалогу та комунікації з суспільством. Лише за таких умов закладені в дорожній карті зміни зможуть принести відчутні результати та покращити здоров'я і якість життя громадян України.

Підсумовуючи, варто зазначити, що результати експертного опитування та розроблені на їх основі пропозиції до дорожньої карти є цінним внеском у формування доказової та інклюзивної політики в сфері ОЗ України. Вони створюють надійний фундамент для прийняття стратегічних рішень та мобілізації ресурсів задля досягнення амбітної мети – побудови сучасної, справедливої та ефективної системи ОЗ, яка відповідатиме європейським стандартам та забезпечить високу якість життя та медичного обслуговування.

Окремої уваги потребує подальша науково-прикладна робота з деталізації та операціоналізації запропонованих у дорожній карті заходів, зокрема в частині визначення необхідних ресурсів, відповідальних виконавців, часових рамок, а також індикаторів моніторингу та оцінки прогресу. Це вимагатиме тісної співпраці представників органів влади, експертного середовища, професійних асоціацій, громадянського суспільства задля вироблення консенсусних та реалістичних рішень.

Разом з тим, успіх реалізації будь-якої дорожньої карти реформ значною мірою залежить від спроможності всіх задіяних сторін відійти від усталених бюрократичних шаблонів і процедур та впровадити інновації в процесах вироблення та імплементації політики – як на рівні окремих організацій, так і системи в цілому. Це, у свою чергу, вимагає зміни інституційної культури та мислення, розвитку нових компетентностей, а також готовності до відкритості, співпраці та постійного навчання.

Отже, трансформаційні процеси та безпекові виклики вимагають докорінного переосмислення підходів до функціонування медичної галузі. Національна охорона здоров'я сьогодні функціонує в екстремальних умовах, де гібридні загрози в умовах війни – від кібератак на медичні інформаційні системи до цілеспрямованого руйнування критичної інфраструктури та дезінформаційних кампаній – створюють безпрецедентне навантаження на всі її ланки. За таких обставин розробка Дорожньої карти розвитку галузі стає безальтернативним інструментом гарантування національної безпеки.

В основі пропонованої Дорожньої карти має бути покладений безпековий принцип щодо ОЗ на основі концепції health security, яка розглядає систему не просто як сферу надання медико-соціальних послуг, а як фундаментальний елемент захисту держави. Ця концепція передбачає створення багаторівневої системи захисту населення від біологічних, хімічних, радіологічних загроз, а також адаптацію до раптових масових санітарних втрат. Головним цільовим орієнтиром розвитку визначена стійкість системи – її здатність не лише витримувати екстремальні навантаження, але й швидко відновлюватися,

адаптуватися до нових умов.

Для досягнення зазначеної мети Дорожня карта має передбачати реалізацію заходів за такими основними векторами: Аналітично-прогностичний вектор демонструє, що системне управління ризиками стає базовою функцією управління на всіх рівнях. Він передбачає постійний моніторинг потенційних загроз, моделювання кризових ситуацій та розробку превентивних сценаріїв реагування. Оперативно-координаційний вектор демонструє, що ефективне кризове управління передбачає чітку вертикальну та горизонтальну координацію між державними органами, військовими адміністраціями, медичними закладами та партнерськими інституціями. Ресурсний вектор демонструє, що стратегія залишиться декларативною без належної ресурсної бази та передбачає, що фінансові, матеріально-технічні та людські ресурси мають акумулюватися та розподілятися на основі принципу пріоритетності та створення стратегічних резервів.

Отже, експертна оцінка пріоритетів державної політики розвитку ОЗ в Україні в умовах європейської інтеграції дозволила визначити ключові напрямки та механізми трансформації вітчизняної медичної галузі відповідно до практик та стандартів ЄС. На основі аналізу результатів експертного опитування та консультацій було досягнуто консенсусу щодо таких ключових пріоритетів, як забезпечення загального охоплення населення якісними медичними послугами, розвиток ефективної та збалансованої моделі надання допомоги з акцентом на первинну ланку, оптимізація мережі та підвищення ефективності спеціалізованих закладів, зміцнення системи громадського здоров'я та міжсекторальної взаємодії, а також посилення участі та прав пацієнтів. Узагальнення експертних думок свідчить, що процес реформування галузі має враховувати концепцію health security (безпеки охорони здоров'я).

Загальна інституційна спроможність системи ОЗ протистояти кризам прямо пропорційно залежить від глибини інтеграції безпекових заходів та протоколів у щоденну медичну практику. Дорожня карта має передбачати реалізацію заходів за трьома основними векторами: аналітично-прогностичним,

оперативно-координаційним, ресурсним. Реалізація запропонованих пропозицій дозволить трансформувати систему ОЗ з реактивної моделі реагування на настання кризи у високоадаптивну систему.

Таким чином, застосування комбінованої методології (кількісного та якісного аналізу) забезпечило валідацію та комплексність оцінки пріоритетів державної політики ОЗ України в умовах євроінтеграції. За результатами експертного опитування ідентифіковано ключові вектори трансформації галузі, а також виявлено точки консенсусу та дивергенції в експертних оцінках. Підсумком дослідження стала розробка концептуальних пропозицій до дорожньої карти реформування системи відповідно до стандартів ЄС.

Доведено, що результативність запропонованої дорожньої карти прямо залежить від застосування збалансованої системи індикаторів та методів аналізу ефективності витрат. Документ має ідентифікувати ключові етапи та необхідні ресурси, водночас акцентуючи на важливості міжсекторального підходу та гнучкого коригування стратегії. Ключовою умовою успіху визначено створення інтегрованої системи моніторингу, що базується на принципах прозорості та фінансової обґрунтованості.

Запропонована дорожня карта передбачає поетапну імплементацію заходів за ключовими векторами розвитку. Зокрема, аналітико-прогностична діяльність спрямована на інституціоналізацію ризик-менеджменту та створення систем превентивного моніторингу. Оперативна координація має на меті оптимізацію міжсекторальної взаємодії для миттєвого реагування на запити галузі. Водночас ресурсна стратегія забезпечує фінансову та матеріальну стабільність реформ, впроваджуючи модель розподілу ресурсів на основі пріоритетності та створення стратегічного потенціалу.

Систематизація експертних оцінок дозволила розробити методичне підґрунтя для трансформації системи ОЗ в умовах євроінтеграції. Аналіз засвідчив, що ключовими чинниками успіху та фундаментальною передумовою стабільності галузі визначено: розвиток громадського здоров'я, міжсекторальну взаємодію та впровадження заходів безпеки ОЗ на всіх управлінських рівнях.

Запропонована тривекторна модель Дорожньої карти (аналітична, оперативна та ресурсна) забезпечує перехід від реактивного менеджменту до високоадаптивної системи управління, здатної ефективно протистояти глобальним та локальним кризам.

2.2. Формування державної політики забезпечення стійкості й спроможності системи охорони здоров'я в Україні в умовах євроінтеграції на основі концепції health security

Збройна агресія зумовила виникнення критичних викликів для системи ОЗ України, що виявляються у руйнації інфраструктури, гострому кадровому дефіциті та суттєвому зростанні попиту на медичні послуги. На початок 2025 року, зафіксовано скорочення чисельності лікарів професіоналів на 10,8% (до 160 тис. осіб) та середнього медичного персоналу на 16,6% (до 257 тис. осіб). Основними чинниками відтоку кадрів є мобілізаційні процеси, вимушена міграція та професійне вигорання. Найбільш критична ситуація спостерігається у Донецькій, Запорізькій, Херсонській та Харківській областях, де відчувається брак терапевтів, хірургів, анестезіологів, медичних психологів та ін. За даними моніторингу, 54,7% керівників закладів підтверджують дефіцит персоналу [85]. Додатковими дестабілізуючими факторами є атаки на енергетичну інфраструктуру та внутрішнє переміщення населення, що обмежує доступ до медичної допомоги та ускладнює функціонування закладів у зимовий період.

Сучасний стан системи ОЗ України характеризується низкою дестабілізаційних чинників: депопуляцією, соціальною нестабільністю, масовим внутрішнім переміщенням осіб та погіршенням умов життєдіяльності у прифронтових регіонах. Додаткове навантаження на систему зумовлене дефіцитом фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, що суттєво обмежує доступ населення до медичної допомоги. Попри те, що стратегічні вектори трансформації галузі закріплені на законодавчому рівні та спрямовані на вдосконалення державного управління, наукова спільнота наголошує на

складності управлінських процесів, враховуючи у т.ч. їх кризовий характер, що зумовлено впливом комплексу як контрольованих, так і неконтрольованих екзогенних та ендогенних факторів, що провокують виникнення нових кризових явищ [7; 72].

Пріоритетної уваги потребує система громадського здоров'я, діяльність якої в умовах безпекових загроз має бути орієнтована на превенцію захворюваності та зміцнення здоров'я суспільства. Функціонування системи передбачає належне нормативне забезпечення державного нагляду за господарською діяльністю. Ключовим завданням є впровадження механізмів запобігання надзвичайним ситуаціям, які можуть спричинити поширення інфекційних та неінфекційних захворювань. Реалізація заходів потребує системної координації та імплементації міжнародного досвіду [132].

Викладені обставини обґрунтовують необхідність розбудови інтегрованої системи забезпечення стійкості та кризового управління у сфері ОЗ. Пріоритетним напрямом є вдосконалення моніторингу та інформаційно-аналітичного забезпечення для оперативного отримання, опрацювання та дифузії релевантних даних для прийняття своєчасних і обґрунтованих рішень. Така діяльність має охоплювати як детермінанти здоров'я (сукупність індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних факторів) [167], так і ключові показники функціонування медичної галузі в умовах невизначеності, ризиків та потенційних загроз.

Стійкість системи ОЗ визначає її здатність до безперервного функціонування в умовах критичних навантажень. Це охоплює як готовність до екзогенних шоків (епідемій, пандемій), так і адаптивність до дестабілізуючих об'єктивних чинників: політичних криз, управлінської дезорганізації чи суспільної нестабільності [253].

Стійкість системи ОЗ досягається шляхом дотримання таких умов: здійснення моніторингу спроможностей та ризиків основних структурних елементів системи; забезпечення готовності до реагування на широкий спектр викликів на всіх стадіях кризового циклу; підвищення адаптивної здатності

системи до мінливих умов функціонування; впровадження інтегрованих механізмів подолання надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я; розвиток внутрішнього потенціалу саморегуляції системи [242].

У даному підрозділі здійснено узагальнення міжнародного науково-експертного контенту щодо стійкості систем ОЗ [185; 189; 193; 242; 253; 276; 304; 316] на основі якого обґрунтовано концептуальні засади, принципи та інтеграційні аспекти забезпечення стійкості й спроможності системи охорони здоров'я. Досліджено механізми запобігання кризовим явищам на основі імплементації концепцій Health Security та One Health у процесі реалізації державної політики розвитку галузі в умовах євроінтеграції. Окрему увагу приділено визначенню потенціалу Глобального індексу безпеки здоров'я (GHS Index) як стратегічного орієнтиру та інструменту кризового управління в умовах невизначеності, ризиків та безпекових загроз.

Стратегія розвитку системи ОЗ України до 2030 року, затверджена урядом у січні 2025 р., впроваджується під час війни через баланс між стійкістю в екстремальних умовах та реформами для повоєнного відновлення. Вона поєднує пріоритети мирного часу з викликами бойових дій, фокусуючись на безперервності послуг та інтеграції з європейськими стандартами [138].

Операційний план 2025–2027 передбачає заходи з посилення координації: розширення первинної ланки, інтеграцію монопрофільних закладів у багатопрофільні лікарні, підготовку до можливих кризових станів в умовах пандемій/війн та адаптацію до умов функціонування системи охорони здоров'я під час зазначених явищ. Ключовими напрямками впровадження Стратегії є посилення реагування на загрози через міжвідомчу координацію (КМУ, МОЗ, МО, ДСНС, інші Міністерства і відомства), цифрові інструменти маршрутизації пацієнтів та програми підтримки для ветеранів війни та ВПО. Реалізація стратегічних напрямів включає відбудову за принципом «краще, ніж було», з фокусом на профілактику, імунізацію та стійкість.

Стратегічне партнерство між ЄС та ВООЗ, за фінансової та організаційної підтримки Генерального директорату з питань сусідства та переговорів щодо

розширення (DG NEAR), виступає каталізатором довгострокових реформ, спрямованих на зміцнення стійкості національної системи охорони здоров'я. Спільні зусилля орієнтовані на вдосконалення механізмів реагування на надзвичайні ситуації, розробку алгоритмів подолання майбутніх загроз та забезпечення інклюзивності медичних послуг. Експертна підтримка ВООЗ сприяє формалізації управлінських процесів, оптимізації бюджетного планування та розвитку первинної ланки медичної допомоги, зокрема у постраждалих від збройної агресії регіонах. Реалізація Програми медичних гарантій у межах цієї співпраці забезпечила адаптацію вітчизняної системи до стандартів ЄС щодо прозорості, підзвітності та належного врядування (Good Governance) [304].

Європейська політика у сфері ОЗ, що реалізується на глобальному та національному рівнях, спрямована на розбудову функціонально стійкої та дієвої системи, здатної до оперативної відповіді на надзвичайні ситуації та безпекові загрози. Відповідні стратегічні орієнтири закріплені у засадничих міжнародно-правових актах ВООЗ [297; 299], що на сучасному етапі є передумовою формування цілісної архітектури глобальної безпеки [276]. Ключовим аспектом цього процесу є забезпечення глобальної безпеки здоров'я (Global Health Security) на основі інтегрованих підходів та концептуальних засад Health Security [221] та One Health [265].

Аналіз досліджень, що стосуються визначення ролі й місця концепції Health Security (безпека здоров'я) у контексті реалізації державної політики розвитку галузі в умовах євроінтеграції дає підстави для зосередження уваги на превентивних механізмах у забезпеченні життєдіяльності суспільства. Вона передбачає готовність держави до виявлення, запобігання та реагування на критичні загрози (пандемії, біозагрози, катастрофи) та кризи при збереженні повної функціональності системи охорони здоров'я [74; 204; 221; 276; 294; 297; 316]. В Україні зазначена концепція є складником національної безпеки, з акцентом на розбудові стійкості (resilience) та поглибленні співпраці з ЄС. Ключовим інструментом координації на рівні Євросоюзу є Комітет із безпеки

здоров'я (Health Security Committee) – колегіальний орган, що об'єднує представників національних відомств для протидії біологічним загрозам та дефіциту лікарських засобів. До його основних функцій належать: моніторинг і оцінка загроз на рівні ЄС, координація швидкого реагування на пандемії та управління механізмами спільних закупівель медичних ресурсів [74; 221].

У межах євроінтеграційного поступу України концепція Health Security (безпека здоров'я) набуває статусу стратегічного пріоритету державної політики розвитку охорони здоров'я. Вона ґрунтується на комплексному підході до захисту населення від біологічних, соціальних та екологічних загроз шляхом гармонізації національного законодавства з європейськими нормативними стандартами. Як інтегральна парадигма, Health Security об'єднує сфери громадського здоров'я, епідеміологічного нагляду та функціональної стійкості системи до кризових явищ, що повністю корелює з принципами політики ЄС «Здоров'я-2020» [219]. В Україні імплементація цих підходів забезпечується через Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, де ключовий акцент зміщено на профілактичні заходи та міжсекторальну координацію. Фахові дослідження підтверджують, що впровадження моделі Health Security зміцнює національну безпеку через ефективне управління ризиками в медичній галузі, особливо стосовно громадського здоров'я, що включають цифровізацію та доступність послуг, з урахуванням викликів, як-от пандемія COVID-19 [137].

Основні виклики охоплюють дефіцит фінансування, нормативну фрагментацію та потребу в кваліфікованих кадрах, попри позитивний вплив реформ на життєздатність системи. Перспективи пов'язані з імплементацією європейських стандартів профілактики та міжсекторальної політики взаємодії та співпраці, що забезпечить синергію з іншими сферами соціальної безпеки, посилить міжвідомчу координацію для ефективної реалізації Health security.

Стратегія управління ризиками є центральним елементом Health security, забезпечуючи систематичне виявлення, оцінку та мінімізацію загроз для здоров'я населення. Вона перетворює потенційні кризи на контрольовані процеси через превентивні заходи та координацію. Стратегія включає ідентифікацію ризиків

(біологічних, екологічних, соціальних), їх кількісну оцінку та вибір тактик: уникнення, зменшення, передачу чи прийняття ризику. У Health security це реалізується через моніторинг (EWRS у ЄС), стратегічні резерви та міжсекторальні плани, що підвищує стійкість систем ОЗ [221].

Комітет із безпеки здоров'я (Health Security Committee, HSC) [221; 276] посідає центральне місце в функціонуванні координаційних механізмів ЄС щодо нівелювання загроз громадському здоров'ю. Компетенція Комітету охоплює забезпечення стратегічної готовності до масштабних транскордонних викликів, включаючи пандемії, дефіцит критичних медичних ресурсів, а також загрози біологічного та гібридного характеру. Для України, у контексті євроінтеграційного поступу, розбудова взаємодії з цим органом є стратегічним пріоритетом, що детермінує умови доступу до механізмів спільних закупівель, інструментарію оперативного реагування та загальний вектор модернізації галузі. Функціональна діяльність Комітету структурується за такими напрямками: моніторинг та дифузія інформації про загрози; верифікація ризиків і розробка експертних рекомендацій; нарощування інституційної спроможності національних систем через технічну підтримку; стрес-тестування антикризових планів та поглиблення міжсекторального партнерства, зокрема координація із системами ВООЗ [74].

Комітет Health Security Committee (HSC) [74; 221] забезпечує оперативний обмін інформацією та координацію спільних дій держав-членів у разі виникнення пандемій або загроз біологічного походження. Створений відповідно до Рішення Ради 2001/928/ЄС, HSC здійснює моніторинг через систему раннього попередження та реагування (EWRS), мобілізуючи ресурси для протидії транскордонним загрозам. Діяльність Комітету охоплює оцінку ризиків, розробку стратегічних рекомендацій та активацію превентивних механізмів, зокрема системи спільних закупівель вакцин та формування стратегічних резервів, ефективність яких було підтверджено під час такого глобального виклика як пандемія COVID-19 [3; 304].

Таким чином, ЄС формує комплексну систему протидії безпековим

викликам у сфері ОЗ шляхом зміцнення інституційних засад та розбудови профільних структур. Сучасна парадигма транскордонних загроз у межах ЄС виходить за межі суто епідеміологічних ризиків, охоплюючи потенційні та наявні хімічні інциденти, екологічні катастрофи та наслідки кліматичних змін, масштаб яких може перевищувати адаптивні спроможності національних систем ОЗ. Це обґрунтовує необхідність консолідованого реагування на наднаціональному рівні. Сформована модель базується на триєдиній основі: превентивному епідеміологічному нагляді з поглибленою оцінкою ризиків; безперебійному функціонуванні каналів раннього сповіщення для оперативного обміну даними; а також високому рівні готовності до мобілізації ресурсів – від кадрового потенціалу до спеціалізованої медичної інфраструктури та засобів імунопрофілактики [74].

У контексті євроінтеграційного поступу України взаємодія з Комітетом із безпеки здоров'я (HSC) виступає стратегічним орієнтиром для модернізації галузі. Через механізми асоціації з ЄС держава отримує доступ до системи раннього попередження та реагування (EWRS) та експертної підтримки, що суттєво посилює функціональну спроможність національного Центру громадського здоров'я у протидії гібридним загрозам, що стосуються у т.ч. безпеки здоров'я. Зазначене сприяє системній гармонізації національних стандартів із європейськими нормами, проте водночас актуалізує потребу в подальшому нарощуванні внутрішнього інституційного потенціалу та ресурсного забезпечення [42; 204].

Співпраця з ЄС у сфері протидії транскордонним загрозам має для України виражений прикладний характер, сприяючи зміцненню стійкості національної СОЗ в умовах воєнного стану. На сучасному етапі спостерігається інтенсифікація інтеграції України в європейську архітектуру Health Security. Зокрема, участь у механізмах спільних закупівель як складових оперативних медичних контрзаходів забезпечує доступ до централізованих ресурсів вакцин та дефіцитних лікарських засобів. Водночас досвід повномасштабної війни в Україні став детермінантою перегляду концепції медичної безпеки в самому ЄС.

Аналіз українських реалій – від деструкції логістичних ланцюгів до масштабної медичної евакуації – зумовив усвідомлення європейською спільнотою комплексного, гібридного характеру сучасних загроз у сфері безпеки здоров'ю [74].

Перспективною є інтеграція України до європейських мереж раннього попередження, епідеміологічного нагляду та кризового реагування, зокрема через інтенсифікацію взаємодії з European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). [204], має фундаментальне значення для зміцнення регіональної біобезпеки. Такий підхід забезпечить дієвий контроль за поширенням інфекційних захворювань, зоонозних патогенів та мінімізацію ризиків антимікробної резистентності. Крім суто медичного аспекту, європейська архітектура Health Security встановлює уніфіковані вимоги до функціональної готовності національних систем. Це зумовлює прямий регуляторний вплив на вітчизняний фармацевтичний сектор та ринок медичних виробів, ініціюючи перегляд принципів формування стратегічних резервів та впровадження нових стандартів гарантованого постачання критично важливих лікарських засобів [74].

Інструментарій для оцінки спроможностей системи ОЗ щодо управління кризами [298], являє собою спеціалізовану методичну розробку ВООЗ, що спрямована на комплексну діагностику готовності національних систем до реагування на надзвичайні ситуації. Ключовою перевагою даного інструментарію є його мультирівневий характер, що дозволяє проводити валідну оцінку ресурсного та управлінського потенціалу на загальнодержавному, регіональному та муніципальному рівнях [3; 316].

Концепція Health Security в Україні та ЄС базується на спільних цілях захисту населення від глобальних викликів, проте демонструє суттєві розбіжності в рівнях інституційної зрілості та ресурсного забезпечення. У країнах Європейського Союзу дана сфера функціонує через інтегровану систему раннього попередження (EWRS) та механізми стратегічного резервування. Ключову координаційну роль відіграє Health Security Committee (HSC) [74], який

з 2001 року забезпечує оперативний менеджмент криз у взаємодії з ECDC та ЕМА. В Україні аналогічний функціонал переважно закріплений за Центром громадського здоров'я МОЗ [42]. Попри інтенсивну гармонізацію зі стандартами ЄС (зокрема в межах EHDS), вітчизняна система потребує нарощування фінансового та цифрового потенціалу. Особливої уваги потребує питання інкорпорації принципів HSC у національну систему стійкості відповідно до Указу Президента України №479/2021 [131], яким передбачено запровадження національної системи стійкості як комплексного механізму кризового реагування. Хоча HSC не фігурує в документі експліцитно на пряму, його базові принципи – раннє оповіщення та транскордонна координація – є засадничими для розбудови національних спроможностей щодо збереження здоров'я як стратегічного елемента стійкості держави і суспільства [221].

За визначенням О. Фірсової, класична теорія стійкості систем базується на диференціації трьох фундаментальних форм. Інертність (резистентність), що характеризує здатність системи зберігати гомеостаз і незмінність параметрів функціонування під тиском екзогенних чинників протягом визначеного інтервалу часу. Еластичність (репаративна здатність), яка визначає потенціал системи до реституції та повернення у вихідний стан після нівелювання зовнішнього дестабілізуючого впливу. Пластичність (адаптивність), що розглядається як наявність множини допустимих станів та спроможність системи до трансформаційного переходу між ними під дією негативних факторів за умови збереження ключового інваріанта – цільової траєкторії розвитку та архітекtonіки структурних зв'язків [167].

Разом з тим, Національна система стійкості, регламентована Указом Президента України, базується на принципах комплексності, інституційної стабільності та міжсекторальної взаємодії. У межах цієї моделі потенціал галузі охорони здоров'я нарощується через інтеграцію в систему EWRS HSC та імплементацію стратегічних рекомендацій програми EU4Health. Координаційні функції розподілені між РНБО та Центром громадського здоров'я МОЗ України, що дозволяє адаптувати досвід HSC до подолання локальних кризових явищ,

зокрема гібридних загроз та пандемій. Взаємодія з Комітетом із безпеки здоров'я ЄС суттєво зміцнює національну резистентність, проте її повноцінна реалізація потребує інтенсифікації цифровізації та сталого фінансування. У зазначеному контексті Указ виступає нормативним фундаментом для формування превентивних спроможностей держави, забезпечуючи наближення вітчизняної архітектури Health Security до європейських стандартів.

Запровадження механізмів забезпечення стійкості та спроможності системи ОЗ в Україні реалізується через комплексний підхід, що охоплює системні реформи, стає фінансування та поглиблення міжнародної інтеграції в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення. Пріоритетними напрямками визначено зміцнення первинної ланки медичної допомоги, цифрову трансформацію галузі та впровадження систем гнучкого ресурсного планування. В інституційній структурі забезпечення життєздатності системи визначальну роль відіграють фінансово-інвестиційні механізми. Охорона здоров'я залишається стратегічним пріоритетом державної політики, що відображено в позитивній динаміці бюджетних асигнувань. Зокрема, у 2026 році обсяг видатків на галузь (з урахуванням трансфертів) прогнозовано становить 258,6 млрд грн, що демонструє зростання на 38,8 млрд грн порівняно з попереднім бюджетним періодом [86].

Параметри Державного бюджету на 2026 рік визначають системне зміцнення галузі охорони здоров'я, забезпечуючи ієрархічний розвиток медичної допомоги – від первинного до високоспеціалізованого рівнів. Пріоритетним напрямом є нарощування фінансового забезпечення Програми медичних гарантій (ПМГ), обсяг якої у 2026 році прогнозувався на рівні 191,6 млрд грн. Зазначений ресурс спрямований на повне покриття витрат на екстрену та первинну допомогу, а також на фінансування складних хірургічних втручань. Окрім цього, передбачено розширення реімбурсації у межах програми «Доступні ліки» та імплементацію цільової програми «Скринінг здоров'я 40+». Реалізація цих заходів орієнтована на підвищення якості та інклюзивності медичних послуг, оптимізацію системи оплати праці персоналу та зміцнення загальнодержавної

стійкості через розвиток людського капіталу. Інвестиції в здоров'я людей – це інвестиції у стійкість держави та її майбутнє» [86].

Забезпечення адаптивності та життєздатності системи ОЗ України у коротко- та середньостроковій перспективі ґрунтується на реалізації таких пріоритетних механізмів. Фінансово-економічний, що передбачає нарощування обсягів реімбурсації за програмою «Доступні ліки» до 8,7 млрд грн (з розширенням нозологій на серцево-судинні захворювання та розлади психіки), а також впровадження інструментів гнучкого фінансування та розвиток ринку добровільного медичного страхування. Цифровий, що передбачає подальшу розбудову електронної системи ОЗ (eCOZ) для вдосконалення моніторингу, масштабування телемедичних рішень та оптимізації фармацевтичної логістики, зокрема в деокупованих та прифронтних регіонах. Інфраструктурний, що передбачає модернізацію мережі закладів ОЗ та забезпечення їхньої енергетичної автономності в умовах ризиків деструктивного впливу на критичну інфраструктуру. Кадровий, що передбачає інституційне зміцнення ролі затребуваних фахівців, зокрема медичних сестер, інших кваліфікованих кадрів, стимулювання мобільності персоналу через освітні програми та систему матеріальної мотивації в регіонах. Превентивно-реабілітаційний, що передбачає пріоритетний розвиток первинної ланки через впровадження скринінгових програм для населення віком 40+ та створення розгалуженої системи реабілітації ветеранів.

В умовах глобалізаційних трансформацій та інтенсифікації інтеграційних процесів особливої актуальності набуває концепція «Єдине здоров'я» (One Health) [264; 265]. Вона базується на міждисциплінарній парадигмі, що розглядає благополуччя населення через призму нерозривної взаємопов'язаності екосистем: людської популяції, тваринного і рослинного світу, а також спільного середовища існування. Наукова архітектоніка концепції охоплює соціально-економічні детермінанти, екологічні чинники та освітній рівень, що визначає її мультимодальний характер. Застосування принципів One Health є критично важливим для розв'язання комплексних проблем сучасності, зокрема:

антропогенного забруднення довкілля, втрати біорізноманіття, емерджентних інфекційних захворювань, антимікробної резистентності та деградації екосистем [264].

На основі проведених узагальнень, пропонується комплексний підхід до розбудови інтегрованої системи стійкості та спроможності системи ОЗ в умовах повоєнного відновлення (рис.2.3.), який, на відміну від існуючих, ґрунтується на інтеграції концепцій Health Security та One Health та визначенні архітекtonіки пріоритетних механізмів (превентивного, фінансово-економічного, цифрового, інфраструктурного, кадрового та реабілітаційно-відновлювального), синергія яких спрямована на підвищення адаптивності та життєздатності системи до критичних навантажень, запобігання кризовим явищам, що дозволяє забезпечити безперебійність медико-соціальних заходів та адаптивне управління ресурсами.

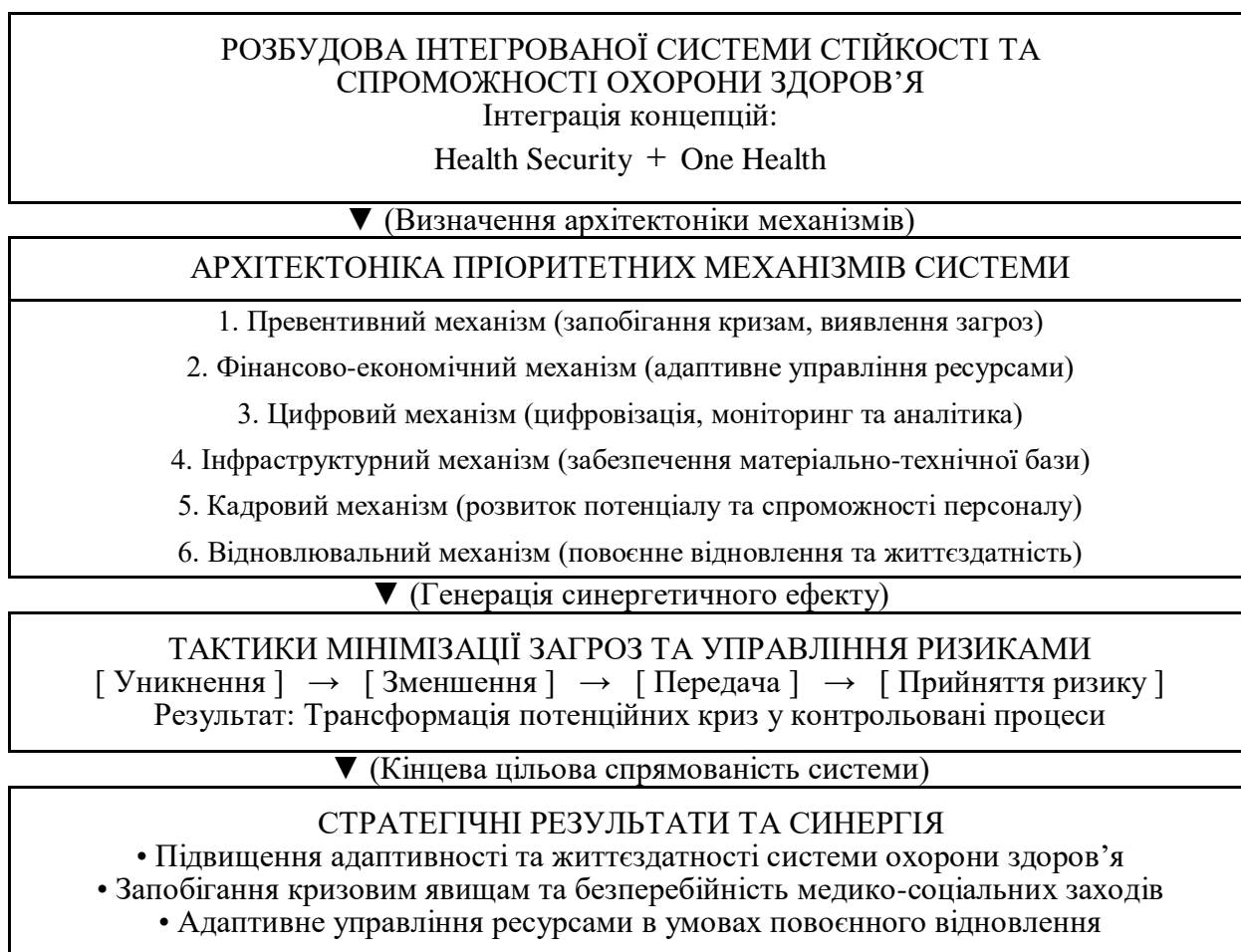


Рис. 2.3. Комплексний підхід до розбудови інтегрованої системи стійкості та спроможності охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Доведено, що систематизація процесів виявлення та мінімізації загроз (через тактики уникнення, зменшення, передачі або прийняття ризику) дозволяє трансформувати потенційні кризи у контрольовані управлінські процеси.

Водночас, функціональна стійкість національних систем охорони здоров'я має базуватися на принципах високої адаптивності до надзвичайних ситуацій та прогнозованих ризиків. Це передбачає імплементацію інтегрованих підходів, що ґрунтуються на провідному міжнародному досвіді та враховують ключові детермінанти розвитку сучасного суспільства. Особливої ваги набуває здатність системи до нівелювання комплексних гібридних загроз, що потребує впровадження проактивних стратегій управління ризиками та гармонізації вітчизняних практик із глобальними стандартами безпеки здоров'я [189; 193].

Відповідно до результатів Глобального індексу безпеки здоров'я (GHS Index, 2021) [294], попри вжиті заходи реагування на пандемію COVID-19, світова спільнота демонструє недостатній рівень готовності до майбутніх епідеміологічних загроз. Спільне дослідження Ініціативи з ядерної загрози (NTI) та Центру безпеки охорони здоров'я імені Джона Гопкінса [295], проведене за участю Economist Impact [199], охопило оцінку спроможностей 195 країн. Узагальнені дані свідчать про критичний брак потенціалу національних систем охорони здоров'я, що зумовлює високу вразливість перед новими надзвичайними ситуаціями, масштаб яких може перевищувати наслідки COVID-19. Констатована обмеженість інструментарію реагування детермінує зростання біологічних ризиків на всіх рівнях – від локального до глобального. За таких умов забезпечення глобальної безпеки охорони здоров'я потребує впровадження моделі колективної відповідальності та радикального підвищення стійкості національних медичних систем [294].

Методологія Індексу безпеки здоров'я (GHS Index) [294], базується на оцінюванні спроможності держав до превенції, ідентифікації та нівелювання біологічних загроз через призму шести категорій (сфер впливу). Сукупність 37 показників, інтегрованих у структуру індексу, дозволяє врахувати детермінанти,

що сприяють зміцненню або обмеженню функціональних можливостей національних систем [43].

Структурно GHS Index охоплює шість концептуальних категорій, що дозволяють комплексно оцінити рівень біобезпеки держави: «Профілактика» (Prevention), яка фокусується на запобіганні виникненню або вивільненню патогенів, здатних спричинити надзвичайні ситуації міжнародного значення. «Виявлення та звітування» (Detection and reporting), яка оцінює спроможність системи до ранньої ідентифікації та нотифікації про епідемічні спалахи з високим транскордонним потенціалом. «Швидке реагування» (Rapid response), яка верифікує оперативність заходів з локалізації епідемій та запобігання їх подальшій дифузії. «Система охорони здоров'я» (Health system), яка визначає рівень достатності та надійності медичної інфраструктури для надання допомоги хворим та забезпечення біологічного захисту персоналу. «Відповідність міжнародним нормам» (Compliance with international norms), яка характеризує обсяг зобов'язань щодо розвитку національного потенціалу, сталого фінансування планів з усунення прогалин та дотримання глобальних регламентів. «Середовище ризику» (Risk environment), яка відображає загальний безпековий контекст та рівень вразливості країни до біологічних загроз з урахуванням екзогенних факторів. При цьому перші три категорії спрямовані на верифікацію готовності та ефективності профілактичних заходів, функціонування систем епідеміологічного нагляду і звітності в режимі реального часу, а також спроможності до оперативного реагування на надзвичайні ситуації [43; 294].

Аналітична група проєкту Індексу GHS (Global Health Security Index) провела оцінювання готовності країн на основі загальнодоступних даних за шістьма ключовими категоріями, що охоплюють: запобігання загрозам, реагування на них та стійкість систем охорони здоров'я. Узагальнені показники свідчать про наявність критичних прогалин у координації дій різних суб'єктів управління та міжгалузевому співробітництві [233]. Окрему увагу на законодавчому рівні акцентовано на необхідності впровадження доказового

підходу до прийняття стратегічних рішень з урахуванням потенційних економічних і безпекових наслідків [132].

Отже, концепція «Єдине здоров'я» (One Health) визначається як інтегрований підхід, який базується на міждисциплінарній парадигмі, що розглядає благополуччя населення через призму нерозривної взаємопов'язаності екосистем: людської популяції, тваринного і рослинного світу, а також спільного середовища існування. Він спрямований на забезпечення сталого балансу між зазначеними екосистемами. Розгляд охорони здоров'я як цілісної екосистеми взаємозалежних компонентів дає змогу реалізувати повний цикл протидії захворюванням: від профілактики та раннього виявлення до оперативного реагування та лікування. Впровадження цієї стратегії на всіх рівнях – від місцевого до глобального – базується на принципах міжсекторальної координації та спільного управління, що є фундаментальним внеском у систему глобальної безпеки [43; 265].

Таким чином, концептуалізовано засади забезпечення інституційної стійкості системи охорони здоров'я, що розглядається як фундаментальна здатність галузі до безперебійної генерації послуг в умовах екзогенних та ендемогенних шоків. Обґрунтовано необхідність переходу до інтегрованої моделі резильєнтності, яка базується на синергії підходів Health Security та One Health. Особливий акцент зроблено на імплементації цих концепцій у державну політику в контексті євроінтеграційних процесів. Окреслено методологічну роль Глобального індексу безпеки здоров'я (GHS Index) як валідної системи координат для антикризового моніторингу та стратегічного планування в умовах високого рівня невизначеності [43].

Обґрунтовано, що впровадження концепту Health Security забезпечує перехід системи охорони здоров'я до високоадаптивної моделі функціонування. Доведено, що системне управління ризиками трансформує потенційні безпекові кризи на контрольовані управлінські процеси. Результативність даного підходу зумовлена імплементацією багаторівневої тактики реагування (унікнення, мітигація, трансфер або прийняття ризиків), що корелює з європейськими

стандартами епідеміологічної безпеки. Тож, Health Security виступає не лише як інструмент захисту населення, а й як базис для забезпечення інституційної стійкості держави в межах реалізації євроінтеграційного вектору [43].

У ході дослідження обґрунтовано, що імплементація механізмів забезпечення стійкості системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та повоєнної реконструкції базується на принципах стратегічної адаптивності та фінансової стабільності. Доведено, що системна трансформація галузі корелює з ефективністю цифрових рішень та впровадженням моделей гнучкого ресурсного менеджменту. Визначальним чинником інституційної життєздатності системи є фінансово-інвестиційний інструментарій, що забезпечує ресурсний базис реформ. У середньостроковій перспективі функціональна стійкість системи ОЗ детермінується синергією п'яти фундаментальних механізмів: фінансово-економічного, цифрового, інфраструктурного, кадрового та превентивно-реабілітаційного, які в сукупності гарантують перехід до високоадаптивної моделі медичного забезпечення.

Доведено, що концептуалізація підходу One Health базується на міждисциплінарній парадигмі, що детермінує стан здоров'я населення через кореляційну єдність антропогенних, зоонозних та екологічних чинників. Розгляд галузі як цілісної екосистеми дозволяє імплемувати замкнений цикл антикризового менеджменту: від превентивного моніторингу та ранньої діагностики до валідованого лікування та оперативного реагування. Інституціалізація цієї стратегії на всіх ієрархічних рівнях управління ґрунтується на принципах міжсекторальної конвергенції, що виступає фундаментальним чинником зміцнення архітектури глобальної безпеки.

Обґрунтовано стратегічну значущість імплементації інтегрованих підходів до формування глобальної безпеки охорони здоров'я на наднаціональному, національному та субнаціональному рівнях. Застосування інструментарію кризового менеджменту детермінує перехід до моделі колективної відповідальності та забезпечує високу стійкість національної системи охорони здоров'я. Результатом такої інтеграції є підвищення

спроможності держави щодо реалізації скоординованих антикризових заходів, спрямованих на превенцію та нівелювання наслідків масових інфекційних і неінфекційних загроз, що гарантує захист громадського здоров'я, мінімізуючи ризики поширення масових захворювань та інших деструктивних впливів на стан здоров'я суспільства.

2.3. Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на основі концепцій кризового управління та керування ризиками

Зважаючи на трансформаційні процеси в Україні, виникає гостра потреба не лише в оптимізації структури і функціональних можливостей, а й у підвищенні адаптивності системи ОЗ. Зовнішні та внутрішні чинники зумовлюють кризовий стан галузі, що вимагає розробки механізмів адаптації системи до змін та забезпечення її належної життєдіяльності. За таких умов пріоритетом є забезпечення стійкості функціонування системи в умовах перманентної кризи задля збереження здоров'я населення.

Кризовий стан системи ОЗ потребує також перегляду управлінських підходів і впровадження заходів, що зумовлюють потребу в розробці ефективних інструментів оперативного управління системою охорони здоров'я. Оскільки суперечності, що супроводжують прийняття рішень у процесі управління загрожують життєстійкості галузі, виникає необхідність у впровадженні більш гнучких і адаптивних перетворень, спрямованих передусім на якісні зміни. Зважаючи на вищезазначене, поточну кризову ситуацію варто розглядати не лише в негативному сенсі, а й як стратегічну можливість для модернізації та переходу функціонування системи на новий етап розвитку. Метою цих перетворень є побудова ефективної та спроможної системи ОЗ, інтегрованої в європейський медичний простір на засадах конвергентної панєвропейської моделі її організації.

Щодо соціальних криз, то вони зумовлені комплексом чинників, зокрема

циклічністю та внутрішньою природою соціально-економічних систем. Будь-яка соціально-економічна система, функціонування якої спрямовано на забезпечення потреб суспільства, зокрема й система охорони здоров'я, характеризується двома аспектами існування, взаємодія яких визначає ймовірність кризової поведінки та проходження криз. Тобто, існування таких систем базується на діалектичному зв'язку між їх функціонуванням та розвитком. Функціонування забезпечує підтримку цілісності, збереження якісних характеристик елементів системи та їхню взаємодію. Розвиток спрямований на набуття нової якості шляхом модернізації структури, пошуку мотиваційних чинників та впровадження інновацій. Таким чином, діалектичне протиріччя між стабільним функціонуванням та динамічним розвитком є об'єктивною передумовою виникнення кризових явищ.

Отже, соціальні трансформації на тлі військової агресії РФ проти суверенної України зумовили кризовий стан національної системи ОЗ, що характеризується частковою втратою її функціональної стійкості та наростанням деструктивних явищ і дисфункцій. За таких умов, хаотичний характер процесів усередині галузі унеможливорює проведення класичних реформ, спрямованих на локальні зміни, а обмежена модернізація системи не дає очікуваних результатів, оскільки глибина наявних суперечностей потребує більш радикальних управлінських підходів.

Тож, державна політика і трансформаційні процеси в системі ОЗ за наявності перманентних ризиків та загроз зумовлюють необхідність комплексних, а не фрагментарних змін. Пропонується виокремити такі складові їх реалізації. По перше, здійснення об'єктивного аудиту та переоцінка функціонування системи ОЗ як такої, що перебуває в умовах перманентних ризиків та загроз дозволить ідентифікувати потенційні загрози. Систематизація ризиків за їхньою сутністю та масштабами є передумовою для виокремлення стратегічних викликів, що впливатимуть на систему в різних часових горизонтах. По друге, реструктуризація застарілих моделей управління та усунення невідповідностей між поточним станом галузі й

сучасними європейськими тенденціями. Важливим етапом є визначення параметрів розвитку системи з урахуванням технологічних і ресурсних потреб, що відповідають актуальним запитам суспільства. По третє, визначення цільових параметрів функціонування системи ОЗ та обґрунтування стратегії її подальшого розвитку. Пріоритетним завданням є впровадження багаторівневої моделі управління на засадах ризик-менеджменту, що передбачає залучення зовнішніх інвестицій та мобілізацію внутрішніх ресурсів для досягнення суспільно значущих результатів.

Багаторівневе управління системою ОЗ на засадах кризових стратегій та ризик-менеджменту має охоплювати всі її ключові та найбільш вразливі структурні елементи. Даний процес має реалізовуватися через послідовні етапи, у визначені терміни з урахуванням специфічних ризиків на кожному рівні функціонування. При цьому слід зазначити, що виникнення ризиків у системі ОЗ зумовлене сукупністю таких чинників: наявністю невизначеності щодо перспектив функціонування та стратегічного розвитку галузі; необхідністю вибору серед альтернативних управлінських рішень; можливістю оцінити ймовірність реалізації обраних сценаріїв за трансформаційних умов. Щодо ключових аспектів кризового управління в системі ОЗ України в умовах воєнного стану, то його реалізація передбачатиме дотримання принципів децентралізованої стійкості, міжсекторальної інтеграції цивільної та військової медицини, а також оперативного реагування на виклики.

Галузевий аспект державної політики у сфері ОЗ передбачає розгляд системи не лише як соціального інституту, а й як повноцінної галузі. Такий підхід базується на взаємодії різних суб'єктів, спільна діяльність яких орієнтована на досягнення стратегічно важливих суспільних результатів. За умов системної невизначеності діяльність суб'єктів ОЗ піддається впливу чинників, що створюють ризики для реалізації намічених планів. Соціально-економічні трансформації зумовлюють імовірність значних розбіжностей між запланованими цілями та реальними результатами діяльності системи. За

таких обставин виникають суттєві ризики відхилення фактичних результатів управлінських рішень від прогнозованих показників.

Предметом дослідження ризик-орієнтованих підходів стосовно різних сфер й певних аспектів розвитку системи ОЗ, є закономірності прийняття управлінських рішень на різних рівнях відповідної системи в умовах невизначеності. Водночас, особлива увага має приділятися саме організаційно-методичному інструментарію ризик-менеджменту в умовах невизначеності, спрямованому на досягнення цільових показників та стратегічних результатів функціонування та розвитку системи [11].

Невизначеність функціонування та розвитку системи ОЗ визначається як неможливість достовірно спрогнозувати її майбутній стан та динаміку внутрішніх процесів, що характеризується багатоваріантністю параметрів, подій та сценаріїв розвитку системи. Ключовою особливістю прийняття управлінських рішень у такому середовищі є альтернативність, що зумовлює необхідність вибору альтернатив, варіативність яких обумовлена сукупним впливом емпіричних та прогностичних чинників.

Чинники виникнення невизначеності та супутніх ризиків у системі ОЗ мають переважно непередбачуваний характер, що зумовлено як біологічними загрозами (епідемії, пандемії) і екологічними та соціальними змінами. Ступінь ризику зростає через відсутність однозначності у визначенні цілей та критеріїв їхньої оцінки. Додатковими дестабілізуючими факторами виступають політична нестабільність, неконтрольовані міграційні потоки, соціальні диспропорції та динамічні зміни у споживчому попиті на медичні послуги. Суттєвий вплив мають регіональні диспропорції щодо різних захворювань та нерівності у навантаженні на заклади ОЗ, а також та стрімкі технологічні трансформації та інноваційні перетворення на ринку медичних послуг.

Таким чином, виникнення ризиків у системі ОЗ зумовлене сукупністю таких чинників: наявністю невизначеності щодо перспектив функціонування та стратегічного розвитку галузі; необхідністю вибору серед альтернативних управлінських рішень; можливістю оцінити ймовірність реалізації обраних

сценаріїв за трансформаційних і кризових умов.

Слід розрізняти поняття «ризик» та «невизначеність». Якщо невизначеність характеризується відсутністю однозначних альтернатив та неможливістю оцінити ймовірність подій, то ризик визначається як ймовірність відхилення фактичних результатів від очікуваних. У межах цього дослідження ризик трактується як сукупність непевності щодо майбутнього результату та загрози настання несприятливих наслідків. Таким чином, ризик інтегрує чинник невизначеності в конкретний результат і зумовлює необхідність вибору стратегії дій у мінливому середовищі [38].

Згідно з дефініцією В. Вітлинського, ризик є категорією, що зумовлена необхідністю подолання невизначеності, випадковості та конфліктності в ситуації альтернативного вибору; він відображає ймовірність досягнення цільового результату [11]. Реалізація управлінських рішень у таких умовах пов'язана з ймовірністю прийняття необґрунтованих зобов'язань, що може спричинити деструктивні наслідки. Існує закономірна залежність: збільшення частки випадкових чинників у процесі прийняття рішень призводить до зростання ризиків для стабільного функціонування та розвитку системи ОЗ.

До основних ризиків, що впливають на функціонування системи ОЗ України в умовах трансформації та несприятливих соціально-економічних чинників, належать: соціальні, що зумовлені збройною агресією РФ, що спричинила зниження рівня життя населення, руйнування домогосподарств, а також значні матеріальні та моральні втрати громадян; економічні, що пов'язані з втратою ресурсного потенціалу галузі та виникненням додаткових витрат у процесі диверсифікації діяльності та інтеграції до європейського медичного простору; політичні, що передбачають ймовірність зміни пріоритетів державної політики, що може призвести до дестабілізації ідеологічної платформи та порушення комунікаційних зв'язків; технологічні, що характеризуються дефіцитом традиційної ресурсної бази та необхідністю прискореної модернізації технічного забезпечення й впровадження нових інформаційно-комунікаційних технологій; управлінські, що визначаються

рівнем невизначеності результатів прийнятих рішень та імовірністю відхилення від стратегічних цілей і завдань [38].

Окремої уваги потребують інвестиційні ризики. Вони охоплюють не лише імовірність фінансових втрат у приватному медичному секторі, а й загрозу зупинення чи повної відмови від стратегічно важливих державних проєктів. Враховуючи високу інвестиційну привабливість медичної галузі в розвинених країнах Європи, такі ризики створюють перешкоди для якісної трансформації української системи ОЗ та уповільнюють процеси її інтеграції до європейського простору [38].

Метою кризового управління та застосування концепцій ризик-менеджменту в системі ОЗ є реалізація комплексу заходів, спрямованих на мінімізацію відхилень від стратегічних цілей та показників результативності. Досягнення цієї мети базується на обґрунтованому виборі альтернатив та впровадженні таких механізмів: застосування законних способів уникнення або зниження рівня ризику; контроль та оптимізація ризиків у ситуаціях, коли їх неможливо усунути; свідоме прийняття ризику за умови обґрунтованості рішення з управлінського погляду. Відповідні механізми зумовлені інституційними властивостями самої системи [38].

Динамічність соціально-економічних та суспільно-політичних процесів безпосередньо впливає на характер кризових явищ у системі ОЗ. Це зумовлює необхідність розробки адекватних механізмів реагування шляхом впровадження інструментів кризового управління та ризик-менеджменту. За ступенем впливу на результативність галузі ризику доцільно класифікувати на: допустимі – наслідки яких є прогнозованими та не чинять суттєвого впливу на показники діяльності системи; критичні – призводять до значного зниження результативності галузі без порушення її цілісності та базових функцій; катастрофічні – мають непередбачуваний характер і спричиняють деструктивні зміни, що унеможливають функціонування системи в межах встановлених нормативів [38].

Ключові складові забезпечення життєдіяльності галузі в умовах

дефіциту ресурсів, наявності безпекових ризиків та загроз мають включати: координацію та стратегічне планування, шляхом поєднання централізованого керівництва МОЗ із регіональною автономією. Це охоплює розвиток мережі опорних закладів, оновлення клінічних протоколів відповідно до вимог воєнного часу та впровадження ефективних евакуаційних планів; інфраструктурну стабільність, що передбачає розбудову резервних потужностей (автономне енерго- та водопостачання) та цифровізацію послуг (телемедицина) для забезпечення безперервності допомоги, зокрема у прифронтових зонах; кадрове та ресурсне забезпечення, що включає мобілізацію персоналу через механізми ротації, психологічну підтримку фахівців; залучення міжнародної технічної допомоги для покриття дефіциту обладнання; моніторинг та адаптацію на основі використання цифрових систем аналізу для оцінки втрат і коригування стратегій розвитку системи ОЗ згідно з європейськими стандартами, у т.ч. спрямованими на забезпечення стійкості та спроможності системи в умовах невизначеності та кризових явищ.

Управління стійкістю інституцій є ключовим елементом кризового управління в системі охорони здоров'я. Спираючись на дослідження М. Копитко, Д. Ткачук, цей процес має охоплювати: ідентифікацію, системний аналіз та менеджмент ризиків у медичних і допоміжних процесах; розвиток професійних компетентностей персоналу щодо забезпечення безпеки, операційної стійкості та ефективного управління в кризових умовах; інтеграцію сучасних технологій та інформаційних систем для моніторингу та гарантування безперервності надання медичних послуг; регулярне оцінювання інституційної стійкості на відповідність стандартам якості та безпеки; впровадження ефективних моделей внутрішніх і зовнішніх комунікацій [60].

Отже, функціонування галузі ОЗ в умовах соціальних трансформацій та високого рівня невизначеності зумовлює необхідність формування дієвої стратегії кризового управління та ризик-менеджменту. Реалізація державної політики розвитку галузі, її інтеграція до європейського медичного простору

та забезпечення інституційної стійкості потребують застосування відповідних адаптивних механізмів. У цьому контексті стратегія кризового управління та ризик-менеджменту визначається як сукупність цілеспрямованих заходів і засобів ідентифікації, прогнозування та оперативного реагування на загрози. Її метою є мінімізація ймовірності прийняття необґрунтованих рішень, запобігання деструктивним наслідкам для розвитку системи ОЗ та проведення ретроспективного аналізу результативності впроваджених заходів.

Так, наказом МОЗ України від 07 жовтня 2022 року № 1832 було затверджено пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я на 2023–2025 роки [121]. Ураховуючи високий рівень ризиків та невизначеність, зумовлену тривалою збройною агресією РФ, визначено 17 ключових напрямів розвитку галузі, з урахуванням надзвичайних умов. Задля оптимізації кризового управління та ризик-менеджменту ці напрями структуровано за п'ятьма стратегічними блоками, детальний зміст яких наведено нижче.

Перша складова. Первинна, екстрена допомога та спеціалізовані медичні послуги, що передбачає: розвиток первинної медичної допомоги, амбулаторного сегмента та вдосконалення системи обов'язкових медичних оглядів; модернізацію екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; забезпечення якості та доступності медичної допомоги при невідкладних станах; розвиток системи трансплантації; надання комплексної медичної допомоги у сфері материнства та дитинства; впровадження та забезпечення доступності допоміжних репродуктивних технологій [121].

Друга складова пріоритетів охоплює розвиток реабілітаційного сегмента та системи охорони психічного здоров'я. Особлива увага у зазначеному сегменті приділяється комплексному медико-психологічному супроводу ветеранів війни, членів їхніх родин, сімей полеглих захисників та захисниць України, а також ВПО. Напрямок передбачає інтеграцію спеціалізованої допомоги та психологічної підтримки для забезпечення стійкості цих категорій громадян шляхом надання спеціалізованої медичної допомоги, реабілітаційних послуг та психологічної підтримки ветеранам війни, ВПО, а

також членам сімей загиблих (померлих) ветеранів і Захисників та захисниць України. Важливим компонентом цього блоку є забезпечення охорони психічного здоров'я та розширення доступу до психологічної підтримки для населення [121].

Третя складова стосується профілактики, лікування неінфекційних захворювань та фармацевтичного забезпечення, що передбачає зокрема, пріоритетне ресурсне забезпечення заходів із профілактики, ранньої діагностики та лікування неінфекційних захворювань, а також оптимізацію лікарського забезпечення. Основним завданням є першочергове фінансування діагностики та лікування серцево-судинних, онкологічних захворювань, діабету, хронічних захворювань дихальних шляхів та розладів психіки. Передбачено підвищення доступності медикаментів шляхом актуалізації Національного переліку основних лікарських засобів. Оновлення переліку здійснюватиметься з урахуванням нових терапевтичних потреб програми державних гарантій та базового списку рекомендацій ВООЗ [121].

Четверта змістовна складова пріоритетів фокусується на зміцненні громадського здоров'я та епідемічній стійкості системи. Програмні заходи передбачають системну протидію поширенню соціально небезпечних та вакцинорезистентних захворювань через механізми ранньої локалізації та профілактики. Важливою частиною стратегії є поліпшення стану навколишнього та виробничого середовища, а також досягнення високих показників колективного імунітету через вакцинацію [121].

П'ята складова пріоритетів фокусується на інституційному зміцненні системи охорони здоров'я, де ключовими векторами є модернізація медичної освіти та створення умов для постійного професійного вдосконалення персоналу, зокрема у вузькоспеціалізованих сферах. Стратегія також передбачає впровадження сучасних механізмів контролю якості на основі єдиних стандартів та масштабну цифровізацію галузі через розвиток електронної інфраструктури та сервісів [121].

Зазначений стратегічний документ МОЗ України [121] свідчить про зміну

пріоритетів, що формувалися протягом тривалого періоду стагнації галузі та протистояння між прихильниками модернізації за світовими стандартами й консервативними підходами в управлінні. Реалізація визначених напрямів потребує чіткої ідентифікації супутніх ризиків, а також розробки стратегії кризового управління на основі викладених вище методичних підходів.

Варто констатувати, що до початку 2025 року у правовому полі спостерігався дефіцит комплексних галузевих стратегій, які б забезпечували концептуальне бачення та нормативне регулювання державної політики розвитку ОЗ. Зокрема, бракувало документів середньострокового планування, що враховували б ідентифікацію та менеджмент ризиків в умовах невизначеності, спричиненої збройною агресією РФ, гібридними загрозами та деструктивними соціально-економічними процесами. Зазначений недолік стосувався також стратегічних актів, спрямованих на імплементацію конституційних норм і законів України щодо формування ефективних механізмів управління галуззю.

Слід зазначити, що основи стратегічного планування медичної галузі були закладені ще у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України 2000 року, де вперше було задекларовано курс на інтеграцію України у світове співтовариство [123]. Подальшим етапом розвитку галузі стала Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1002-р від 30.11.2016 р. [137]. Даний документ визначив вектор стратегічних трансформацій, спрямованих на досягнення європейських стандартів якості життя згідно зі Стратегією сталого розвитку «Україна – 2020» [134]. Крім того, реалізація положень цієї Концепції забезпечила виконання частини зобов'язань України у межах Угоди про асоціацію з ЄС.

Зазначений стратегічний документ, розроблений з урахуванням євроінтеграційного вектора України, базується на засадах європейської політики «Здоров'я-2020» [218]. Концепція передбачає розбудову мультисекторальної системи громадського здоров'я під координацією МОЗ та відображає прагнення України до впровадження стандартів європейської політики щодо створення

координованої системи громадського здоров'я. Водночас слід зауважити, що аналіз документа свідчить про його недостатню адаптованість до сучасних реалій. Декларативність основних положень та відсутність механізмів управління ризиками в умовах воєнного стану обмежують ефективність реалізації цієї стратегії. Документ потребує перегляду в частині ідентифікації критичних ризиків, з якими зіткнулася вітчизняна система ОЗ внаслідок масштабних безпекових викликів.

Викладене вище підтверджує необхідність застосування системного підходу до оцінювання ризиків реалізації стратегічних документів у сфері ОЗ. Управління ризиками, що впливають на безпеку життя та здоров'я, потребує безперервного моніторингу та оперативного реагування на виклики. Важливим етапом у формуванні організаційно-правових та соціально-економічних засад регулювання суспільних відносин у цій сфері також стало прийняття згаданого Закону України «Про систему громадського здоров'я». Даний законодавчий акт забезпечує підґрунтя для здійснення державного нагляду та ефективного усунення загроз санітарно-епідемічному благополуччю [132].

Водночас існують приклади недостатньо системного підходу до прогнозування ризиків у функціонуванні галузі. Зокрема, варто згадати Постанову КМУ від 10 вересня 2008 року № 843, якою було затверджено критерії оцінювання ступеня ризику від провадження діяльності у сфері охорони здоров'я та визначено періодичність державного нагляду [108]. Проте зазначений документ втратив чинність згідно з Постановою КМУ від 4 липня 2023 року № 671 [91], що свідчить про зміну регуляторних підходів або виникнення певних прогалин у системі контролю.

Таким чином, проблемні питання трансформації державної політики у сфері ОЗ в умовах невизначеності потребують системного закріплення у стратегічних та нормативно-правових актах усіх рівнів управління. Цей процес має базуватися на стратегії ризик-менеджменту та враховувати євроінтеграційний вектор України, в частині імплементації законодавства ЄС щодо громадського здоров'я. Водночас процес адаптації європейських норм має

відбуватися з урахуванням деструктивного впливу безпекових та соціально-економічних чинників, що діють в Україні. Оскільки орієнтири системи громадського здоров'я запозичені з програмних документів ЄС, вони потребують адаптації до критичних викликів, з якими стикається галузь ОЗ.

Стратегії ризик-менеджменту у вітчизняній системі ОЗ ґрунтуються на принципах превенції та забезпечення інституційної стійкості, адаптованих до кризових та посткризових умов. Ключовими напрямками цієї діяльності визначено забезпечення безперервності надання медичних послуг, моніторинг потенційних загроз та оптимізацію антикризових комунікацій. У відповідь на екстремальні виклики – від пандемій до наслідків збройної агресії та кіберзагроз – Центром громадського здоров'я МОЗ України впроваджено комплексну систему управління ризиками згідно зі стандартом ДСТУ EN ISO 22301:2021. Функціонування цієї системи передбачає перманентну ідентифікацію, аналіз та актуалізацію ризиків для усіх підрозділів установи. Процес охоплює верифікацію деструктивних чинників, прогнозування їхнього впливу на операційні процеси та розробку алгоритмів мінімізації збитків [153; 169].

Для забезпечення системного управління ризиками розроблено комплекс превентивних заходів, закріплених у взаємоузгоджених планах реагування. План аварійного відновлення (DRP) визначає порядок регенерації ІТ-інфраструктури після збоїв, що дозволяє мінімізувати час простою та гарантувати збереження критичних даних. Документ регламентує фази активації, відновлення та координації підрозділів. План забезпечення безперервності діяльності (BCP) встановлює алгоритми підтримки операційних процесів на допустимому рівні під час кризи. Рішення про введення плану в дію належить до компетенції Комітету з кризового управління. План управління кризовими ситуаціями визначає порядок ескалації інцидентів та розмежовує функціональні ролі персоналу задля гарантування безпеки, збереження активів і захисту репутації установи. План кризових комунікацій забезпечує оперативну взаємодію зі стейкхолдерами, запобігає поширенню недостовірних даних та визначає альтернативні канали зв'язку (Управління ризиками та превентивні

заходи на принципах ISO 22301:2021 «Системи управління неперервністю бізнесу». Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2026. <https://phc.org.ua/en/node/5498>).

Задля забезпечення безперервності операційних процесів у Центрі громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України функціонує Комітет з кризового управління. До його повноважень належить ухвалення рішень щодо введення в дію планів реагування, розподілу ресурсів та координації структурних підрозділів. Досвід установи підтверджує, що результативність діяльності інституції безпосередньо залежить від системності підходу до ризик-менеджменту. Комплексна імплементація планів аварійного відновлення, безперервності діяльності та кризових комунікацій у поєднанні з роботою Комітету дозволяє ЦГЗ підтримувати високий рівень стійкості (резильєнтності). Це гарантує стабільне виконання фундаментальної місії установи – захисту здоров'я населення, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій (Управління ризиками та превентивні заходи на принципах ISO 22301:2021 «Системи управління неперервністю бізнесу»). Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2026. <https://phc.org.ua/en/node/5498>).

Сучасні умови функціонування галузі ОЗ зумовлюють потребу в розробці чітких управлінських протоколів, що враховують увесь спектр потенційних ризиків. Пріоритетним завданням є впровадження інноваційних високотехнологічних механізмів та адаптивних алгоритмів кризового управління. Зокрема, необхідна імплементація стратегічних програм, що базуються на ризикоорієнтованому підході та пропонують сучасні технологічні рішення для стабільної роботи в умовах невизначеності. Ефективним прикладом такої ініціативи є Програма EU4Health [83], розроблена як системна відповідь на пандемію COVID-19 задля посилення кризової готовності в межах ЄС.

Програма орієнтована на вирішення стратегічних завдань розвитку галузі та підвищення рівня інституційної стійкості та спроможності систем ОЗ. Відповідно до Регламенту (ЄС) № 2021/522, зазначена ініціатива гарантує узгодженість політик держав – членів ЄС. Структура Програми базується на

детермінації чотирьох стратегічних цілей, що деталізуються через десять операційних завдань.

Структура цілей Програми охоплює фундаментальні аспекти, від превенції захворювань до інституційного зміцнення національних медичних систем через цифровізацію та адаптацію законодавства ЄС. Окрему увагу приділено безпековому компоненту – готовності до транскордонних загроз та формуванню стратегічних резервів. Конкретизація стратегічних цілей передбачає реалізацію за такими напрямками: 1) покращення стану здоров'я населення, що передбачає масштабування заходів із профілактики захворювань, популяризація здорового способу життя та посилення міжнародного співробітництва. 2) захист від транскордонних загроз завдяки підвищенню готовності до кризових ситуацій, диверсифікації резервів критично важливої медичної продукції та формування кадрового резерву персоналу. 3) забезпечення доступності медичної продукції, гарантування наявності та фінансової прийнятності лікарських засобів і медичного обладнання. 4) інституційне зміцнення систем охорони здоров'я, завдяки цифровій трансформації галузі, розвитку медичної аналітики, підвищенню інклюзивності допомоги та імплементації законодавства ЄС на засадах доказовості. Фінансовий бюджет Програми на період 2021–2027 років становить 5,3 млрд євро. Участь України в EU4Health відкриває доступ до фінансової підтримки галузі та створює додаткові можливості для повоєнного відновлення, зокрема через фінансування державних і приватних проектів з відбудови інфраструктури. Окрім цього, приєднання до Програми сприяє гармонізації національної системи охорони здоров'я з європейськими стандартами та прискорює інтеграцію з ЄС (Україна долучилася до європейської програми у сфері охорони здоров'я EU4Health. УІІП. URL: <https://uiip.org.ua/uk/novyny/ukraina-doluchylasia-do-ievropeiskoi-prohramy-u-sferi-okhorony-zdorovia-eu4health>).

Специфікою реалізації EU4Health є застосування щорічних робочих програм. Заходи у межах цих програм групуються за чотирма стратегічними

напрямами: зміцнення здоров'я та профілактика захворювань; забезпечення кризової готовності; розвиток систем охорони здоров'я та підтримка медичного персоналу; цифрова трансформація галузі [83].

Отже, розроблення проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року було стратегічним кроком, спрямованим на подолання викликів, зумовлених пандемією та економічними ризиками. Зміст проєкту ґрунтувався на засадах наступності та узгодженості з чинним законодавством України (зокрема актами КМУ та Указами Президента) у сферах фінансування, розвитку охорони здоров'я, фармації та розбудови електронної системи охорони здоров'я, зокрема таких, як: Національна економічна стратегія до 2030 р. [77]; Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [135]; Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р [137]; Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671-р [136]; Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року, затверджена постановою КМУ від 5 грудня 2018 р. № 1022 [107]; Указ Президента України № 369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [131]. Особливу увагу приділено імплементації міжнародного досвіду та адаптації найкращих практик розвинених країн світу, зокрема країн Європейського Союзу, США та Великої Британії, забезпечуючи відповідність українських реформ світовим стандартам.

Щодо змістовної частини зазначеного проєкту Стратегії, то він базувався на п'яти стратегічних пріоритетах: врядування; забезпечення універсального охоплення медичними послугами; реагування на надзвичайні ситуації; активізація залученості населення та територіальних громад; розвиток кадрового потенціалу галузі. Документ передбачав поетапну імплементацію протягом 2022–2030 років із трирічними циклами планування. На момент

завершення розробки було підготовлено проєкт операційного плану для подання на розгляд Кабінету Міністрів України. Остаточна редакція Стратегії, що пройшла погодження в межах міжсекторальної робочої групи, була офіційно представлена 23.02.2022 року – напередодні початку повномасштабної збройної агресії проти України. Подальша реалізація зазначених етапів була скоригована через початок широкомасштабних воєнних дій [162].

Опубліковані у 2022 році «Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні» відображають стратегічну позицію Європейського бюро ВООЗ щодо підтримки українських реформ. Документ [220; 273] спрямований на узгодження фінансових ресурсів, що спрямовуються на відновлення, із пріоритетами Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Аналіз ВООЗ підтверджує успішність реформування галузі з 2016 року, відзначаючи інституційне зміцнення системи та досягнення у ключових напрямках: від реформи фінансування та розвитку громадського здоров'я до покращення доступу пацієнтів до лікарських засобів.

У документі [220; 273] акцентовано увагу на заходах, спрямованих на подолання наслідків пандемії COVID-19 (починаючи з 2020 року) та реагування на виклики повномасштабного російського вторгнення у лютому 2022 року. Окремо відзначено співпрацю МОЗ України з ВООЗ у процесі розробки проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.

Завдяки міжінституційній взаємодії експертних груп та враховуючи виклики, зумовлені збройною агресією РФ проти суверенної України, 22 грудня 2022 року було презентовано оновлений стратегічний документ – «Priorities for health system recovery in Ukraine» [274]. Документ підготовлено під егідою Європейського регіонального бюро ВООЗ у партнерстві з Представництвом ЄС в Україні, Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) та Світовим банком. Його мета полягає у формуванні консолідованого бачення пріоритетів відновлення галузі на середньострокову перспективу. Програма враховує динаміку кризових процесів і спрямована на забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в умовах тривалого конфлікту

Зазначений документ є засадничим декларативним актом у вітчизняній системі ОЗ, що офіційно засвідчує перед європейською спільнотою критичні наслідки військової агресії з боку рф. У тексті акцентовано, що збройна агресія спричинила суттєве обмеження доступу до медичних послуг унаслідок руйнування інфраструктури, кадрових втрат, безпекових ризиків та масової міграції населення. Водночас констатується зростання витрат на охорону здоров'я на тлі зниження платоспроможності громадян та загального погіршення умов фінансового забезпечення галузі.

Виокремлено чотири ключові домени антикризового управління. По-перше, це відновлення доступу до медичних послуг з подальшим масштабуванням галузевих реформ. По-друге, реалізація капітальних інвестицій на засадах планування реконструкції об'єктів ОЗ. Третій домен охоплює фінансову стабільність галузі, що передбачає підвищення ефективності ризикового управління наявними коштами. Четвертий домен це інституційна підтримка, спрямовану на посилення управлінської компетенції органів публічної влади на всіх рівнях [274].

Стратегію було остаточно затверджено розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 року № 34-р. [138]. Детальний аналіз генезису та змісту цього документа наведено у підрозділі 1.2 даної роботи. На виконання стратегічних цілей КМУ також схвалено операційний план заходів на 2025–2027 роки [138], що виступає інструментом реалізації державної політики у сфері ОЗ. В основу документа покладено принципи європейської інтеграції та методологію ризик-менеджменту й антикризового управління.

Викладене вище підтверджує доцільність продовження системної роботи щодо формування та реалізації державної політики розвитку галузі ОЗ в умовах євроінтеграції. Пріоритетним завданням є концентрація ресурсів на ключових векторах розвитку з акцентом на результативність, що досягається шляхом імплементації підходів антикризового управління та ризик-менеджменту.

Отже, розбудова багаторівневої моделі управління функціонуванням галузі ОЗ на засадах кризового управління має охоплювати всі її підсистеми та

передбачати поетапну трансформацію. Кожна стадія цього процесу повинна відображати якісні зміни в системі протягом визначеного періоду з урахуванням специфічних ризиків на кожному рівні. Ключовим аспектом є налагодження взаємодії між суб'єктами управління задля досягнення стратегічно важливих суспільних результатів.

Кризові процеси в діяльності суб'єктів ОЗ, незалежно від їх рівня функціонування чи форми власності, класифікуються на керовані та некеровані. Перехід керованих процесів у некеровані є деструктивним показником, що свідчить про низьку ефективність системи превенції та реагування. Домінування некерованих чинників зазвичай обумовлене неспроможністю управлінського апарату до оперативного впливу на кризові явища. Отже, результативність кризового управління прямо корелює зі здатністю суб'єктів забезпечувати керованість процесів. Водночас надмірна концентрація зусиль на некерованих факторах призводить до неефективного використання економічних і людських ресурсів. Тож, стратегія кризового управління в галузі має бути спрямована на мінімізацію негативного впливу зовнішніх детермінант та нейтралізацію наслідків некерованих процесів для стабільності системи.

Резюмуючи, метою кризового управління та менеджменту ризиків у системі охорони здоров'я є формування комплексу цілеспрямованих заходів, спрямованих на мінімізацію відхилень від стратегічних цілей та показників результативності. Досягнення цієї мети базується на виборі оптимальних ризикових альтернатив та реалізується через: застосування правових механізмів уникнення та зниження рівня ризику; контроль та оптимізацію ризиків у ситуаціях, коли їх повне нівелювання є неможливим; обґрунтоване прийняття допустимого рівня ризику, якщо таке рішення є доцільним із соціально-економічного, технологічного та управлінського поглядів.

У межах наукового дослідження, з позиції системного і процесного підходу, запропоновано розуміння кризового управління в системі ОЗ, як цілісного адаптивного механізму (рис. 2.4.) та забезпечення її інституційної стійкості, що передбачає застосування динамічної системи способів і засобів

ідентифікації загроз, визначення ієрархії завдань (ідентифікація, прогнозування, оперативне реагування), а також інструментів та заходів їх реалізації на основі ітеративного підходу, який передбачає управління короткими циклами з можливістю швидкого коригування курсу на основі зворотного зв'язку, що забезпечує функціональну спроможність галузі та запобігає деструктивним наслідкам для її функціонування через превентивне прогнозування ризиків та оперативне реагування в умовах високої невизначеності.

<p>ЦІЛЬОВА СПРЯМОВАНІСТЬ Кризове управління в системі охорони здоров'я як цілісний адаптивний механізм забезпечення її інституційної стійкості</p>
<p>ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ СИСТЕМИ СПОСОБІВ І ЗАСОБІВ: 1. Ідентифікація загроз 2. Прогнозування ризиків 3. Оперативне реагування</p>
<p>ВПРОВАДЖЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ТА ЗАХОДІВ ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ Ітеративний підхід (Agile): Управління короткими циклами з можливістю швидкого коригування курсу на основі зворотного зв'язку</p>
<p>РЕЗУЛЬТАТИВНИЙ ВЕКТОР Забезпечення функціональної спроможності галузі на основі встановлення чітких ключових показників ефективності (KPI) для об'єктивної оцінки результатів</p>
<p>ПОДОЛАННЯ ВИСОКОЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ Превентивне прогнозування ризиків та запобігання деструктивним наслідкам для її функціонування</p>

Рис. 2.4. Кризове управління в системі охорони здоров'я як цілісний адаптивний механізм забезпечення її інституційної стійкості

Джерело: сформовано автором

Тож, в умовах невизначеності актуалізується потреба у формуванні ефективної стратегії кризового управління та впровадженні відповідних механізмів реалізації державної політики розвитку галузі ОЗ, зокрема в контексті її інтеграції до європейського медико-соціального простору. Під стратегією кризового управління та менеджменту ризиків слід розуміти

систему цілеспрямованих заходів, методів та засобів ідентифікації й прогнозування загроз. Вона спрямована на оперативне реагування на кризові процеси з урахуванням ступеня їх керованості, що дозволяє мінімізувати ймовірність ухвалення необґрунтованих рішень та запобігти деструктивним наслідкам для функціонування системи.

Інструментарій моніторингу ефективності кризового реагування в медичній галузі України забезпечує оперативну оцінку протидії загрозам, оптимізацію ресурсного забезпечення та адаптацію управлінських стратегій. В основу функціонування цих засобів покладено використання цифрових платформ, ключових показників ефективності (KPI) та багаторівневого аналізу даних. Провідну роль в цьому відіграє Електронна система охорони здоров'я (eHealth), яка в режимі реального часу здійснює моніторинг навантаження на заклади, фіксує оперативність реагування на виклики та оцінює рівень доступності медичної допомоги. Важливою складовою є інтеграція телемедичних рішень для надання послуг на прифронтових територіях. Крім того, НСЗУ забезпечує прозорість процесів через публікацію відкритих даних та розробку аналітичних дашбордів з високим рівнем візуалізації інформації.

Ключові показники ефективності (KPI). Оцінювання кризових заходів базується на моніторингу релевантних метрик з відповідними цільовими показниками, що визначаються в абсолютних кількісних показника (одиницях, годинах, відсотках тощо) зокрема: рівня виживання поранених (%), оперативності надання допомоги після евакуації (годин), ступеня збереження операційних потужностей (%) та індикатора емоційного вигорання персоналу (%). Застосування методології управління за результатами (Results-Based Management, RBM) дозволяє провести компаративний аналіз із базовими показниками докризового періоду та верифікувати прогрес реформ.

Отже, забезпечення інституційної стійкості і спроможності галузі охорони здоров'я потребує комплексного підходу, що інтегрує антикризові заходи з імплементацією стандартів ЄС. Реалізація зазначених підходів

забезпечує адаптивність системи до зовнішніх загроз, оптимізацію ресурсних витрат та підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я на міжнародному рівні

У межах дослідження запропоновано комплексний підхід до багаторівневого кризового управління системою охорони здоров'я в умовах перманентних ризиків та загроз, який, на відміну від фрагментарних підходів, базується на: поєднанні керованих цільових параметрів функціонування галузі на засадах ризик-менеджменту та кризового управління; об'єктивного аудиту та ідентифікації викликів та загроз у різних часових та просторових вимірах; ідентифікації чинників виникнення ризиків різного ступеню керованості; поетапної декомпозиції антикризових стратегій; оцінювання ймовірності потенційних сценаріїв; визначення стратегічних орієнтирів та альтернативних рішень; синхронізації оперативного реагування на основі поєднання ресурсного та функціонального потенціалів що дозволяє адаптувати управлінський вплив до специфіки кожного етапу та ієрархічного рівня системи та передбачає застосування комплексу інструментів, способів, засобів і заходів реагування, спрямованих на збереження функціональності найбільш вразливих її структурних компонентів та критичних ланок.

Сформовано організаційно-методичний базис управління галуззю в умовах перманентних ризиків у вигляді структурованої ієрархічної моделі, яка демонструє комплексний підхід до багаторівневого кризового управління системою охорони здоров'я на основі декомпозиції відповідно до його базових елементів, функціональних етапів та кінцевої мети. На відміну від існуючих, дана модель побудована з урахуванням процесних взаємозв'язків та адаптаційних можливостей системи, що представлено у вигляді ієрархічної структури на рис. 2.5.

Отже, представлена модель дозволяє забезпечити безперервність управління за рахунок синхронізації ресурсного й функціонального потенціалів на всіх рівнях ієрархії системи охорони здоров'я в умовах перманентних ризиків та загроз.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО БАГАТОРІВНЕВОГО КРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПЕРМАНЕНТНИХ РИЗИКІВ ТА ЗАГРОЗ

БАЗИС ТА МЕТОДОЛОГІЯ	→	1. Поєднання керованих цільових параметрів функціонування галузі на засадах ризик-менеджменту та кризового управління
 АУДИТ ТА МОНІТОРИНГ	→	(процесний взаємозв'язок та адаптація) 2. Об'єктивний аудит та ідентифікація викликів та загроз у різних часових та просторових вимірах 3. Ідентифікація чинників виникнення ризиків різного ступеню керованості
 СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ	→	(процесний взаємозв'язок та адаптація) 4. Поетапна декомпозиція антикризових стратегій та оцінювання ймовірності потенційних сценаріїв 5. Визначення стратегічних орієнтирів та альтернативних рішень
 ОПЕРАЦІЙНЕ РЕАГУВАННЯ	→	(процесний взаємозв'язок та адаптація) 6. Синхронізація оперативного реагування на основі поєднання ресурсного та функціонального потенціалів
 АДАПТАЦІЯ УПРАВЛІНСЬКО ГО ВПЛИВУ	→	(процесний взаємозв'язок та адаптація) 7. Застосування комплексу інструментів, способів, засобів і заходів відповідно до специфіки кожного етапу та ієрархічного рівня
 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ	→	(процесний взаємозв'язок та адаптація) 8. Збереження функціональності найбільш вразливих структурних компонентів та критичних ланок охорони здоров'я
 РЕЗУЛЬТАТ - ДОСЯГНЕННЯ МЕТИ	→	(процесний взаємозв'язок та адаптація) 9. Спрямування результату на досягнення мети: безперервність управління за рахунок синхронізації ресурсного й функціонального потенціалів на всіх рівнях ієрархії системи охорони здоров'я.

Рис. 2.5. Комплексна структурно-логічна модель кризового управління системою охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Упродовж зазначеного, у межах наукового дослідження, задля підвищення ефективності реалізації державної політики пропонується застосовувати такі ризико-орієнтовані організаційно-методичні підходи до багаторівневого кризового управління в системі охорони здоров'я (рис. 2.6), а саме: вибору оптимальних ризикових альтернатив у системі охорони

здоров'я, що полягає у відмові від повного нівелювання загроз на користь стратегії мінімізації відхилень від цільових показників, що дозволяє приймати обґрунтовані рішення щодо допустимого рівня ризику з урахуванням соціальних, організаційно-економічних та технологічних чинників; конкретизації комплексу заходів кризового управління в галузі охорони здоров'я через інтеграцію інструментів зниження ризику та його оптимізації та конкретизацію критеріїв допустимості ризикових рішень, що ґрунтуються на балансі між політичною доцільністю, технологічними можливостями та соціально-економічними наслідками реалізації управлінських сценаріїв; проведення адаптивного аудиту кризового управління в охороні здоров'я, який базується на інтеграції інструментів Big Data Analytics із класичними методами стратегічного аналізу (SWOT, PEST), що спрямовано на забезпечення оперативного корегування стратегій, інституційної стійкості системи через об'єктивну оцінку ефективності логістичних, кадрових, фінансових, інформаційних потоків, а також дозволяє здійснювати превентивне прогнозування керованих ризиків у критичних умовах функціонування системи охорони здоров'я.

Таким чином, реалізація державної політики в системі охорони здоров'я за трансформаційних умов передбачає комплексний підхід до перебудови галузі, який фокусується на мінімізації стратегічних ризиків, шляхом проведення об'єктивного аудиту та ідентифікації загроз, що дозволить сформувати прогностичну модель розвитку галузі в різних часових вимірах; інституційній модернізації, шляхом реструктуризації управлінських підходів щодо імплементації європейських стандартів і адаптації галузі до сучасних технологічних і ресурсних запитів; забезпеченні стійкості та інвестиційної привабливості, шляхом впровадження моделі управління на засадах ризик-менеджменту, що передбачає мобілізацію внутрішніх ресурсів та залучення зовнішніх для досягнення цільових показників та відповідних індикаторів ефективності.

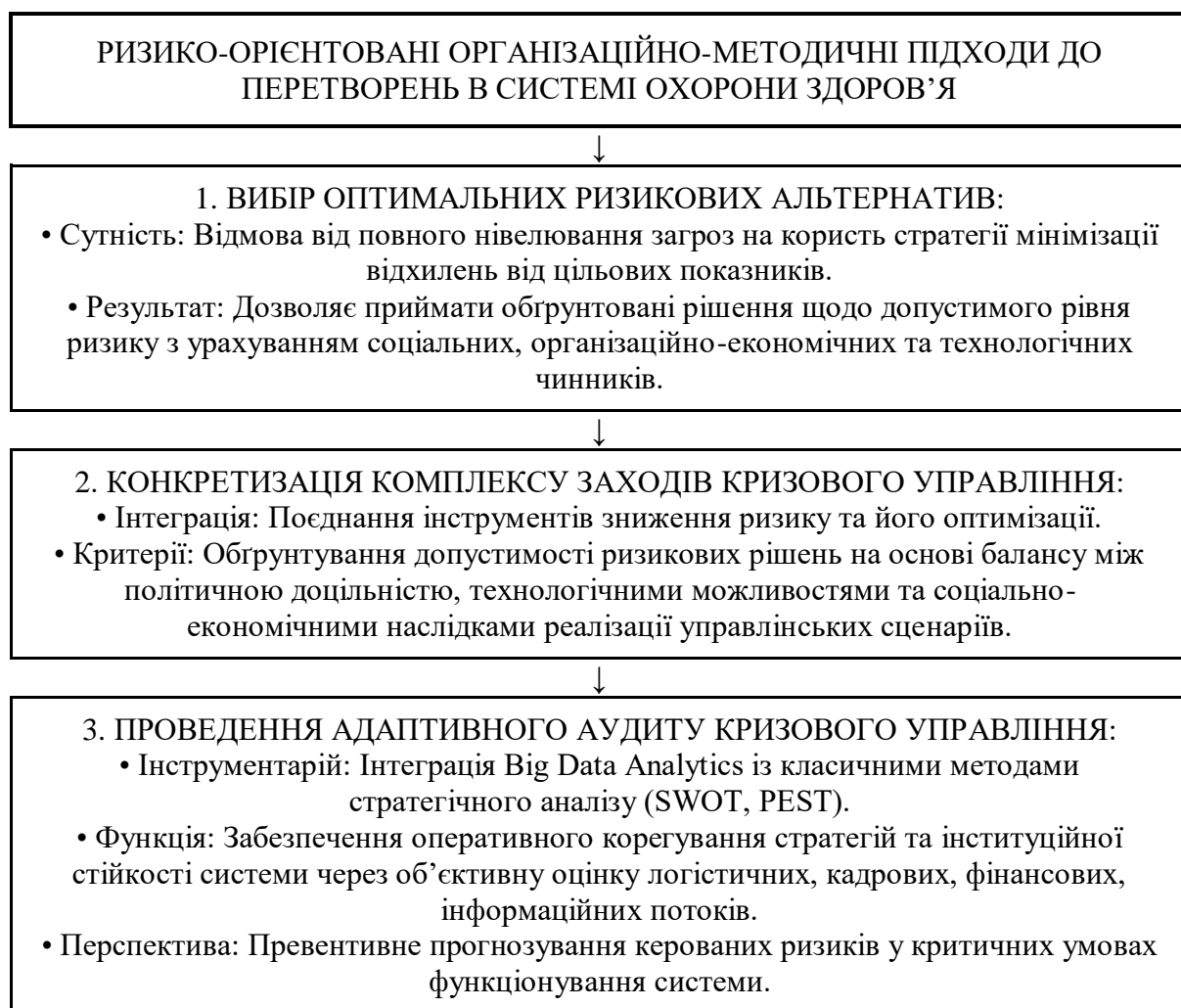


Рис. 2.6. Ризико-орієнтовані організаційно-методичні підходи до багаторівневого кризового управління в системі охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Ефективність функціонування галузі в умовах невизначеності досягається шляхом впровадження багаторівневої моделі управління, що інтегрує інструменти ризик-менеджменту в усі її структурні компоненти. Реалізація цього підходу забезпечується через: етапність трансформації та синхронізацію системних змін у чітко визначені часові межі з урахуванням специфічного профілю ризиків кожного рівня; управління чинниками ризику та системну роботу з подолання стратегічної невизначеності, оптимізацію вибору між альтернативними управлінськими рішеннями та оцінку ймовірності реалізації обраних сценаріїв; забезпечення життєздатності

системи в умовах воєнного стану через механізми децентралізованої стійкості, інтеграцію цивільної та військової медичних систем і впровадження протоколів оперативного реагування. Особливої ваги набуває модель кризового менеджменту в умовах воєнного стану, яка базується на тріаді: децентралізована автономність, міжсекторальний синергізм цивільно-військової медицини та динамічна адаптивність до екстремальних викликів.

Результативність державної політики та інтеграція системи в європейський медичний простір безпосередньо залежать від ефективності адаптивних механізмів. У цьому контексті стратегія кризового управління виступає інструментом досягнення таких критично значущих результатів: мінімізація стратегічних ризиків через ідентифікацію та предиктивний аналіз загроз на ранніх етапах; оптимізація управлінського циклу з акцентом на запобігання прийняттю необґрунтованих рішень та локалізацію деструктивних впливів на стабільність системи; інституційна рефлексія на основі проведення ретроспективного аналізу впроваджених заходів для корекції подальших векторів розвитку та підвищення загальної стійкості (resilience). В умовах перманентних трансформацій стратегія кризового управління трансформується з допоміжного інструменту в основу забезпечення життєздатності галузі.

Типологізація кризових явищ у діяльності суб'єктів охорони здоров'я на керовані та некеровані дозволяє визначити критичні точки стійкості системи. Результативність антикризової стратегії вбачається у забезпеченні максимального контролю над внутрішніми процесами, тоді як перехід керованих чинників у некеровану площину є індикатором управлінської неспроможності. Основними результатами реалізації такої стратегії мають стати: оптимізація ресурсного потенціалу, уникнення надмірної концентрації зусиль на некерованих факторах, що дозволяє раціонально розподіляти економічні та кадрові ресурси; нейтралізація зовнішнього тиску, мінімізація деструктивного впливу екзогенних детермінант на загальну стабільність галузі; підвищення операційної ефективності, зміцнення здатності

управлінського апарату до оперативного впливу на кризові тригери.

Узагальнення результатів дослідження дозволяє констатувати, що забезпечення резильєнтності системи охорони здоров'я в умовах невизначеності досягається шляхом реалізації адаптивної стратегії кризового управління, орієнтованої на прогностичну аналітику та оперативну нейтралізацію загроз. Функціональний базис цієї стратегії дозволяє не лише запобігати деструктивним наслідкам, а й створювати підґрунтя для успішної інтеграції в європейське співтовариство через підвищення керованості кризовими процесами та обґрунтованість стратегічних рішень. Кризове управління стає фундаментом життєздатності системи охорони здоров'я України. Ключовими механізмами стабілізації та розвитку системи в цей період виступають цифровізація процесів, модернізація інфраструктури, створення єдиного медичного простору (інтеграція цивільного та військового секторів) та розбудова технологічних систем управління стратегічними резервами з використанням сучасних інформаційних технологій.

Аудит та прогностична аналітика є невід'ємною складовою оцінювання ефективності кризового управління та ризик менеджменту, а також дієвим чинником оцінювання результативності антикризових заходів. Зазначений інструментарій дозволяє не лише гнучко реагувати на критичні виклики, а й закласти підґрунтя для довгострокової стійкості та ефективності системи охорони здоров'я відповідно до європейських вимог. Впровадження Big Data Analytics у практику кризових аудитів забезпечує високу точність оптимізації логістичних процесів, кадрового менеджменту та фінансового розподілу. Синергія методів SWOT- та PEST-аналізу дозволяє трансформувати виявлені загрози у керовані ризики, а система циклічної звітності гарантує оперативну адаптацію стратегій. Такий підхід забезпечує сталу інституційну стійкість національної системи охорони здоров'я на основі верифікованих даних.

Висновки до розділу 2

Визначення пріоритетів державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в умовах євроінтеграції, а також розкриття їх сутності та особливостей дозволяє зробити такі висновки:

1. Розкрито сутність та особливості застосування методичних підходів до визначення пріоритетів державної політики, а також до моніторингу реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я, зокрема:

- підхід до визначення пріоритетів, на відміну від традиційних експертних оцінок, базується на синергії кількісних та якісних методів досліджень, включає процедури валідації та узгодження експертних позицій, а також передбачає ідентифікацію чітких індикаторів, що характеризують критичні точки розбіжностей в оцінках експертів щодо механізмів впровадження «кращих практик» ЄС та досягнення цілей. Це дозволить не лише ідентифікувати пріоритетні напрями, а й верифікувати їх через аналіз зон консенсусу та розбіжностей в експертному середовищі, що створює підґрунтя для мінімізації ризиків при реалізації державної політики.

- підхід до моніторингу реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я базується на принципі міжсекторальної взаємодії та динамічного коригування цільових індикаторів, що передбачає інтеграцію інструментів збалансованої системи показників (BSC) та аналізу витрат і вигід (CBA). Це, на відміну від існуючих підходів, дозволяє забезпечити багаторівневу оцінку стратегій не лише за процесною ознакою, а й за критеріями економічної ефективності та соціального впливу. Визначено, що поєднання середньострокового планування з жорстким ресурсним обґрунтуванням кожного етапу реалізації є критичною умовою інституційної стійкості системи охорони здоров'я.

2. Запропоновано підхід до структуризації концептуальної архітектури дорожньої карти розвитку охорони здоров'я за трьома функціональними векторами (аналітично-прогностичним, оперативно-координаційним та ресурсним). Обґрунтовано необхідність переходу від декларативного до ресурсного планування, що базується на оцінюванні стратегічних резервів, пріоритетності розподілу ресурсів та використанні ризико-орієнтованого

підходу, а також доведено, що інституційна спроможність галузі прямо залежить від впровадження безпекових протоколів у медичну практику.

3. Обґрунтовано комплексний підхід до розбудови інтегрованої системи стійкості системи охорони здоров'я в умовах повоєнного відновлення, який, на відміну від існуючих, ґрунтуються на інтеграції концепцій Health Security та One Health та визначенні архітекtonіки пріоритетних механізмів (превентивного, фінансово-економічного, цифрового, інфраструктурного, кадрового та реабілітаційно-відновлювального), синергія яких спрямована на підвищення адаптивності та життєздатності системи до критичних навантажень, запобігання кризовим явищам, що дозволяє забезпечити безперервність медико-соціальних заходів та адаптивне управління ресурсами. Доведено, що систематизація процесів виявлення та мінімізації загроз (через тактики уникнення, зменшення, передачі або прийняття ризику) дозволяє трансформувати потенційні кризи у контрольовані управлінські процеси, забезпечуючи життєдіяльність суспільства в умовах безпекових загроз.

4. Розкрито сутність та особливості визначення складових механізму забезпечення стійкості системі охорони здоров'я через імплементацію принципу колективної спроможності, як здатності системи до реалізації комплексу превентивних заходів на всіх ієрархічних рівнях управління до оперативного реагування на небезпечні події, а також застосування інтегрованих екосистемних підходів до управління ризиками в системі охорони здоров'я на основі концепції безпеки здоров'я (Health Security) як захисту населення від біологічних, соціальних та екологічних загроз, а також концепції "Єдине здоров'я" (One Health), яка розглядається через призму нерозривного взаємозв'язку людської, тваринної та рослинної популяцій. Доведено необхідність відповідних превентивних заходів, які, на відміну від реактивних, орієнтовані на збереження повної функціональності екосистеми охорони здоров'я в умовах критичних навантажень, що дозволяє розширити межі управління спільним середовищем існування та відповідними

інтегративними інструментами, що об'єднують місцевий, субнаціональний, національний та глобальний рівні управління для мінімізації соціальних, екологічних та біологічних ризиків, а також інтегрують заходи протидії інфекційним та неінфекційним загрозам у єдиний безпековий контур, що мінімізує негативні наслідки для здоров'я суспільства.

5. Запропоновано комплексний підхід до багаторівневого кризового управління системою охорони здоров'я в умовах перманентних ризиків та загроз, який, на відміну від фрагментарних підходів, базується на поєднанні керованих цільових параметрів функціонування галузі на засадах ризик-менеджменту та кризового управління, об'єктивного аудиту та ідентифікації викликів та загроз у різних часових та просторових вимірах, ідентифікації чинників виникнення ризиків, поетапної декомпозиції антикризових стратегій, оцінювання ймовірності сценаріїв, визначення стратегічних орієнтирів та альтернативних рішень, синхронізації оперативного реагування на основі поєднання ресурсного та функціонального потенціалів що дозволяє адаптувати управлінський вплив до специфіки кожного етапу та ієрархічного рівня системи та передбачає застосування комплексу інструментів, способів, засобів і заходів реагування, спрямованих на збереження функціональності найбільш вразливих її структурних компонентів та критичних ланок.

6. Уточнено зміст поняття «кризове управління в системі охорони здоров'я» як цілісного адаптивного механізму управління та забезпечення її інституційної стійкості, що передбачає застосування динамічної системи способів і засобів ідентифікації загроз, визначення ієрархії завдань (ідентифікація, прогнозування, оперативне реагування), а також інструментів та заходів їх реалізації, що забезпечує функціональну спроможність галузі та запобігає деструктивним наслідкам для її функціонування через превентивне прогнозування ризиків в умовах високої невизначеності. Обґрунтовано методичні засади ресурсного забезпечення життєдіяльності та інфраструктурної стабілізації системи охорони здоров'я в умовах критичного дефіциту ресурсів та безпекових загроз, що передбачають конкретизацію

можливостей резервних потужностей (енерго- та водопостачання), оперативну ротаційну мобілізацію персоналу, використання цифрових систем аналізу як базових елементів антикризового управління, що забезпечують функціональну спроможність галузі, зокрема у прифронтових регіонах.

7. Визначено сутність концептуального підходу до оцінювання ризиків та результативності кризового управління в системі охорони здоров'я, який, на відміну від існуючих, базується на диференціації процесів на керовані та некеровані, інтегрованому оцінюванні ступеня керованості кризових процесів на основі результатів-наслідків, що зумовлює розробку відповідних алгоритмів оперативного реагування, спрямованих на мінімізацію ризиків необґрунтованих управлінських рішень. Він базується на припущенні, що ризик повною мірою відображає невизначеність, що у процесі кризового управління трансформується у конкретний результат – наслідок, а керованість ризиків передбачає розробку відповідних алгоритмів оперативного реагування, спрямованих на мінімізацію ризиків необґрунтованих управлінських рішень, визначення способу дій у певній сфері за мінливих умов, у ситуації, яка характеризується невизначеністю на основі передбачення результатів-наслідків. Доведено необхідність концентрації зусиль на керованих чинниках, тоді як щодо некерованих детермінант обґрунтовано доцільність застосування тактики нейтралізації наслідків. Обґрунтовано, що інтегральним показником ефективності системи превенції є здатність управлінського апарату запобігати трансформації керованих явищ у некеровані, що дозволяє вчасно ідентифікувати деструктивні тенденції на різних рівнях функціонування галузі. Це дозволяє уникнути ірраціонального виснаження економічного та людського потенціалу системи в умовах високої невизначеності.

8. Обґрунтовано комплекс організаційно-методичних підходів до: вибору оптимальних ризикових альтернатив у системі охорони здоров'я, що полягає у відмові від повного нівелювання загроз на користь стратегії мінімізації відхилень від цільових показників, що дозволяє приймати

обґрунтовані рішення щодо допустимого рівня ризику з урахуванням соціальних, організаційно-економічних та технологічних чинників; конкретизації комплексу заходів кризового управління в галузі охорони здоров'я через інтеграцію інструментів зниження ризику та його оптимізації та конкретизацію критеріїв допустимості ризикових рішень, що ґрунтуються на балансі між політичною доцільністю, технологічними можливостями та соціально-економічними наслідками реалізації управлінських сценаріїв; проведення адаптивного аудиту кризового управління в охороні здоров'я, який базується на інтеграції інструментів Big Data Analytics із класичними методами стратегічного аналізу (SWOT, PEST), який спрямовано на забезпечення оперативного корегування стратегій, що забезпечує інституційну стійкість системи через об'єктивну оцінку ефективності логістичних, кадрових, фінансових, інформаційних потоків, а також дозволяє здійснювати превентивне прогнозування керованих ризиків у критичних умовах функціонування системи.

Основні наукові результати другого розділу опубліковані в працях: [38; 39; 43].

РОЗДІЛ 3

ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Чинники забезпечення якості та ефективності державної політики розвитку системи охорони здоров'я в Україні в умовах Європейської інтеграції

Ефективна реалізація державної політики розвитку системи ОЗ неможлива без стратегічного бачення, створення адекватної нормативної основи, регулювання взаємовідносин між різними суб'єктами для досягнення визначених цілей. В умовах європейської інтеграції України особливого значення набуває гармонізація вітчизняного законодавства у сфері охорони здоров'я з відповідними нормами та стандартами ЄС. Водночас, за оцінками експертів, чинна редакція Основ законодавства не повною мірою відповідає сучасним реаліям та викликам, що постають перед системою охорони здоров'я України в контексті євроінтеграції [90].

Зокрема, Основи законодавства [84] не забезпечують чіткого розмежування функцій замовника та надавача медичних послуг, що є ключовою передумовою ефективної реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтом». Крім того, документ не містить належних механізмів захисту прав пацієнтів, гарантування якості медичної допомоги, а також врегулювання питань медичного страхування. У зв'язку з цим, нагальною потребою є розроблення та ухвалення нової редакції базового закону про охорону здоров'я, який би врахував кращі європейські практики та створив адекватне правове підґрунтя для системних реформ галузі.

Слід зазначити, що останніми роками в Україні було здійснено низку важливих кроків щодо вдосконалення нормативно-правової бази, що стосується конкретних механізмів забезпечення якості та ефективності її функціонування

та розвитку. Зокрема, у 2017 році було ухвалено Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [104], який запровадив модель державного солідарного медичного страхування та визначив гарантований державою пакет медичних послуг. Цей закон став важливим кроком на шляху до забезпечення універсального доступу населення до необхідної медичної допомоги та захисту від надмірних витрат на охорону здоров'я.

Водночас, практична імплементація закону виявила низку прогалин та недоліків, які потребують подальшого доопрацювання, зважаючи на солідарні європейські підходи. Зокрема, експерти вказують на необхідність законодавчого врегулювання процедури визначення та перегляду змісту гарантованого пакету медичних послуг на основі чітких соціальних та економічних критеріїв. Крім того, потребують унормування питання співвідношення державних гарантій з обов'язковим та добровільним медичним страхуванням, а також механізми контролю якості надання медичних послуг за програмою медичних гарантій [90; 157].

Ще одним важливим законодавчим кроком у забезпеченні якості та ефективності реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я стало ухвалення у 2017 році нової редакції Закону України «Про освіту» [127], який започаткував реформу медичної освіти на засадах компетентнісного підходу та наближення до європейських стандартів. Зокрема, закон передбачає запровадження нових стандартів вищої медичної освіти, які базуються на чітко визначених компетентностях та результатах навчання, а також трансформацію системи безперервного професійного розвитку медичних працівників. Водночас, імплементація цих новацій потребує ухвалення низки підзаконних актів та забезпечення належного фінансування і методичної підтримки закладів медичної освіти.

Крім того, важливе значення для регулювання окремих аспектів мають спеціальні законодавчі акти, зокрема, Закон України «Про лікарські засоби» [124] та ін. Попри неодноразові зміни та доповнення, чинна редакція закону не

повною мірою відповідає сучасним європейським стандартам та практикам в частині забезпечення якості, безпеки та ефективності ліків.

Зокрема, потребують гармонізації з нормами ЄС процедури доклінічного вивчення та клінічних випробувань лікарських засобів, а також вимоги до виробництва, контролю якості та фармаконагляду. Крім того, актуальним завданням є розвиток механізмів забезпечення доступності основних лікарських засобів для населення, включаючи державне регулювання цін, реімбурсацію вартості ліків та розвиток генеричної конкуренції. Ці питання мають знайти відображення в новій редакції закону про лікарські засоби.

Окремої уваги заслуговує законодавче регулювання питань трансплантації [106], що створює правові підстави для розвитку цього напрямку. Зокрема, закон визначив умови та порядок застосування трансплантації, права та обов'язки донорів і реципієнтів, а також встановив вимоги до ЗОЗ, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією. Водночас, для повноцінного запуску цієї системи необхідно забезпечити розроблення та впровадження низки підзаконних актів, зокрема щодо функціонування та розвитку єдиної інформаційної системи трансплантації під контролем держави, а також налагодження ефективної співпраці між усіма задіяними інституціями.

Ще однією важливою сферою нормативно-правового регулювання є забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя [105], що спрямовано на профілактику захворювань, забезпечення оптимальних умов життєдіяльності, зміцнення здоров'я населення та охорону навколишнього середовища. Водночас, у контексті пандемії COVID-19 та зростання глобальних викликів у сфері громадського здоров'я, вкрай актуальним завданням є модернізація законодавства про санітарно-епідемічне благополуччя відповідно на основі кращих практик.

Створення якісної та збалансованої нормативно-правової бази є ключовою передумовою успішної реалізації політики розвитку охорони здоров'я в Україні. Чинне законодавство в цій сфері потребує комплексного перегляду та гармонізації з європейськими нормами і практиками, з урахуванням

національної специфіки та узгодженого плану законодавчого забезпечення реформ на основі чіткого бачення майбутньої моделі системи охорони здоров'я. Водночас, ефективність нормативно-правового регулювання залежить не лише від якості ухвалених законів, але й від їх належної імплементації на практиці.

Ще одним із ключових факторів успішності реформ та досягнення цілей державної політики є забезпечення достатнього та стабільного фінансування. Від обсягу та ефективності використання фінансових ресурсів безпосередньо залежить спроможність системи надавати якісні та доступні медичні послуги, забезпечувати належний рівень оплати праці медичних працівників, а також інвестувати в розвиток інфраструктури та впровадження сучасних технологій.

Попри певне зростання державних видатків на ОЗ протягом останніх років, їх рівень в Україні залишається одним із найнижчих серед європейських країн. Так, за даними ВООЗ, у 2018-2021 роках загальні витрати на ОЗ в Україні склали в середньому лише 3,2% від ВВП, тоді як середній показник для країн Європейського регіону становив 8,3% [313; 318]. При цьому, за оцінками експертів, для забезпечення базових потреб галузі та ефективного впровадження реформ, рівень державних видатків на ОЗ в Україні має бути збільшений принаймні до 5% ВВП у середньостроковій перспективі [65].

Одним із ключових викликів у сфері фінансування є високий рівень прямих витрат домогосподарств на послуги та ліки. За даними Державної служби статистики України в динаміці за останні роки, у 2021 році такі витрати становили близько 5,9% від загальних споживчих витрат домогосподарств, що майже вдвічі перевищує відповідний показник у 2010-2011 роках, незважаючи на проведену модернізацію системи фінансування та створення механізму єдиного замовника послуг в особі НСЗУ [20]. Це свідчить про недостатній рівень фінансового захисту населення в рамках існуючої системи та створює значні ризики для доступності необхідної медичної допомоги, особливо для вразливих верств.

У цьому контексті одним із пріоритетних напрямків розвитку фінансової моделі охорони здоров'я має стати розширення державних гарантій медичного

обслуговування та зменшення частки прямих платежів населення. Зокрема, це передбачає збільшення обсягу послуг, що покриваються за рахунок коштів державного бюджету в межах програми медичних гарантій, а також запровадження механізмів компенсації вартості лікарських засобів для окремих категорій громадян. Такі заходи дозволять підвищити доступність медичної допомоги та зменшити фінансовий тягар на пацієнтів, особливо в умовах низьких доходів та високої вартості лікування.

Водночас, збільшення державного фінансування ОЗ має супроводжуватися підвищенням ефективності та прозорості використання бюджетних коштів. Це вимагає подальшого вдосконалення механізмів оплати медичних послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом», стратегічних закупівель ліків та медичних виробів, а також впровадження сучасних інструментів фінансового управління та контролю на рівні закладів ОЗ.

Щодо діяльності НСЗУ, то вона спрямована на забезпечення ефективного та цільового використання бюджетних коштів шляхом запровадження контрактних відносин із надавачами медичних послуг на основі чітких індикаторів якості та результативності. Це дозволяє створити фінансові стимули для підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я, а також забезпечити більш справедливий розподіл ресурсів відповідно до реальних потреб пацієнтів. Водночас, для повноцінної реалізації потенціалу цієї моделі необхідно забезпечити інституційну та фінансову спроможність НСЗУ, а також налагодити ефективну співпрацю з органами місцевого самоврядування та професійною спільнотою.

Іншим напрямом диверсифікації джерел фінансування ОЗ в Україні є розвиток добровільного медичного страхування. За оцінками експертів, розширення участі страхових компаній у фінансуванні медичних послуг дозволить залучити додаткові ресурси в галузь, зменшити навантаження на державний бюджет, а також стимулювати конкуренцію та підвищення якості обслуговування [164; 165]. Водночас, для ефективного функціонування ринку добровільного медичного страхування необхідно створити відповідну

нормативно-правову базу, яка б визначала права та обов'язки страховиків, застрахованих осіб, надавачів послуг, а також встановлювала вимоги до страхових продуктів та механізмів контролю якості.

При цьому важливо забезпечити належний захист прав споживачів страхових послуг та уникнути ризиків «вибору ризиків» з боку страховиків. Одним із можливих механізмів вирішення цієї проблеми є запровадження обов'язкового медичного страхування для певних категорій населення (наприклад, офіційно працевлаштованих громадян) у поєднанні з державними субсидіями для малозабезпечених та вразливих груп. Такий підхід дозволить розширити охоплення страховим захистом та забезпечити більш стійке фінансування системи в середньо- та довгостроковій перспективі.

Окрім збільшення загального обсягу фінансування ОЗ, не менш важливим завданням є забезпечення раціонального розподілу ресурсів між різними рівнями та ланками медичної допомоги. Зокрема, пріоритетним напрямком має стати посилення фінансової спроможності первинної ланки як основи ефективної та стійкої системи ОЗ. Це передбачає збільшення капітаційної ставки для оплати послуг первинної допомоги, а також запровадження додаткових стимулів для лікарів загальної практики, які працюють у сільській місцевості та з вразливими групами населення.

Водночас, на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги важливо забезпечити концентрацію ресурсів у найбільш ефективних та якісних закладах, які мають достатній потенціал для надання комплексних послуг відповідно до сучасних клінічних протоколів і стандартів. Це вимагає оптимізації мережі закладів охорони здоров'я на основі чітких критеріїв доступності, якості та ефективності, а також запровадження нових та удосконалення діючих механізмів оплати стаціонарної допомоги (наприклад, за пролікований випадок або клініко-статистичні групи). Такі зміни дозволять раціоналізувати використання обмежених ресурсів та стимулювати підвищення якості медичних послуг на всіх рівнях системи.

Проте, слід наголосити, що забезпечення достатнього та стабільного

фінансування є необхідною, але не достатньою умовою успішної трансформації системи охорони здоров'я. Не менш важливими факторами є ефективність та прозорість використання ресурсів, орієнтація на потреби пацієнтів, якість та доступність медичних послуг, а також належне врядування та підзвітність на всіх рівнях системи.

Досягнення цих цілей потребує комплексного та послідовного підходу до реформування механізмів фінансування, який би поєднував збільшення державних інвестицій з розширенням автономії постачальників послуг, впровадженням стратегічних закупівель, розвитком добровільного медичного страхування та посиленням фінансового захисту населення. При цьому критично важливо забезпечити інклюзивність та партисипативність процесу реформ, залучивши до діалогу всі зацікавлені сторони – органи влади, медичну спільноту, пацієнтські організації, страховий бізнес, експертне середовище.

Зазначене вище є безумовно важливим, проте, на наш погляд, насамперед слід звернути увагу на розвиток інфраструктури та матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я, які є тим фундаментом, на якому базується спроможність системи надавати якісні та доступні медичні послуги населенню. Від стану медичних закладів, їх оснащеності сучасним обладнанням та інформаційними технологіями критично залежить ефективність лікувально-діагностичного процесу, безпека пацієнтів та медичного персоналу, а також загальний рівень задоволеності населення медичною допомогою.

Попри беззаперечну важливість цього компоненту, розвиток інфраструктури охорони здоров'я в Україні відбувався хаотично та безсистемно протягом тривалого часу. Успадкована з радянських часів розгалужена мережа медичних закладів, яка базувалася на екстенсивних показниках ліжкового фонду та штатного розпису, виявилася неадекватною для задоволення реальних потреб населення в умовах епідеміологічних та демографічних трансформацій. Водночас, хронічне недофінансування галузі та недосконалість реальних механізмів забезпечення її розвитку, особливо у віддалених громадах призвели до прогресуючої деградації матеріально-технічної бази, яка місцями досягла

критичного рівня.

Не менш гострою є проблема дефіциту сучасного медичного обладнання, особливо в сегменті високотехнологічної спеціалізованої допомоги. За даними ВООЗ, за забезпеченістю населення сучасним діагностичним обладнанням Україна в разі відстає від середньоєвропейських показників [314], що фактично позбавляє значну частину населення, доступу до сучасних методів діагностики і лікування.

Окрім кількісного дефіциту, гострою є проблема якісної невідповідності наявного обладнання вимогам, що підвищує ризики діагностичних помилок, ускладнень та побічних ефектів, а також збільшує витрати на технічне обслуговування та ремонт. Але, мабуть, найбільш кричущим проявом інфраструктурних проблем галузі є відсутність у значній кількості закладів ОЗ належних умов для забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя та інфекційного контролю, що унеможливорює дотримання базових стандартів якості та безпеки медичної допомоги.

Не можна оминати увагою і вкрай незадовільний стан інформатизації галузі ОЗ. Попри започаткування ЕСОЗ у 2017 році, є певна частка медичних закладів, що досі не мають достатнього технічного оснащення та якісного доступу до Інтернету для забезпечення її повноцінного функціонування (ЕСОЗ. Дашборд. URL: <https://dashboard.ehealth.gov.ua/>). Водночас, серед адаптованих до умов цифровізації закладів не усі використовують функціонал системи, зокрема в частині впровадження електронних медичних карток та обміну медичними даними.

Зазначені проблеми є прямим наслідком багаторічної неспроможності системи забезпечити адекватний рівень фінансування оновлення інфраструктури та матеріально-технічної бази охорони здоров'я. Одним із ключових інструментів системної модернізації галузі має стати запровадження цільової програми розвитку інфраструктури ОЗ, яка має передбачати не лише гарантоване бюджетне фінансування капітальних видатків на оновлення основних фондів, але й сучасні підходи до їх планування, спорудження та

оснащення. Зокрема, інвестиційні рішення мають базуватися на деталізованих бізнес-планах, техніко-економічних обґрунтуваннях та аналізі співвідношення витрат і користі з урахуванням повного життєвого циклу активів. Пріоритет має віддаватися сучасним проектам енергоефективних, компактних, адаптивних та багатофункціональних лікувальних корпусів з можливістю гнучкого перепланування внутрішнього простору залежно від потреб, у т.ч. інклюзивних з урахуванням рівного доступу до медико-соціальних послуг.

Ключове значення для успіху модернізації інфраструктури матиме запровадження сучасних підходів до управління медичною технікою на всіх етапах її життєвого циклу – від планування закупівель до утилізації. Зокрема, слід відійти від практики стихійного накопичення випадкового набору обладнання сумнівної якості та походження на користь формування оптимального парку взаємно сумісної техніки провідних світових виробників відповідно до галузевих табелів оснащення. При цьому, всі закупівлі мають здійснюватися максимально прозоро з дотриманням принципів доброчесної конкуренції та обґрунтованості технічних вимог.

Не менш важливим завданням в контексті модернізації є налагодження ефективної системи сервісного обслуговування та метрологічного контролю медичної техніки. Зокрема, необхідно передбачити в кошторисах закладів охорони здоров'я достатні видатки на технічну підтримку обладнання протягом усього строку експлуатації, а також запровадити механізми аутсорсингу сервісних послуг спеціалізованим компаніям з прозорою системою контролю якості. Окрім того, вкрай важливо забезпечити безперебійне постачання витратних матеріалів та запчастин шляхом створення системи електронних закупівель із залученням авторизованих постачальників.

Ще одним наріжним каменем модернізації інфраструктури охорони здоров'я має стати її цифровізація на основі повноцінного впровадження електронних медичних інформаційних систем. З огляду на незадовільні темпи підключення та низьку активність використання електронної системи охорони здоров'я закладами охорони здоров'я, необхідно терміново переглянути чинні

підходи до її запровадження. Зокрема, доцільно розробити чітку покрокову стратегію інформатизації галузі з конкретними індикаторами прогресу, забезпечити належне технічне оснащення та інтернетизацію закладів за рахунок цільових субвенцій, а також передбачити економічні стимули для медичних працівників, які опанують навички користування системою.

Водночас, успішна реалізація всіх зазначених напрямків модернізації інфраструктури можлива лише за умови істотного збільшення загальних видатків на охорону здоров'я [61]. Звісно, в умовах економічної кризи та колосальних безпекових витрат, мобілізувати значні кошти буде вкрай складно. Відтак, поряд зі збільшенням бюджетного фінансування, держава має активно залучати альтернативні джерела інвестиційного ресурсу, зокрема кошти місцевих бюджетів, міжнародної допомоги та приватного капіталу в рамках проектів державно-приватного партнерства.

При цьому, критично важливо забезпечити максимальну ефективність, прозорість та підзвітність використання всіх залучених коштів. Зокрема, доцільно запровадити систему управління інвестиційними проектами в сфері охорони здоров'я на основі сучасних методів проектного менеджменту, контролінгу та ризик-менеджменту. Окрім того, необхідно забезпечити дієвий громадський контроль за реалізацією інвестиційних програм, зокрема шляхом запровадження обов'язкової публічної звітності головних розпорядників коштів та створення онлайн-платформи моніторингу модернізації інфраструктури з можливістю зворотного зв'язку від зацікавлених сторін.

Отже, модернізація інфраструктури має розглядатися, як ключовий пріоритет державної політики в сфері охорони здоров'я, що потребує комплексного, системного та послідовного підходу, який би поєднував оновлення матеріально-технічної бази з оптимізацією мережі закладів, розвитком кадрового потенціалу та впровадженням сучасних управлінських практик. В умовах обмежених ресурсів та конкуруючих пріоритетів державної політики, шлях до осучаснення інфраструктури охорони здоров'я вимагатиме перерозподілу бюджетних видатків, підвищення ефективності використання

ресурсів, залучення приватних інвестицій тощо.

За даними досліджень «Ставлення населення України до медичної реформи», що узагальнені соціологічною групою «Рейтинг», значна частка опитаних у той чи іншій мірі мали негативний досвід спілкування з медичним персоналом. Схожі оцінки демонструють і об'єктивні індикатори якості медичної допомоги, зокрема рівень післяопераційних ускладнень та летальності, частота повторних госпіталізацій, рівень звернень зі скаргами тощо [160].

Досягнення цілей реформи охорони здоров'я та її наближення до європейських стандартів якості є неможливим без кардинальної трансформації системи професійної підготовки та розвитку медичних кадрів. Ключовим завданням державної політики в цій сфері має стати перехід від застарілої інформаційно-накопичувальної парадигми медичної освіти до сучасної компетентнісної моделі, орієнтованої на формування у майбутніх працівників сфери ОЗ актуальних знань, умінь, навичок та ціннісних установок, необхідних для ефективної професійної діяльності. Тож, трансформація медичної освіти і розбудова ефективної системи безперервного професійного розвитку передбачає опанування сучасних знань і компетентностей, а також формування людино-орієнтованої професійної культури, що є наріжним каменем успішності медичної реформи та наближення вітчизняної ОЗ до кращих європейських і світових практик.

Першим кроком на цьому шляху має стати ґрунтовне оновлення змісту та структури медичної освіти відповідно до кращого світового досвіду. Зокрема, на додипломному рівні доцільно переглянути перелік та обсяг навчальних дисциплін на користь зменшення теоретичного навантаження та суттєвого збільшення практичної підготовки студентів в умовах реальної клінічної практики. При цьому, акцент має робитися не на механічному запам'ятовуванні масиву фактичної інформації, а на формуванні у студентів клінічного мислення, навичок комунікації з пацієнтами, уміння працювати в команді та приймати рішення в умовах невизначеності.

Для забезпечення максимальної практичної спрямованості навчання вкрай

важливо налагодити ефективну співпрацю медичних закладів вищої освіти з закладами ОЗ, зокрема шляхом створення університетських клінік та навчально-клінічних центрів на базі лікарень. Такі центри мають бути оснащені сучасним обладнанням та укомплектовані висококваліфікованими лікарями-викладачами, які поєднують активну клінічну практику з освітньою та дослідницькою діяльністю. Це дозволить забезпечити повноцінну інтеграцію навчального процесу з реальною медичною практикою та сформувані у студентів актуальні компетентності під керівництвом досвідчених менторів.

Ще одним важливим кроком у забезпеченні якості медичної освіти має стати широке впровадження в освітній процес симуляційних технологій та методів активного навчання. Йдеться про створення у медичних закладах вищої освіти сучасних тренінгових центрів, оснащених високотехнологічними симуляторами та манекенами, які дозволять студентам в безпечних умовах відпрацьовувати практичні навички та моделювати різноманітні клінічні ситуації, оскільки застосування симуляційних методів навчання суттєво покращує якість оволодіння студентами клінічними компетентностями та зменшує ризики для пацієнтів.

Щодо європейських механізмів забезпечення якості та ефективності ключових компонентів реалізації державної політики ОЗ та їх імплементації в Україні, на наш погляд слід зосередитися, зокрема на таких напрямках:

1. Стратегічні закупівлі та фінансова ефективність. Одним із ключових європейських підходів до підвищення ефективності ОЗ є перехід від постатейного фінансування кошторисів медичних закладів до моделі стратегічних закупівель медичних послуг. Ця модель ґрунтується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом», що успішно реалізовано в таких країнах як Велика Британія, Іспанія та Польща (Figueras et al., 2005) [214]. В Україні цей механізм було втілено через НСЗУ, яка виконує роль єдиного національного замовника. Такий підхід дозволив підвищити прозорість розподілу фінансових ресурсів та створити конкурентне середовище серед надавачів медичних послуг, незалежно від форми власності. Проте, як зазначають експерти, для повної реалізації цього

механізму необхідне подальше вдосконалення тарифної політики та розширення автономізації закладів охорони здоров'я.

2. Цифровізація (eHealth) як інструмент прозорості та моніторингу. Створення «Європейського простору даних ОЗ» (European Health Data Space – EHDS) є одним із пріоритетів ЄС для забезпечення транскордонної медичної допомоги та координації досліджень. Ефективність державної політики ОЗ неможлива без точних статистичних та аналітичних даних. Українська система eHealth за останні роки продемонструвала значний прогрес, навіть випереджаючи деякі країни ЄС за темпами впровадження окремих модулів (наприклад, електронних рецептів та направлень). Цифровізація виступає антикорупційним механізмом та інструментом моніторингу якості медичних послуг у реальному часі (МОЗ, 2023) [170; 171; 172].

3. Стандартизація та управління якістю медичної допомоги. Європейська практика управління якістю базується на доказовій медицині та системі клінічного аудиту. Європейське регіональне бюро ВООЗ активно пропагує використання клінічних настанов (Clinical Guidelines) як інструменту зменшення варіативності у лікуванні та підвищення безпеки пацієнтів (WHO, 2021) [293].

Важливим кроком у напрямі євроінтеграції у свій час став дозвіл на використання міжнародних клінічних протоколів. Проте системне забезпечення якості потребує повноцінного впровадження Оцінки медичних технологій (Health Technology Assessment – HTA). HTA є визнаним у ЄС інструментом, який дозволяє на основі наукових даних визначати клінічну та економічну доцільність фінансування нових ліків чи методів лікування за державний кошт (Garrido et al., 2008) [222]. Створення в Україні відповідного департаменту при Державному експертному центрі свідчить про рух у цьому напрямку, але механізм потребує подальшої інституційної розбудови.

Усе зазначене дозволило сформуванню інтеграційний механізм оптимізації функціонування та розвитку галузі ОЗ в умовах євроінтеграції, який базується на конвергенції солідарних принципів і адаптивних механізмів координації та

регулюючих інструментів, а також синергії п'яти ключових компонентів: 1) нормативного, 2) ресурсного, 3) інноваційного, 4) професійного, 5) кризового, взаємне підсилення яких, спрямоване на забезпечення системності реалізації державної політики за відповідними напрямками: 1) гармонізації нормативно-правової бази з *acquis communautaire* ЄС; 2) модернізації інфраструктури та ресурсного забезпечення; 3) цифровій трансформації галузі та технологічних інноваційних рішень; 4) розвитку професійного корпусу фахівців на засадах компетентнісного підходу; 5) ризикоорієнтованого кризового управління, децентралізованої стійкості та міжсуб'єктної взаємодії в умовах єдиного медичного простору. Структурно логічну схему інтеграційного механізму оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції наведено на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Структурно логічна схема інтеграційного механізму оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції

Джерело: сформовано автором

Тож, у сучасних умовах обмеженості бюджетних ресурсів та стрімкого розвитку ринку медичних і фармацевтичних послуг перед державою постає складне завдання: забезпечити населення максимально ефективною та

безпечною медичною допомогою за оптимальних витрат. Ключовим європейським механізмом розв'язання цієї дилеми, за даними міжнародних досліджень є оцінка медичних технологій (ОМТ; англ. Health Technology Assessment – HTA) [31; 197; 222; 257; 295; 317]. ОМТ являє собою міждисциплінарний процес систематичного узагальнення інформації про медичні, соціальні, економічні та етичні наслідки застосування медичних технологій [222].

Оцінка медичних технологій (ОМТ) є ключовим інструментом для забезпечення процесу прийняття обґрунтованих рішень щодо фінансування лікарських засобів за рахунок коштів державного бюджету [222]. Рекомендації та висновки ОМТ застосовуються під час формування Національного переліку лікарських засобів, програми реімбурсації «Доступні ліки», а також у процедурах державних закупівель (зокрема, за договорами керованого доступу). У Європейському Союзі ОМТ є наріжним каменем прийняття рішень щодо реімбурсації (відшкодування вартості) лікарських засобів та включення нових медичних послуг до гарантованих пакетів. Прийняття Регламенту (ЄС) 2021/2282 про оцінку медичних технологій закріпило курс на гармонізацію спільних клінічних оцінок на рівні ЄС, що має на меті усунення дублювання зусиль та прискорення доступу пацієнтів до інноваційного лікування [149].

Методологія ОМТ базується на принципах доказової медицини та включає: клінічну ефективність та безпеку: порівняння нової технології з існуючим золотим стандартом лікування; економічну доцільність (фармакоеконіміку): застосування аналізу «витрати-ефективність» (CEA) або «витрати-корисність» (CUA); аналіз впливу на бюджет: прогнозування фінансових наслідків для державної системи охорони здоров'я у коротко- та середньостроковій перспективі [252].

25 березня 2026 року Кабінет Міністрів України ухвалив зміни до постанови від 23 грудня 2020 року № 1300, якими оновлено Порядок проведення державної оцінки медичних технологій (ОМТ) [100].

Зазначені зміни розроблено на виконання міжнародних зобов'язань України відповідно до Угоди про асоціацію з ЄС з метою гармонізації національного законодавства з положеннями Регламенту (ЄС) 2021/2282 від 15 грудня 2021 року та Директиви 2011/24/ЄС. Регламент запроваджує механізм спільної клінічної оцінки медичних технологій на рівні Європейського Союзу, результати якої мають братися до уваги державами під час формування політики у сфері охорони здоров'я [149]. Прийняття цих змін спрямоване на інтеграцію національної системи охорони здоров'я до європейського простору, підвищення прозорості та ефективності процедур державної ОМТ, а також розширення доступу пацієнтів до сучасного доказового лікування. Ключові нововведення передбачають: врахування результатів спільної клінічної оцінки ЄС у національній процедурі ОМТ для уникнення дублювання даних; запровадження єдиного підходу до оцінки клінічної цінності з обов'язковою класифікацією рівня доданої клінічної користі; застосування системи ранньої ідентифікації (Horizon Scanning) нових медичних технологій за зверненням МОЗ України для пріоритизації та стратегічного планування [31].

Україна здійснила вагомий крок уперед, закріпивши поняття ОМТ на законодавчому рівні та створивши відповідний інституційний орган при Державному експертному центрі МОЗ України. Сьогодні проведення державної ОМТ є обов'язковою умовою для включення лікарських засобів до Національного переліку основних лікарських засобів та для закупівель за договорами керованого доступу [25; 111; 119; 141].

Отже, імплементація європейських механізмів в Україні вже принесла відчутні результати у підвищенні транспарентності, якості та ефективності системи. Проте для досягнення європейського рівня ефективності державна політика має зосередитися на: завершенні формування інституту оцінки медичних технологій. Водночас, повноцінне функціонування цього механізму потребує подолання низки бар'єрів. Серед них – дефіцит кваліфікованих кадрів у галузі фармакоеконіміки, відсутність адаптованих під українські реалії порогів готовності платити (willingness-to-pay threshold), а також необхідність інтеграції

результатів ОМТ із процесами розробки клінічних настанов. Подальша імплементація європейських стандартів ОМТ дозволить не лише оптимізувати державні видатки, а й підвищити прозорість прийняття рішень у сфері охорони здоров'я.

Дослідження чинників забезпечення якості та ефективності державної політики розвитку системи охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції дозволило на основі європейського досвіду та кращих європейських практик виявити ключові чинники успішності медичної реформи у вітчизняному контексті та дієві засоби їх імплементації в Україні, до яких слід віднести створення адекватної і збалансованої нормативно-правової бази, забезпечення достатнього та стабільного фінансування, стратегічні закупівлі та фінансова ефективність, ефективність та прозорість використання ресурсів, модернізація інфраструктури, технічного і технологічного забезпечення галузі, стандартизація та управління якістю медичної допомоги, розвиток кадрового потенціалу галузі шляхом удосконалення системи медичної освіти та безперервного професійного розвитку медичних працівників, а також впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій та цифровізація (eHealth) як інструмент прозорості та та підзвітності на всіх рівнях системи.

Така трансформація має відбуватися на основі детального аудиту існуючої мережі та чіткого бачення оптимальної моделі функціонування закладів охорони здоров'я з урахуванням реальних потреб населення, наявності та необхідності ресурсного забезпечення.

У межах дослідження, доведено, що в рамках інтеграційного механізму оптимізації функціонування та розвитку галузі ОЗ в умовах євроінтеграції (рис. 3.2.) передбачена синхронізація традиційних та інноваційних складових: фінансова ефективність (стратегічні закупівлі) з інструментами цифровізації (eHealth), безперервний професійний розвиток кадрів на основі компетентнісного підходу із підзвітністю та показниками ефективності закладів ОЗ, нормативно-правове забезпечення з аудитом діяльності суб'єктів надання медичних послуг, включаючи громадський аудит на основі кращих європейських

практик та стандартів, що дозволяє враховувати як реальні потреби населення та забезпечувати ефективність і прозорість використання ресурсних можливостей медичної галузі, а також передбачає наявність ризикоорієнтованої складової, через застосування заходів кризового управління, визначення ризикових напрямів та процесів і ступеня впливу на їх керування, забезпечуючи міжсуб'єктну взаємодію та координацію, у т.ч. за умов надзвичайних ситуацій.



Рис. 3.2. Складові інтеграційного механізму оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції

Джерело: сформовано автором

Таким чином, успішність медичної реформи в Україні забезпечується через адаптацію кращих європейських практик до вітчизняного контексту. У результаті встановлено, що забезпечення успіху медичної реформи досягається через поєднання таких ключових чинників, як: створення збалансованої нормативної бази, стабільне фінансування, цифровізація (eHealth) та модернізація інфраструктури. Особливу увагу приділено розвитку кадрового капіталу через систему безперервної освіти. Запропоновано трансформація мережі закладів на засадах аудиту та стратегічного планування, що враховує реальні потреби населення в медичних послугах.

Фундаментальною детермінантою успішної трансформації медичної галузі в Україні є розробка верифікованої нормативно-правової бази, гармонізованої з регламентами ЄС. Результативність державної політики у цій сфері забезпечується не лише декларативною відповідністю європейським нормам, а й дієвими механізмами практичної імплементації ухвалених актів. Ключовим показником якості реформування постає впровадження партисипативної моделі управління, що інтегрує інтереси стейкхолдерів (держави, медичної спільноти та громадянського суспільства) у єдину стратегію законодавчого забезпечення галузі.

Результативність системної модернізації галузі забезпечується через впровадження національної цільової програми розвитку інфраструктури, що базується на принципах гарантованого капітального інвестування та життєвого циклу активів. Пріоритетним результатом є перехід до моделі планування на основі техніко-економічного обґрунтування (ТЕО) та аналізу Cost-Benefit (співвідношення витрат і вигод). Це дозволяє забезпечити спорудження енергоефективних, адаптивних об'єктів, що відповідають вимогам інклюзивності та мають високу функціональну гнучкість для задоволення динамічних потреб населення.

Комплексна модернізація інфраструктури є базовою передумовою трансформації галузі і визначена як стратегічний пріоритет державної

політики, що реалізується через інтеграцію матеріально-технічного оновлення, оптимізації мережі та впровадження інноваційних управлінських моделей. У контексті обмеженого бюджетного фінансування досягнення цільових показників модернізації вимагає диверсифікації джерел надходжень, зокрема через механізми державно-приватного партнерства та релокацію видатків. Критичним результатом реформи постає створення системи високої підзвітності, що базується на обов'язковій публічній звітності та функціонуванні цифрової платформи моніторингу. Це забезпечує верифікованість витрат та залучення стейкхолдерів до оцінки ефективності використання ресурсів.

Стратегічним результатом реформування галузі охорони здоров'я визначено розбудову якісного кадрового потенціалу шляхом докорінної трансформації освітньої парадигми. На зміну інформаційно-накопичувальному підходу впроваджується компетентнісна модель, що забезпечує формування у фахівців валідованих знань, практичних навичок, що відповідають реальним потребам галузі та етичних установок. Ефективність медичної реформи прямо корелює з успішністю імплементації системи безперервного професійного розвитку та становленням людиноцентричної професійної культури, що є необхідною умовою інституційної конвергенції вітчизняної системи з європейськими медичними стандартами. Головним результатом цієї трансформації постає формування нової генерації медичних працівників, здатних до безперервного професійного вдосконалення в умовах динамічного соціального і технологічного розвитку.

3.2 Організаційно-управлінські та нормативні аспекти реалізації державної політики щодо підготовки професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції

У контексті європейської інтеграції України, особливого значення набуває професіоналізація управлінського корпусу та формування кадрового

потенціалу керівників закладів ОЗ, зокрема обґрунтування організаційно-управлінських засад підготовки керівних кадрів у сфері ОЗ та розробка методичних підходів до їх професійної підготовки у відповідності з міжнародними стандартами. Акцент на професійних знаннях та лідерських підходах у підготовці є запорукою зміцнення потенціалу галузі та її модернізації. Водночас розвиток системи ОЗ стримується критичним відтоком медичних кадрів за межі країни, що спричинено повномасштабною агресією РФ та призводить до значних втрат людського капіталу [71].

На виконання рішень РНБО та відповідних Указів Президента України [122; 133], розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р схвалено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [138]. Документ визначає розвиток управлінського корпусу як критично важливий компонент модернізації галузі. Відповідно до Стратегічної цілі 3, особлива увага приділяється створенню умов для професійного зростання керівників закладів ОЗ та впровадженню інноваційних освітніх моделей їх підготовки та розвитку.

Процес європейської інтеграції потребує гармонізації національної стратегії ОЗ з політикою ЄС, шляхом імплементації європейських стандартів. Особливої уваги заслуговує підготовка керівних кадрів та налагодження ефективної міжрівневої комунікації. Зокрема, адаптація європейських ініціатив (освітніх програм та проєктів розвитку) до національного контексту дозволить суттєво підвищити кваліфікаційний рівень фахівців та забезпечити ефективне використання потенціалу системи ОЗ.

Теоретико-методологічні засади підготовки управлінських кадрів та специфіка менеджменту в галузі охорони здоров'я ґрунтовно досліджені у працях вітчизняних науковців, зокрема: О. Вашева, Ю. Вороненка, З. Гладуна, О. Гульчій, І. Дегтярьової, Д. Карамішева, В. Лехан, Н. Липовської, В. Москаленка, З. Надюка, А. Рачинського, Г. Слабкого, І. Хожило та інших. Водночас, попри значний доробок вказаних авторів, виникає необхідність поглибленого вивчення особливостей підготовки керівників нової генерації відповідно до міжнародних стандартів у контексті євроінтеграційних

процесів.

У контексті європейської інтеграції України особливого значення набуває обґрунтування організаційно-управлінських засад та розробка методичних підходів до професійної підготовки керівників галузі ОЗ. На основі аналізу чинної нормативної бази щодо кваліфікаційних вимог до управлінців різних рівнів, потребують узагальнення пропозиції з удосконалення освітнього процесу саме в контексті реалізації державної політики та стратегій, спрямованих на підвищення ефективності галузі ОЗ в умовах євроінтеграції.

Згідно з Наказом МОЗ України № 1977 від 31.10.2018 р., яким внесено зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників [94], до керівного складу ЗОЗ належать: генеральні директори (директори) та їх заступники, медичні директори, а також керівники структурних підрозділів. Функціональні обов'язки керівників, чия діяльність не обмежується організацією лікувального процесу, охоплюють: стратегічне планування, формування бюджету, координацію діяльності закладу, аналіз економічної ефективності, забезпечення взаємодії підрозділів, залучення інвестицій та ресурсів для потреб установи [159].

На підставі вищевикладеного слід зазначити, що професійна компетентність сучасних керівників ЗОЗ має охоплювати не лише організаційні аспекти функціонування галузі, а й володіння інструментарієм адміністративно-господарського управління. Пріоритетними напрямками є стратегічне планування, управління публічними фінансами, лідерство, маркетинг, ризик-менеджмент, ІТ-технології, грантрайтинг та впровадження елементів проєктного навчання у процес підготовки управлінців.

Система фахової підготовки управлінців у сфері ОЗ ґрунтується на принципах ступеневості та безперервності. Вона охоплює додипломну освіту, післядипломний етап та безперервний професійний розвиток із регулярним підтвердженням компетентності. Спадкоємність та наскрізність навчання забезпечують поглиблення знань фахівців на кожному освітньо-

кваліфікаційному рівні впродовж життя. Зокрема, згідно із Законом України «Про вищу освіту», післядипломна освіта передбачає можливість здобуття другої вищої освіти за іншою спеціальністю на базі вже наявного ступеня [92].

Невід'ємною складовою професійної підготовки керівників у сфері ОЗ є спеціалізація, що передбачає профільну підготовку, спрямовану на набуття поглиблених знань та навичок для виконання специфічних завдань у межах певної спеціальності. Спеціалізація дозволяє фахівцю опанувати експертний рівень у конкретному напрямі діяльності та забезпечує відповідність кваліфікації чітко визначеному колу професійних обов'язків [128].

На сучасному етапі більшість керівників ЗОЗ мають базову освіту за медичними спеціальностями, кваліфікацію «Лікар» та спеціалізацію з «Організації та управління охороною здоров'я», здобуту на тримісячних курсах післядипломної підготовки. З метою адаптації системи підготовки кадрів до міжнародних стандартів, пропонується модернізувати програму спеціалізації «Організація і управління охороною здоров'я», враховуючи актуальні вимоги до управлінської діяльності [16].

Проте, формування професійного управлінця не може обмежуватися лише теоретичним навчанням чи розумінням галузевої специфіки. На наше переконання, професіоналізм керівника визначається синтезом ґрунтовної теоретичної бази, практичного досвіду та володіння спеціальним інструментарієм. Це передбачає формування управлінських компетентностей, що дозволяють ефективно вирішувати галузеві проблеми на відповідному кваліфікаційному рівні. Стосовно вимог до професійного стажу, необхідного для початку управлінської кар'єри, доцільно розділити позицію провідних фахівців галузі щодо доцільності підготовки керівників на базі наявного практичного досвіду. Погоджуючись з В. Лехан, вважаємо за обґрунтоване встановлення мінімального терміну медичної практики тривалістю не менше ніж три роки перед початком спеціалізованого навчання з набуттям професійних управлінських компетентностей [63].

У науковому дискурсі Д. Карамішев актуалізує проблему вибору

оптимальної моделі керівника для медичної галузі, розрізняючи три типи управлінців. По-перше, фахівець (організатор), який володіє галузевою освітою та досвідом, проте не має повного набору інструментів професійного управління. По-друге, управлінець (менеджер), який має спеціальну освіту, але недостатньо обізнаний зі специфікою об'єкта управління. Оптимальною моделлю визначено професійного управлінця, який поєднує галузеву та менеджерську підготовку, виступаючи фаховим суб'єктом управління із глибоким знанням предмета діяльності [52]. Така позиція корелює з поглядами В. Лехан, згідно з якими професійний менеджер охорони здоров'я має демонструвати синергію фахової галузевої освіти (мати фахову галузеву освіту) та професійно володіти мистецтвом управління (мати професійну управлінську освіту) [63].

Таким чином, професійний управлінець має демонструвати системне бачення галузевої проблематики, розуміти багаторівневість процесів та механізми міжсекторальної і міжвідомчої взаємодії. Фундаментом його компетентності є синергія галузевої експертизи та професійної управлінської освіти. Ефективно оперуючи ресурсами, такий керівник несе відповідальність за результати діяльності, що виражаються у підвищенні якості суспільного продукту. У контексті ОЗ це означає здатність визначати раціональні шляхи реалізації державних гарантій та забезпечувати високі стандарти медичного обслуговування з урахуванням наявних ресурсів і конкретних умов функціонування системи [35; 53].

Поділяємо позицію В. Огнева та І. Чухно щодо змісту фахових компетентностей керівника ЗОЗ у сфері управління персоналом. Зазначений напрям передбачає наявність практичних навичок із відбору та призначення медичних і адміністративних кадрів, формування дієздатних команд, а також стратегічного планування штатного розпису. Особлива увага приділяється професійному навчанню, атестації та впровадженню систем оцінки ефективності (KPI) персоналу як невід'ємних елементів управлінського процесу [81].

Необхідно підкреслити доцільність впровадження елементів проєктного навчання у процес підготовки управлінців. Цей підхід спрямований на формування спеціальних умінь через проблемно-орієнтований пошук та розв'язання практичних завдань. Ефективним інструментом реалізації зазначеної методики є підготовка та захист підсумкової кваліфікаційної роботи у форматі проєкту. У такій роботі пропонувані рішення мають бути обґрунтованими з огляду на ресурсне забезпечення, а також характеризуватися науково-практичною новизною та оригінальністю авторського підходу [155].

Підтримуємо пропозицію Т. Савіної [155] щодо створення електронних репозитаріїв, які міститимуть результати захищених здобувачами проєктів. Вважаємо, що доступ до таких ресурсів доцільно надавати керівникам галузі охорони здоров'я, зацікавленим у реалізації соціально орієнтованих інфраструктурних ініціатив, за умови їх реєстрації у відповідній базі даних. Це стане дієвим інструментом інтеграції освіти та практики, оскільки дозволить чинним управлінцям впроваджувати результати пошукових досліджень у практичну діяльність, а також залучати перспективних випускників до співпраці як менеджерів проєктів.

За висновками Г. Слабкого та Р. Погоріляка, сучасна диференційована система підготовки та безперервного професійного розвитку управлінців у сфері ОЗ має бути орієнтована на підвищення ефективності діяльності керівників відповідно до їхніх посадових обов'язків та кваліфікаційних характеристик. Пріоритетним завданням є вдосконалення післядипломного навчання менеджерів різних рівнів управління з урахуванням обсягу їхніх повноважень та ступеня відповідальності [159].

Розбудова системи підготовки професійних управлінців у сфері ОЗ потребує суворого дотримання нормативів щодо професійних назв робіт. Це питання набуває особливої актуальності в умовах галузевих трансформацій та появи нових видів діяльності. Відповідно до чинного Національного класифікатора професій, розробленого на основі міжнародної стандартної класифікації професій (ISCO 88: International Standard Classification of

Occupations/ILO, Geneva) [229], структура посад у системі ОЗ охоплює класи керівників, професіоналів, фахівців та технічних службовців. Дана типізація забезпечує уніфікацію кадрового обліку та відповідність професійних стандартів міжнародним вимогам [229].

Для обґрунтування кваліфікаційних вимог до керівників галузі ОЗ необхідно уточнити зміст поняття «кваліфікація». Як підтвердження здатності фахівця виконувати функціональні обов'язки на певній посаді, кваліфікація фіксується в документі про освіту через присвоєння відповідного рівня або професійної назви (наприклад, менеджер-економіст). Стосовно керівного складу галузі, ці вимоги охоплюють базову лікарську освіту, спеціалізацію з «Організації та управління охороною здоров'я», а також наявність управлінських компетенцій, регламентованих у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників сфери охорони здоров'я [102], та локальними нормативними актами, що враховують галузеву специфіку.

Відповідно до Наказу Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики України від 28.07.2010 № 327 [79], Національний класифікатор професій ДК 003:2010 містить розділ 1 «Законодавці, вищі державні службовці, керівники, менеджери (управителі)». Зазначений розділ регламентує назви посад, діяльність яких пов'язана з формуванням державної політики, законодавчим регулюванням, а також здійсненням управлінських функцій в організаціях усіх форм власності. Він охоплює сукупність професій, що передбачають реалізацію повноважень, які диференціюються за рівнем складності та мірою відповідальності.

Система управлінських професій у галузі ОЗ охоплює посадових осіб органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, керівників і менеджерів (управителів) закладів ОЗ та їхніх структурних підрозділів. До ключової категорії, що потребує спеціалізованої управлінської освіти, належать фахівці, чия діяльність пов'язана з формуванням державної політики, законодавчим регулюванням та стратегічним керівництвом організаціями незалежно від їхньої форми власності. Класифікація зазначених

посад здійснюється відповідно до вимог Національного класифікатора професій ДК 003:2010 [79].

Згідно з чинною класифікацією, до професійної групи 1210.1 «Керівники підприємств, установ і організацій охорони здоров'я» належать посади генерального директора, директора, головного лікаря, а також начальника (завідувача) лікувально-профілактичного закладу. Категорія 1229.5 «Керівники підрозділів в охороні здоров'я» охоплює керівників структурних підрозділів, головних державних санітарних лікарів та головних медичних сестер. На нашу думку, для ефективної реалізації соціальних та інфраструктурних ініціатив у галузі доцільно також застосовувати назви посад за кодами 1238 «Керівник проєктів та програм у сфері матеріального (нематеріального) виробництва» та 1482 «Менеджер (управитель) з громадської охорони здоров'я» [79].

Нормативно-правове регулювання номенклатури посад та штатних нормативів у сфері ОЗ зазнало суттєвих змін. Зокрема, згідно з Наказом МОЗ України № 427 від 11.05.2016 р., який вніс корективи до базового Наказу № 33 від 23.02.2000 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» [95], концепцію типових штатів було скасовано, а нормативи набули суто рекомендаційного характеру. У сучасних умовах господарювання право формування штатного розпису делеговано безпосередньо керівнику закладу. Документ затверджується головним розпорядником бюджетних коштів за поданням керівника, причому структура штату має корелювати з обсягом медичної допомоги, що надається установою [95].

Водночас відбулася деактуалізація низки нормативно-правових актів, що раніше регламентували номенклатуру посад МОЗ України, процедури призначення і звільнення працівників, а також кваліфікаційні вимоги до суб'єктів медичної практики. Зокрема, Наказом № 409 від 22.05.2013 р. було визнано таким, що втратив чинність, базовий Наказ № 90 від 22.04.1993 р. Аналогічно втратив чинність Наказ МОЗ України № 49 від 02.02.2011 р. (у редакції Наказу № 981), який встановлював Ліцензійні умови провадження

господарської діяльності з медичної практики. Зазначений документ, зокрема, визначає параметри відповідності кваліфікаційним вимогам для осіб на керівних посадах у закладах ОЗ.

Отже, процес інституціалізації системи ОЗ та підготовки управлінських кадрів для роботи в нових економічних умовах потребує подальшого вдосконалення організаційно-правових механізмів, зокрема щодо діяльності ЗОЗ. Зокрема, Законом України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII впроваджено механізм автономізації медичних установ [93], що потребує подальшої оптимізації. Відповідно до оновленої редакції частини дев'ятої статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, встановлено обов'язкову процедуру конкурсного відбору для призначення керівників [84].

Наказом МОЗ України № 668 від 25.03.2019 р. актуалізовано Перелік посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, затверджений Наказом № 385 від 28.10.2002 р. [96]. Подальше вдосконалення номенклатури посад реалізовано шляхом прийняття наказу № 1064 від 20.06.2022 р. Цим документом затверджено нові редакції переліків посад професіоналів (медичного та немедичного профілів) та внесено зміни до наказу МОЗ України № 346 від 24.02.2021 р. [87].

Порядок здійснення БПР працівників сфери ОЗ визначається відповідним Положенням, затвердженим постановою КМУ № 725 від 14.07.2021 р. (із змінами, внесеними постановою КМУ № 165 від 14.02.2025 р.) [116]. Дія цього Положення охоплює персонал закладів охорони здоров'я та освіти, що обіймає посади, які за Довідником кваліфікаційних характеристик (Випуск 78, Наказ МОЗ № 117) класифікуються як «Професіонали», «Фахівці» або «Керівники» (останні – за наявності освіти у галузі знань 22 «Охорона здоров'я»).

З метою впорядкування кадрової політики ОЗ наказом МОЗ України № 112 від 23.01.2024 р. було затверджено оновлену Номенклатуру спеціальностей професіоналів у галузі охорони здоров'я. Документ також регламентує Перелік циклів спеціалізації та тематичного удосконалення для

зазначених фахівців, зокрема й для професіоналів із вищою немедичною освітою, які здійснюють діяльність у закладах ОЗ [112].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.04.2025 № 650 затверджено нову редакцію Порядку проведення атестації працівників сфери ОЗ. Цим актом суттєво переглянуто попередні кваліфікаційні вимоги та встановлено актуальну номенклатуру спеціальностей і профілів роботи. Документ визначає чітку кореляцію між професійними кваліфікаціями та відповідними посадами працівників галузі, що є обов'язковим для врахування при проходженні атестаційних процедур [118].

Згідно з наказом МОЗ України від 29.03.2002 № 117, чинний Довідник кваліфікаційних характеристик професій (Випуск 78 «Охорона здоров'я») [102], регламентує розподіл праці, завдання та відповідальність медичних працівників відповідно до їхнього фаху. Зміст Довідника адаптовано до державних стандартів класифікації професій. Відповідно до змін, внесених наказом МОЗ від 31.10.2018 № 1977, застарілі назви посад замінено на нові управлінські позиції (генеральний директор, медичний директор тощо). Оновлення спрямоване на оптимізацію функціонального менеджменту та впровадження сучасних вимог до керівного складу медичних закладів [94].

У межах зазначених змін розділ «Керівники» Довідника приведено у відповідність до номенклатури посад працівників сфери охорони здоров'я, які здійснюють управління закладами охорони здоров'я, їх структурними та виробничими підрозділами. До вказаної категорії належать: вищий керівний склад, зокрема генеральний директор (директор), начальник (завідувач) закладу та їх заступники, медичний директор; спеціалізовані керівники, зокрема генеральний директор центру контролю та профілактики хвороб – головний санітарний лікар, головна медична сестра (медичний брат); керівники підрозділів, зокрема начальники та заступники начальників управлінь (відділів) охорони здоров'я місцевих держадміністрацій, а також керівники структурних підрозділів закладів.

З метою оптимізації керівного кадрового складу, після 1 січня 2019 року

з Довідника виключено характеристики таких посад: головний лікар (лікувально-профілактичних закладів, обласних, міських та районних лікарень); заступник головного лікаря (зокрема заступник із медсестринства) за відповідними типами закладів. Зазначені зміни застосовуються до всіх нових призначень, що відбулися після вказаної дати [102].

Згідно з Випуском 78 Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників «Охорона здоров'я», встановлено вичерпний перелік вимог до керівного складу, що включає наявність вищої освіти, спеціалізації, проходження інтернатури, відповідний стаж роботи на керівних посадах та безперервний професійний розвиток [102]. Зокрема, для посад генерального директора (директора), начальника (завідувача) ЗОЗ, їх заступників, а також генерального директора центру контролю та профілактики хвороб, обов'язковою є вища освіта другого (магістерського) рівня. Освітньо-професійний ценз для посад керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників передбачає наявність такого рівня вищої освіти за спеціальностями галузей знань «Управління та адміністрування» або «Право» (відповідає галузі D «Бізнес, адміністрування та право» за чинним переліком галузей знань і спеціальностей [97].

Відповідно до чинних вимог, спеціалізація з «Організації і управління охороною здоров'я» є обов'язковою для медичних директорів, керівників структурних підрозділів та посадових осіб органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. З огляду на трансформацію сектору та перехід закладів охорони здоров'я до моделі автономного функціонування, виникає потреба у приведенні кваліфікаційних вимог у відповідність до нових економічних реалій. Подальше вдосконалення характеристик керівного складу є необхідною умовою для підвищення якості стратегічного та операційного управління.

Система професійних знань керівників ЗОЗ має базуватися на комплексному підході та охоплювати такі ключові напрями: нормативно-правове забезпечення, що включає питання дотримання законодавства про ОЗ,

знання медичного, трудового та господарського права, а також нормативних актів, що регламентують діяльність і функції органів управління; управління персоналом та розвиток, що включає порядок розроблення штатного розпису, визначення потреби в кадрах, організацію підвищення кваліфікації, атестації та БПР працівників; фінансово-економічний та стратегічний менеджмент, що включає основи планування, проєктування, фінансово-господарської діяльності, маркетингу та підприємництва в умовах автономізації галузі; медична статистика та ресурсне забезпечення, що включає моніторинг показників здоров'я населення, ведення облікової та звітної документації, визначення потреби в медичному обладнанні та лікарських засобах [50].

Призначення на посади керівників ЗОЗ державної та комунальної форм власності регулюється статтею 16 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» і передбачає обов'язковий конкурсний відбір із подальшим укладанням контракту [120]. Типова форма контракту затверджуються КМУ відповідно до законодавства [84]. Зазначені процедури, а також типова форма контракту, регламентовані, а сама конкурсна модель відбору кадрів забезпечує реалізацію принципів меритократії в галузі ОЗ.

Отже, інститут конкурсного відбору на керівні посади має ґрунтуватися на принципах рівноправності, відповідності професійної компетентності вимогам конкретного виду управлінської діяльності та забезпечення прозорості (гласності) процедури. Процес оцінювання претендентів має бути комплексним і враховувати професійні досягнення, рівень соціальної активності, а також готовність до безперервного професійного розвитку. Зокрема, оцінювання здібностей кандидатів доцільно здійснювати в динаміці, враховуючи сукупність факторів, що впливають на ефективність керівництва. Важливу роль у забезпеченні об'єктивності такого відбору можуть відігравати фахові галузеві об'єднання (товариства).

Постановою КМУ від 23 липня 2024 р. № 840 [99] змінено сферу застосування Порядку проведення конкурсного відбору керівників суб'єктів господарювання державного сектору економіки (затвердженого постановою

КМУ від 03.09.2008 № 777) [129]. Зокрема, встановлено, що вимоги цього документа не розповсюджуються на державні некомерційні підприємства ОЗ.

Зазначеною постановою [99] внесено суттєві зміни до Порядку проведення конкурсу, затвердженого постановою КМУ від 27.12.2017 № 1094 [120]. Оновлений документ регламентує механізм відбору кандидатів, базуючись на засадах рівності, законності та політичної нейтральності. Ключовий акцент зроблено на забезпеченні дотримання на всіх етапах таких процедур, як: законність та політична неупередженість; рівний доступ та відсутність дискримінації; прозорість, добросовісність та довіра суспільства; ефективність і справедливість процесу відбору.

Конкурсний відбір здійснюється у п'ять етапів: прийняття рішення про проведення, формування комісії, підготовка (включаючи оголошення та збір документації), відбір кандидатів та оприлюднення результатів. Детальна регламентація процесу міститься у відповідному Порядку [120]. Підставою для ініціювання процедури слугує рішення органу управління, що має бути винесене не пізніше трьох робочих днів від дати відкриття вакансії.

Згідно з постановою КМУ № 840 від 23.07.2024, оновлено підходи до формування конкурсних комісій, вимоги до складу конкурсних комісій варіюються залежно від виду закладу охорони здоров'я, тобто запроваджено розмежування вимог відповідно до підпорядкування та рівня ЗОЗ. Окремі норми визначено для державних закладів у сфері управління МОЗ, комунальних закладів різних рівнів (надкластерного, кластерного, загального), а також для новостворених об'єктів державної та комунальної власності з урахуванням їхньої відомчої належності [99].

Фундаментальною основою формування системи професійного менеджменту в галузі є встановлення чітких кваліфікаційних вимог до кандидатів на керівні посади. Зокрема, обов'язковим є наявність вищої освіти другого (магістерського) рівня у галузі D «Бізнес, адміністрування та право». При цьому встановлено додаткові вимоги щодо спеціалізації: для керівників закладів охорони здоров'я обов'язкова спеціалізація «Організація та

управління охороною здоров'я»; для керівників фармацевтичних закладів: наявність спеціалізації з «Організації та управління фармацією» [99].

Кваліфікаційні вимоги до стажу роботи за спеціальністю у сфері охорони здоров'я (із зазначенням управлінського досвіду) диференціюються залежно від рівня закладу [99]. Об'єктивність оцінювання за вказаними параметрами забезпечується Порядком, затвердженим МОЗ України. Цей документ містить чіткий перелік вимог та індикаторів відповідності учасників конкурсу критеріям, що визначені пунктом 35 Порядку, затвердженого постановою КМУ від 27.12.2017 № 1094 [120].

Згідно із затвердженим порядком [117], оцінювання управлінських навичок здійснюється за такими групами індикаторів: 1) прийняття ефективних рішень, що характеризують здатність до прийняття своєчасних та обґрунтованих рішень на основі аналізу альтернатив і ризиків; готовність до виваженого ризику, виявлення автономності та ініціативності; 2) впровадження змін, що характеризують орієнтованість на оптимізацію процедур, підвищення прозорості та результативності; здатність до генерації та реалізації інноваційних ідей; готовність до залучення стейкхолдерів та проведення моніторингу ефективності впроваджених змін; 3) кризове управління, що характеризують спроможність ідентифікувати ризики, діагностувати причини кризових ситуацій та прогнозувати їх наслідки; здатність до розроблення та реалізації антикризових планів (поточних, оперативних, стратегічних); вміння використовувати нестандартні інструменти для стабілізації ситуації та мінімізації наслідків кризи; 4) управління персоналом, що характеризують навички делегування повноважень та орієнтація на результат; здатність здійснювати позитивний вплив на колектив для досягнення стратегічних цілей; мотивація працівників до професійного зростання та стимулювання командної взаємодії [109; 117].

Модернізація системи підготовки управлінських кадрів ОЗ спрямована на інтеграцію освітніх програм у єдиному освітньому просторі. Цей процес базується на таких засадах, як: адаптивність, що передбачає врахування

ресурсного потенціалу закладів вищої освіти, потреб ринку праці та регіональних особливостей госпітальних округів; інноваційність, що передбачає впровадження практико-орієнтованих форм навчання, що потребують додаткового відомчого регулювання; інтегрованість, що передбачає посилення галузевої орієнтації через міжвідомчу та міжгалузеву взаємодію, а також адаптацію міжнародного досвіду. Реалізація цих напрямів має на меті підготовку менеджерів, здатних ефективно працювати в умовах багаторівневого управління та функціонування спроможної мережі закладів охорони здоров'я [35, 50, 53].

Система безперервного професійного розвитку (БПР) має бути спрямована на постійне вдосконалення компетентності медичних працівників упродовж усієї професійної діяльності. Це зумовлено необхідністю адаптації фахівців до стрімкого розвитку медичних технологій та актуальних досягнень науки. Науково-теоретичне обґрунтування підтверджує, що ефективність БПР безпосередньо залежить від створення сприятливих організаційних та інституційних умов для його реалізації [16].

Отже, сучасна система ОЗ України потребує професіоналізації управлінського корпусу для відповідності внутрішнім галузевим запитам та міжнародним стандартам. Впровадження ринкових механізмів, трансформація організаційно-правових форм державних і комунальних закладів, а також динамічний розвиток приватного медичного сектору зумовлюють попит на керівників нового типу, підготовка яких спрямована на розбудову конкурентної, ресурсоефективної та інвестиційно привабливої системи ОЗ.

Вважаємо за доцільне впровадження інтегрованого підходу до підготовки керівного складу галузі ОЗ, що передбачає формування переліку ключових управлінських компетентностей та розвиток лідерських якостей менеджерів; практичну орієнтованість, інноваційність та цифрову оптимізацію підготовки; формування індивідуальних траєкторій навчання, спрямованих на цільовий стратегічний результат. Вимоги до освітнього рівня мають передбачати ступінь магістра за спеціальностями галузі D «Бізнес,

адміністрування та право» [97]. Паралельно пропонується запровадити ступеневу систему підготовки менеджерів для адміністративного апарату закладів охорони здоров'я. Це передбачає підготовку фахівців на основі ступеня бакалавра з менеджменту з подальшим присвоєнням кваліфікації 1482 «Менеджери (управителі) закладу охорони здоров'я» згідно з Національним класифікатором професій ДК 003:2010 [79].

Виходячи із зазначеного вище, пріоритетним завданням у середньостроковій перспективі є модернізація системи підготовки управлінських кадрів у сфері ОЗ відповідно до сучасних вимог та міжнародних стандартів з урахуванням інтеграційних тенденцій. Реалізація цього напрямку передбачає: комплексний підхід, що передбачає формування переліку ключових управлінських компетенцій менеджерів; інноваційність освіти, шляхом створення освітніх програм, що базуються на індивідуалізації навчання та впровадженні передових технологій; стратегічний результат, який має забезпечуватися шляхом розбудови конкурентної, ресурсоефективної та інвестиційно привабливої системи ОЗ.

Упродовж проведених наукових розвідок та теоретичних узагальнень обґрунтовано, що концептуальні засади впровадження інтегрованого підходу до підготовки професійного корпусу керівників ОЗ можуть бути розкриті, шляхом формування комплексної моделі професійної компетентності керівника закладу ОЗ (рис. 3.3.), яку, на відміну від існуючих, конкретизовано через мультидисциплінарний перелік ключових управлінських компетентностей та розробку методичних підходів до індивідуальних траєкторій навчання, що орієнтована на досягнення цільових стратегічних результатів, розвиток лідерського потенціалу та цифрову оптимізацію навчання, впровадження проєктного навчання, переорієнтації змісту підготовки на інструментарій результативного управління з диференціацією рівнів та організаційно-правових форм медичних закладів в умовах адаптації системи ОЗ до функціонування в конкурентному середовищі, що забезпечує відповідність управлінського корпусу вимогам європейської інтеграції.



Рис. 3.3. Комплексна модель професійної компетентності керівника закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

З метою науково-методичного обґрунтування єдиної державної політики у відповідній сфері підготовки, пропонується розроблення та прийняття національної Програми розвитку кадрового потенціалу управлінців для галузі ОЗ [50, 53], пріоритетним завданням якої слід вважати формування професійного корпусу керівників, здатних до ефективної діяльності на всіх рівнях управління. Для реалізації цієї ініціативи доцільно створити науково-методичне об'єднання на базі провідних ЗВО. Діяльність такого об'єднання має концентруватися на сучасних освітньо-професійних програмах підготовки. Зазначений підхід відповідає вимогам Міжнародної стандартної класифікації

освіти (ISCED-F 2013, категорія 04 «Business, Administration and Law») [228], актуалізується оновленим переліком спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти та забезпечує належний рівень кваліфікації для виконання як загальних, так і спеціальних адміністративно-управлінських функцій. Ураховуючи сучасні умови господарювання, професійний профіль керівника потребує обов'язкової управлінської складової. Відповідно до оновленого переліку галузей знань і спеціальностей (постанова КМУ № 1021 від 30.08.2024) [97], підготовка керівних кадрів має здійснюватися за управлінськими спеціальностями в межах галузі D «Бізнес, адміністрування та право».

Гармонізація вітчизняної системи управління ОЗ із міжнародними, зокрема європейськими, стандартами зумовлює необхідність оновлення кваліфікаційних вимог до керівників галузі. Професійна підготовка таких фахівців має ґрунтуватися у тому числі на функціональному підході та міждисциплінарних освітніх програмах. Це передбачає опанування комплексу знань із сучасного менеджменту, економіки, права, психології, безпеки, а також інформаційно-комунікаційних технологій з урахуванням специфіки галузі.

На основі зазначеного, запропоновано комплексний підхід до удосконалення інституціональних засад підготовки професійного корпусу керівників закладів охорони здоров'я шляхом обґрунтування концепції цілісної екосистеми професійного зростання, що полягає у переході до компетентної моделі, яка інтегрує професійні знання з посиленням практичної складової та впровадженням сучасних освітніх технологій, а також систему соціально-організаційних м'яких навичок (soft skills), як обов'язкових складових кваліфікаційної характеристики фахівця, що базується на принципах гармонізації освітньо-професійних програм із вимогами Міжнародної стандартної класифікації освіти (ISCED-F 2013, категорія 04) [35; 50; 53].

У межах наукового дослідження розроблено структурно-логічну схему, що візуалізує концепцію цілісної екосистеми професійного зростання управлінців охорони здоров'я нової генерації, що представлена на рис. 3.4.

Схема відображає ієрархічні взаємозв'язки, методологічну основу та ключові компоненти трансформації освітнього процесу відповідно до міжнародних стандартів та європейських практик.



Рис. 3.4. Структурно-логічна схема концепції екосистеми професійного зростання управлінців охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Таким чином, у межах євроінтеграційного поступу України результативність трансформації галузі ОЗ безпосередньо залежить від рівня професіоналізації управлінського корпусу. Науково обґрунтовано, що

розробка методичних підходів до підготовки керівних кадрів має базуватися на міждисциплінарному поєднанні медичних стандартів та інструментарію адміністративно-господарського менеджменту. Основним результатом реалізації такої моделі є формування управлінських компетенцій нового типу, що включають стратегічне планування, фінансову прозорість та ризик-менеджмент. Це забезпечує перехід від операційного керування до стратегічного лідерства, адаптованого до вимог міжнародної інтеграції.

Інституційна трансформація галузі, що супроводжується автономізацією закладів та розвитком конкурентного середовища, визначає стратегічну необхідність формування управлінського корпусу нової генерації. Результативність цього процесу забезпечується через впровадження інтегрованої моделі підготовки менеджерів, орієнтованої на розбудову ресурсоефективної системи охорони здоров'я. Ключовими параметрами такої моделі визначено: верифікацію переліку професійних компетентностей та лідерських якостей; технологічну конвергенцію (цифрова оптимізація та інноваційність); персоналізацію навчання через індивідуальні траєкторії, що корелюють із цільовими стратегічними результатами розвитку.

Результативність єдиної державної політики у сфері підготовки управлінців галузі ОЗ забезпечується через розробку та впровадження національної Програми розвитку кадрового потенціалу. Ключовим результатом реалізації такої ініціативи постає формування професійного корпусу керівників, чия кваліфікація верифікована відповідно до стандартів ISCED-F 2013 (категорія 04). Інституційним інструментом імплементації Програми визначено створення науково-методичного об'єднання на базі провідних закладів вищої освіти, діяльність якого інтегрує освітні програми галузі «Бізнес, адміністрування та право» з практичними потребами охорони здоров'я. Такий підхід гарантує належний рівень володіння універсальними та спеціалізованими управлінськими компетентностями в умовах орієнтації розвитку національної системи ОЗ до стандартів ЄС [35; 50; 53].

3.3. Управління структурними змінами на основі проєктного підходу та реалізація інноваційних проєктів цифрового розвитку системи охорони здоров'я

Трансформаційні процеси в системі ОЗ зумовлюють необхідність переходу до результативного публічного управління, що передбачає модернізацію традиційних організаційних структур та методів їх функціонування. Такий формат адміністрування дозволяє узгоджувати стратегічні цілі з наявними ресурсними та часовими обмеженнями. Так, за визначенням Т. Безверхнюк, яка акцентує увагу на важливості проєктно-орієнтованих підходів за умов обмеженого ресурсного забезпечення в управлінні соціально-економічними системами, ефективність публічного врядування безпосередньо залежить від якості управління проєктами [1]. Своєю чергою, С. Богуцький наголошує на пріоритетності наукового аналізу сутності «проєкту» як базового об'єкта проєктного менеджменту [4]. За висновками В. Молоканової, впровадження ціннісно-орієнтованого проєктного підходу забезпечує успішне реформування галузі в умовах дефіциту ресурсів, гарантуючи дотримання стандартів якості та задоволення інтересів усіх стейкхолдерів [75].

Т. Козаченко визначає проєктний менеджмент як один із найбільш перспективних інструментів управління в публічній сфері, що забезпечує досягнення якісних показників у межах встановлених часових і фінансових параметрів. Дослідниця наголошує на доцільності вивчення успішного досвіду впровадження проєктного менеджменту в бізнес-середовищі з метою його подальшої адаптації та імплементації в практику публічного управління [56].

Згідно з підходом К. Майстренка, проєктне управління в умовах динамічного середовища постає як технологія, що забезпечує розв'язання визначеного кола завдань у стислі терміни за умови мінімізації витрат [70]. Ефективність такої моделі безпосередньо залежить від якості її імплементації в структуру конкретної установи та рівня організації командної роботи.

Застосування проєктного інструментарію в органах публічної влади суттєво підвищує їхню продуктивність. Цю тезу підтверджує П. Юшков, наголошуючи, що в умовах невизначеності результативність управління досягається через чітку регламентацію часових і ресурсних лімітів [176]. Викладене вище обґрунтовує доцільність ширшого впровадження проєктного принципу в діяльність організацій публічної сфери.

Нинішній етап суспільного розвитку визначається інтенсивною цифровізацією життєвих сфер, серед яких ОЗ посідає чільне місце. Інтегруючись у глобальні процеси, Україна здійснює активну імплементацію інноваційних проєктів цифрового розвитку, зокрема медичної галузі. Орієнтуючись на досвід країн ЄС, досягнуто суттєвий прогрес у сфері цифрової трансформації [32; 206; 207; 317]. Ключовими здобутками є інституціональне впровадження Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), модернізація платформи обміну медичними даними та посилення захисту персональних даних. Паралельно реалізуються програми, спрямовані на підвищення якості медичного обслуговування, оптимізацію ресурсного менеджменту та забезпечення інклюзивності медичної допомоги.

У динамічному середовищі ключового значення набуває здатність організацій до адаптації через міждисциплінарність, розвинені зовнішні комунікації та командну взаємодію, через широке впровадження проєктного підходу та забезпечення безпосередньої реалізації робіт з інтеграцією сучасних цифрових інструментів. Такий формат дозволяє узгоджувати стратегічні цілі з наявними ресурсними операційними та оптимізувати часові обмеження навіть у малих за обсягом ресурсів гнучких структурах. Відповідно до цього, проєктний принцип управління організаціями полягає у цілеспрямованому плануванні, координації та контролі процесів задля досягнення стратегічних цілей розвитку. Зокрема, у сфері ОЗ такий підхід забезпечує задоволення потреб у якісному медичному обслуговуванні за умови суворого дотримання часових, бюджетних і ресурсних обмежень [47].

Реалізація проєктного підходу в управлінні ЗОЗ потребує формування

нормативно-правового базису для керівництва, моніторингу та інвестування в соціальні ініціативи. Ключовим аспектом є забезпечення координації між окремими проєктами та державними програмами розвитку галузі, що відкриває додаткові можливості для залучення міжнародної технічної допомоги. Водночас актуальною залишається проблема підготовки фахівців нової генерації, здатних до проєктного мислення, ефективної командної взаємодії, міжнародної співпраці та комунікації з громадськістю. Особливої уваги потребує впровадження інструментів контролінгу та ризик-менеджменту на основі сучасних цифрових рішень. Вищевикладене підтверджує стратегічну значущість проєктного підходу як інструменту розвитку медичної галузі в умовах євроінтеграції.

Аналіз численних праць вітчизняних та іноземних науковців, присвячених концептуальним засадам проєктного менеджменту в публічному секторі [82; 89; 144; 161; 168; 173; 175; 232; 254; 281], дозволяє уточнити дефініцію проєктів розвитку охорони здоров'я на субнаціональному рівні, під якими пропонується розуміти логічно структурований комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямованих на розв'язання пріоритетних проблем галузі в межах окремих територіальних громад чи адміністративних одиниць. При цьому, реалізація таких проєктів передбачає чітку часову регламентацію та здійснюється в умовах лімітованих людських і фінансових ресурсів [154].

Ключовим аспектом імплементації проєктного принципу в діяльність організацій публічного сектору охорони здоров'я є трансформація їхніх організаційних структур. Реалізація проєктно-орієнтованого підходу в медицині зумовлює необхідність модернізації функціональної структури публічних організацій на засадах цифровізації. Ефективне поєднання традиційних функцій з інноваційною проєктною діяльністю (як галузевою, так і за територіальним принципом) потребує перегляду архітектури установи – сукупності її компонентів, внутрішніх та міжорганізаційних зв'язків, що передбачає активне використання цифрових технологій. У цій системі вертикальні (адміністративно-функціональні) зв'язки забезпечують прийняття

та делегування управлінських рішень, тоді як горизонтальні (технологічні) – забезпечують безпосередню реалізацію робіт з інтеграцією сучасних цифрових інструментів.

Трансформація організаційної структури є визначальним чинником забезпечення життєдіяльності установ публічного сектору ОЗ. Наразі найбільш поширеною залишається традиційна функціональна модель, що базується на жорсткій ієрархії та лінійному підпорядкуванні. Така структура є оптимальною для стабільних циклічних процесів і надання регламентованих медичних послуг, проте вона створює суттєві перешкоди для проєктної діяльності. Серед основних деструктивних чинників функціональної моделі слід виділити: по-перше, низьку гнучкість через обмеженість комунікації виконавців лише з безпосереднім керівником; по-друге, імовірний конфлікт інтересів між цілями проєкту та пріоритетами функціональних підрозділів. Отже, подібні структури зберігають ефективність лише за умови рутинного характеру процесів, що реалізуються в межах одного підрозділу.

Переваги функціональної структури є релевантними переважно для традиційних установ із жорстким функціоналом та чітко регламентованими процедурами. Водночас для організацій публічного сектору, що реалізують суспільно значущі інтеграційні проєкти розвитку охорони здоров'я, така модель є неприйнятною, оскільки вона не є достатньо гнучкою. Оптимальним компромісом постає функціонально-матрична структура, яка поєднує лінійне управління з проєктним підходом. Це дозволяє нівелювати інертність класичного розподілу праці, притаманну ієрархічним системам. За такої форми координація проєкту делегується куратору (операційному менеджеру), який забезпечує виконання проєктних завдань, залишаючись при цьому у підпорядкуванні функціональному керівнику. Це можливо, передусім за умов підвищення технологічності процесів на основі інноваційних цифрових рішень.

Реалізація конкретних завдань у функціонально-матричній структурі передбачає формування тимчасових проєктних груп під керівництвом

менеджерів проєктів. Тобто, у межах функціонально-матричної моделі розв'язання проєктних завдань покладається на тимчасові колективи, сформовані з компетентних фахівців різних підрозділів. Попри залучення персоналу до проєктних груп, право вирішального голосу та адміністративний контроль залишаються прерогативою функціональних керівників. Оптимізація такої структури можливе через створення окремого підрозділу з управління проєктами. Це доцільно при високій інтенсивності проєктної діяльності, коли виникає потреба в професійному супроводі та адмініструванні декількох паралельних процесів.

Отже, функціонально-матрична структура демонструє найбільшу ефективність за умови одночасної реалізації декількох споріднених проєктів із чітко обмеженими термінами та ресурсами. Застосування функціонально-матричної структури є доцільним для управління портфелем короткострокових проєктів із лімітованим ресурсним забезпеченням. Водночас, дефіцит реальних важелів впливу у менеджера проєкту на користь лінійних керівників створює передумови для управлінських конфліктів, що може призвести до розбалансування управлінських процесів та знижує результативність виконання проєктних завдань.

Резюмуючи, функціонально-матрична структура характеризується дуалізмом підпорядкування членів проєктної групи: проєктному менеджеру та керівнику функціонального підрозділу. Для нівелювання виникаючих при цьому суперечностей доцільно застосовувати матрицю відповідальності. Цей інструмент забезпечує графічне відображення взаємозв'язку між структурою робіт і персональною відповідальністю виконавців, чітко визначаючи роль кожного учасника на конкретному етапі проєкту. Ключовим чинником ефективності даного підходу є персоналізація відповідальності за кожен складову проєкту серед представників менеджменту та безпосередніх виконавців [46; 47].

На основі зазначеного, пропонуємо комплексний організаційно-методичний підхід до трансформації структури управління закладами охорони

здоров'я, що базується на організаційних засадах функціонально-матричної структури управління як оптимальної моделі, що дозволяє ефективно поєднувати рутинні операційні процеси з проєктними ініціативами, а також належним моніторингом та контролем на основі цифровізації, що сприяє переходу від жорстких ієрархічних до гнучких структур, здатних до стратегічної оптимізації виробничих процесів в умовах лімітованого ресурсного забезпечення та жорстких часових обмежень, що, порівняно з традиційними ієрархічними структурами, підвищує адаптивність організації і забезпечує збалансований розподіл ресурсів та чітку делімітацію відповідальності між лінійним та проєктним менеджментом. Також підхід передбачає використання елементів гнучкого управління (Agile) в межах функціонально-матричної структури і спрямований на забезпечення організаційної гнучкості, що дозволяє ефективно поєднувати рутинні операційні процеси з проєктними ініціативами, а також на відміну від існуючих підходів, базується на інтеграції проєктних груп у функціональну структуру закладу ОЗ, що сприятиме одночасній реалізації державних гарантій медичного обслуговування та впровадженню інфраструктурних проєктів без залучення надлишкових ресурсів, що є обмеженими в умовах перманентної кризи.

У межах обґрунтування комплексного підходу до трансформації структури управління закладами ОЗ представлено результати компаративного аналізу та наукового обґрунтування трансформації управлінських моделей у медичній сфері, шляхом побудови компаративної моделі, яка демонструє концептуальний перехід від традиційного ієрархічного базису до гнучкої функціонально-матричної структури, що забезпечує стратегічну оптимізацію процесів в умовах ресурсних та часових обмежень. Компаративна модель трансформації організаційного управління закладами ОЗ, яка ілюструє перехід від традиційного ієрархічного управління до адаптивної функціонально-матричної структури наведена на рис. 3.5.

КОМПЛЕКСНИЙ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД (Гнучке, адаптивне та результативне управління)	
Компаративний аналіз моделей структурного управління	
ТРАДИЦІЙНА ІЄРАРХІЧНА СТРУКТУРА (Базова модель)	→ ФУНКЦІОНАЛЬНО-МАТРИЧНА СТРУКТУРА (Оптимальна цільова модель)
<ul style="list-style-type: none"> • Жорстка фіксація управлінських вертикалей • Рутинні операційні процеси в пріоритеті • Слабка адаптивність до зовнішніх змін 	<ul style="list-style-type: none"> • Поєднання рутинних процесів з проєктними ініціативами • Оптимізація операційних процесів та гнучкість на основі (Agile) • Належний моніторинг та контроль
Обмежене використання наскрізних цифрових рішень в управлінні підрозділами	Цифровізація як основа контролю, прозорості та оперативного моніторингу
Ресурсний дефіцит призводить до зниження результативності і затримок	Висока ефективність в умовах лімітованого ресурсного забезпечення та жорстких часових обмежень
Розмивання та дублювання функцій або вертикальна лінійна відповідальність	Чітка делімітація відповідальності між лінійним та проєктним менеджментом
ВЕКТОР ТРАНСФОРМАЦІЇ: →	
ВІД ЖОРСТКИХ ІЄРАРХІЧНИХ ДО ГНУЧКИХ АДАПТИВНИХ СТРУКТУР	
ОПЕРАЦІЙНИЙ РЕЗУЛЬТАТ:	
Одночасна реалізація державних гарантій медичного обслуговування та впровадження інфраструктурних проєктів без залучення надлишкових ресурсів.	
СТРАТЕГІЧНИЙ РЕЗУЛЬТАТ:	
Підвищення адаптивності організації охорони здоров'я, збалансований розподіл ресурсів та стратегічна стійкість.	

Рис. 3.5. Компаративна модель трансформації організаційного управління закладами охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Зазначена модель є інтегрованим відображенням переходу до проєктно-орієнтованого менеджменту в системі ОЗ, що забезпечує результативність та оптимальну адаптацію до сучасних викликів галузі. Вона дозволяє забезпечити дієвий моніторинг і контроль робочих процесів, а також чітке розмежування сфер відповідальності між проєктними менеджерами та лінійними керівниками. Аналогічний підхід застосовується і до розподілу обов'язків між штатними працівниками підрозділів та фахівцями, залученими до складу тимчасових проєктних команд. У динамічному глобальному середовищі ключового значення набуває здатність організацій до адаптації через міждисциплінарність, розвинені

зовнішні комунікації та командну взаємодію із застосуванням сучасних цифрових технологій. За таких умов навіть малі за обсягом ресурсів гнучкі структури здатні набувати інтегративних рис, що значно розширює межі їхнього впливу та зони відповідальності.

Тож, пріоритетним напрямом розвитку публічного сектору ОЗ є впровадження мережевих організацій. Їхня специфіка полягає у високій адаптивності до мінливих умов функціонування, що досягається завдяки принципам незалежності та автономії замість жорсткої адміністративної ієрархії. Мережеві організації характеризуються відкритими комунікаціями, широким партнерством та залученням багатьох суб'єктів до процесу прийняття рішень. На відміну від традиційних адміністративних форм, мережева модель мінімізує територіальні та організаційні обмеження, фокусуючись на цифровій кооперації та розподіленій відповідальності.

Ефективність функціонування таких мереж визначається швидкістю досягнення результатів та оптимальною мобілізацією технічних ресурсів. Такий формат врядування є втіленням проєктного принципу управління, орієнтованого на високу гнучкість та інтеграцію зусиль різних партнерів. Критеріями їхньої ефективності виступають оперативність розв'язання проблем та раціональне використання обмежених ресурсів, що повною мірою корелює з принципами проєктного підходу та стратегією адаптації до перманентних змін.

Резюмуючи викладене, особливої актуальності набуває впровадження проєктного підходу в діяльність структур, відповідальних за цифрову трансформацію галузі охорони здоров'я та інтеграцію передових європейських технологій у вітчизняну медичну систему [32; 206; 207; 317]. Цей тренд зумовлений потребою в інтенсифікації медичного обслуговування, забезпеченні інклюзивності. Важливим орієнтиром у цьому контексті є ініціатива ЄС «Європейський простір даних охорони здоров'я» (European Health Data Space – EHDS), у межах якої здійснюється активна імплементація інноваційних проєктів цифрової інтеграції [207]. Отже, цифрова трансформація медичної сфери в ЄС здійснюється через системне впровадження інноваційних проєктів через EHDS.

Розбудова EHDS передбачає консолідацію спеціалізованої медичної інформації на єдиній цифровій платформі. Така інтеграція дозволяє країнам-членам здійснювати обмін референтними даними, що суттєво підвищує якість діагностики та ефективність терапії. Функціонуючи як елемент загальноєвропейської екосистеми, він гарантує високий рівень безпеки при транскордонному обміні даними та мінімізує ризики зовнішнього втручання. Пріоритетними завданнями проєкту визначено створення умов для наукового поступу, впровадження персоналізованої медицини та технологічне оновлення галузі [32; 206; 207; 208; 231]. У межах довгострокового бюджетного планування ЄС передбачено стратегічне асигнування коштів на цифрову трансформацію галузі. Фінансовий ресурс буде спрямовано на п'ять пріоритетних напрямів: високопродуктивні обчислення, штучний інтелект, кібербезпеку, розвиток передових цифрових навичок [196].

Нормативне підґрунтя функціонування ЕСОЗ закладено постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [26], якою регламентовано порядок функціонування ЕСОЗ, Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [104], іншими актами законодавства. Міжнародний контекст чинної Концепції eHealth на основі принципів та інтегрованих підходів ВООЗ розглядає її, як інтегроване середовище (екосистема), де ІКТ-інструменти слугують фундаментом для підтримки та розвитку галузі [317].

Сучасний етап цифрового розвитку медичної галузі України характеризується активним впровадженням соціально-орієнтованих інноваційних проєктів. Визначальним чинником успіху цих перетворень постає імплементація інноваційних проєктів, що забезпечують впровадження новітніх технологій і методик лікування. Їхня специфіка полягає в трансформації концептуальних ідей у конкретні організаційно-управлінські та технологічні продукти, що мають суспільну значущість. Соціальний проєкт у цьому контексті виступає як цілісна сукупність дій, обмежених у просторі та часі, спрямованих на якісну зміну функціонування системи охорони здоров'я. Ключовими

параметрами таких проєктів є: інвестиційна спрямованість, з поєднанням фінансових і матеріальних вкладень із розвитком людського потенціалу; ресурсна обмеженість, з чіткою детермінацією фінансових, людських та матеріальних лімітів; результативність, з орієнтацією на конкретні цілі у середньостроковій перспективі [37].

Сучасні виклики євроінтеграції зумовлюють потребу в поглибленому вивченні інструментарію проєктного управління цифровою трансформацією медичної галузі. Фундаментальні основи інформатизації охорони здоров'я в Україні закладені у працях О. П. Мінцера [58], що дозволило сформуванню системний погляд на розвиток галузі. Подальші дослідження, зокрема О. Пунди, Д. Арзянцевої та Н. Захаркевич, підтверджують доцільність інтеграції всіх медичних сфер (у т. ч. спеціалізованих відомчих структур) у єдиний цифровий контур з регулюючим впливом держави. Важливою передумовою надійності такої системи автори вважають розвиток цифрових компетенцій медичних працівників [145].

Питання цифрової трансформації медичної галузі, визначення інноваційних векторів її розвитку в Україні з урахуванням європейського досвіду впровадження міжнародних інформаційних стандартів, а також правові аспекти інтеграції цифрових технологій в охорону здоров'я ґрунтовно висвітлено у праці Т. В. Шлапко, М. В. Старинського, В. В. Миргород-Карпової та інших [174]. У дослідженні особливу увагу приділено правовому забезпеченню реформування галузі в контексті євроінтеграційних процесів.

Теоретичний, нормативний та методичний фундамент, що стосуються базових аспектів цифровізації та цифрової трансформації охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції розглянуто у публікації С. В. Гордійчук, М. В. Кірячок, С.М. Грищук та інших співавторів [13], які здійснили комплексний аналіз процесів цифрової трансформації медицини. Рекомендації, що стали підґрунтям для даної публікації, реалізовані за сприяння USAID у межах проєкту «Підтримка реформи охорони здоров'я» [37].

Попри значний масив міжнародних, зокрема європейських і національних

досліджень [196; 198; 206; 207; 211; 230; 231; 273; 274; 286; 295; 317; 319], динаміка сучасних трансформацій зумовлює необхідність зміщення акцентів на цифровізацію охорони здоров'я України через призму глобальної міжнародної та європейської інтеграції. Оновлення нормативно-правової бази та актуалізація галузевих стратегій визначають доцільність аналізу методології впровадження інноваційних цифрових підходів та проєктів. У зв'язку з цим, вивчення механізмів цифрового розвитку як інструменту забезпечення євроінтеграційних процесів є вкрай своєчасним та науково обґрунтованим.

Ефективність системи охорони здоров'я на сучасному етапі обмежується її недостатньою технологічністю, що призводить до дестабілізації управлінських процесів. Ключовими деструктивними факторами є нестандартизованість інформаційних потоків та неефективна комунікація в межах адміністративно-територіальних одиниць. Це зумовлює виникнення диспропорцій у наданні медичних послуг і призводить до нецільового використання ресурсів. Крім того, актуальною залишається проблема верифікації статистичних даних, що перешкоджає прийняттю обґрунтованих управлінських рішень та потребує зміни підходів до моніторингу галузі.

Реалізація Концепції розвитку ЕСОЗ спрямована на створення організаційно-правових та техніко-технологічних передумов для інноваційного поступу eHealth в Україні. Це дозволить підвищити якість і доступність медичного обслуговування, оптимізувати управління ресурсами та забезпечити належний рівень поінформованості ключових суб'єктів системи [136]. Пріоритетним вектором цифрової трансформації галузі визначено розбудову ЕСОЗ, зокрема шляхом впровадження високотехнологічних і доступних електронних сервісів [121].

Попри складність трансформаційних процесів, в Україні фіксується позитивна динаміка реалізації інноваційних проєктів у сфері охорони здоров'я. Спостерігається активізація впровадження високотехнологічних рішень, зокрема інформаційних систем, телемедичних технологій та новітніх діагностичних методів. Релевантним прикладом успішного застосування проєктного підходу є

діяльність ДП «Електронне здоров'я» та розбудова системи eHealth. Концепція останньої, адаптована з міжнародної (зокрема європейської) практики [182; 211; 230; 286], спрямована на створення єдиного інформаційно-технологічного та комунікаційного простору, що забезпечує ефективну взаємодію державних інституцій та ключових суб'єктів медичної галузі.

Державне підприємство (ДП) «Електронне здоров'я» засноване згідно з Наказом МОЗ України від 14 грудня 2017 року № 1597 як ключовий інструмент трансформації медичної галузі. Підприємство забезпечує консолідацію реєстрів медичних закладів, лікарів та пацієнтів для прийняття управлінських рішень на основі верифікованих даних, що оновлюються в режимі реального часу. Як розробник технічного ядра системи eHealth, ДП «Електронне здоров'я» постає центром експертизи та платформою для впровадження інноваційних цифрових інструментів. Структурно система eHealth складається з центральної бази даних, адміністрування якої здійснює ДП, та мережі приватних медичних інформаційних систем (МІС) [29].

Інтенсивна цифрова трансформація підкріплена відповідною нормативно-правовою базою. Зокрема, Постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 регламентовано Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я [26]. Стратегічні орієнтири галузі визначено у Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, схваленій розпорядженням КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671 [136]. Документ містить комплексний аналіз поточного стану цифровізації, ідентифікує ключові виклики та визначає механізми реалізації та очікувані результати, а також організаційно-управлінське, технічне та ресурсне забезпечення розвитку eHealth. У широкому розумінні eHealth визначається як середовище інформаційної взаємодії суб'єктів галузі, що базується на впровадженні цифрових методів і технологій обробки даних [29; 170].

Технічні та процедурні аспекти діяльності системи регламентовані Порядком, затвердженим постановою КМУ № 411 [26], а стратегічні – Планом заходів щодо реалізації Концепції розвитку eHealth [113]. Завдяки розбудові ЕСОЗ імплементовано ключові цифрові сервіси, зокрема: електронні медичні

записи (що формують єдину медичну картку пацієнта), декларації про вибір лікаря, електронні направлення, рецепти та плани лікування [29].

Нормативне регулювання діяльності інформаційно-аналітичної системи (ІАС) «MedData» встановлено Постановою КМУ від 19 січня 2022 р. № 36 [27]. Дана система призначена для проведення комплексного аналізу закупівельних процесів та моніторингу рівня забезпеченості медичних закладів (як підпорядкованих МОЗ, так і надавачів послуг за бюджетні кошти) ресурсами, необхідними для стабільного функціонування галузі, зокрема в умовах воєнного стану. Реалізація зазначених ініціатив відображає динаміку розбудови цифрового контуру сфери охорони здоров'я. Поряд із наявними рішеннями, цифрову екосистему доповнено актуальними компонентами: «Кров (інформаційно-комунікаційна система донорства); e-Stock (управління запасами медичних товарів); система безперервного професійного розвитку кадрів; ЄДІСТ (державна система трансплантації); ЕСЕН та ІС СЗХ (епідеміологічний нагляд та моніторинг соціально значущих хвороб) [29].

МОЗ спільно зі Світовим банком реалізує рамковий проєкт «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (HEAL Ukraine). Ініціатива впроваджена на підставі Угоди про грант Глобального фонду фінансування від 22.12.2022 № TF0C0038, укладеної між Україною та МБРР. Загальний бюджет проєкту становить 500 млн доларів США. Ключові цілі передбачають відновлення доступу до базових медичних послуг, оперативне реагування на невідкладні потреби галузі та забезпечення фінансової стійкості системи в умовах надзвичайної ситуації [41].

Тематика четвертого розділу проєкту «Підтримка розбудови потенціалу, цифровізації та інновацій» спрямована на модернізацію електронної охорони здоров'я. Його реалізація має на меті підвищення прозорості, ефективності та інклюзивності медичних послуг. Пріоритетні напрями реалізації цієї складової включають: цифровий розвиток, зокрема розробку модулів ЕЗОЗ (реєстр медпрацівників, кабінет пацієнта, сервіси для осіб з інвалідністю та реабілітації), посилення кібербезпеки та інтеграція з міжнародними системами; інституційне

зміцнення, що передбачає стандартизацію якості послуг та технічну підтримку ключових установ (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, ДП «Електронне здоров'я», ДП «Медичні закупівлі України»); моніторинг та аналітика, зокрема впровадження цифрових інструментів для відстеження звернень на всіх рівнях, від територіальних громад до центральних органів виконавчої влади [41].

Подальше позиціонування технічної архітектури ЕЗОЗ базується на принципах сервісної орієнтованості та гнучкості. Це забезпечує оперативне масштабування системи відповідно до технологічного прогресу та динаміки потреб галузі. Ключовим аспектом є інтеграція спеціалізованих інформаційно-комунікаційних систем у єдиний медичний цифровий простір. При цьому засадничим принципом залишається використання реєстрів та первинних даних ЕЗОЗ як базового джерела інформації для такої інтеграції [136].

За останніми аналітичними даними і на наше переконання, у процесі відновлення національної системи ОЗ, реалізація інноваційних проєктів, зокрема проєктів цифрової трансформації є стратегічним пріоритетом модернізації системи ОЗ України в контексті євроінтеграційних процесів, а також виступає ключовим інструментом підвищення якості медичної допомоги та імплементації провідних світових практик [273; 274; 306; 317]. На основі зазначеного, пріоритетними напрямками розвитку eHealth вважаємо: імплементацію передового міжнародного та європейського досвіду цифровізації; підвищення інформаційної доступності до актуальних даних про діяльність суб'єктів надання послуг; оптимізацію даних та уніфікацію достовірної медичної інформації в єдиному цифровому середовищі; процесну ефективність на основі усунення дублювання функцій та економії часових і фінансових ресурсів шляхом депаперизації процесів; забезпечення прозорості та нульової толерантності до корупції, що гарантує суб'єктам системи оперативний доступ до верифікованої інформації.

Отже, впровадження інноваційних цифрових рішень виступає ключовим інструментом підвищення якості медичного сервісу та імплементації світових стандартів. Розвиток eHealth в Україні спрямований на комплексну модернізацію

системи охорони здоров'я з урахуванням європейських стандартів. Ключові очікувані результати включають: антикорупційний ефект: зміцнення прозорості та впровадження механізмів запобігання корупції; інформаційну доступність: забезпечення швидкого доступу учасників системи до актуальних даних про її діяльність; оптимізацію даних: збір та уніфікацію достовірної медичної інформації в єдиному цифровому середовищі; процесну ефективність: повну депаперизацію, ліквідацію дублювання функцій та економію часових і фінансових ресурсів [37].

Узагальнюючи вищенаведене, слід зазначити, що формування адаптивних організаційних структур у публічному секторі, здатних ефективно реагувати на сучасні виклики в умовах невизначеності, зокрема у сфері ОЗ, потребує злагоджених та оперативних дій. Результативність таких заходів забезпечується гнучкістю системи управління та впровадженням інструментів проектного менеджменту в межах часових і ресурсних обмежень. За умови одночасної реалізації декількох споріднених проектів із чітко обмеженими термінами та ресурсами найбільшу ефективність демонструє функціонально-матрична структура. Застосування функціонально-матричної структури є доцільним як для реалізації окремих проектів, так і в управлінні портфелем проектів із лімітованим ресурсним забезпеченням. Особливої актуальності набуває впровадження проектного підходу в діяльність структур, що одночасно функціонують, як надавачі традиційних послуг, так і задіяні у запровадженні процесів цифрової трансформації галузі ОЗ та інтеграції передових технологій у медичну практику.

Впровадження гнучких моделей управління у системі ОЗ дозволяє досягати конкретних результатів за обмеженості ресурсів. Процес організаційної трансформації передбачає комплексне переформування управлінської вертикалі, зокрема: встановлення оптимального рівня децентралізації та управлінської автономії; регламентацію прав, обов'язків та відповідальності персоналу; інтеграцію проектних груп у загальну функціональну структуру; налагодження механізмів міжвідомчої та зовнішньої координації. Перевагами функціонально-матричних структур управління є: збалансованість, на основі поєднання

стабільного функціонального управління з динамічним проєктним підходом; оптимізація ресурсів, усунення жорсткого розподілу праці, що зазвичай притаманний класичним структурам; багатозадачність, де передбачається можливість поєднувати гарантоване медичне обслуговування з паралельною реалізацією короткострокових інфраструктурних проєктів у межах встановлених кошторисів. Тож, особливості впровадження інноваційних та інвестиційних проєктів у системі ОЗ зумовлюють доцільність використання функціонально-матричних проєктно-орієнтованих структур.

Впровадження корпоративної моделі управління передбачає управлінську синергію на основі поєднання методів публічного управління та корпоративного менеджменту для розширення ресурсного потенціалу, що функціонує на принципах управління бізнес-процесами, де організація функціонує як окреме підприємство з власною культурою, стратегією, орієнтацією на якість послуг, пацієнтоорієнтованістю, ефективним використанням ресурсів та залученням інвестицій для сталого розвитку. Особливість цієї моделі полягає у можливості розширення міжсуб'єктної взаємодії, а також масштабування кооперації, соціально-інвестиційних проєктів розвитку і державно-приватного партнерства, що передбачає діяльність не лише на локальному, місцевому та регіональному рівні, в межах спроможної мережі закладів, а й позиціонування на національному рівні та міжнародну інтеграцію завдяки налагодженню мережевої архітектури.

На основі здійснених узагальнень та компаративного аналізу управлінських структур у межах дослідження запропоновано теоретичне обґрунтування сучасної публічно-корпоративної концепції управління у закладах ОЗ, що базується на управлінській синергії публічного та корпоративного управління. На відміну від традиційних підходів, запропонована концепція розглядає заклад ОЗ, як автономне підприємство із власною корпоративною культурою та стратегією, що дозволяє трансформувати його з об'єкта управління на активного суб'єкта інвестиційного процесу, а застосування інструментів корпоративного менеджменту (стратегічний брендінг та позиціонування, соціально-інвестиційне проектування) сприяє системній

модернізації, розвитку інфраструктури, а також забезпеченню ресурсоефективності та якості послуг при оптимізації внутрішніх операційних витрат.

Нижче представлена описова структурно-логічна схема публічно-корпоративної моделі управління закладами ОЗ в сучасних умовах (рис. 3.6.), яка базується на зазначеному вище теоретичному обґрунтуванні та відображає їх стратегічну суб'єктність і автономність в ринкових умовах господарювання.



Рис. 3.6. Публічно-корпоративна модель управління закладами охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Таким чином, результативність публічного управління в умовах трансформації галузі досягається шляхом переходу до адаптивних

організаційних моделей. Пріоритетним результатом модернізації є впровадження проєктного підходу та цифрових інструментів, що забезпечує синергію міждисциплінарної взаємодії та розвинених комунікаційних мереж. Інтеграція стратегічних цілей з операційними ресурсами дозволяє мінімізувати часові витрати та максимізувати ефективність навіть у межах обмеженого ресурсного забезпечення. Це сприяє розширенню інституційного впливу організацій та чіткому окресленню зон їхньої функціональної відповідальності.

Застосування функціонально-матричної моделі ідентифіковано як найбільш дієвий механізм реалізації проєктів та ефективності управління портфелем споріднених проєктів у системі ОЗ. За умов дефіциту ресурсів та часових обмежень така модель забезпечує найвищу результативність через чітку делімітацію сфер відповідальності між проєктним та лінійним менеджментом. Ключовим результатом імплементації матричного підходу є досягнення синергії між наданням стандартизованих медичних послуг та реалізацією інноваційних завдань із цифрової трансформації галузі. Це дозволяє здійснювати безперервний моніторинг робочих процесів без втрати операційної стійкості організації.

Впровадження гнучких управлінських технологій (Agile) ідентифіковано як базову передумову оптимізації ресурсного забезпечення галузі. Перехід до матричної моделі управління дозволяє досягти наступних стратегічних результатів: інституційна гнучкість; економічна ефективність; координаційна стійкість. Результатом імплементації матричних структур є формування інтегративного середовища, де стабільність функціонального менеджменту поєднується з динамікою проєктного підходу. Це дозволяє досягти високого рівня мультифункціональності, гарантувати виконання державних зобов'язань та реалізувати інфраструктурні проєкти у межах регламентованих бюджетів.

Результативність впровадження зазначеної моделі управління детермінується синергією публічного та корпоративного менеджменту, що забезпечує розширення ресурсного потенціалу закладів ОЗ. Ключовим результатом такої трансформації є перехід до управління бізнес-процесами, де медичний заклад позиціонується як автономний суб'єкт із власною стратегією та

культурою якості. Оптимізація внутрішньої архітектури організації дозволить масштабувати міжсуб'єктну взаємодію та реалізовувати проєкти державно-приватного партнерства. Усе це створює підґрунтя для виходу закладів за межі субнаціонального рівня та їхнього позиціонування в межах національного, а згодом і міжнародного медичного простору.

Висновки до розділу 3

Обґрунтування напрямів розвитку системи охорони здоров'я в Україні в контексті стратегічних євроінтеграційних перспектив, а також розкриття їх сутності та особливостей дозволяє зробити такі висновки:

1. Інтеграційний механізм оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції, на відміну від існуючих, базується на конвергенції солідарних принципів і адаптивних координаційних підходів та регулюючих інструментів, а також синергії п'яти ключових компонентів: 1) нормативного, 2) ресурсного, 3) інноваційного, 4) професійного, 5) кризового, взаємне підсилення яких, спрямоване на забезпечення системності реалізації державної політики за відповідними напрямками: 1) гармонізації нормативно-правової бази з *acquis communautaire* ЄС; 2) модернізації інфраструктури та ресурсного забезпечення; 3) цифровій трансформації галузі та технологічних інноваційних рішень; 4) розвитку професійного корпусу фахівців на засадах компетентнісного підходу; 5) кризового управління, децентралізованої стійкості та міжсуб'єктної взаємодії в умовах єдиного медичного простору.

2. Доведено, що інтеграційний механізм оптимізації функціонування та розвитку галузі ОЗ в умовах євроінтеграції синхронізує як традиційні процеси: фінансову ефективність (стратегічні закупівлі) з інструментами цифровізації (eHealth), БПР кадрів на основі компетентнісного підходу із підзвітністю та показниками ефективності закладів ОЗ, нормативно-правове забезпечення з аудитом діяльності суб'єктів надання медичних послуг, включаючи громадський аудит на основі кращих європейських практик та стандартів, що дозволяє

враховувати як реальні потреби населення та забезпечувати ефективність і прозорість використання ресурсних можливостей галузі, а також передбачає застосування заходів кризового управління, визначення ризикових напрямів та процесів і ступеня впливу на їх керованість, забезпечуючи міжсуб'єктну взаємодію та координацію, у т.ч. за умов надзвичайних ситуацій.

3. Окреслено організаційно-управлінські підходи щодо: ресурсно-інвестиційного забезпечення та модернізації галузі ОЗ шляхом впровадження гнучких моделей, що передбачає перехід від лінійно-функціонального до проєктно-функціонального управління в умовах обмеження наявних ресурсів на основі аналізу співвідношення витрат і користі (cost-benefit analysis) та є ключовим чинником забезпечення ефективності та рівного доступу до медико-соціальних послуг, а також забезпечення транспарентності процесів ресурсно-інвестиційного забезпечення та модернізації галузі охорони здоров'я шляхом створення спеціалізованої онлайн-платформи моніторингу, функціонування якої передбачає інтеграцію інструментів обов'язкової публічної звітності розпорядників коштів із системою зворотного зв'язку від стейкхолдерів, що дозволяє мінімізувати корупційні ризики та підвищити рівень суспільної довіри до державної політики в умовах обмеженого ресурсного забезпечення. Визначено та систематизовано критерії модернізації інфраструктури закладів ОЗ, серед яких пріоритетне значення надано гнучкості та адаптивності, транспарентності, енергоефективності та інклюзивності медичного простору.

4. Визначено концептуальні засади впровадження інтегрованого підходу до підготовки професійного корпусу керівників ОЗ, шляхом формування комплексної моделі професійної компетентності керівника закладу охорони здоров'я, яку, на відміну від існуючих, конкретизовано через мультидисциплінарний переліку ключових управлінських компетентностей, а також через розробку методичних підходів до індивідуальних траєкторій навчання керівників, яка орієнтована на досягнення цільових стратегічних результатів, розвиток лідерського потенціалу та цифрову оптимізацію, впровадження елементів проєктного навчання та переорієнтації змісту

підготовки на інструментарій результативного управління з диференціацією рівнів та організаційно-правових форм медичних закладів в умовах адаптації системи ОЗ до функціонування в конкурентному середовищі, що забезпечує відповідність управлінського корпусу вимогам європейської інтеграції.

5. Конкретизовано інституціональні засади підготовки професійного корпусу керівників закладів ОЗ шляхом обґрунтування необхідності запровадження концепції національної Програми розвитку кадрового потенціалу та управління персоналом у сфері ОЗ, де акцентовано на розбудові цілісної екосистеми професійного зростання, що полягає у переході до компетентної моделі, яка інтегрує професійні знання з посиленням практичної складової та впровадженням сучасних освітніх технологій, а також систему соціально-організаційних навичок, як обов'язкових складових кваліфікаційної характеристики фахівця, що базується на принципах гармонізації освітньо-професійних програм із вимогами Міжнародної стандартної класифікації освіти (ISCED-F 2013, категорія 04), а також передбачає інституційну підтримку та удосконалення такої моделі на основі міжнародних практик в межах функціонування науково-методичного об'єднання ЗВО для підготовки управлінців ОЗ нової генерації.

6. Запропоновано комплексний організаційно-методичний підхід до гнучкого, адаптивного та результативного управління закладами охорони здоров'я, що, на відміну від існуючих підходів, базується на організаційних засадах функціонально-матричної структури управління як оптимальної моделі, що дозволяє ефективно поєднувати рутинні операційні процеси з проєктними ініціативами, а також належним моніторингом та контролем на основі цифровізації, що сприяє переходу від жорстких ієрархічних до гнучких структур, здатних до стратегічної оптимізації виробничих процесів в умовах лімітованого ресурсного забезпечення та жорстких часових обмежень, що, порівняно з традиційними ієрархічними структурами, підвищує адаптивність організації і забезпечує збалансований розподіл ресурсів та чітку делімітацію відповідальності між лінійним та проєктним менеджментом. Методичний підхід

на засадах гнучкого управління (Agile) в межах функціонально-матричної структури, спрямований на забезпечення організаційної гнучкості та дозволяє ефективно поєднувати рутинні операційні процеси з проєктними ініціативами, а також на відміну від існуючих підходів, базується на інтеграції проєктних груп у функціональну структуру закладу, що сприятиме одночасній реалізації державних гарантій медичного обслуговування та впровадженню інфраструктурних проєктів без залучення надлишкових ресурсів.

7. Обґрунтовано сучасну публічно-корпоративну концепцію управління у закладах ОЗ, що базується на управлінській синергії публічного та корпоративного управління. На відміну від традиційних підходів, запропонована модель розглядає медичний заклад як автономне підприємство із власною корпоративною культурою та стратегією, що дозволяє трансформувати його з об'єкта управління на активного суб'єкта інвестиційного процесу, а застосування інструментів корпоративного менеджменту (стратегічний брендінг та позиціонування, соціально-інвестиційне проектування) сприяє системній модернізації, розвитку інфраструктури, забезпеченню ресурсоефективності та якості послуг при оптимізації внутрішніх операційних витрат.

8. Запропоновано удосконалення організаційно-методичного підходу до реалізації інноваційних проєктів цифрової трансформації в закладах ОЗ на основі інтеграції провідних цифрових практик у вітчизняну систему охорони здоров'я, що є базовою умовою її модернізації, оскільки створює фундамент для верифікації даних та мінімізації адміністративних бар'єрів. Це досягається через імплементацію процесної ефективності, яка передбачає розробку алгоритму усунення дублювання функцій та оптимізації часових і фінансових ресурсів, що забезпечує оперативний доступ суб'єктів надання послуг до верифікованої інформації та підвищує загальну якість медичної допомоги.

Основні наукові результати третього розділу опубліковані в працях: [35; 37; 39; 46; 50; 53].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні вирішено важливе наукове завдання, яке полягає у теоретичному обґрунтуванні концептуальних організаційно-управлінських засад, розробленні науково-методичних підходів та практичних рекомендацій щодо удосконалення державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Результати наукових напрацювань за темою дисертації дозволяють сформулювати низку висновків і рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення:

1. Обґрунтовано концептуальні засади інституціалізації державної політики охорони здоров'я в умовах євроінтеграції на основі узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС через запровадження конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі її реалізації, що передбачає використання організаційних підходів до аналізу функцій та інституціональних особливостей за умов багаторівневості, а також моніторингу її реалізації та оцінювання результатів на різних етапах, що сприятиме системності у забезпеченні імплементації європейських стандартів і практик та на відміну від існуючих підходів, передбачає чітку алгоритмізацію та логічну послідовність дій: ідентифікація консолідованих потреб, стратегічна конвергенція з пріоритетами ЄС, оптимізація інституційної платформи реформ, визначення рівнів впровадження (локальний-, місцевий-, регіональний-, національний), розподіл на етапи реалізації з урахуванням часових перспектив (коротко-, середньо- та довгострокова), визначення регулюючих інструментів, регламентація процедур.

З'ясовано характер чинників впливу на функціонування та розвиток системи охорони здоров'я як соціального інституту на функціональні (чинники саморегуляції та розвитку) та дисфункціональні (дестабілізуючі чинники), а також спрямованість регуляторів державної політики на підтримку інституційних функцій та нівелювання інституційних дисфункцій шляхом сприяння чинникам саморегуляції та розвитку і усунення

дезорганізуючих чинників, що дозволить забезпечити стійкість та цілісність системи за умов невизначеності та ризиків. Конкретизовано зміст інструментарію підтримки відповідних інституційних функцій, який інтегрує галузеву специфіку з дієвими регуляторними механізмами, що створює інституційне підґрунтя для переходу від декларативної підтримки європейських цінностей до практичного впровадження регламентованих процедур на всіх рівнях управління та передбачає інтеграцію державного інституційного впорядкування відповідної системи із ринковими інструментами підвищення якості її функціонування та перегляд цільових орієнтирів розвитку від підтримання поточної життєдіяльності галузі до реалізації її інвестиційного потенціалу та розвитку людського капіталу.

2. На основі порівняльного аналізу європейських практик доведено, що за інтеграційних умов поширюється суперечність між декларативною універсальністю європейських моделей охорони здоров'я та їх фактичною обмеженістю в умовах системних трансформацій, що зумовлює потребу у конвергенції солідарних принципів та механізмів державного регулювання, розробці відповідних адаптивних регуляторних інструментів нової, конвергентної моделі державної політики охорони здоров'я. Аргументовано необхідність формування конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі державної політики охорони здоров'я в умовах євроінтеграції, в основу якої покладено стратегічну єдність п'яти складових: доступності, якості, раціональності, ефективності та стійкості, із консолідованою відповідальністю стейкхолдерів, визначенням комплексу її унікальних потреб, стратегічного бачення, інституційних та ресурсних обмежень-фільтрів при відборі та імплементації кращих європейських практик та синхронної реалізації цих напрямів із запитом зацікавлених сторін, що дозволяє мінімізувати ризики у процесі прийняття відповідних управлінських рішень та забезпечити життєздатність галузі в умовах глобальних викликів, зовнішніх та внутрішніх загроз.

3. Розкрито сутність та особливості застосування методичних підходів

до: визначення пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я; моніторингу реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я; структуризації концептуальної архітектури дорожньої карти розвитку охорони здоров'я зокрема:

- підхід до визначення пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я, на відміну від традиційних експертних оцінок, базується на синергії кількісних та якісних методів досліджень, включає процедури валідації та узгодження експертних позицій, а також передбачає ідентифікацію чітких індикаторів, що характеризують критичні точки розбіжностей в оцінках експертів щодо механізмів впровадження «кращих практик» ЄС та досягнення цілей. Це дозволить не лише ідентифікувати пріоритетні напрями, а й верифікувати їх через аналіз зон консенсусу та розбіжностей в експертному середовищі, що створює підґрунтя для мінімізації ризиків при реалізації державної політики;

- підхід до моніторингу реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я базується на принципі міжсекторальної взаємодії та динамічного коригування цільових індикаторів, що передбачає інтеграцію інструментів збалансованої системи показників (BSC) та аналізу витрат і вигід (CBA). Це, на відміну від існуючих підходів, дозволяє забезпечити багаторівневу оцінку стратегій не лише за процесною ознакою, а й за критеріями економічної ефективності та соціального впливу. Визначено, що поєднання середньострокового планування з жорстким ресурсним обґрунтуванням кожного етапу реалізації є критичною умовою інституційної стійкості системи охорони здоров'я;

- підхід до структуризації концептуальної архітектури дорожньої карти розвитку охорони здоров'я за трьома функціональними векторами (аналітично-прогностичним, оперативно-координаційним та ресурсним). Обґрунтовано необхідність переходу від декларативного до ресурсного планування, що базується на оцінюванні стратегічних резервів, пріоритетності розподілу ресурсів та використанні ризико-орієнтованого підходу, а також доведено, що інституційна спроможність галузі прямо залежить від

впровадження безпекових протоколів у медичну практику.

4. Запропоновано комплексний підхід до розбудови інтегрованої системи стійкості та спроможності системи охорони здоров'я, а також багаторівневого кризового управління системою охорони здоров'я в умовах перманентних ризиків та загроз, який, на відміну від існуючих фрагментарних підходів, ґрунтується на інтеграції концепцій Health Security та One Health та визначенні архітекtonіки пріоритетних механізмів (превентивного, фінансово-економічного, цифрового, інфраструктурного, кадрового та реабілітаційно-відновлювального), синергія яких спрямована на підвищення адаптивності та життєздатності системи до критичних навантажень, запобігання кризовим явищам, а також на поєднанні керованих цільових параметрів функціонування галузі на засадах ризик-менеджменту та кризового управління, об'єктивного аудиту та ідентифікації викликів та загроз у різних часових та просторових вимірах, ідентифікації чинників виникнення ризиків, поетапної декомпозиції антикризових стратегій, оцінювання ймовірності сценаріїв, визначення стратегічних орієнтирів та альтернативних рішень, синхронізації оперативного реагування на основі поєднання ресурсного та функціонального потенціалів що дозволяє забезпечити безперебійність медико-соціальних заходів та адаптивне управління ресурсами, відповідно до специфіки кожного етапу та ієрархічного рівня системи та передбачає застосування комплексу інструментів, способів, засобів і заходів реагування, спрямованих на збереження функціональності найбільш вразливих її структурних компонентів та критичних ланок.

5. Визначено сутність концептуального підходу до оцінювання ризиків та результативності кризового управління в системі охорони здоров'я, який, на відміну від існуючих, базується на диференціації процесів на керовані та некеровані, інтегрованому оцінюванні ступеня керованості кризових процесів на основі результатів-наслідків, що зумовлює розробку відповідних алгоритмів оперативного реагування, спрямованих на мінімізацію ризиків необґрунтованих управлінських рішень. Обґрунтовано комплекс

організаційно-методичних підходів до: вибору оптимальних ризикових альтернатив у системі охорони здоров'я, що передбачає мінімізацію відхилень від цільових показників та дозволяє приймати обґрунтовані рішення щодо допустимого рівня ризику з урахуванням соціальних, організаційно-економічних та технологічних чинників; конкретизації комплексу заходів кризового управління через інтеграцію інструментів мінімізації ризиків та конкретизацію критеріїв допустимості ризикових альтернатив у процесі реалізації управлінських сценаріїв; проведення адаптивного аудиту кризового управління в охороні здоров'я, який базується на інтеграції інструментів Big Data Analytics із класичними методами стратегічного аналізу (SWOT, PEST), який спрямовано на забезпечення оперативного корегування стратегій, що забезпечує інституційну стійкість системи через об'єктивну оцінку ефективності логістичних, кадрових, фінансових, інформаційних потоків, а також дозволяє здійснювати превентивне прогнозування керованих ризиків у критичних умовах функціонування системи.

6. Охарактеризовано складові інтеграційного механізму оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції, який, на відміну від існуючих, базується на конвергенції солідарних принципів і адаптивних координаційних підходів та регулюючих інструментів, а також синергії п'яти ключових компонентів:: 1) нормативного, 2) ресурсного, 3) інноваційного, 4) професійного, 5) кризового, взаємне підсилення яких, спрямоване на забезпечення системності реалізації державної політики за відповідними напрямками: 1) гармонізації нормативно-правової бази з *acquis communautaire* ЄС; 2) модернізації інфраструктури та ресурсного забезпечення; 3) цифровій трансформації галузі та технологічних інноваційних рішень; 4) розвитку професійного корпусу фахівців на засадах компетентнісного підходу; 5) ризикоорієнтованого кризового управління, децентралізованої стійкості та міжсуб'єктної взаємодії в умовах єдиного медичного простору.

Доведено, що інтеграційний механізм оптимізації функціонування та

розвитку галузі охорони здоров'я в умовах євроінтеграції синхронізує як традиційні процеси: фінансову ефективність (стратегічні закупівлі) з інструментами цифровізації (eHealth), безперервний професійний розвиток кадрів на основі компетентнісного підходу із підзвітністю та показниками ефективності закладів охорони здоров'я, нормативно-правове забезпечення з аудитом діяльності суб'єктів надання медичних послуг, включаючи громадський аудит на основі кращих європейських практик та стандартів, що дозволяє враховувати як реальні потреби населення та забезпечувати ефективність і прозорість використання ресурсних можливостей медичної галузі, а також передбачає наявність ризикоорієнтованої складової, через застосування заходів кризового управління, визначення ризикових напрямів та процесів і ступеня впливу на їх керованість, забезпечуючи міжсуб'єктну взаємодію та координацію.

7. Уточнено організаційно-управлінські підходи щодо: ресурсно-інвестиційного забезпечення та модернізації галузі охорони здоров'я шляхом впровадження нових гнучких моделей, що передбачає перехід від лінійно-функціонального до проєктно-функціонального управління в умовах обмеження наявних ресурсів на основі аналізу співвідношення витрат і користі (cost-benefit analysis), а також визначення відповідних критеріїв оптимізації, серед яких пріоритетне значення надано гнучкості та адаптивності, транспарентності, енергоефективності та інклюзивності медичного простору.

Запропоновано застосування підходів до оптимізації моделі управління наданням медичних послуг, шляхом:

- здійснення диференціації джерел фінансування на первинному рівні: бюджетні асигнування спрямовуються на забезпечення базового рівня доступності, тоді як кошти соціального страхування виступають стабілізаційним інструментом покриття додаткових медичних потреб, а також, інтеграції механізмів електронної маршрутизації, що забезпечить перехід від стихійного до керованого руху пацієнтів усередині системи, мінімізуючи часові витрати та підвищуючи точність спрямування до фахівців вузького

профілю.

- розгляду процесів цифровізації системи охорони здоров'я не з позиції суто технологічного підходу, а як синергію чотирьох компонентів: технологічної інфраструктури, нормативно-правової релевантності, кадрової спроможності та етики цифрової безпеки, що дозволить забезпечити цілісність інформаційного простору галузі та стійкість її функціонування.

- визначення балансу між стимулюванням ринкової активності постачальників медичних сервісів та посиленням державного нагляду (контролінгу) на основі оцінювання ключових індикаторів якості медичних послуг, що з одного боку забезпечуватиме реалізацію проєктів державно-приватного партнерства як стратегічного інструменту капіталізації медичних закладів та розвитку інфраструктури, а з іншого - сприятиме мінімізації ризиків комерціалізації галузі та запобіганню звуженню державних соціальних гарантій громадянам.

8. Запропоновано комплексний організаційно-методичний підхід до гнучкого, адаптивного та результативного управління закладами охорони здоров'я в нових умовах господарювання, що, на відміну від існуючих підходів, базується на:

- організаційних засадах функціонально-матричної структури управління як оптимальної моделі, що дозволяє ефективно поєднувати рутинні операційні процеси з проєктними ініціативами, а також належним моніторингом та контролем на основі цифровізації, що сприяє переходу від жорстких ієрархічних до гнучких структур, здатних до стратегічної оптимізації виробничих процесів в умовах лімітованого ресурсного забезпечення та жорстких часових обмежень, що, порівняно з традиційними ієрархічними структурами, підвищує адаптивність організації і забезпечує збалансований розподіл ресурсів та чітку делімітацію відповідальності між лінійним та проєктним менеджментом.

- управлінській синергії публічного та корпоративного управління, де на відміну від традиційних підходів, розглядає медичний заклад розглядається як

автономне підприємство із власною корпоративною культурою та стратегією, що дозволяє трансформувати його з об'єкта управління на активного суб'єкта інвестиційного процесу, а застосування інструментів корпоративного менеджменту (стратегічний брендинг та позиціонування, соціально-інвестиційне проектування) сприяє системній модернізації, розвитку інфраструктури, а також забезпеченню ресурсоефективності та якості послуг при оптимізації внутрішніх операційних витрат.

9. Окреслено та аргументовано концептуальні підходи до формування цілісної системи підготовки, професійного зростання та безперервного розвитку сучасного корпусу керівників охорони здоров'я нової генерації в умовах адаптації системи охорони здоров'я до функціонування в конкурентному середовищі, що полягає у переході до компетентнісної моделі, яка орієнтована на досягнення цільових стратегічних результатів, інтегрує професійні знання з посиленням практичної складової та впровадженням сучасних освітніх технологій, що базується на принципах гармонізації освітньо-професійних програм із вимогами Міжнародної стандартної класифікації освіти (ISCED-F 2013, категорія 04), а також передбачає інституційну підтримку та удосконалення такої моделі на основі кращих європейських практик в межах функціонування науково-методичного об'єднання закладів вищої освіти, що забезпечить відповідність підготовки управлінського корпусу вимогам європейської інтеграції.

Запропоновані підходи та рекомендації сприятимуть формуванню та реалізації ефективної державної політики розвитку та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, посиленню її інституційної спроможності в умовах європейської інтеграції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безверхнюк Т. Проектно-орієнтований підхід як нова філософія організації управління державними програмами і проектами. Науковий вісник академії муніципального управління. Київ: Академія муніципального управління, 2011. Вип. 3. С. 17–24.
2. Безпалько, О.В. Соціальне проектування [Електронний ресурс]: навчальний посібник / О.В. Безпалько; Київський університет ім. Бориса Грінченка. - К., 2010. - 127 с. - режим доступу: <https://elib.chdtu.edu.ua/e-books/5390> (дата звернення: 15.03.2026).
3. Білас М.І. Актуальність інструментів для оцінки готовності системи охорони здоров'я до функціонування в умовах військової загрози. Державне управління та політика. 2025. № 6 (10). С. 1-9. URL: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.6.06> (дата звернення: 15.03.2026).
4. Богуцький С. Сутність та структура проєкту як ключового об'єкта проєктного менеджменту в публічному управлінні: теоретичні засади. Науковий вісник: Державне управління. 2023. № 1(13). <https://surl.li/noxcru> (дата звернення: 15.03.2026).
5. Бульба В.Г., Поступна О.В. Роль публічного управління в синергії взаємодії громадянської ідентичності та охорони здоров'я: український контекст та теоретико-методологічні засади. Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Серія: Актуальні проблеми розвитку українського суспільства № 1 (2025). С.34-40. <http://doi.org/10.20998/2227-6890.2025.1.05> (дата звернення: 14.05.2026).
6. В Україні розпочато впровадження «Трембіти»: налагоджено автоматичний обмін даними між держустановами. Урядовий портал: веб-сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/v-ukrayini-rozpochato-vprovadzhennya-trembiti-nalagodzheno-avtomatichnij-obmin-danimi-mizh-derzhustanovami> (дата звернення: 15.03.2026).

7. Васюк, Н.О., Деркач, Р.В. Розвиток механізмів державного антикризового управління охороною здоров'я в Україні. Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління. 2020. № 1 (7). С. 191-199. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2020-1\(7\)-191-199](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2020-1(7)-191-199); <https://journals.maup.com.ua/index.php/expert/article/view/1651> (дата звернення: 15.03.2026).
8. Вашев О. Є., Білоконь М.В. Регіональне публічно-приватне партнерство як інструмент подолання цифрового розриву в доступності медичних послуг //Успіхи і досягнення у науці: № 4(26) 2026. С. 1045-1057. [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-4\(26\)-1045-1057](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-4(26)-1045-1057) (дата звернення: 14.05.2026).
9. Вашев О. Є., Бугаєв В. Ю. Зарубіжний досвід державного регулювання медичного обслуговування сільського населення (на прикладі країн ЄС, Канади, Польщі, Литви) Державне будівництво. 2025. №1(37). С.492–503. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-1-35> (дата звернення: 14.05.2026).
10. Вашев О. Є., Хижняк С. В. Правові механізми розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. 2024. Вип. 2 (79). С. 314–327. <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-15> (дата звернення: 14.05.2026).
11. Вітлінський В. В., Верчено П. І. Аналіз, моделювання та управління економічним ризиком: навч.-метод. посіб. – Київ: КНЕУ, 2000. 292 с. https://fisit.kneu.edu.ua/ua/depts9/k_ekon_matematychn_modeljuvannja/mtrve/mtrve_praci/mtrve_prazi/amtuer/ (дата звернення: 15.03.2026).
12. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг : дисертація ... кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.02 – світове господарство і міжнародні економічні відносини (Економічні науки) / Е.О. Гапонова; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. - Харків, 2019. - 348 с. <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/15323> (дата звернення: 15.03.2026).
13. Гордійчук, С., Кірячок, М., Грищук, С., Сікорака, Л., Волошенко, О., Александренко, Г., Соколовська, Д., & Звінчук, О. (2024). Сучасні підходи

до підвищення рівня цифрової компетентності здобувачів медичної освіти. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 17–24. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/03> (дата звернення: 15.03.2026).

14. Гржибовський Я.Л., Любінець О.В. Медико-соціальні детермінанти здоров'я (огляд світової літератури). *Український медичний часопис*, 2 (136), Т. 2 – III/IV 2020. С. 1-6. DOI:10.32471/umj.1680-3051.136.175646. <https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-175646-mediko-sotsialni-determinanti-zdorov-ya-oglyad-svitovoyi-literaturi> (дата звернення: 15.03.2026).

15. Грузева Т.С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я – 2020». *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип. 3, т. 1. С. 25-33. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2014_3%281%29_6 (дата звернення: 15.03.2026).

16. Гульчій О.П., Погоріляк Р.Ю., Слабкий Г.О., Рогач І.М. Роль керівних кадрів у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / Методичні рекомендації. Ужгород.: - 2014.- 23 с.

17. Дегтярьова І. О., Казюк Я. М., Петроє О. М. Медична реформа: публічно-управлінські аспекти. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. Серія: Управління та адміністрування* 2024. №28. С. 206-218. [https://doi.org/10.58442/2522-9931-2024-28\(57\)-206-218](https://doi.org/10.58442/2522-9931-2024-28(57)-206-218) (дата звернення: 14.05.2026).

18. Дегтярьова І.О., Кройтор В.А., Деміхов О.І., Загревський О.П. Теоретичні засади формування моделі інтегрованого відновлення та розвитку територіальних громад. *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки»; Серія «Управління та адміністрування»*. 2023. Вип. 25(54). С. 110–133. [https://doi.org/10.58442/2522-9931-2023-25\(54\)-110-133](https://doi.org/10.58442/2522-9931-2023-25(54)-110-133) (дата звернення: 14.05.2026).

19. Декларація тисячоліття Організації Об'єднаних Націй : Резолюція від 08 верес. 2000 р. № 55/2. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU00044> (дата

звернення: 15.03.2026).

20. Державна служба статистики України. Структура сукупних витрат домогосподарств. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 15.03.2026).

21. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. URL: <https://www.dls.gov.ua/> (дата звернення: 15.03.2026).

22. Державне підприємство «Електронне здоров'я». URL: <https://ezdorovya.ua/> (дата звернення: 15.03.2026).

23. Державне підприємство «Медичні закупівлі України». URL: <https://mpu.gov.ua/uk> (дата звернення: 15.03.2026).

24. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://www.dec.gov.ua/> (дата звернення: 15.03.2026).

25. Деякі питання діяльності Експертного комітету з оцінки медичних технологій. [Наказ Державного експертного центру МОЗ України від 03.07.2024 №130.](#) <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/%E2%84%96-130-vid-03.07.2024.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

26. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: [постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411.](#) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

27. Деякі питання [функціонування інформаційно-аналітичної системи «MedData»](#): [постанова Кабінету Міністрів України від 19.01.2022 №36.](#) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/36-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

28. Донець Л.І. Економічні ризики та методи їх вимірювання: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 312 с. <https://elib.nakkkim.edu.ua/handle/123456789/599> (дата звернення: 15.03.2026).

29. Електронна система охорони здоров'я в Україні eHealth. URL: <https://ehealth.gov.ua> (дата звернення: 15.03.2026)

30. Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я. https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D1%83%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97/Comms_textbook_final_web.pdf (дата

звернення: 15.03.2026).

31. Євроінтеграція у сфері ОМТ: Уряд оновив порядок державної оцінки медичних технологій відповідно до стандартів ЄС. Державний експертний центр МОЗ України. <https://www.dec.gov.ua/news/yevrointegracziya-u-sferi-omt-uryad-onovyv-poryadok-derzhavnoyi-ocziinky-medychnyh-tehnologij-vidpovidno-do-standartiv-yes/> (дата звернення: 15.03.2026).

32. Європейські країни прийняли план дій у сфері цифрової охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я / (14.09.2022). URL: <https://moz.gov.ua/uk/evropejski-kraini-prijnali-plan-dij-u-sferi-cifrovoiohoroni-zdorov%E2%80%99ja> (дата звернення: 15.03.2026).

33. Ждан В.М., Дворник В.М., Кайдашев І.П., Кармишев Д.В., Гордієнко Л.П., Коршенко В.О., Дев'яткіна Н.М. Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 червня 2025 р., Полтава: ПДМУ, 2025. – 168 с. https://pdmu.edu.ua/storage/department-npr-twolevel-management-social-design/docs_links/yftv6lVI9CPxUalC32VAhVIKzs12H1nPCNyeJdxA.pdf (дата звернення: 15.03.2026).

34. Заза І. Інструменти публічного управління у сфері оптимізації фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я. Публічно-управлінські та цифрові практики 2025, Випуск 4(7). С. 33-44. DOI: 10.31673/2786-7412.2025.040703. <https://journals.duikt.edu.ua/index.php/public/article/download/3371/3247/> (дата звернення: 15.03.2026).

35. Замчій С. В. Організаційно-управлінські аспекти сучасної підготовки професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2025. №13. С. 18-24. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-13-18-24;> <https://pa.journal.in.ua/index.php/pa/article/view/244> (дата звернення: 15.03.2026).

36. Замчій С. В. Порівняльний аналіз моделей державної політики розвитку охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу. Теорія та практика

державного управління. 2025. Вип. 2, т. 81. С. 204–217. URL: <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-2-12>;

<https://periodicals.karazin.ua/tpdu/article/view/28667> (дата звернення: 15.03.2026).

37. Замчій С. В. Реалізація інноваційних проєктів цифрового розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Державне будівництво. 2024. № 2 (36). С. 681–694. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-47>; <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/25981> (дата звернення: 15.03.2026).

38. Замчій С. Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на засадах стратегії управління ризиками. Теорія та практика державного управління. 2023. №2(77), С.155-172. URL: <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2023-2-09>; <https://periodicals.karazin.ua/tpdu/article/view/23233> (дата звернення: 15.03.2026).

39. Замчій С.В. Інституційні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Державне будівництво. 2023. №1(33). С.203–219. URL: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2023-1-18>; <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22964> (дата звернення: 15.03.2026).

40. Звіт про етап розвитку оцінки медичних технологій в Україні. Департамент ОМТ ДЕЦ МОЗ України. 2019. - 31 с. <https://www.dec.gov.ua/materials/zvit-pro-etap-rozvytku-ocinky-medychnyh-tehnologij-v-ukrayini-gruden-2019/?role=ua> (дата звернення: 15.03.2026).

41. Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя (Heal Ukraine). МОЗ України. <https://moz.gov.ua/uk/zmicnennja-sistemi-ohoroni-zdorovja-ta-zberezhennja-zhittja-heal-ukraine> (дата звернення: 15.03.2026).

42. Каменський Д.В. Здоров'я населення як складова громадської безпеки: досвід Європейського Союзу та України. Аналітично-порівняльне правознавство. 2023. №5. С.335-340. URL: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2023.05.60>; <https://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/290717/284345> (дата звернення: 15.03.2026).

43. Карамішев Д. В., Гордієнко Л. П., Родина Н. С., Дідок Ю. В.,

Замчій С. В. Глобальний індекс безпеки здоров'я як орієнтир кризового управління у забезпеченні стійкості системи громадського здоров'я. Державне будівництво. 2024. № 1(35). С.269-280. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-1-20>; <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/24190> (дата звернення: 15.03.2026).

44. Карамішев Д. В. Перетворення в системі охорони здоров'я з позиції управлінця і громадянина / Д. В. Карамішев // Здоров'я України. – 2008. – № 15–16 (196–197) – С. 66–67.

45. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні / Д. В. Карамішев, Н. М. Федак // Теорія та практика державного управління. - 2011. - Вип. 3. - С. 380-387. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2011_3_59 (дата звернення: 15.03.2026).

46. Карамішев Д. В., Дідок Ю. В., Замчій С. В. Адаптивне управління структурними змінами організацій публічної сфери на основі проектного підходу. Державне будівництво. 2022. № 2 (32). С. 15–27. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-02>; <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22463> (дата звернення: 15.03.2026).

47. Карамішев Д. Менеджмент і адміністрування. Навчальне видання у 20-ти томах. Том XVII «Управління проектами». Х. : Вид-во «Точка», 2012. 424 с.

48. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державноуправлінські аспекти) : моногр. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

49. Карамішев Д.В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. [Університетські наукові записки](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2006_1_48). 2006. № 1. С. 279-284. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2006_1_48 (дата звернення: 15.03.2026).

50. Карамішев Д.В., Замчій С.В. Нормативно-правове та організаційне забезпечення реалізації державної політики щодо системи підготовки керівних

кадрів галузі охорони здоров'я за трансформаційних умов. Державне будівництво. 2025. № 1 (37). С.516–532.

<https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/27239/24167> (дата звернення: 15.03.2026).

51. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, 470 проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 17–18 квіт. 2008 р., Львів. Львів, 2008. С. 129–136. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_129_01.pdf (дата звернення: 15.03.2026).

52. Карамішев Д.В., Федак Н.М. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління, 2011, Вип. 3: 380-387. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2011_3_59 (дата звернення: 15.03.2026).

53. Карамішев, Д. В., Дворник, В. М., Гордієнко, Л. П., Замчій, С. В. (2025). Модернізація системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я у закладах вищої освіти за трансформаційних умов. Теорія та практика державного управління, 1(80), 292-308. <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-1-17>; <https://periodicals.karazin.ua/tpdu/article/view/27039> (дата звернення: 15.03.2026).

54. Карамішев, Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: ХарPI НАДУ «Магістр», 2006. 304 с.

55. Кірін Р.С., Олейніков Г.В., Кіріна Л.І. Особливості регулювання екологічних правовідносин нормами санітарного законодавства. Науково-практичний журнал «Екологічне право». Випуск 1–2, 2023. DOI <https://doi.org/10.37687/2413-7189.2023.1-2.2> (дата звернення: 15.03.2026).

56. Козаченко Т. Публічне управління на засадах проектного менеджменту: сучасний погляд. Держава та регіони. Серія: Державне управління : наук.-вироб. журн. Класич. приват. ун-т. Серія: Державне управління. 2018. Вип. 2 (62). С. 50-55

https://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2018/11.pdf (дата звернення: 15.03.2026).

57. Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: Український вимір»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовт. 2011 р. № 1164-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

58. Концепція інформатизації охорони здоров'я України. О. П. Мінцер та інш.// Медична інформатика та інженерія, № 3, 2012.- С.5-29.

59. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 груд. 2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

60. Копитко М., Ткачук Д. Управління стійкістю і персоналом в організаціях та закладах охорони здоров'я у кризових ситуаціях: виклики в умовах війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. №3 (75). С.93-101. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-93-101>; <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/766> (дата звернення: 15.03.2026).

61. Круть А.Г., Горачук В.В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, (3), 38–43. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10590> (дата звернення: 15.03.2026).

62. Кужелев М.О., Нечипоренко А.В. (2024). Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій, 1(13), 85-94. <https://doi.org/10.32750/2024-0109>; <https://journal.eae.com.ua/index.php/journal/article/view/252> (дата звернення: 15.03.2026).

63. Лехан В. М. Обґрунтування необхідності формування управлінських компетентностей у лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський, О. П. Максименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2016. - Т. 16, Вип. 2. - С. 265-271. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2016_16_2_63 (дата звернення:

15.03.2026).

64. Лехан В. М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С. 5-11. <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

65. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86. <https://repo.dma.dp.ua/539> (дата звернення: 15.03.2026).

66. Липовська Н. та ін. (2025). Розробка політики боротьби з раком у секторі охорони здоров'я: перспектива державного управління. Теорія та практика державного управління, 1 (80), С. 42-53. <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2025-1-03> (дата звернення: 14.05.2026).

67. Липовська Н.А., Сахарова К.О. (2024). Пріоритети європейської державної політики в галузі охорони здоров'я. Наукові інновації та передові технології. № 11(39) (2024). С. 140-149. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10\(38\)-140-149](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-10(38)-140-149) (дата звернення: 14.05.2026).

68. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020». Соціально-трудова відносина: теорія та практика. 2017. № 1. С. 61-79. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/stvttp_2017_1_6 (дата звернення: 15.03.2026).

69. Лутай Л., Баранець І. Теоретичні засади управління проектами публічної та соціальної сфер. Ринок праці та зайнятість населення. 2018. № 3. С. 20-25. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/rpzn_2018_3_5 (дата звернення: 15.03.2026).

70. Майстренко К. Управління проектами та програмами у сфері публічного управління. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 16. С. 93–96. DOI : [10.32702/2306-6814.2021.16.93](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.16.93) (дата звернення: 15.03.2026).

71. Малігон Ю. М. Державна кадрова політика у сфері охорони

здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. Економіка, управління та адміністрування. 2020. №4 (94), 160–164. [https://doi.org/10.26642/ema-2020-4\(94\)-160-164](https://doi.org/10.26642/ema-2020-4(94)-160-164) (дата звернення: 15.03.2026).

72. Маркіна І.А., Ширафі Мохаммед Авад Аль. Адаптація концепції сталого розвитку в практику державного антикризового управління охороною здоров'я. Часопис економічних реформ. 2016. № 4. С. 29-33. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Cher_2016_4_7 (дата звернення: 15.03.2026).

73. Міністерство охорони здоров'я. Структура. Підрозділи МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/uk/struktura> (дата звернення: 15.03.2026).

74. Місаїлова М. Health Security Committee: чому його рішення важливі для України. The Pharma Media: веб-сайт. URL: <https://thepharma.media/uk/business/41018-health-security-committee-comu-iogo-risennya-vazlivi-dlya-ukrayini-23032026> (дата звернення: 15.03.2026).

75. Молоканова В. Впровадження ціннісно-орієнтованого проектного менеджменту у сфері державного управління. Аспекти публічного управління. 2017. Т. 5, № 11. С 30–37. <https://doi.org/10.15421/15201735> (дата звернення: 15.03.2026).

76. Назаренко С. Теоретичні засади управління проектами регіонального розвитку. Вісник Черкаського університету. Серія : Економічні науки. 2017. Вип. 1. С. 137–144 <https://econom-ejournal.cdu.edu.ua/article/view/1964> (дата звернення: 15.03.2026).

77. Національна економічна стратегія до 2030 р.: Вектори економічного розвитку 2030: матеріали для обговорення / Кабінет Міністрів України, Центр економічного відновлення. URL: <https://nes2030.org.ua/docs/doc-vector.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

78. Національна служба здоров'я України. <https://nszu.gov.ua/> (дата звернення: 15.03.2026).

79. Національний Класифікатор України Класифікатор професій ДК 003:2010 : Наказ Держспоживстандарту України від 28 липня 2010 р. № 327. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va327609-10#Text> (дата звернення:

15.03.2026).

80. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років / МОЗ України. Міжнародний фонд «Відродження». Київ, 2015. 41 с. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

81. Огнєв В.А., Чухно І.А. До питання професійної кваліфікації керівних кадрів закладів охорони здоров'я в сучасних умовах. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. / за заг. ред. В.С. Куйбіди, В.М. Князевич, Н.О. Васюк. Київ : ТОВ «ДКС-Центр», 2017. С. 120. <https://surl.li/zbhton> (дата звернення: 15.03.2026).

82. Олійник Р. Проектний менеджмент: особливості ключових концептів та застосування у публічному секторі. Право та державне управління. 2019. № 2 (35) Т. 2. С. 147–151 https://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2019/tom_2/24.pdf (дата звернення: 15.03.2026).

83. Опис Програми «EU4Health». Центр громадського здоров'я МОЗ України: веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/news/opis-programi-eu4health> (дата звернення: 15.03.2026).

84. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ із змінами та доповненнями. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/conv#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

85. Охорона здоров'я в Україні: що насправді відбувається з медициною в умовах війни? Дослідження стану української медицини за 2024 рік. ZDOROVІ: веб-сайт. URL: <https://www.zdorovi.help/blog-posts/healthcare-in-ukraine-what-is-really-happening-to-medicine-in-the-context-of-war> (дата звернення: 15.03.2026).

86. Охорона здоров'я у бюджеті-2026. Міністерство фінансів України: веб-сайт. URL: https://www.mof.gov.ua/uk/news/okhorona_zdorovia_u_biudzheti-2026_bezoplatni_perevirki_zdorovia_rozshirennia_programi_dostupni_liki_ta_pidvishchennia_zar_plat_likariv_do_35_tis_griven-5474 (дата звернення: 15.03.2026).

87. [Перелік посад професіоналів у галузі охорони здоров'я у закладах охорони](#)

здоров'я та Перелік посад професіоналів з вищою немедичною освітою МОЗ України; Наказ від 20.06.2022 № 1064. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0886-22#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

88. Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України. Тези доповідей навчально-методичної конференції 15 лютого 2017 року. Вінниця. 2017. 229 с. https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tez_dopov.pdf (дата звернення: 15.03.2026).

89. Подольська О., Краля В. Використання проектного підходу в публічній сфері. Вісник Харківського національного технічного університету сільського господарства імені Петра Василенка. 2019. Вип. 200. С. 256-264 http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhdtusg_2019_200_29 (дата звернення: 15.03.2026).

90. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження) [Текст] : дис... канд. юрид. наук: 12.00.01 / Сенюта Ірина Ярославівна; Львівський національний ун-т ім. Івана Франка. - Л., 2006. - 217 арк. - арк. 192-217

91. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 04 липня 2023 р. № 671. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/671-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

92. Про вищу освіту. Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

93. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

94. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». МОЗ України; Наказ від 31.10.2018 № 1977. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

95. [Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 N 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»](#). МОЗ України; Наказ від 11.05.2016 № 427. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-16#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
96. [Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385](#). МОЗ України; Наказ від 25.03.2019 № 668. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0417-19#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
97. [Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти](#). Постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2024 № 1021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
98. [Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України](#): Постанова Кабінету Міністрів України від 24 січ. 2020 р. № 90. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/90-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
99. [Про внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 3 вересня 2008 р. № 777 і від 27 грудня 2017 р. № 1094](#). Постанова Кабінету Міністрів України від 23.07.2024 № 840. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/840-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
100. [Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 р. № 1300](#). Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2026 № 358. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/358-2026-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
101. [Про внесення зміни до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти](#). Постанова Кабінету Міністрів України від 21.02.2025 № 188. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/188-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).
102. [Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»](#). МОЗ України; Наказ

від 29.03.2002 № 117 із змінами. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-02#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

103. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» із змінами: [Закон України](#) від 5 жовт. 2000 р. № 2017-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

104. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#doc_save (дата звернення: 15.03.2026).

105. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

106. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17.05.2018 р. № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

107. [Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року](#): Постанова Кабінету Міністрів України від 05 грудня 2018 р. № 1022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1022-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

108. Про затвердження критерію, за яким оцінюється ступінь ризику від провадження діяльності у сфері охорони здоров'я для безпеки життя і здоров'я населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю): Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2008 № 843 (втратила чинність на підстави постанови КМУ від 4 липня 2023 р. № 671) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/843-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

109. Про затвердження методичних рекомендацій щодо окремих питань визначення спеціальних вимог до осіб, які претендують на зайняття посад державної служби категорій “Б” і “В”, та підготовки умов проведення конкурсу: Наказ Національного агентства України з питань державної служби

від 15 січня 2021 року № 4-21 (зі змінами від 29.04.2024 року №72-24) <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0004859-21#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

110. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січ. 2002 р. № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

111. [Про затвердження настанови з державної оцінки медичних технологій для лікарських засобів](#). МОЗ України; Наказ, Стандарт від 29.03.2021 № 593. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0593282-21#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

112. [Про затвердження Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за спеціальностями професіоналів у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я та професіоналів з вищою немедичною освітою](#). МОЗ України; Наказ, Перелік від 23.01.2024 № 112. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0159-24#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

113. [Про затвердження Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я](#): розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.09.2021 № 1175. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

114. Про затвердження Положення про Департамент управління персоналом. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 12 червня 2019 року N 1354. https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ31511?an=1&ed=2019_06_12 (дата звернення: 15.03.2026).

115. [Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України](#). Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 25.03.2015 № 267 в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

116. [Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я](#). Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 14.07.2021 № 725. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021->

[%D0%BF#Text](#) (дата звернення: 15.03.2026).

117. [Про затвердження Порядку оцінювання учасників конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я](#). МОЗ України; Наказ, Порядок від 23.12.2024 № 2143. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0130-25#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

118. [Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України](#). МОЗ України; Наказ, Порядок, Форма від 16.04.2025 № 650. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0824-25#n4> (дата звернення: 15.03.2026).

119. [Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій](#). Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок, Форма типового документа, Заява, Вимоги від 23.12.2020 № 1300. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1300-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

120. [Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я](#). Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок, Заява, Форма типового документа від 27.12.2017 № 1094. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

121. [Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 - 2025 роки](#): наказ МОЗ України від 07.10.2022 р. № 1832. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

122. [Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників](#). Указ Президента України від 18.06.2021 № 261/2021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/261/2021#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

123. [Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України](#): Указ Президента України від 07 грудня 2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

124. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-

ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80/ed20200318#Text>
(дата звернення: 15.03.2026).

125. [Про національну безпеку України](#): Закон України від 21 черв. 2018 р. № 2469-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

126. [Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади](#): Постанова Кабінету Міністрів України від 10 верес. 2014 р. № 442. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

127. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

128. [Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців з фаховою передвищою, початковим рівнем \(короткий цикл\) та першим \(бакалаврським\) рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти та магістрів з медсестринства](#). МОЗ України; Наказ, від 10.11.2022 № 2016. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0039-23#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

129. [Про проведення конкурсного відбору керівників суб'єктів господарювання державного сектору економіки](#). Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок, Перелік від 03.09.2008 № 777. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/777-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

130. Про реорганізацію державних підприємств МОЗ України: наказ МОЗ України від 07 жовт. 2010 р. №188-о. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/04/nakaz-ministerstva-ohorony-zdorovya-ukrayiny-vid-07.10.2010-%E2%84%96-188-o-pro-reorganizaciyu-derzhavnyh-pidpryyemstv-moz.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

131. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України від 18 серпня 2021 р. № 369/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/369/2021#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

132. [Про систему громадського здоров'я](#): Закон України від 06 вересня

2022 р. № 2573-IX. Відомості Верховної Ради України. 2023. № 26. С. 93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

133. [Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою.](#) РНБО; Рішення від 30.07.2021. Введено в дію Указом Президента України [від 18 серпня 2021 року № 369/2021.](#) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

134. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

135. [Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я:](#) Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

136. [Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я:](#) Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

137. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

138. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

139. Про утворення державного підприємства «Електронне здоров'я»: наказ МОЗ України від 14 грудня 2017 р. №1597. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-14122017-1597-pro-utvorennja->

[derzhavnogo-pidpriemstva-elektronne-zdorovja](#) (дата звернення: 15.03.2026).

140. [Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»](#): наказ МОЗ України від 18 вересня 2015 р. № 604. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

141. Про утворення Експертного комітету з оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. [Наказ Державного експертного центру МОЗ України від 24.06.2022 № 79 \(8.9 МБ\)](#). <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/07/%E2%84%96-79-vid-24.06.2022-1.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

142. [Про утворення Національної служби здоров'я України](#): Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 27 груд. 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

143. Програма реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів («Доступні ліки»). URL: <https://nszu.gov.ua/gromadianam/dostupni-liki-ta-insulini> (дата звернення: 15.03.2026).

144. Продіус О., Прокоф'єва В. Історичні передумови розвитку проектного управління. Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. 2019. № 3. С. 141–146. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/drep_2019_3_30 (дата звернення: 15.03.2026).

145. Пунда О., Арзянцева Д., Захаркевич Н. Організаційно-правові засади формування електронної системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Наука, технології, інновації. 2020, №2 С.67-74. <http://doi.org/10.35668/2520-6524-2020-2-08> (дата звернення: 15.03.2026).

146. Рачинський А.П. Забезпечення безперервного професійного розвитку персоналу у сфері охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: публічно-управлінський аспект. Наукові перспективи, 2023. № 2(32). С 143-156. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-2\(32\)-143-156](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-2(32)-143-156) (дата звернення: 14.05.2026).

147. Рачинський А.П., Дарчин Б.С. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності і системності реалізації. Інвестиції: практика та досвід, 2022. № 1. С. 67–72. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2022.1.67> (дата звернення: 14.05.2026).
148. Рачинський А.П., Шимушовський В.Р. (2025). Особливості законодавчого забезпечення системи охорони здоров'я в Україні в умовах системних трансформацій. Публічне управління та регіональний розвиток, (29), 774–801. <https://doi.org/10.34132/pard2025.29.05> (дата звернення: 14.05.2026).
149. Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2021/2282 від 15 грудня 2021 року про оцінку медичних технологій. Офіційний вісник Європейського Союзу. 2021. L 458. С. 1–32. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj/eng> (дата звернення: 15.03.2026).
150. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Здоров'я населення світу і зовнішня політика», ухвалена на шістдесят дев'ятій сесії Генеральної Асамблеї ООН 11 грудня 2014 р. URL: https://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/med_nejtralitet/Rezoliuciia_henasambleii_ON_11Dec2014.pdf (дата звернення: 15.03.2026).
151. Ризик-менеджмент чи що таке управління ризиками. Платформа «EDI Network: веб-сайт. URL: <https://edin.ua/rizik-menedzhment-chi-shho-take-upravlinnya-rizikami/> (дата звернення: 15.03.2026).
152. Ричкіна Л. Сутність та зміст проектного менеджменту в розвитку територіальної громади / Л. Ричкіна. Публічне управління: теорія та практика. 2014. Вип. 3. С. 193-198. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr_2014_3_32. (дата звернення: 15.03.2026).
153. Рожков Г.С. Управління ризиками в охороні здоров'я. Економіка та держава. 2010. № 5. С.71-72. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/5_2010/22.pdf (дата звернення: 15.03.2026).
154. Розроблення та управління проектами у публічній сфері: європейський вимір для України. Практичний посібник ; Чемерис А.; Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні –

DESPRO». К. : ТОВ «Софія-А». 2012. 80 с.
https://despro.org.ua/media/articles/10_book_chemeric_17_12_do_druku.pdf (дата
звернення: 15.03.2026).

155. Савіна Т.В. Шляхи покращення комплексної системи підготовки керівних кадрів у сфері охорони здоров'я в Україні. Публічне управління і адміністрування в Україні. Випуск 12. 2019. С.55-62. DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5240-2019-12-11> (дата звернення: 15.03.2026).

156. Саволюк С.І., Серьогіна Н.О. Роль держави в антикризовому управлінні закладами охорони здоров'я. Український медичний часопис, 3 (161) – V/VI 2024. С. 1-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.161.254093. <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-254093-rol-derzhavi-v-antikrizovomu-upravlinni-zakladami-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 15.03.2026).

157. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. DOI: [10.32702/2307-2156-2018.11.2](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2018.11.2); http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/4.pdf (дата звернення: 15.03.2026).

158. Семигіна Т. Охорона здоров'я у глобальному та європейському порядку денному. Політичний менеджмент. 2012. №1-2. С. 112-120. URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/4154> (дата звернення: 15.03.2026).

159. Слабкий Г.О., Погоріляк Р.Ю. Характеристика оптимізованої системи призначення на посаду та підготовки керівних кадрів охорони здоров'я на регіональному рівні. Intermedical Journal. 1(13). 2019. С.39-46 <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/intermedical/issue/view/1> (дата звернення: 15.03.2026).

160. Ставлення населення України до медичної реформи. К.: Соціологічна група «Рейтинг», 2021. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/otnoshenie_naseleniya_ukrainy_k_medicinskoy_reforme_a_prel_2021.html (дата звернення: 15.03.2026).

161. Старченко Г. Проактивне управління проектами в публічній сфері. Публічне управління та адміністрування. 2021. № 2. С. 84–89

http://nbuv.gov.ua/UJRN/pandr_2017_2_11 (дата звернення: 15.03.2026).

162. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: проєкт МОЗ України від 23 лютого 2022 року, фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Київ: МОЗ України, 2022. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

163. Управління проектами в публічній сфері [Текст]: навч. посіб. / Т. М. Безверхнюк, Н. О. Котова, С. А. Попов; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Одес. регіон. ін-т держ. упр. - О.: ОРІДУ НАДУ, 2011. - 344 с. <https://surl.li/iqdotb> (дата звернення: 15.03.2026).

164. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я [Текст]: монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. - Л.: ЛРІДУ НАДУ, 2010. - 276 с.

165. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. (2021). Проблеми і перспективи економіки та управління, (1(25)), 151–158. [https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1\(25\)-151-158](https://doi.org/10.25140/2411-5215-2021-1(25)-151-158) (дата звернення: 15.03.2026).

166. Філософський енциклопедичний словник / НАН України, Ін-т філософії імені Г. С. Сковороди; [редкол.: В. І. Шинкарук (голова) та ін.]. Київ: Абрис, 2002. 742 с.

167. Фірсова О.Д. Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. Державне будівництво. №1. 2019. С. 1-9. <https://doi.org/10.34213/db.19.01.16> (дата звернення: 15.03.2026).

168. [Харченко Т. О.](#) Впровадження інструментів проектного підходу в систему публічного управління / Т. О. Харченко, Т. Г. Самойленко. [Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія : Економіка і менеджмент](#). 2019. Вип. 1. С. 21-25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vsna_ekon_2019_1_5 (дата звернення: 15.03.2026).

169. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL:

<https://phc.org.ua/> (дата звернення: 15.03.2026).

170. Цифрова трансформація охорони здоров'я України. <https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-2> (дата звернення: 15.03.2026).

171. Цифровізація сфери охорони здоров'я – проміжні підсумки 2023 року. МОЗ України. 2023. <https://moz.gov.ua/uk/cifrovizacija-sferi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-%E2%80%93-promizhni-pidsumki-2023-roku-> (дата звернення: 15.03.2026).

172. Цифрова трансформація охорони здоров'я: Європейський конгрес ISPOR 2019. О. Заліська, О. Піяжко, Н. Максимович, О. Ващенко, О. Брездень, М. Лелека, А. Машейко, В. Середюк. Щотижневик Аптека, № 46 (1217), 2019. <https://www.apteka.ua/article/523980> (дата звернення: 15.03.2026).

173. Чернов С. Концептуальні засади запровадження проектного підходу в публічному управлінні сучасної держави. Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління. 2021. Вип. 3 (15). С. 205–217. DOI : [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-3\(15\)-205-217](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-3(15)-205-217) (дата звернення: 15.03.2026).

174. Шлапко Т.В., Старинський М.В., Миргород-Карпова В.В., Висоцький А.І., Шеїн Д.С. Правове забезпечення трансформації сфери охорони здоров'я у світлі медичної реформи з огляду на євроінтеграційні процеси. Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». 2021. С.141-147 DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2021.03.27> (дата звернення: 15.03.2026).

175. Шулик Ю. Застосування проектного менеджменту у публічному управлінні в Україні. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Економіка»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, березень 2022. № 24 (52). С. 68–75 <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/8706/1/12.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

176. Юшков П. Проблеми і недоліки реалізації проектів державних цільових програм у системі проектного управління економіки України. Причорноморські економічні студії. 2019. Вип. 47 (1). С. 187–191

http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2019_47%281%29_37 (дата звернення: 15.03.2026).

177. Як побудувати ефективні комунікації закладу охорони здоров'я. Методичні рекомендації. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D1%83%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97/nadclasterni%200507.pdf> (дата звернення: 15.03.2026).

178. Abegunde D.O., Mathers C.D., Adam T., Ortegón M., Strong K. The Burden and Costs of Chronic Diseases in Low-Income and Middle-Income Countries. 2007. The Lancet. Vol. 370, № 9603. P. 1929–1938. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1) (date of access: 15.03.2026).

179. [AGORA: Global Online Research in Agriculture - Research4Life.](https://agora.research4life.org)
<https://agora.research4life.org>

180. Anderson K. Globalization's effects on world agricultural trade, 1960-2050. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2010 Sep 27;365(1554):3007-21. <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0131> (date of access: 15.03.2026).

181. Baldwin, R.E., Martin, P. & Ottaviano, G.I.P. Global Income Divergence, Trade, and Industrialization: The Geography of Growth Take-Offs. Journal of Economic Growth 6, 5–37 (2001). <https://doi.org/10.1023/A:1009876310544> (date of access: 15.03.2026).

182. Ball M.J., Lillis J. E-health: transforming the physician/patient relationship. Int J Med Inform. 2001 Vol. 61, № 1. P. 1-10. DOI: 10.1016/s1386-5056(00)00130-1 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505600001301> (date of access: 15.03.2026).

183. Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J. Emerging and re-emerging infectious diseases: the Third Epidemiologic Transition. Annual Review Anthropology. 1998. Vol. 27. P. 247-271. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.27.1.247> (date of access: 15.03.2026).

184. Bhandari, S., Bennett, S., Peters, D. Development and validation of a tool to assess core competencies of public health professionals in low-income settings: findings from Uttar Pradesh, India. Hum Resour Health. 2025. 23(1):29. doi:

10.1186/s12960-025-00994-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40551180/> (date of access: 15.03.2026).

185. Boin A., Lodge M. Designing resilient institutions for transboundary crisis management: A time for public administration. *Public Administration*. 2016. Vol. 94, № 2. P. 289–298. URL: <https://scispace.com/pdf/designing-resilient-institutions-for-transboundary-crisis-213lf69a4n.pdf> (date of access: 15.03.2026).

186. Booyesen F. Urban–rural inequalities in health care delivery in South Africa, *Development Southern Africa*. 2003. Vol. 20, № 5. P. 659–673. URL: <https://doi.org/10.1080/0376835032000149298> (date of access: 15.03.2026).

187. Bourguignon F, Morrisson C. Inequality among World Citizens: 1820–1992. *The American Economic Review*. 2002. Vol. 92, № 4. P. 727–744. URL: <http://piketty.pse.ens.fr/les/BourguignonMorrisson2002.pdf> (date of access: 15.03.2026).

188. Boyle P., Cooke T.J., Halfacree K., Smith D. A cross-national comparison of the impact of family migration on women’s employment status. *Demography*. 2001. Vol. 38, № 2, P. 201–213. URL: <https://doi.org/10.1353/dem.2001.0012> (date of access: 15.03.2026).

189. Braithwaite J., Wears R., Hollnagel E. *Resilient Health Care. Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*. Taylor & Francis Group, 2017. 210 p. <https://doi.org/10.1201/9781315366838> (date of access: 15.03.2026).

190. Bulba V., Orobey V. SWOT analysis of public administration in the development of social infrastructure in rural areas of Ukraine by sectors. *Public administration and state security aspects*. 2023. Vol. 2. P. 218–228. <https://doi.org/10.52363/passa-2023.2-22> (date of access: 14.05.2026).

191. Buse K., Mays N., Walt G. *Making health policy* (2nd Ed). UK: Open University Press, 2012. – 288 p. https://books.google.com.ua/books/about/Making_Health_Policy.html?id=LL1M4IOzXtwC&redir_esc=y (date of access: 15.03.2026).

192. Busse R., Blümel M., Knieps F., Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*. 2017. Vol. 390, № 10097. P. 882–897.

URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31280-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31280-1/fulltext) (date of access: 15.03.2026).

193. Castleden M., McKee M., Murray V., Leonardi G. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health*. 2011. Vol. 33, No 3. P. 369–377. DOI: 10.1093/pubmed/fdr027 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21471159/> (date of access: 15.03.2026).

194. Castles S. Why migration policies fail. *Ethnic and Racial Studies*. 2004. Vol. 27, № 2. P. 205–227. URL: <https://doi.org/10.1080/0141987042000177306> (date of access: 15.03.2026).

195. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O’Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2015;17(5):1-126 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27049966/> (date of access: 15.03.2026).

196. Deloitte Center for Health Solutions. <https://www.deloitte.com/uk/en/Industries/life-sciences-health-care/collections/deloitte-uk-centre-for-health-solutions.html> (date of access: 15.03.2026).

197. Demikhov, O., Dehtyarova, I., Tkachenko, N ., Torianyk, I., & Kroitor, V. (2022). Development and implementation of healthcare technologies in the structural-functional model of public administration: bronchopulmonal dysplasia experience. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 21(2), 361–367 <https://doi.org/10.3329/bjms.v21i2.58069> (date of access: 14.05.2026).

198. Dzingirai, M., Murombedzi, T. L., & Ndor, A. (2024). Infrastructure Development Strategies in Health Sector for Sustainable Development. In book: *Infrastructure Development Strategies for Empowerment and Inclusion* (pp. 96-114). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-2917-7.ch005> https://www.researchgate.net/publication/381508753_Infrastructure_Development_Strategies_in_Health_Sector_for_Sustainable_Development (date of access: 15.03.2026).

199. Economist Impact. URL: <https://impact.economist.com> (date of access: 15.03.2026).

200. Elias, M., Wenzl, M., Osborn, R. and Sarnak, D. (2016) 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, New York.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2059770> date of access: 15.03.2026).

201. Elissen A.M.J., Hertroijs D.F.L., Schaper N.C., Vrijhoef H.J.M., Ruwaard D. Profiling patients' healthcare needs to support integrated, person-centered models for long-term disease management (profile): Research design. *International Journal of Integrated Care*. 2016. Vol. 16, № 2. P. 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2208> (date of access: 15.03.2026).

202. Engström AK. Hospitals in a changing Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003; 57:542. https://www.researchgate.net/publication/245977117_Hospitals_in_a_changing_Europe_Edited_by_M_McKee_J_Healy (date of access: 15.03.2026).

203. Enright M.C., Robinson D.A., Randle G., Feil E.J., Grundmann H., Spratt B.G. The evolutionary history of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Proc Natl Acad Sci USA*. 2002. Vol. 99, № 11. P. 7687–7692. URL: <https://doi.org/10.1073/pnas.122108599> (date of access: 15.03.2026).

204. European Centre for Disease Prevention and Control <https://www.ecdc.europa.eu/en> (date of access: 15.03.2026).

205. European Centre for Disease Prevention and Control. Monthly measles and rubella monitoring report –September 2019. Stockholm: ECDC; 2019. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/measles-monthly-report-september-2019.pdf> (date of access: 15.03.2026).

206. European Commission & COM 192 Final (2015). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee, and the Committee of the Regions, a Digital Single Market Strategy for Europe. Document: 52015DC0192, Brussels. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2015%3A192%3AFIN> (date of access: 15.03.2026).

207. European Commission, (2022). European Health Data Space Regulation (EHDS). URL: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en (date of access: 15.03.2026).

208. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2023). State of Health in the EU: Synthesis report 2023. Publications Office of the European Union. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/state_2023_synthesis-report_en.pdf (date of access: 15.03.2026).
209. European Commission. Communication on effective, accessible and resilient health systems. COM(2014) 215 final. Brussels, 2014 https://health.ec.europa.eu/publications/communication-commission-com2014-215-final_en (date of access: 15.03.2026).
210. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Bull World Health Organ. 2010 Jun;88(6):402. DOI: 10.2471/BLT.10.078741 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2878164/> (date of access: 15.03.2026).
211. Eysenbach G., Diepgen T.L. The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century. Clin Dermatol. 2001. Jan-Feb; Vol.19, № 1. P. 11-17. DOI: 10.1016/s0738-081x(00)00202-9 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11369478/> (date of access: 15.03.2026).
212. Feenstra, R. C., & Weinstein, D. E. (2017). [Globalization, markups, and US welfare](https://deweinst.github.io/weinstein_website/GlobalizationMarkupsWelfare_JPE.pdf). Journal of Political Economy, 125(4), 1040-1074. https://deweinst.github.io/weinstein_website/GlobalizationMarkupsWelfare_JPE.pdf (date of access: 15.03.2026).
213. Fields G. Urbanization and the Transition from Agrarian to Industrial Society. 1999. Berkeley Planning Journal. № 13. P. 102–128. <https://escholarship.org/uc/item/7242m3b1> (date of access: 15.03.2026).
214. Figueras J., Robinson R., Jakubowski E.. Purchasing to improve health systems performance. Open University Press, 2005. 298 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/238591721_Purchasing_to_improve_health_systems_performance_drawing_the_lessons (date of access: 15.03.2026).
215. García-Armesto S, Begoña Abadía-Taira M, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Syst Transit. 2010;12(4):1-295 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21224176/> (date of access: 15.03.2026).

216. Giddens A. The consequences of modernity. Stanford, California: Stanford University Press, 1990. 186 p. <https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Consequences-of-Modernity-by-Anthony-Giddens.pdf> (date of access: 15.03.2026).
217. Gong P., Liang S., Carlton E.J., Jiang Q., Wu J., Wang L., Remais J.V. Urbanisation and health in China. Lancet. 2012. Vol. 379, № 9818. P. 843–52. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61878-3 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22386037/> (date of access: 15.03.2026).
218. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century / World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. 182 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326386/9789289002790-eng.pdf> (date of access: 15.03.2026).
219. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. URL: <https://ccoms.esenfc.pt/pub/WHO%20Health%202020%20Policy.pdf> (date of access: 15.03.2026).
220. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf> (date of access: 15.03.2026).
221. Health Security Committee reports. Public Health European Commission: website. URL: https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/crisis-management/list-authorities-represented-health-security-committee/health-security-committee-reports_en (date of access: 15.03.2026).
222. Health technology assessment and health policy-making in Europe: current status, challenges and potential / Garrido, M.V. et al. WHO Regional Office Europe, 2008. 181 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ae5f757-b189-4aef-b84d-02b44d6ab8f9/content> (date of access: 15.03.2026).

223. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054256> (date of access: 15.03.2026).
224. Helmert U, Cacace M, Grimmeisen S, Wendt C, Rothgang H. Der Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern - Fragestellungen, Untersuchungsdesign und erste Ergebnisse [The changing role of the state in health care systems in OECD countries--research questions, research design and first results]. Gesundheitswesen. 2005 Feb;67(2):89-95. German. DOI: 10.1055/s-2005-857879 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15747194/> (date of access: 15.03.2026).
225. Henderson V. The Urbanization Process and Economic Growth: The So-What Question. Journal of Economic Growth. 2003. Vol. 8, № 1. P. 47–71. URL: <https://doi.org/10.1023/A:1022860800744> (date of access: 15.03.2026).
226. Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Simone Grimmeisen, Claus Wendt, 2005. «9 The changing role of the state in healthcare systems», European Review, Cambridge University Press, vol. 13(S1), pages 187-212, March. https://ideas.repec.org/a/cup/eurrev/v13y2005is1p187-212_00.html (date of access: 15.03.2026).
227. International Profiles of Health Care Systems 2020. URL: https://ca.pnhp.org/wp-content/uploads/2022/05/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf (date of access: 15.03.2026).
228. International Standard Classification of Education: fields of education and training 2013 (ISCED-F 2013); detailed field descriptions / UNESCO Institute for Statistics. Canada, 2015. 96 p. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235049> (date of access: 15.03.2026).
229. International Standard Classification of Occupations (ISCO). International Labour Organization: website. URL: <https://ilostat ilo.org/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/> (date of access: 15.03.2026).
230. International Telecommunication Union. (2008). Implementing e-

health in developing countries: Guidance and principles. ICT Applications and Cybersecurity Division. URL: https://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/docs/e-health_prefinal_15092008.PDF (date of access: 15.03.2026).

231. ITU DataHub. World Bank Group: website. URL: https://data360.worldbank.org/en/dataset/ITU_DH (date of access: 15.03.2026).

232. Jensen C., Johansson S., Löfström M. The project organization as a policy tool in implementing welfare reforms in the public sector. *Int J Health Plann Manage.* 2013. Vol. 28, № 1. P. 122-37. DOI: 10.1002/hpm.2120 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22733712/> (date of access: 15.03.2026).

233. Jessica A. Bell and Jennifer B. Nuzzo, *Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis*, 2021. URL: <https://ghsindex.org/> (date of access: 15.03.2026).

234. Jones K.E., Patel N.G., Levy M.A., Storeygard A., Balk D., Gittleman J.L., Daszak P. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature.* 2008. Vol. 451, № 7181. P. 990-993. DOI: 10.1038/nature06536 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18288193/> (date of access: 15.03.2026).

235. Joossens L., Raw M. The tobacco control scale 2013 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, 2014. 25 p. <https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2013.pdf> (date of access: 15.03.2026).

236. Khozhylo I., Lipovska N. (2022). Availability and quality of medical services in Ukraine under martial law conditions: aspects of management. *Archiv EuroMedica.* 2022. 12; sp: e1. <https://doi.org/10.35630/2022/12/sp.iss.6> (date of access: 14.05.2026).

237. Kiker B.F. The Historical Roots of the Concept of Human Capital. *Journal of Political Economy.* Vol. 74, № 5. P. 481–499. URL: <https://doi.org/10.1086/259201> (date of access: 15.03.2026).

238. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Rotar Pavlic D, Svab I, Tedeschi P, Wilm S, Wilson A, Windak A, Van der Zee J, Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013

Nov;63(616):e742-50.

DOI:

10.3399/bjgp13X674422

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267857/> (date of access: 15.03.2026).

239. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):686-94. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1242 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23569048/> (date of access: 15.03.2026).

240. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010 Mar 13;10:65. DOI: 10.1186/1472-6963-10-65 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20226084/> (date of access: 15.03.2026).

241. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035488/> (date of access: 15.03.2026).

242. Kruk M.E., Myers M., Varpilah S.T., Dahn B.T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*. 2015 Vol. 385, № 9980. P. 1910–1912. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60755-3 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25987159/> (date of access: 15.03.2026).

243. Kulesher R.R., Forrestal E.E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*. 2014. Vol. 3, № 4. P. 127–139. DOI: <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p127> (date of access: 15.03.2026).

244. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013 Aug 1;91(8):602-11. DOI: 10.2471/BLT.12.113985 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3738310/> (date of access: 15.03.2026).

245. Labonte R. Globalization, Health, and the Free Trade Regime: Assessing the Links. *Perspectives on Global Development and Technology*. 2004. Vol. 3, № 1–2. P. 47–72. DOI:10.1163/1569150042036710 https://www.researchgate.net/publication/233586699_Globalization_Health_and_the_Free_Trade

Regime Assessing the Links (date of access: 15.03.2026).

246. Lobe B., Morgan D., Hoffman K. A. Qualitative data collection in an era of social distancing. *International Journal of Qualitative Methods*. 2020. № 19. P. 1-8. URL: <https://doi.org/10.1177/1609406920937875> (date of access: 15.03.2026).

247. Mácha P., Drobík T. Introduction: The Scales of Globalization. *The Scale of Globalization. Think Globally, Act Locally, Change Individually in the 21st Century: conference materials, 2011, Ostrava, Czech Republic*. Ostrava, 2011. P. 6-10. URL: https://globalization.osu.cz/publ2011/the_scale_of_globalization.pdf (date of access: 15.03.2026).

248. Maddison, A. (2001), *The World Economy: A Millennial Perspective*, Development Centre Studies, OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/9789264189980-en> (date of access: 15.03.2026).

249. Mahal A., Karan A., Engelgau M. 2010. *The Economic Implications of Non-Communicable Disease for India*. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper; World Bank. URL: <http://hdl.handle.net/10986/13649> (date of access: 15.03.2026).

250. Maier C.B., Aiken L.H. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*. 2016. Vol. 26, № 6. P. 927-934. URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098> (date of access: 15.03.2026).

251. Merton R.K. *Social theory and social structure*. New York: Free Press, 1949. 423 p. [Columbia University, New York, NY] <https://archive.org/details/dli.ernet.6060/page/n5/mode/2up> (date of access: 15.03.2026).

252. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th ed.) / Drummond, M. F. et al. Oxford University Press, 2015. 464 p. URL: <https://books.google.co.uk/books?id=lvWACgAAQBAJ> (date of access: 15.03.2026).

253. Mills A. Resilient and responsive health systems in a changing world. *Health Policy and Planning*. 2017. Vol. 32, № 3. P. 1-2. URL: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx117> (date of access: 15.03.2026).

254. Mumford K., Young A.C., Nawaz S. *Federal Public Health*

Workforce Development: An Evidence-Based Approach for Defining Competencies. *J Public Health Manag Pract.* 2016. Vol. 22, №3. P. 290-297. DOI: 10.1097/PHH.0000000000000205 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25575378/> (date of access: 15.03.2026).

255. NHS England. NHS five year forward view. London: NHS England, 2014. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf> (date of access: 15.03.2026).

256. Nilsson T. Inequality, Globalization and Health : thesis: economics / Lund University. Lund, 2009. 200 p. <https://www.lusem.lu.se/therese-nilsson/publication/f2266b29-cae0-4b11-8ccd-9679462f2928> (date of access: 15.03.2026).

257. Nolte E, Knai C, Saltman RB, editors. Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2014. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29019637/> (date of access: 15.03.2026).

258. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620> (date of access: 15.03.2026).

259. Nowok, Beata; van Ham, Maarten; Findlay, Allan M.; Gayle, Vernon (2011) : Does migration make you happy? A longitudinal study of internal migration and subjective well-being, IZA Discussion Papers, No. 6140, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201112136933> (date of access: 15.03.2026).

260. O'Rourke K.H, Williamson J.G. When did globalisation begin? *European Review of Economic History.* 2002. Vol. 6, № 1. P. 23–50. URL: <https://doi.org/10.1017/S1361491602000023> (date of access: 15.03.2026).

261. OECD (2010), News in the Internet Age: New Trends in News Publishing, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264088702-en> (date of access: 15.03.2026).

262. OECD (2012), Economic Policy Reforms 2012: Going for Growth, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/growth-2012-e> (date of access: 15.03.2026).

263. Omran A.R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 2005 Dec;83(4):731–757. doi: [10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690264/> (date of access: 15.03.2026).
264. [One Health : A New Professional Imperative](#). American Veterinary Medical Association. 2008. 76 p. URL: https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth_final.pdf (date of access: 15.03.2026).
265. One Health. World Health Organization : website. URL: https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1 (date of access: 15.03.2026).
266. Owen A., Wu S. Is Trade Good for Your Health? Review of International Economics. 2007. Vol. 15. P. 660–682. DOI: 10.1111/j.1467-9396.2007.00677.x <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9396.2007.00677.x> (date of access: 15.03.2026).
267. Page J., Plaza,S. Migration Remittances and Development: A Review of Global Evidence. *Journal of African Economies*. 2006. Vol. 15, № 2. P. 245-336. URL: <https://doi.org/10.1093/jae/ejl035> (date of access: 15.03.2026).
268. Perwitasari D.A.; Purba F.D.; Candradewi S.F. et al. Mapping EORTC-QLQ-C30 onto EQ-5D-5L Index in Indonesian Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2023. 24(4):1125-1130. DOI:10.31557/APJCP.2023.24.4.1125 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10352743/> (date of access: 15.03.2026).
269. Pier G.B. On the greatly exaggerated reports of the death of infectious diseases. *Clin Infect Dis*. 2008 Oct 15;47(8):1113-4. URL: <https://doi.org/10.1086/592123> (date of access: 15.03.2026).
270. Pinner RW, Teutsch SM, Simonsen L, Klug LA, Graber JM, Clarke MJ, Berkelman RL. Trends in infectious diseases mortality in the United States. *JAMA*. 1996 Jan 17;275(3):189-93 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8604170/> (date of access: 15.03.2026).
271. Political Declaration of the High-level Meeting of the General

Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolution adopted by the General Assembly on 19 September 2011. URL: <https://docs.un.org/en/A/RES/66/2> (date of access: 15.03.2026).

272. Pölluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. *Int J Qual Health Care*. 2000 Dec;12(6):503-9. DOI: 10.1093/intqhc/12.6.503 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11202604/> (date of access: 15.03.2026).

273. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Geneva: World Health Organization, 2022. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/358446> (date of access: 15.03.2026).

274. Priorities for health system recovery in Ukraine – joint discussion paper. 28 December 2022: Technical document / World Health Organization, European Union, USAID, World Bank. Geneva: World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper> (date of access: 15.03.2026).

275. Rappole J.H., Derrickson S.R., Hubálek Z. Migratory Birds and Spread of West Nile Virus in the Western Hemisphere. *Emerg Infect Dis*. 2000;6(4):319-328. URL: <https://doi.org/10.3201/eid0604.000401> (date of access: 15.03.2026).

276. Ravi S.J., Meyer D., Cameron E., Nalabandian M., Pervaiz B., Nuzzo J.B. Establishing a Theoretical Foundation for Measuring Global Health Security: A Scoping Review. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19, № 954. P. 1-9. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-7216-0> (date of access: 15.03.2026).

277. Rechel B, McKee M. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1186-95. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61334-9 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19801097/> (date of access: 15.03.2026).

278. Rechel B., McKee M. Facets of public health in Europe. McGraw-Hill Education (UK), 2014 https://www.researchgate.net/publication/291844342_Facets_of_public_health_in_Europe (date

of access: 15.03.2026).

279. Rechel B., Richardson E., McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28972708/> (date of access: 15.03.2026).

280. Review of the commitments of WHO European Member States and the WHO Regional Office for Europe between 1990 and 2010: analysis in the light of the Health 2020 strategy. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5157764f-c929-4e86-99fb-0174501bc6ff/content> (дата звернення: 15.03.2026).

281. Richardson G.L., Carstens D.S. Project Management Tools and Techniques : A Practical Guide, Second Edition. CRC Press, 2019. 468 p. DOI: <https://doi.org/10.1201/9780429263163> (date of access: 15.03.2026).

282. Romer P.M. What Parts of Globalization Matter for Catch-Up Growth? American Economic Review. 2010. Vol.100, № 2.P. 94–98. DOI: 10.1257/aer.100.2.94 <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/aer.100.2.94> (date of access: 15.03.2026).

283. Saltman R.B., Busse R., Figueras J. Social health insurance systems in western Europe. McGraw-Hill Education (UK), 2004 https://www.researchgate.net/publication/255482143_Social_Health_Insurance_Systems_in_Western_Europe (date of access: 15.03.2026).

284. Schneider A., Friedl M., D Potere D. A new map of global urban extent from MODIS satellite data. Environ. Res. Lett. 2009. № 4. P. 1-11. DOI 10.1088/1748-9326/4/4/044003 https://www.researchgate.net/publication/228348199_A_new_map_of_global_urban_extent_from_MODIS_data (date of access: 15.03.2026).

285. Schut F., Varkevisser M. Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands. Health Policy. 2013 Nov;113(1-2):127-33. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.003> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746931/> (date of access: 15.03.2026).

286. Scott R.E., Mars M. Principles and framework for eHealth strategy development. J Med Internet Res. 2013. Vol. 15, № 7. P. 1-15. DOI:

10.2196/jmir.2250 <https://www.jmir.org/2013/7/e155/> (date of access: 15.03.2026).

287. Shvedun, V., Bulba, V., Bozhko, L., Kucher, L., Kholodok, V., Ihnatiev, O. (2023) Circular Economy in Ukraine on the Way to European Integration: Directions for Sustainable Management during the War and Post-War Recovery №1. P. 194-206. [https://doi.org/10.14505/jemt.v14.1\(65\).19](https://doi.org/10.14505/jemt.v14.1(65).19) (date of access: 14.05.2026).

288. Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en> (date of access: 15.03.2026).

289. Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments-lessons from The Netherlands. *N Engl J Med*. 2011 Mar 17;364(11):990-1. DOI: 10.1056/NEJMp1011849 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21410368/> (date of access: 15.03.2026).

290. Stuckler D, Nestle M (2012) Big Food, Food Systems, and Global Health. *PLoS Med* 9(6): e1001242. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001242> (date of access: 15.03.2026).

291. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis.. 2009. *Lancet*. Vol. 374, № 9686. P. 315–323. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19589588/> (date of access: 15.03.2026).

292. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011 Aug 27;378(9793):804-14. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60813-1 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21872749/> (date of access: 15.03.2026).

293. The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547> (date of access: 15.03.2026).

294. The Global Health Security Index Finds All Countries Remain

Dangerously Unprepared for Future Epidemic and Pandemic Threats (2021). GHS INDEX : website. URL: <https://ghsindex.org/news/2021-global-health-security-index-finds-all-countries-remain-dangerously-unprepared-for-future-epidemic-and-pandemic-threats/> (date of access: 15.03.2026).

295. The Johns Hopkins Center for Health Security. URL: www.centerforhealthsecurity.org (date of access: 15.03.2026).

296. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/326415> (date of access: 15.03.2026).

297. Toolkit for Assessing Health-System Capacity for Crisis Management. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3dd8d1b-9360-4eb4-821b-13c1367da1ce/content> (date of access: 15.03.2026).

298. Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. Part 1. User manual. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012. 96 p. URL: <https://medbox.org/document/toolkit-for-assessing-health-system-capacity-for-crisis-management-part-1-user-manual> (date of access: 15.03.2026).

299. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and World Bank. 2017. 88 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1> (date of access: 15.03.2026).

300. Tsiachristas, A., Lionis, C., Yfantopoulos, J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. International Journal of Integrated Care. 2015. Volume 15. DOI: 10.5334/ijic.2228 <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.2228> (date of access: 15.03.2026).

301. Voth HJ. Living Standards During the Industrial Revolution: An Economist's Guide. Aea Papers and Proceedings. 2003. Vol. 93, № 2. P. 221–226. URL: https://www.crei.cat/wp-content/uploads/users/working-papers/voth_livingstandards.pdf (date of access: 15.03.2026).

302. Webb P. Medium- to long-run implications of high food prices for

global nutrition. *J Nutr.* 2010 Jan;140(1):143S-7S. Doi: 10.3945/jn.109.110536 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19923389/> (date of access: 15.03.2026).

303. Wendt, Claus; Rothgang, Heinz (2007) : Gesundheitssystemtypen im Vergleich: konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen, TranState Working Papers, No. 61, Universität Bremen, Collaborative Research Center 597 - Transformations of the State, Bremen. https://www.researchgate.net/publication/46458150_Gesundheitssystemtypen_im_Vergleich_konzeptionelle_Uberlegungen_zur_vergleichenden_Analyse_von_Gesundheitssystemen (date of access: 15.03.2026).

304. WHO and EU strengthen Ukraine's health system through DG ENEST partnership. WHO Europe. 2026. United Nations Ukraine: website. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/12-02-2026-who-and-eu-strengthen-ukraine-s-health-system-through-dg-enest-partnership> (date of access: 15.03.2026).

305. [WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020. World Health Organization.](https://web.archive.org/web/20200311212521/https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020) <https://web.archive.org/web/20200311212521/https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (date of access: 18.02.2024).

306. Willmore, Larry, Government Policies Toward Information and Communication Technologies: A Historical Perspective (October 2001). United Nations DESA Discussion Paper No. 21, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=290598> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.290598> (date of access: 15.03.2026).

307. Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., Van Ginneken E. Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dd199c72-19c8-4b6a-a412-f6ac56829d22/content> (date of access: 15.03.2026).

308. World agriculture: towards 2015/2030 (Summary report). Food and agriculture organization of the united nations. URL: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/5e5db888-99ef-4402-816b->

[led9ea8da60f/content](#) date of access (date of access: 15.03.2026).

309. World Health Assembly, 66 (2013). eHealth standardization and interoperability. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha66/A66_R24-en.pdf (date of access: 15.03.2026).

310. World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (date of access: 15.03.2026).

311. World Health Organization (2008). The world health report 2008 : primary health care now more than ever: introduction and overview. World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/69863> (date of access: 15.03.2026).

312. World Health Organization (WHO). URL: <https://unbrussels.org/world-health-organization-who/> (date of access: 15.03.2026).

313. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. URL: <https://apps.who.int/nha/database> (date of access: 15.03.2026).

314. World Health Organization. Medical equipment data by country. URL: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.HS07v> (date of access: 15.03.2026).

315. World Health Organization. Regional Office for Europe (2016). Health system transformation: making it happen: expert meeting: Madrid, Spain, 17–18 December 2015. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/372666> (date of access: 15.03.2026).

316. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012). Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management: Part 1. User manual. World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352566/9789289002615-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (date of access: 15.03.2026).

317. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). Leveraging digital transformation for better health in Europe: Regional digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030 (Resolution EUR/RC72/R2). WHO Regional Committee for Europe. URL:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3e10fb3b-7a18-4261-a590-4b1739725505/content>

(date of access: 15.03.2026).

318. World Health Organization. Regional Office for Europe. European health report 2021: taking stock of the health-related sustainable development goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547> (date of access: 15.03.2026).

319. Zelmer J., Ronchi E., Hyppönen H., Lupiáñez-Villanueva F., Codagnone C., Christian Nøhr C., Huebner U., Fazzalari A., Adler-Milstein J. International health IT benchmarking: Learning from cross-country comparisons. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2017. Vol. 24, № 2. P. 371–379. URL: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw111> (date of access: 15.03.2026).

320. Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, Hooper E, Sharp PM, Ho DD. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature*. 1998 Feb 5;391(6667):594-7. <https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/an-african-hiv-1-sequence-from-1959-and-implications-for-the-orig/> (date of access: 15.03.2026).

Онлайн сервіс створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

ПРОТОКОЛ
створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 14:51:49 03.07.2026

Назва файлу з підписом: Замчій С.В_.2026.pdf.p7s
Розмір файлу з підписом: 3.0 МБ

Перевірені файли:
Назва файлу без підпису: Замчій С.В_.2026.pdf
Розмір файлу без підпису: 3.0 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: Замчій Сергій Володимирович
П.І.Б.: Замчій Сергій Володимирович
Країна: Україна
РНОКПП: 2753619854

Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 14:51:44 03.07.2026

Сертифікат виданий: "Дія". Кваліфікований надавач електронних довірчих послуг
Серійний номер: 514B5C86A1E5DA110400000020CA5E0028433A05
Тип носія особистого ключа: ЗНКІ криптомодуль ІІТ Гряда-301
Алгоритм підпису: ДСТУ 4145
Тип підпису: Кваліфікований
Тип контейнера: Підпис та дані в одному файлі (CAAdES enveloped)
Формат підпису: З повними даними ЦСК для перевірки (CAAdES-X Long)
Сертифікат: Кваліфікований

Версія від: 2026.05.15 13:00