

ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ДЕМЧИШИН ЯРОСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ**

УДК 352.1:338.24

**ДИСЕРТАЦІЯ**

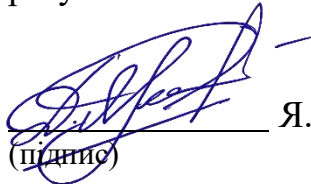
**УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ В  
ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ  
ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 281 – Публічне управління та адміністрування

Галузь знань 28 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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



Я.М. Демчишин

(підпис)

Науковий керівник Монастирський Григорій Леонардович,  
доктор економічних наук, професор

Тернопіль – 2026

## АНОТАЦІЯ

*Демчишин Я.М.* Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Західноукраїнський національний університет Міністерства освіти і науки України, Тернопіль, 2026.

У дисертації розглянуто актуальну наукову проблему – обґрунтування теоретико-методологічних засад та практичних напрямів удосконалення управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації, цифрової трансформації та воєнного стану.

У роботі обґрунтовано, що управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді є комплексним процесом планування, організації, координації, ресурсного забезпечення, контролю якості та оцінювання результативності діяльності суб'єктів системи охорони здоров'я на локальному рівні. Доведено, що в умовах децентралізації територіальна громада перестає бути лише балансоутримувачем медичної інфраструктури та набуває статусу активного суб'єкта публічного управління, відповідального за розвиток медичної мережі, підтримку комунальних некомерційних підприємств, забезпечення доступності послуг, кадрове зміцнення та реалізацію місцевих програм громадського здоров'я.

Визначено, що еволюція державної політики охорони здоров'я в Україні характеризується переходом від централізованої моделі управління до гібридної системи, яка поєднує стратегічне регулювання національного рівня, фінансування через Національну службу здоров'я України та розширену управлінську відповідальність органів місцевого самоврядування. Встановлено, що впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», автономізація закладів охорони здоров'я та розвиток Програми медичних

гарантій змінили фінансово-економічні стимули діяльності медичних закладів і підвищили вимоги до ефективності локального управління.

Ідентифіковано ключові проблеми управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, серед яких: недостатня координація між державним і місцевим рівнями управління, дублювання повноважень, нестабільне фінансування, кадровий дефіцит, нерівномірність доступу до медичних послуг, фрагментація цифрових систем, слабкість механізмів моніторингу якості та недостатня інтеграція первинної, вторинної і третинної медичної допомоги. Доведено, що формальна передача повноважень громадам не забезпечує автоматичного підвищення ефективності управління без належної інституційної спроможності, фінансової стійкості та нормативно визначених механізмів координації.

Окрему увагу приділено впливу воєнного стану на систему управління медичним обслуговуванням. Встановлено, що повномасштабна війна актуалізувала потребу в адаптивних, кризостійких і багаторівневих моделях управління, здатних забезпечити безперервність медичної допомоги в умовах руйнування інфраструктури, внутрішнього переміщення населення, дефіциту кадрів, порушення логістичних ланцюгів і зростання потреб у психосоціальній підтримці. Обґрунтовано доцільність розвитку мобільних медичних бригад, телемедицини, кризових координаційних штабів, резервних маршрутів постачання та міжмуніципальної співпраці.

У дисертації аргументовано необхідність формування інноваційно-адаптивної моделі управління медичною мережею територіальної громади. Така модель має поєднувати децентралізацію управлінських рішень, стабільне фінансування, цифровий моніторинг, міжсекторальну координацію, громадську участь, регуляторний нагляд і механізми оцінювання якості медичних послуг. Доведено, що адаптивне управління повинно охоплювати абсорбційний, адаптивний і трансформаційний потенціал системи охорони здоров'я, що дозволяє не лише реагувати на кризи, але й змінювати управлінські підходи відповідно до нових умов.

Обґрунтовано, що цифровізація є одним із провідних інструментів модернізації управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах. Встановлено, що розвиток електронної системи охорони здоров'я, електронних медичних записів, електронних рецептів, телемедичних сервісів, Big Data Analysis, аналітичних платформ і штучного інтелекту створює передумови для підвищення прозорості, підзвітності, оперативності управлінських рішень та ефективності використання ресурсів.

Водночас доведено, що цифрова трансформація потребує належного управління даними, кібербезпеки, цифрової грамотності персоналу та інтеграції локальних інформаційних систем у єдину архітектуру цифрового здоров'я.

У роботі доведено значення людиноцентрованого підходу в управлінні медичним обслуговуванням. Обґрунтовано доцільність інтеграції принципів Пікера, розвитку комунікаційних компетентностей медичних працівників, системного моніторингу пацієнтського досвіду, залучення пацієнтів до прийняття рішень і формування пацієнтських (наглядових) рад при закладах охорони здоров'я. Встановлено, що людиноцентричність є не лише етичним принципом, а й управлінським механізмом підвищення якості, довіри та результативності медичного обслуговування.

Запропоновано напрями удосконалення фінансово-економічного механізму управління медичним обслуговуванням, зокрема розвиток фінансування за результатами, використання DRG, pay-for-performance, капітаційних підходів, прозорих тарифів, стратегічного закупівельного механізму та систем індикаторів якості. Доведено, що ефективне фінансування має бути пов'язане не лише з обсягом наданих послуг, але й з якістю, безпечністю, доступністю, рівністю та стійкістю системи охорони здоров'я.

Сформульовано науково-практичні рекомендації щодо стратегічного планування розвитку управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах на засадах цифровізації. Доведено, що перспективна модель управління повинна ґрунтуватися на інтеграції цифрової екосистеми

охорони здоров'я, управління даними, кібербезпеки, штучного інтелекту, аналітики ризиків, міжсекторального партнерства, міжнародної допомоги та європейських стандартів якості. Реалізація запропонованих підходів сприятиме формуванню стійкої, прозорої, справедливої та пацієнтоорієнтованої системи медичного обслуговування на рівні територіальних громад.

*Ключові слова:* територіальна громада, публічна політика, державна політика охорони здоров'я, публічне (державне) управління, місцеве самоврядування, управління системою охорони здоров'я, якість медичного обслуговування, медичні кластери територіальних громад, сталий розвиток, адаптивний менеджмент, цифровізація, діджиталізація, децентралізація, інноваційна діяльність, воєнний стан.

## ANNOTATION

Demchyshyn Y. M. *Management of Healthcare in a Territorial Community in the Process of Implementing of State Health Policy*. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Thesis for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in Specialty 281 – Public Administration and Management. – West Ukrainian National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Ternopil, 2026.

The dissertation addresses a relevant scientific problem, namely the substantiation of theoretical and methodological foundations and practical directions for improving the management of medical care in territorial communities in the process of implementing state health policy under conditions of decentralization, digital transformation, and martial law.

The study substantiates that the management of medical care in a territorial community is a comprehensive process involving planning, organization, coordination, resource provision, quality control, and evaluation of the effectiveness of healthcare system actors at the local level. It has been proven that under

decentralization conditions, the territorial community ceases to function solely as the holder of medical infrastructure and acquires the status of an active subject of public administration responsible for the development of the medical network, support of municipal non-commercial enterprises, ensuring accessibility of services, strengthening human resources, and implementing local public health programs.

It has been determined that the evolution of state health policy in Ukraine is characterized by a transition from a centralized management model to a hybrid system combining strategic regulation at the national level, financing through the National Health Service of Ukraine, and expanded managerial responsibility of local self-government bodies. It has been established that the implementation of the principle “money follows the patient,” the autonomization of healthcare institutions, and the development of the Medical Guarantees Program have changed the financial and economic incentives of healthcare institutions and increased the requirements for effective local governance.

Key problems of medical care management in territorial communities have been identified, including insufficient coordination between state and local levels of governance, duplication of powers, unstable financing, personnel shortages, unequal access to medical services, fragmentation of digital systems, weak quality monitoring mechanisms, and insufficient integration of primary, secondary, and tertiary healthcare. It has been proven that the formal transfer of powers to communities does not automatically ensure improved management efficiency without proper institutional capacity, financial sustainability, and legally defined coordination mechanisms.

Particular attention is paid to the impact of martial law on the medical care management system. It has been established that the full-scale war has intensified the need for adaptive, resilient, and multi-level governance models capable of ensuring continuity of medical care under conditions of infrastructure destruction, internal population displacement, personnel shortages, disruption of logistical chains, and growing needs for psychosocial support. The expediency of developing

mobile medical teams, telemedicine, crisis coordination headquarters, reserve supply routes, and intermunicipal cooperation has been substantiated.

The dissertation argues the necessity of forming an innovative and adaptive model for managing the medical network of a territorial community. Such a model should combine decentralization of managerial decision-making, stable financing, digital monitoring, intersectoral coordination, public participation, regulatory supervision, and mechanisms for evaluating the quality of medical services. It has been proven that adaptive governance should encompass the absorptive, adaptive, and transformational potential of the healthcare system, enabling it not only to respond to crises but also to transform managerial approaches according to new conditions.

It has been substantiated that digitalization is one of the leading instruments for modernizing the management of medical care in territorial communities. It has been established that the development of the electronic healthcare system, electronic medical records, electronic prescriptions, telemedicine services, Big Data Analysis, analytical platforms, and artificial intelligence creates prerequisites for increasing transparency, accountability, efficiency of managerial decision-making, and effective use of resources.

At the same time, it has been proven that digital transformation requires proper data governance, cybersecurity, digital literacy of personnel, and integration of local information systems into a unified digital health architecture.

The study demonstrates the significance of a people-centered approach in the management of medical care. The expediency of integrating Picker principles, developing communication competencies of healthcare professionals, systematically monitoring patient experience, involving patients in decision-making, and establishing patient supervisory councils within healthcare institutions has been substantiated. It has been established that people-centeredness is not only an ethical principle but also a managerial mechanism for improving the quality, trust, and effectiveness of medical care.

Directions for improving the financial and economic mechanism of medical care management have been proposed, including the development of results-based financing, the use of DRG, pay-for-performance, capitation approaches, transparent tariffs, strategic purchasing mechanisms, and quality indicator systems. It has been proven that effective financing should be linked not only to the volume of services provided but also to the quality, safety, accessibility, equity, and sustainability of the healthcare system.

Scientific and practical recommendations for strategic planning of the development of healthcare management in territorial communities on the basis of digitalization have been formulated. It has been proven that the prospective management model should be based on the integration of a digital healthcare ecosystem, data governance, cybersecurity, artificial intelligence, risk analytics, intersectoral partnership, international assistance, and European quality standards. The implementation of the proposed approaches will contribute to the formation of a resilient, transparent, equitable, and patient-centered medical care system at the level of territorial communities.

*Keywords:* territorial community, public policy, state policy, state health policy, public administration, local self-government, healthcare system management, healthcare system governance, medical care, healthcare services, quality of medical care, medical clusters of territorial communities, sustainable development, adaptive management, digitalization, digitization, decentralization, innovation activity, martial law.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

### ***Статті у міжнародних періодичних виданнях :***

1. Veresniuk, N., Lavrentii, D., Monastyrskiy, G., Demchyshyn, Y., & Levytska, Y. (2026). Governance and reform in the healthcare system: Key challenges and perspectives. *JANUS.NET, e-journal of International Relations*, 16(2), 382–391. URL: <https://janusnet-ojs.autonoma.pt/index.php/janus/article/view/303>. (0,65 д.а.,

особистий внесок автора: методологічні засади стратегічного управління медичним обслуговуванням територіальних громад – 0,2 д.а.) Наукометрична база: Scopus. <https://doi.org/10.26619/1647-7251.DT0226.20>

**Статті у наукових фахових виданнях:**

2. Монастирський, Г., & Демчишин, Я. (2025). Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*, 7–8(11–12). (0,69 д.а.). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>.
3. Монастирський, Г., & Демчишин, Я. (2025). Модернізація державної політики охорони здоров'я в умовах сучасних викликів: національний та локальний виміри. *Філософія та управління*, 7–8(11–12). (0,81 д.а.). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>
4. Демчишин, Я. (2025). Механізми підвищення якості медичного обслуговування в територіальній громаді. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 47, 79–87. (0,85 д.а.). DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.14>
5. Demchyshyn, Y. (2026). Formation of municipal health policy: An adaptive approach. *Public Management and Policy*, 3(19). (0,77 д.а.) DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2026.3.03>

**Публікації апробаційного характеру:**

6. Демчишин, Я. (2022). Проблема організації роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги територіальної громади в умовах воєнного стану. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: Матеріали доповідей науково-практичної Інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу* (с. 70–73), 10 листопада 2022 року, ЗУНУ, Тернопіль. (0,2 д.а.)
7. Демчишин, Я., Маципура, М., & Монастирський, Г. (2023). Вектори та механізми реалізації публічної політики охорони здоров'я територіальних громад в умовах сучасних викликів. В *Наукові тренди постіндустріального*

- суспільства: *Матеріали IV Міжнародної наукової конференції* (с. 49–53), 31 березня 2023 року, Суми. (0,41 д.а.)
8. Демчишин, Я. (2023). Проблеми медичного обслуговування територіальної громади у період воєнного стану. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (с. 40–42), 4 травня 2023, ЗУНУ, Тернопіль. (0,14 д.а.)
  9. Monastyrskyi, G. L., & Demchyshyn, Y. M. (2024). An efficient network of medical institutions, as mechanism of the implementation of public health care policy at the level of territorial communities. *Ways to reform public administration and management under martial law in Ukraine: Thesis in international scientific conference* (pp. 30–34). 6-7<sup>th</sup> of March 2024, Riga, Republic of Latvia. (0,14 д.а.)
  10. Демчишин, Я. (2024). Процеси диджиталізації в управлінні медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та перспективи розвитку. *Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences: Thesis in VI International Scientific and Practical Conference* (с. 85–88). 29<sup>th</sup> of March 2024 Cambridge, UK. (0,14 д.а.)
  11. Демчишин, Я. (2024). Кластерна організація лікувально-профілактичних закладів територіальної громади: перспективи розвитку в умовах воєнного стану. *Current scientific goals, approaches and challenges: Thesis in I International Scientific and Theoretical Conference* (с. 26–28). March 22, 2024, Riga, Republic of Latvia. (0,18 д.а.)
  12. Демчишин, Я. (2024). Можливості використання штучного інтелекту у процесах управління медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та перспективи розвитку. *An integrated approach to science modernization: methods, models and multidisciplinary: VIII International Scientific and Practical Conference* (с. 206–209). 9th September, 2024, Вінниця–Відень. (0,17 д.а.)
  13. Демчишин, Я. (2024). Проблеми управління системою медичного обслуговування територіальної громади в умовах воєнного стану: виклики та

підходи до вирішення. *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*, 65–68.  
<https://doi.org/10.36074/logos-20.09.2024.013> (0,13 д.а.)

14. Демчишин, Я. (2025). Проблеми розвитку спроможної мережі лікувально-профілактичних закладів територіальних громад в умовах війни в Україні. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*. 15 травня 2025 року, ЗУНУ, Тернопіль. (0,11 д.а.)

## ЗМІСТ

<b>АНОТАЦІЯ.....</b>	<b>2</b>
<b>ANNOTATION .....</b>	<b>5</b>
<b>СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ .....</b>	<b>8</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>14</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ.....</b>	<b>26</b>
1.1. Сутність та еволюція державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації.....	26
1.2. Теоретичні підходи до управління системою медичного обслуговування на локальному рівні.....	46
1.3. Методологія дослідження управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах.....	62
Висновки до розділу 1 .....	71
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ.....</b>	<b>75</b>
2.1. Оцінка ефективності організаційно-інституційного механізму управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді .....	75
2.2. Аналіз ресурсного забезпечення медичного обслуговування в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я.....	103
2.3. Чинники та тенденції трансформації управління медичним обслуговуванням в територіальних громадах в умовах воєнного стану .....	126
Висновки до розділу 2 .....	137
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ.....</b>	<b>140</b>
3.1. Формування системи інтегрованого управління медичним обслуговуванням територіальних громад. ....	140
3.2. Удосконалення фінансово-економічного механізму управління медичним	

обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я.....	169
3.3. Стратегічне планування розвитку управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді на засадах цифровізації.....	186
Висновки до розділу 3 .....	209
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>211</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>215</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>266</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах відіграє ключову роль у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні. В умовах реформування системи охорони здоров'я, децентралізації влади, воєнного стану, демографічних змін та зростання потреб населення у якісних і доступних медичних послугах органи місцевого самоврядування та заклади охорони здоров'я стикаються з необхідністю оперативного реагування на сучасні соціальні, економічні та гуманітарні виклики.

Система медичного обслуговування територіальної громади охоплює комплекс організаційних, фінансових, кадрових, інформаційних та управлінських заходів, спрямованих на забезпечення населення доступною, безперервною та якісною медичною допомогою. У сучасних умовах реалізація державної політики охорони здоров'я потребує не лише централізованого державного регулювання, але й ефективного використання ресурсного потенціалу територіальних громад, розвитку спроможної мережі закладів охорони здоров'я, удосконалення маршрутів пацієнтів та впровадження людиноорієнтованого підходу в систему медичного обслуговування.

Особливого значення набуває роль територіальних громад у забезпеченні доступності медичних послуг, розвитку первинної медичної допомоги, організації профілактичних заходів, реабілітації, громадського здоров'я та соціально-медичної підтримки населення. В умовах воєнних дій, внутрішньої міграції населення, підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я та обмеженості фінансових ресурсів саме ефективне управління медичним обслуговуванням на місцевому рівні стає одним із ключових чинників забезпечення стійкості системи охорони здоров'я [223, 224, 311, 365, 374].

Важливим аспектом сучасної державної політики охорони здоров'я є впровадження людиноорієнтованої моделі медичного обслуговування, що передбачає орієнтацію на потреби пацієнта, забезпечення безперервності

медичної допомоги, ефективної комунікації, емоційної підтримки та залучення пацієнта до процесу прийняття рішень щодо власного здоров'я. У цьому контексті територіальні громади виступають важливим середовищем формування локальних механізмів забезпечення якості та доступності медичних послуг.

Разом із тим система управління медичним обслуговуванням територіальних громад стикається з низкою проблем, серед яких: недостатність фінансового забезпечення, кадровий дефіцит, нерівномірність доступу до медичних послуг, потреба у модернізації медичної інфраструктури, недостатній рівень цифровізації, складність координації між суб'єктами системи охорони здоров'я та необхідність адаптації управлінських механізмів до кризових умов.

Ефективне управління медичним обслуговуванням потребує використання сучасних управлінських інструментів, стратегічного планування, систем моніторингу та оцінювання якості медичних послуг, цифрових технологій, міжсекторальної взаємодії та активного залучення громадськості до процесу формування локальної політики охорони здоров'я. Особливого значення набуває впровадження програмно-цільового підходу, розвиток електронної системи охорони здоров'я та формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення територіальної громади.

Питанням реформування системи охорони здоров'я, розвитку територіальних громад, публічного управління у сфері охорони здоров'я та організації медичного обслуговування присвячені праці багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців, зокрема: А. Андрейченка, А. Гнатюка, А. Жуковської, І. Демків, А. Крисоватого, А. Мельник, В. Лехан, В. Терентюка, Г. Монастирського, І. Кучеренко, І. Семенець-Орлової, М. Бабенка, М. Шкільняка, Н. Грицяка, Н. Кризини, Н. Орлової, О. Євтушенка, О. Ігнащук, О. Очередька, О. Сірик, Р. Августина, С. Петрика, С. Телешуна, Т. Желюк, Т. Степурко, Т. Юрочко, Я. Котляревського, А. Al-Tamimi, В. Век,

C. Franko, E.W. Barasa, G. Carey, K. Davitian, K. Kelton, L. Agostini, N. Brantly, R. Harrison, T. Arawi та інших.

Водночас недостатньо дослідженими залишаються питання координації управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я, зокрема щодо формування людиноорієнтованої системи медичного обслуговування, розвитку спроможної мережі закладів охорони здоров'я, управління маршрутами пацієнтів, цифровізації системи охорони здоров'я, підвищення ефективності управлінської діяльності органів місцевого самоврядування та забезпечення стійкості системи медичного обслуговування в умовах сучасних викликів.

Необхідність наукового обґрунтування сучасних механізмів управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, адаптації державної політики охорони здоров'я до умов децентралізації та кризових процесів, а також потреба у розробленні практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності системи медичного обслуговування зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я».

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Результати дослідження відображені в науково-дослідних роботах кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу Західноукраїнського національного університету: «Розроблення програми підвищення ефективності управління розвитком територіальної громади в умовах сучасних загроз» (державний реєстраційний номер 0122U200784), «Менеджмент та публічне управління в умовах суспільних трансформацій» (державний реєстраційний номер 0123U103562), а також у науково-дослідній роботі кафедри дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова: «Покращення якості медичного обслуговування дитячого населення при комплексному дослідженні вірусних та бактеріальних інфекцій із урахуванням клінічних, імунологічних,

морфологічних особливостей та підходів до їх діагностики» (державний реєстраційний номер 0125U004179). У цих темах дисертантом розроблялися питання, пов'язані з управлінням медичним обслуговуванням територіальної громади в процесі реалізації публічної політики охорони здоров'я.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дисертаційного дослідження є науково-теоретичне обґрунтування підходів та розроблення практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких *завдань*:

- узагальнити теоретичні засади управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді як об'єкта публічного управління;
- дослідити інституційні засади формування і реалізації державної політики охорони здоров'я на рівні територіальних громад;
- розкрити сутність механізмів управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я;
- здійснити аналіз ресурсного потенціалу системи медичного обслуговування територіальних громад та оцінити ефективність його використання з урахуванням процесів цифровізації, стандартизації, моніторингу та забезпечення якості;
- визначити сучасні тенденції та чинники розвитку системи медичного обслуговування в територіальних громадах;
- охарактеризувати функції та повноваження органів місцевого самоврядування у сфері забезпечення медичного обслуговування населення територіальних громад та проблеми їх реалізації;
- обґрунтувати концептуальні засади розвитку людиноорієнтованої системи медичного обслуговування територіальної громади як інструменту реалізації державної політики охорони здоров'я;

- запропонувати шляхи підвищення ефективності управлінської діяльності органів місцевого самоврядування у процесі забезпечення доступності та якості медичних послуг у територіальних громадах;
- аргументувати доцільність використання програмно-цільового підходу та стратегічного планування у процесі управління медичним обслуговуванням територіальної громади.

*Об'єкт дослідження* – процес управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в умовах реалізації державної політики охорони здоров'я.

*Предмет дослідження* – механізми, інструменти та організаційно-управлінські засади управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Методологічною основою дисертаційного дослідження є фундаментальні положення теорії публічного управління та адміністрування, державної політики охорони здоров'я, муніципального управління, сучасні концепції людиноорієнтованого підходу в системі охорони здоров'я, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених, присвячені проблемам управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах. У процесі дослідження використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, зокрема: діалектичний метод пізнання (для визначення сутності системи медичного обслуговування територіальної громади та особливостей її функціонування в умовах реалізації державної політики охорони здоров'я); логічний метод (для обґрунтування необхідності модернізації механізмів управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах); метод системного аналізу (для дослідження складових системи медичного обслуговування територіальної громади та взаємозв'язків між її елементами); абстрактно-логічний метод (для узагальнення результатів дослідження, формулювання висновків та практичних рекомендацій); порівняльний аналіз (для співставлення вітчизняного та зарубіжного досвіду управління медичним обслуговуванням у

територіальних громадах); статистичні методи (для аналізу показників діяльності закладів охорони здоров'я, оцінювання ефективності використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я територіальних громад); експертні методи (для дослідження практичного досвіду управління медичним обслуговуванням та визначення перспектив його удосконалення); SWOT-аналіз (для оцінювання сильних і слабких сторін, можливостей та загроз розвитку системи медичного обслуговування територіальних громад).

Джерелами нормативної, фактологічної, аналітичної та статистичної інформації слугували Конституція України, Закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, органів місцевого самоврядування, аналітичні матеріали Міністерства розвитку громад та територій України, Державної служби статистики України, Всесвітньої організації охорони здоров'я, офіційні сайти територіальних громад і закладів охорони здоров'я, а також вітчизняні та міжнародні наукові публікації з проблематики дослідження.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у науково-теоретичному обґрунтуванні концептуальних засад та практичних механізмів удосконалення системи управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я. Основні положення дисертації, які мають наукову новизну та виносяться на захист, полягають у такому:

***удосконалено:***

– теоретичні засади комплексного управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в умовах реалізації державної політики охорони здоров'я, що, на відміну від традиційного підходу до організації медичної допомоги як виключно функції закладів охорони здоров'я, визначає медичне обслуговування як об'єкт синергійного управлінського впливу органів місцевого самоврядування, центральних органів виконавчої влади, Національної служби здоров'я України, закладів

охорони здоров'я, громадського сектору та міжнародних партнерських інституцій;

– розуміння сутності медичного обслуговування територіальної громади як об'єкта публічного управління, зокрема визначено, що система медичного обслуговування територіальної громади є багаторівневою соціально-управлінською системою, функціонування якої спрямоване на забезпечення доступності, якості, безперервності та людиноорієнтованості медичної допомоги населенню. На відміну від існуючого підходу, обґрунтовано, що ефективне управління медичним обслуговуванням громади передбачає інтеграцію організаційних, фінансових, кадрових, інформаційних та комунікаційних механізмів;

– синергійно-координаційний підхід до реалізації державної політики охорони здоров'я на рівні територіальних громад. Визначено, що реалізація державної політики охорони здоров'я повинна ґрунтуватися на принципах людиноорієнтованості, доступності, рівності, міжсекторальної взаємодії, цифровізації та безперервності медичної допомоги. На відміну від традиційного підходу, який зосереджується на точковості реалізації державної політики охорони здоров'я, встановлено, що ефективність реалізації державної політики охорони здоров'я забезпечується через координацію дій на державному, регіональному та місцевому рівнях із урахуванням потреб населення конкретної територіальної громади;

– структурування системи медичного обслуговування територіальної громади на основі поєднання принципів спроможної мережі закладів охорони здоров'я, маршрутів пацієнтів та людиноорієнтованого підходу. Обґрунтовано, що оптимізація системи медичного обслуговування повинна базуватися на забезпеченні безперервності медичної допомоги, координації між рівнями надання медичних послуг, доступності спеціалізованої допомоги та впровадженні сучасних механізмів управління якістю медичних послуг, що, на відміну від існуючого підходу, дозволяє забезпечити індивідуалізацію та адресність надання медичних послуг;

*набули подальшого розвитку:*

– формування механізму управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, що передбачає: стратегічне планування розвитку системи охорони здоров'я громади; залучення громадськості до процесу прийняття управлінських рішень; розвиток партнерства між органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я та громадським сектором; імплементацію цифрових технологій у процеси управління медичним обслуговуванням; удосконалення системи моніторингу та оцінювання якості медичних послуг. Запропонований підхід розвиває традиційне уявлення до реалізації механізму управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, який передбачає виключно суб'єкти та об'єкти медичного обслуговування;

– індикатори оцінювання ефективності управління медичним обслуговуванням територіальної громади, зокрема: рівень доступності медичних послуг, показники задоволеності пацієнтів, ефективність маршрутів пацієнтів, рівень кадрового забезпечення, ефективність використання фінансових ресурсів, ступінь цифровізації медичних процесів та показники якості медичної допомоги, що доповнює існуючі показники оцінки управління медичним обслуговуванням територіальної громади на принципах інклюзивності, синергії та цифровізації;

– способи підвищення ефективності управлінської діяльності органів місцевого самоврядування у процесі забезпечення медичного обслуговування населення територіальних громад. На відміну від традиційного підходу, встановлено, що підвищення ефективності управління медичним обслуговуванням потребує впровадження сучасних управлінських технологій, розвитку електронної системи охорони здоров'я, формування людиноорієнтованого середовища, оптимізації фінансового менеджменту закладів охорони здоров'я та посилення міжвідомчої взаємодії у сфері охорони здоров'я.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в розробленні та обґрунтуванні теоретичних положень, науково-методичних підходів і практичних рекомендацій, спрямованих на удосконалення системи управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації, цифрової трансформації та сучасних кризових викликів. Запропоновані у дисертаційному дослідженні наукові положення орієнтовані на формування комплексного механізму управління медичним обслуговуванням на місцевому рівні, що поєднує стратегічне та програмно-цільове планування, механізми оцінювання якості медичних послуг, цифрові інструменти моніторингу, міжсекторальну взаємодію, пацієнтоорієнтований підхід та підвищення інституційної спроможності територіальних громад у сфері охорони здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження можуть бути використані органами місцевого самоврядування, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я, комунальними некомерційними підприємствами, закладами охорони здоров'я різних рівнів, а також іншими суб'єктами публічного управління при формуванні та реалізації локальної політики у сфері охорони здоров'я, розробленні стратегій розвитку територіальних громад, програм розвитку системи медичного обслуговування, удосконаленні маршрутів пацієнтів, формуванні спроможної мережі закладів охорони здоров'я та впровадженні сучасних механізмів управління якістю медичних послуг.

Запропоновані підходи можуть бути використані при удосконаленні нормативно-правового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, впровадженні програмно-цільового бюджетування, цифровізації управлінських процесів, розвитку телемедицини, інтеграції інструментів стратегічного управління та моніторингу результативності системи охорони здоров'я. Практична реалізація результатів дослідження сприяє підвищенню прозорості та обґрунтованості управлінських рішень, посиленню пацієнтоорієнтованості системи медичного обслуговування, забезпеченню стійкості локальних систем охорони здоров'я до кризових викликів, зокрема в

умовах воєнного стану, а також формуванню передумов для довгострокового сталого розвитку територіальних громад.

Пропозиції, сформульовані у дисертації, використано у практичній діяльності: Коростенської районної військової адміністрації Житомирської області (довідка №02-8/2222 від 11 травня 2026 р.); органу місцевого самоврядування Боярської міської територіальної громади (довідка №02-10/3159-26 від 07 травня 2026 р.); Олевської територіальної громади (довідка №1998 від 08 травня 2026 р.); Горщиківської сільської ради Коростенського району Житомирської області (довідка №320/03-22 від 08 травня 2026 р.); приватного підприємства «Медичний центр «Радовель»» (довідка від 26 червня 2025 р.); Радовельського старостинського округу Олевської міської ради (довідка від 16 квітня 2026 р.); ТОВ «ЦСК «Біофарма Плазма»» (довідка від 27 квітня 2026 р.); КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Боярської міської ради» (довідка №01-17/162 від 10 квітня 2026 р.); КНП «Крижопільська окружна лікарня інтенсивного лікування» (довідка № 01/602 від 13 травня 2026 р.); КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради» (довідка від 10 листопада 2025 р.; довідка від 9 березня 2026 р.); при розробленні та викладанні професійно-орієнтованих дисциплін для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня ОПП «Медицина», ОПП «Педіатрія», ОПП «Менеджмент у сфері охорони здоров'я», ОНП «Менеджмент медичної сфери» у Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця (акт провадження від 23 березня 2026 р.); при розробленні та викладанні професійно-орієнтованих дисциплін для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня ОПП «Менеджмент в охороні здоров'я» у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова (акт впровадження від 08 травня 2026 р.); при розробленні та викладанні професійно-орієнтованих дисциплін для здобувачів освіти освітніх програм за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» в Західноукраїнському національному університеті (довідка №126-26/1225 від 18 травня 2026 р.).

Практичне впровадження результатів дослідження підтвердило ефективність запропонованих підходів щодо оптимізації використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів, посилення координації між первинною та спеціалізованою ланками медичної допомоги, впровадження інструментів оцінювання доступності та якості медичного обслуговування, а також удосконалення системи внутрішнього клінічного аудиту й моніторингу медичної документації. Зокрема, у практичній діяльності закладів охорони здоров'я використано розроблений інструментарій оцінювання якості клінічного процесу та ведення медичної документації, що сприяло підвищенню рівня клінічної відповідальності медичних працівників, покращенню відповідності медичної допомоги сучасним клінічним протоколам та зміцненню системи управління якістю медичного обслуговування на рівні територіальних громад.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційне дослідження є самостійно виконаною науковою працею, у якій усі теоретичні положення, наукові результати, висновки та практичні рекомендації отримані автором особисто. У роботі використано ті наукові положення та результати зі спільних публікацій, які відображають особистий науковий внесок автора у дослідження проблематики управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення дисертації та результати досліджень доповідалися, обговорювалися та отримали схвалення на 9 науково-практичних конференціях з міжнародною участю, зокрема: науково-практичній інтернет-конференції студентів та молодих вчених «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, 10 листопада 2022 року), міжнародній науковій конференції «Наукові тренди постіндустріального суспільства» (Суми, 31 березня 2023), Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, 4 травня 2023 року), міжнародній науковій

конференції «Ways to reform public administration and management under martial law in Ukraine» (Riga, the Republic of Latvia, 6-7 березня 2024 року), міжнародній науково-практичній конференції «Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences» (Cambridge, UK, 29 березня 2024 року), міжнародній науково-теоретичній конференції «Current scientific goals, approaches and challenges» (Riga, the Republic of Latvia, 22 березня 2024), VIII міжнародній науково-практичній конференції «An integrated approach to science modernization: methods, models and multidisciplinary» (Вінниця, Україна; Відень, Австрія, 9 вересня 2024 року), у наукових працях Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ» (Париж, Франція, 20 вересня 2024 року), VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (Тернопіль, 15 травня 2025 року). Наукові результати дисертаційного дослідження обговорювалися та отримали позитивну оцінку на наукових семінарах кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу Західноукраїнського національного університету у 2022-2024 рр.

**Публікації.** За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 14 наукових праць загальним обсягом 5,39 д.а. (3,99 д.а. належить особисто автору), а саме: 1 статтю в міжнародному виданні, яке індексується наукометричною базою Scopus, 4 статті у наукових фахових виданнях категорії «Б» та 9 публікацій за матеріалами конференцій.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг основного змісту дисертаційного дослідження викладено на 200 сторінках. Список використаних джерел налічує 401 найменувань.

**Декларація застосування штучного інтелекту.** Під час підготовки роботи автор використовував Gemini 3 Pro та OpenAI GPT-5 для оформлення ілюстрацій. Після застосування цих інструментів автор провів ретельний перегляд і вніс необхідні зміни, беручи на себе повну відповідальність за остаточний зміст дисертаційної роботи.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

### 1.1. Сутність та еволюція державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації

Трансформаційні процеси в системі охорони здоров'я України протягом останнього десятиліття зумовлені реалізацією реформи децентралізації публічної влади та адміністративно-територіального устрою. Зазначені зміни мають системний характер і призвели до перегляду моделей управління медичним обслуговуванням на рівні територіальних громад. Управлінська функція на місцевому рівні трансформувалася від адміністративно-розподільчої до інтегрованої, що включає планування, ресурсне забезпечення, організацію надання послуг та контроль результативності.

Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я базується на принципі децентралізації управлінських повноважень із одночасним збереженням стратегічної ролі центральних органів виконавчої влади. Міністерство охорони здоров'я України здійснює функції формування політики та нормативного регулювання, тоді як її реалізація делегується на рівень територіальних громад. Такий підхід передбачає передачу не лише повноважень, але й відповідальності за ефективність використання ресурсів, доступність медичних послуг та досягнення цільових показників у сфері громадського здоров'я.

Інституційна трансформація супроводжується зміною фінансово-економічної моделі функціонування галузі. Впровадження контрактних механізмів фінансування через Національну службу здоров'я України забезпечило перехід від кошторисного утримання закладів до моделі оплати за результат («гроші йдуть за пацієнтом»). Це обумовило зміну стимулів

діяльності надавачів медичних послуг і підвищило вимоги до ефективності управління на рівні територіальних громад [1].

На локальному рівні зазначені зміни зумовили інституціоналізацію нової ролі органів місцевого самоврядування як суб'єктів управління медичним обслуговуванням. Їх функції включають стратегічне планування розвитку мережі закладів, управління комунальними некомерційними підприємствами, забезпечення ресурсної бази та контроль якості надання медичних послуг. Водночас ефективність реалізації цих функцій залежить від рівня управлінської спроможності громад, їх фінансової автономії та кадрового забезпечення.

Додатковим фактором впливу на функціонування системи є зовнішні виклики, зокрема демографічні зміни, міграційні процеси та умови воєнного стану. Повномасштабне вторгнення російської федерації актуалізувало проблеми стійкості медичної інфраструктури, кадрового дефіциту та нерівномірності доступу до послуг, що посилює вимоги до адаптивності системи управління на місцевому рівні.

Еволюція державної політики у сфері охорони здоров'я характеризується переходом від фрагментарних змін до комплексних реформ, які охоплюють фінансову, організаційну та управлінську складові. Результатом є формування нової моделі управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, що базується на принципах децентралізації, фінансової автономії, пацієнтоорієнтованості та відповідальності за результати діяльності.

До початку активної фази децентралізації система управління охороною здоров'я в Україні функціонувала на засадах екстенсивної моделі Семашка, яка характеризувалася централізованим управлінням, кошторисним фінансуванням і орієнтацією на утримання мережі закладів, а не на результати їх діяльності [121, 122]. У цих умовах територіальні громади (сільські, селищні, міські ради до їх об'єднання) фактично не виступали суб'єктами управління, а виконували функції утримувачів майна закладів охорони здоров'я. Фінансування здійснювалося через механізм медичної субвенції з

державного бюджету, що обмежувало їхню фінансову та управлінську автономію.

Інституційна трансформація системи розпочалася з прийняття Концепції реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, затвердженої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 01.04.2014 № 333-р [65], а також Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 № 157-VIII [53]. Зазначені акти заклали правові засади формування спроможних територіальних громад як базового рівня публічного управління, наділеного відповідними ресурсами та повноваженнями щодо управління об'єктами соціальної інфраструктури, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

Ключовим етапом реформування стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII [52], який запровадив нову модель фінансування системи охорони здоров'я. Відповідно до цього Закону, держава виступає замовником медичних послуг через спеціально уповноважений орган — Національну службу здоров'я України, а фінансування здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає перехід від утримання закладів до оплати фактично наданих медичних послуг, що стимулює підвищення ефективності діяльності надавачів.

Реалізація зазначеної моделі потребувала зміни організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я. З цією метою було прийнято Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [51], який започаткував процес автономізації медичних закладів. У результаті бюджетні установи були реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства, що отримали господарську самостійність, право самостійно формувати фінансові плани, штатний розпис і систему оплати праці.

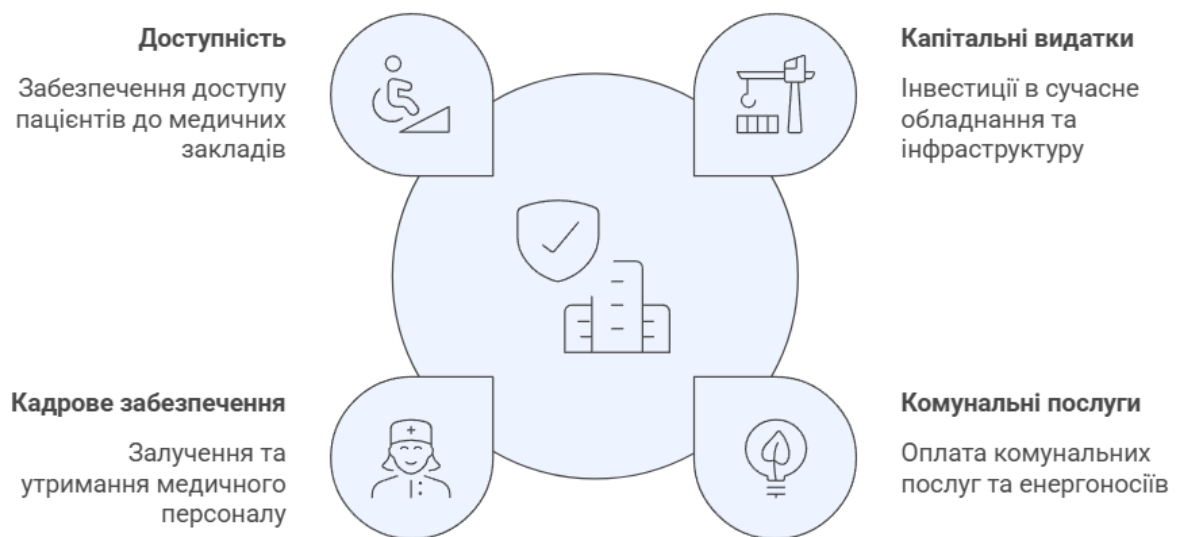
У зв'язку з цим відбулася трансформація ролі органів місцевого самоврядування. Відповідно до Бюджетного кодексу України (зокрема ст. 89) та Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», до видатків місцевих бюджетів віднесено фінансування місцевих програм розвитку охорони здоров'я, а також підтримку комунальних закладів охорони здоров'я [54]. Таким чином, органи місцевого самоврядування набули статусу повноцінних суб'єктів управління у сфері медичного обслуговування, відповідальних за розвиток медичної інфраструктури, ефективність використання ресурсів і забезпечення доступності медичних послуг для населення.

Сьогодні територіальна громада як засновник і власник комунального некомерційного підприємства (КНП) виступає ключовим суб'єктом управління у сфері медичного обслуговування та несе комплексну відповідальність за забезпечення належного функціонування і розвитку закладів охорони здоров'я [30, 31]. Ця відповідальність охоплює фінансові, організаційні та соціальні аспекти, що виходять за межі безпосереднього надання медичних послуг і формують основу стійкості локальної системи охорони здоров'я.

Передусім, на рівні територіальної громади зосереджено відповідальність за капітальні видатки та розвиток медичної інфраструктури (рис. 1.1). Йдеться про фінансування реконструкції та капітальних ремонтів будівель, оновлення матеріально-технічної бази, придбання сучасного медичного обладнання, а також впровадження енергоефективних і енергозберігаючих технологій. Особливої актуальності ці функції набули в умовах повномасштабного вторгнення російської федерації, коли питання енергетичної безпеки закладів охорони здоров'я (забезпечення автономними джерелами живлення, генераторами, альтернативними системами опалення) стало критично важливим для безперервності надання медичних послуг.

Окремим напрямом є фінансування поточних витрат, пов'язаних із утриманням інфраструктури, зокрема оплата комунальних послуг та

енергоносіїв. Відповідно до чинної моделі фінансування, Національна служба здоров'я України здійснює оплату виключно за надані медичні послуги, що включає витрати на оплату праці персоналу, медикаменти та витратні матеріали. Водночас витрати на утримання будівель, інженерних мереж і комунальних систем покладаються на бюджети територіальних громад, що суттєво підвищує їх фінансове навантаження та вимагає ефективного бюджетного планування [104].



**Рис. 1.1.** Форми інституційної підтримки органами місцевого самоврядування комунальних некомерційних підприємств в сфері надання медичних послуг

Джерело: власна розробка.

Важливою складовою відповідальності громад є кадрове забезпечення системи охорони здоров'я. В умовах дефіциту медичних кадрів, особливо у сільських та віддалених територіях, органи місцевого самоврядування розробляють і впроваджують локальні стимули для залучення та утримання фахівців. До таких інструментів належать надання службового житла, встановлення муніципальних доплат до заробітної плати, фінансування програм професійного розвитку та підвищення кваліфікації. Це формує

додаткові конкурентні переваги громади на ринку праці та сприяє стабілізації кадрового потенціалу медичної галузі.

Не менш значущим напрямом є забезпечення доступності медичних послуг для населення. У цьому контексті територіальні громади організують транспортну логістику для пацієнтів, особливо в умовах значної віддаленості населених пунктів від медичних закладів, а також підтримують розвиток первинної ланки медичної допомоги [34]. Паралельно реалізуються програми громадського здоров'я, спрямовані на профілактику захворювань, популяризацію здорового способу життя та раннє виявлення хвороб, що дозволяє знизити навантаження на систему охорони здоров'я в довгостроковій перспективі [253, 254].

Новітній етап формування державної політики у сфері охорони здоров'я, що розпочався з 2022 року, характеризується функціонуванням системи в умовах надзвичайного навантаження та фактичного «стрес-тесту» її інституційної спроможності. Введення правового режиму воєнного стану у зв'язку з повномасштабним вторгненням російської федерації в Україну зумовило необхідність радикальної трансформації підходів до управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах. Традиційні, відносно стабільні моделі управління виявилися недостатньо адаптивними до умов високої невизначеності, що спричинило перехід до інструментів кризового та антикризового менеджменту, орієнтованих на швидке прийняття рішень, гнучкість і забезпечення безперервності функціонування системи.

Державна політика у цей період була змушена оперативно реагувати на комплекс взаємопов'язаних викликів, серед яких ключовими стали масова внутрішня міграція населення, суттєве руйнування об'єктів медичної інфраструктури, загострення кадрового дефіциту та порушення логістичних ланцюгів постачання лікарських засобів і медичних ресурсів. Це зумовило необхідність перегляду пріоритетів управління та концентрації ресурсів на забезпеченні базових функцій системи - доступності та безперервності надання медичної допомоги.

У зазначених умовах відбулося переосмислення ролі як центральних органів виконавчої влади, так і органів місцевого самоврядування. Міністерство охорони здоров'я України посилило координаційну та регуляторну функції, зосередившись на оперативному управлінні ресурсами, формуванні кризових протоколів та забезпеченні взаємодії між різними рівнями системи. Водночас територіальні громади набули ще більшої відповідальності за організацію надання медичних послуг у конкретних локальних умовах, що вимагало від них високого рівня управлінської гнучкості та здатності до швидкої адаптації [312].

Акцент державної політики було зміщено на забезпечення безперервності медичної допомоги навіть у зонах активних бойових дій або на прифронтових територіях. У цьому контексті особливого значення набули інноваційні та мобільні форми організації медичного обслуговування, зокрема розгортання мобільних медичних бригад, використання телемедичних технологій для дистанційного консультування пацієнтів і лікарів, а також створення альтернативних (резервних) маршрутів постачання лікарських засобів і медичного обладнання. Це дозволило частково компенсувати втрати інфраструктури та забезпечити доступ населення до базових медичних послуг.

Окремим викликом стала необхідність інтеграції значної кількості внутрішньо переміщених осіб у системи медичного обслуговування приймаючих територіальних громад. Це потребувало оперативного перерозподілу фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів, а також адаптації місцевих програм охорони здоров'я до нових демографічних реалій. У відповідь на ці виклики активізувалися механізми міжмуніципального співробітництва, що дозволило громадам об'єднувати ресурси для вирішення спільних проблем, а також посилилася взаємодія з міжнародними організаціями.

Зокрема, співпраця з такими структурами, як Всесвітня організація охорони здоров'я, міжнародні донорські організації та гуманітарні місії, забезпечила залучення додаткових ресурсів у вигляді фінансової допомоги,

медичного обладнання, лікарських засобів та експертної підтримки. Це сприяло підвищенню стійкості системи охорони здоров'я та дозволило частково компенсувати дефіцит внутрішніх ресурсів у кризових умовах.

Окрему увагу в умовах трансформації системи охорони здоров'я було приділено цифровізації управління як одному з ключових інструментів підвищення ефективності функціонування галузі. Розширення функціональних можливостей електронної системи охорони здоров'я (eHealth) стало важливим елементом інституційного розвитку, оскільки забезпечило інтеграцію інформаційних потоків між різними рівнями надання медичної допомоги та суб'єктами управління. Впровадження електронних медичних записів, електронних рецептів, направлень та інших цифрових сервісів сприяло підвищенню прозорості, підзвітності та керованості системи.

Важливим напрямом стала також імплементація інструментів дистанційного моніторингу стану пацієнтів, що особливо актуалізувалося в умовах обмеженого фізичного доступу до медичних закладів, зокрема у прифронтових територіях та зонах підвищеного ризику. Використання телемедичних технологій дозволило забезпечити безперервність медичного спостереження, знизити навантаження на стаціонарні заклади та оптимізувати використання кадрових ресурсів.

Цифровізація управлінських процесів сприяла підвищенню оперативності прийняття рішень за рахунок доступу до актуальних даних у режимі реального часу, що дало можливість більш ефективно планувати ресурси, реагувати на зміни епідеміологічної ситуації та координувати діяльність медичних закладів. Крім того, інтеграція цифрових рішень забезпечила покращення взаємодії між первинною, вторинною та третинною ланками медичної допомоги, що в сукупності підвищило якість і доступність медичних послуг для населення [276, 277].

У цих умовах роль територіальних громад набула стратегічного значення. Ефективність управління стала вимірюватися здатністю ОМС оперативно розгортати додаткові ліжко-місця для внутрішньо переміщених

осіб (ВПО), забезпечувати автономними джерелами живлення лікарні, перепрофілювати заклади відповідно до потреб військової медицини та координувати гуманітарну допомогу [119]. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394, якою затверджено Порядок реалізації програми медичних гарантій на 2024 рік, враховує ці реалії, передбачаючи спеціальні пакети послуг для збереження кадрового потенціалу в зонах бойових дій та на деокупованих територіях [43].

Теоретичне підґрунтя управління медичним обслуговуванням базується на кількох класичних моделях, які визначають роль місцевої влади та джерела фінансування:

– *Модель Семашка (бюджетно-централізована)*: Характеризується повною державною монополією на надання послуг та управління. В умовах децентралізації ця модель визнана неефективною через відсутність конкуренції та мотивації на локальному рівні [76].

– *Модель Бісмарка (соціальне медичне страхування)*: Передбачає фінансування через страхові фонди. Роль локального рівня тут полягає у забезпеченні взаємодії між надавачами послуг та страховими агентами.

– *Модель Беверіджа (державне фінансування через податки)*: Найбільш близька до поточної української реформи, де держава (через НСЗУ) виступає стратегічним закупівельником послуг, а органи місцевого самоврядування (ОМС) є власниками закладів [138].

В Україні впроваджується гібридна модель, де поєднуються національні пріоритети (програма медичних гарантій) та локальний вимір управління через автономізовані комунальні некомерційні підприємства (КНП) [96].

Еволюція державної політики у сфері охорони здоров'я України є невід'ємною складовою глобального тренду переходу від екстенсивних до інтенсивних моделей управління. Для глибокого розуміння природи цих трансформацій на рівні територіальних громад доцільно здійснити компаративний аналіз базових світових систем охорони здоров'я та визначити місце української моделі у цій системі координат. У світовій практиці

традиційно виокремлюють кілька базових моделей фінансування охорони здоров'я: бюджетну модель Беверіджа, страхову модель Бісмарка, приватно-ринкову модель та змішані системи. Модель Беверіджа передбачає фінансування медичної допомоги переважно з державного бюджету та значну роль держави у плануванні, регулюванні й наданні послуг. Натомість модель Бісмарка ґрунтується на системі обов'язкового соціального медичного страхування, де ключовими фінансовими агентами виступають страхові фонди, а держава виконує регуляторну та гарантійну функції. Приватно-ринкова модель робить акцент на індивідуальній платоспроможності пацієнта, добровільному страхуванні та конкуренції між постачальниками медичних послуг.

Історично українська система, яка базувалася на моделі М. Семашка, характеризувалася тотальною централізацією державного управління, фінансуванням з державного бюджету на основі кошторисного утримання закладів та жорсткою ієрархічною підпорядкованістю. У контексті управління на локальному рівні ця модель повністю нівелювала роль органів місцевого самоврядування, перетворюючи їх на номінальних балансоутримувачів інфраструктури без права прийняття стратегічних рішень щодо розвитку медичної мережі [74, 75, 76]. Головним недоліком такої системи була орієнтація на кількісні показники (кількість ліжок, лікарських посад) замість результативних (якість лікування, рівень здоров'я населення).

На противагу цьому, розвинені країни використовують переважно моделі Бісмарка (соціальне медичне страхування з множинними фондами, як у Німеччині чи Франції) або Беверіджа (національна служба здоров'я з фінансуванням із загальних податків, як у Великій Британії). Сучасна державна політика України, починаючи з 2017 року, обрала шлях побудови гібридної моделі, яка концептуально найбільше тяжіє до національної системи охорони здоров'я (моделі Беверіджа) [76].

Сутність зазначеної гібридності полягає у впровадженні механізму єдиного державного замовника в особі Національної служби здоров'я України

(НСЗУ), яка акумулює публічні фінансові ресурси та здійснює закупівлю медичних послуг у надавачів на контрактній основі. Такий підхід забезпечує централізоване стратегічне управління фінансовими потоками при одночасній децентралізації операційної діяльності закладів охорони здоров'я. Водночас, на відміну від класичної моделі Беверіджа, де переважає державна форма власності медичних установ, в Україні внаслідок децентралізаційної реформи відбулася передача значної частини закладів у власність територіальних громад. Це сформувало специфічну інституційну конфігурацію, у межах якої поєднуються елементи державного регулювання та ринкових механізмів.

У результаті виникло квазіринкове середовище, що характеризується наявністю конкуренції між надавачами медичних послуг за пацієнта в умовах гарантованого державного фінансування. Держава через НСЗУ забезпечує оплату послуг відповідно до встановлених тарифів і пакетів, тоді як територіальні громади як власники закладів зацікавлені у підвищенні їх конкурентоспроможності. Це проявляється у впровадженні сучасних стандартів обслуговування, залученні кваліфікованого медичного персоналу, інвестуванні в оновлення матеріально-технічної бази та розвитку додаткових сервісів.

Сучасна українська модель охорони здоров'я, особливо після активної фази медичної реформи, набула ознак змішаної системи, що поєднує бюджетне фінансування, контрактні відносини між державним закупівельником і надавачами послуг, автономізацію закладів охорони здоров'я, розвиток цифрової інфраструктури та підвищення ролі місцевого самоврядування. Ключовим елементом цієї моделі є принцип «гроші йдуть за пацієнтом», який означає перехід від фінансування інфраструктури до фінансування результату - фактично наданої медичної послуги. Це забезпечує формування інтенсивної моделі управління, орієнтованої на ефективність, якість і потреби населення.

На рівні територіальних громад зазначені зміни зумовили трансформацію управлінської логіки [2]. Відбулося зміщення від пасивного адміністрування

медичної інфраструктури до активного стратегічного управління, що включає аналіз потреб населення, планування розвитку мережі закладів, оптимізацію їх структури, диверсифікацію джерел фінансування та координацію між різними рівнями надання медичної допомоги. Таким чином, територіальна громада поступово трансформується у повноцінного суб'єкта політики громадського здоров'я, відповідального не лише за функціонування закладів, але й за досягнення конкретних соціально-економічних результатів у сфері здоров'я населення.

Реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом» потребує високого рівня прозорості та достовірності обліку наданих медичних послуг. З цією метою в Україні створено електронну систему охорони здоров'я (eHealth), яка функціонує за дворівневою архітектурою. Вона включає центральну базу даних, що адмініструється державою, та медичні інформаційні системи (МІС), які впроваджуються на рівні окремих закладів охорони здоров'я. Така модель забезпечує стандартизацію даних, їх оперативний обмін і можливість контролю за обсягами та якістю наданих послуг, що є необхідною умовою ефективного функціонування квазіринкового механізму фінансування.

У підсумку, поєднання централізованого фінансового управління через НСЗУ, децентралізованої власності на медичну інфраструктуру та цифрових інструментів обліку формує нову інституційну модель системи охорони здоров'я України, яка поєднує риси державної та ринкової організації та орієнтована на підвищення ефективності, доступності та якості медичного обслуговування, а цифровізація кардинально змінила ландшафт української медицини (рис. 1.2):

- *Електронні медичні записи (EMR)*: Історія хвороби пацієнта тепер зберігається в єдиній базі. Лікар має доступ до анамнезу незалежно від того, в якій лікарні країни пацієнт лікувався раніше [101].
- *Електронні направлення та рецепти*: Забезпечують прозорість маршруту пацієнта. Е-рецепт став основою для програми реімбурсації

«Доступні ліки», за якою пацієнти з хронічними захворюваннями отримують препарати безоплатно або з невеликою доплатою [98, 99, 100, 118].

- *Антикорупційний ефект:* НСЗУ оплачує послуги виключно на основі електронних звітів, внесених лікарями до eHealth.
- *Аналитичні звіти (дашборди) НСЗУ:* Відкриті дані (дашборди НСЗУ) дозволяють громадськості та аналітикам контролювати рух коштів, бачити завантаженість лікарень та рівень оплат [5].



**Рис. 1.2.** Цифровізація української медицини на сучасному етапі

Джерело: власна розробка.

Варто наголосити, що формування сучасної державної політики у сфері управління медичним обслуговуванням відбувається під потужним впливом євроінтеграційного вектора України та міжнародних зобов'язань. Ключовим орієнтиром для територіальних громад стала імплементація концепції Загального охоплення послугами охорони здоров'я (Universal Health Coverage - УНС), задекларованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я [391].

Міжнародні інституції, зокрема Світовий банк та Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), відіграли каталізуючу роль у формуванні політики децентралізації. Завдяки їхній експертній та фінансовій підтримці було розроблено методологію автономізації медичних закладів та запроваджено нові стандарти управління для керівників КНП на рівні громад [75, 395]. Європейський вектор також вимагає від органів місцевого самоврядування впровадження принципів належного врядування (good governance) у медичній сфері: прозорості фінансової звітності, відкритості прийняття управлінських рішень та залучення громадськості до формування місцевих медичних програм [171, 173, 216, 217, 226].

Подальший розвиток державної політики в умовах децентралізації логічно призвів до необхідності оптимізації самої мережі надавачів медичних послуг. Знаковим кроком у цьому напрямку стало прийняття Постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174, яка регламентує порядок функціонування госпітальних округів та кластеризації медичної мережі [41, 112].

Сутність кластеризації полягає у відході від хаотичного фінансування всіх наявних лікарень громади до чіткого структурування мережі за рівнем складності медичної допомоги [285]. Законодавчо закріплено поділ закладів спроможної мережі на надкластерні, кластерні та загальні лікарні. Для територіальних громад це означає кардинальну зміну управлінських підходів: загальні лікарні, що знаходяться у власності базових громад, фокусуються на лікуванні найпоширеніших захворювань та стабілізації пацієнтів, тоді як складніші випадки маршрутизуються до кластерних або надкластерних лікарень.

Цей механізм змушує органи місцевого самоврядування переходити від стратегії «утримання інфраструктури будь-якою ціною» до стратегії «профілювання та кооперації». Оскільки не кожна територіальна громада має фінансові та кадрові ресурси для забезпечення функціонування повноцінної кластерної лікарні, виникає об'єктивна необхідність у міжмуніципальному

співробітництві. Громади змушені об'єднувати фінансові зусилля для спільного утримання або модернізації ключових медичних закладів госпітального округу, що є інноваційним інструментом управління ресурсами в українській публічній практиці [62].

Державна політика у сфері кластеризації також виконує функцію запобіжника від неефективного витрачання місцевих бюджетів. Інвестування коштів громади у дороговартісне обладнання для загальної лікарні, яке об'єктивно не буде завантажено потоком пацієнтів, визнається управлінською помилкою, тоді як пріоритетом стає забезпечення транспортної доступності до профільних кластерних центрів.

Для комплексного розуміння глибини інституційних змін, що відбулися в системі координації медичної галузі, доцільно структурувати еволюцію державної політики у вигляді порівняльної матриці. Це дозволяє наочно прослідкувати зміщення фокусу відповідальності від центральних органів влади до рівня територіальних громад та зміну базових фінансово-управлінських механізмів (табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

**Система моделей управління медичним обслуговуванням територіальних громад в Україні у часовому аспекті**

Історичний етап	Модель фінансування та розподілу ресурсів	Статус медичних закладів	Роль органів місцевого самоврядування (ОМС) територіальних громад	Ключові управлінські виклики
<b>Етап 1: до 2015 р.</b> (Командно-адміністративний)	Медична субвенція з держбюджету. Оплата за утримання ліжко-місць та площ інфраструктури.	Бюджетні установи з жорстким кошторисом та штатною сіткою.	Пасивні ретранслятори державних коштів. Номінальні балансоутримувачі без права оптимізації.	Неефективність витрат, дублювання послуг, відсутність стимулів до якості, дефіцит бюджетів.
<b>Етап 2: 2015–2017 рр.</b> (Підготовчо-трансформаційний)	Збереження субвенції на тлі секвестрування бюджетів. Старт пілотних проєктів з автономізації.	Початок масового перетворення бюджетних установ на КНП.	Формування спроможних громад. Усвідомлення необхідності прийняття управлінської відповідальності за лікарні.	Опір медичного персоналу змінам, відсутність у місцевих рад компетенцій з медичного менеджменту.

*Продовження таблиці 1.1*

<b>Етап 3: 2018–2020 рр.</b> (Впровадження ринкових механізмів)	Принцип «гроші ходять за пацієнтом». Закупівля послуг НСЗУ за Програмою медичних гарантій.	КНП з повною фінансово-господарською автономією. Конкуренція за декларації пацієнтів.	Повноцінні власники КНП. Відповідальність за оплату комунальних послуг, капітальні ремонти та закупівлю обладнання.	Пошук балансу між державним фінансуванням (НСЗУ) та дотаціями з місцевих бюджетів. Ризики банкрутства неефективних КНП.
<b>Етап 4: 2021 р. – дотепер</b> (Кластеризація та антикризове управління)	Змішане фінансування (ПМГ + пакети дофінансування у воєнний час + міжнародна допомога).	Інтеграція КНП у спроможну мережу (надкластерні, кластерні, загальні лікарні).	Антикризові менеджери, гаранті енергонезалежності, ініціатори міжмуніципального медичного співробітництва.	Управління мережею в умовах воєнного стану, міграції населення, кадрового голоду та руйнування інфраструктури.

Джерело: складено автором на основі аналізу нормативно-правової бази [91, 92, 140, 141].

Аналіз наведеної таблиці свідчить про те, що державна політика у сфері охорони здоров'я здійснила безпрецедентний перехід від утримання роздутої інфраструктури до закупівлі медичних послуг. У цьому контексті територіальна громада перетворилася на ключового стейкхолдера локальної системи охорони здоров'я.

Зміна статусу медичних закладів на комунальні некомерційні підприємства не означає самоусунення держави від забезпечення конституційного права громадян на медичну допомогу. Навпаки, держава через НСЗУ консолідувала функцію страховика, делегувавши територіальним громадам функцію організатора медичного простору. Відповідно, успішність реалізації державної політики на місцях сьогодні детермінується не обсягом отриманої медичної субвенції, як це було раніше, а управлінською компетентністю лідерів територіальних громад: їхньою здатністю формувати місцеві цільові програми, оптимізувати маршрути пацієнтів, залучати грантові інвестиції та створювати конкурентні умови праці для медичного персоналу.

Особливим випробуванням для державної політики децентралізації став воєнний стан. Він довів життєздатність обраної моделі: децентралізовані

медичні системи на рівні громад виявили значно вищий рівень адаптивності та резильєнтності до шоківих навантажень порівняно з жорстко централізованими структурами. Автономність прийняття рішень дозволила керівникам КНП та органам місцевого самоврядування миттєво переорієнтовувати закупівлі, розгортати автономні джерела живлення та реагувати на зміну демографічної картини у зв'язку з внутрішньою міграцією.

Аналіз правових і політичних аспектів готовності системи охорони здоров'я України виявляє специфічний вимір проблематики, пов'язаний не стільки з повним руйнуванням інфраструктури, скільки з хронічним недофінансуванням та суттєвими регіональними диспропорціями у її розвитку. Витрати на охорону здоров'я у 2023 році становили 217,4 млрд грн, а стратегічні документи передбачають подальше нарощування фінансування на розбудову медичної інфраструктури, оновлення матеріально-технічної бази та розширення цифровізації [103, 205, 206, 268]. Попри це, територіальні громади з обмеженим і нестабільним фінансуванням не спроможні повноцінно утримувати медичні заклади або забезпечувати рівний доступ до медичної допомоги на всій території країни [314].

Децентралізація, запроваджена в рамках реформи місцевого самоврядування, перерозподілила значну частину відповідальності за організацію та фінансування закладів охорони здоров'я на рівень місцевих органів влади. Однак недостатня координація між місцевими і центральними органами, дублювання управлінських функцій та слабкий інституційний потенціал окремих громад суттєво ускладнюють ефективне управління медичною інфраструктурою та реагування на кризові ситуації [205, 206]. В умовах воєнного стану зазначені структурні слабкості набули критичного характеру: зруйновані об'єкти, нестача кваліфікованого персоналу і необхідність оперативного прийняття рішень щодо надання допомоги внутрішньо переміщеним особам та мешканцям постраждалих територій посилюють дефіцити інфраструктурної бази, на якій місцеві адміністрації мусять підтримувати безперервність надання медичних послуг [268].

Стратегічні документи та фінансові прогнози на 2025 рік цілеспрямовано орієнтовані на розвиток медичної інфраструктури, зокрема на створення високотехнологічних медичних і реабілітаційних центрів як інструментів зміцнення інституційної спроможності та забезпечення комплексної соціальної й медичної допомоги. Проте ефективність реалізації цих планів прямо залежатиме від збалансованого регіонального впровадження та надійних механізмів моніторингу розподілу ресурсів [205, 206, 315].

Попри це, ключовою залишається проблема регіональних диспропорцій: територіальні громади з обмеженим і нестабільним фінансуванням не спроможні повноцінно утримувати медичні заклади або забезпечувати рівний доступ до медичної допомоги на всій території країни. Вітчизняні дослідники зазначають, що незважаючи на реформи, доступність медичних послуг залишається нерівномірною, а механізми державної політики потребують суттєвого вдосконалення [77, 78].

Децентралізація, запроваджена в рамках реформи місцевого самоврядування відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [52] та Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [54], перерозподілила значну частину відповідальності за організацію та фінансування закладів охорони здоров'я на рівень місцевих органів влади [145, 146]. Однак недостатня координація між місцевими і центральними органами, дублювання управлінських функцій та слабкий інституційний потенціал окремих громад суттєво ускладнюють ефективне управління медичною інфраструктурою та реагування на кризові ситуації [66, 205, 206]. В умовах воєнного стану зазначені структурні диспропорції набули критичного характеру: за даними на лютий 2024 року, пошкоджено 1 523 медичні об'єкти, зруйновано 195 закладів, а понад 90 тис. медичних працівників вимушено виїхали за кордон; місцеві адміністрації мусять підтримувати безперервність надання медичних послуг на пошкодженій інфраструктурній базі [145, 146, 268]. Правова невизначеність щодо статусу Госпітальних рад після скасування відповідного наказу МОЗ у

2023 році додатково ускладнює інституційну координацію на регіональному рівні [145, 146].

Стратегічні документи та фінансові прогнози на 2025 рік, зокрема Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [117, 138] та операційний план на 2025–2027 роки [117], цілеспрямовано орієнтовані на розвиток медичної інфраструктури, включаючи створення високотехнологічних медичних і реабілітаційних центрів як інструментів зміцнення інституційної спроможності та забезпечення комплексної соціальної й медичної допомоги [23, 205, 206]. Реалізація цих планів безпосередньо пов'язана зі збалансованим регіональним впровадженням і надійними механізмами моніторингу розподілу ресурсів [205, 206]. Наявні дані свідчать, що лише 20 % матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я перебувають у задовільному стані, що вимагає значних капітальних інвестицій, переважну частину яких наразі забезпечують міжнародні програми підтримки [23].

Окремим виміром готовності закладів охорони здоров'я є стан цифрової інфраструктури, що забезпечує взаємодію між постачальниками медичних послуг, їхніми покупцями та регуляторними органами. В Україні система «Електронне здоров'я» (eHealth) формує єдиний цифровий простір для зберігання, обробки та обміну медичними даними: станом на кінець 2025 року до неї підключено понад 49 тис. медичних і аптечних закладів, у системі зареєстровано 475 тис. медичних і фармацевтичних працівників, а загальна кількість медичних записів перевищила 5 млрд [45]. За більш детальними даними, ЕСОЗ охоплює понад 35 млн електронних медичних карт, оброблено 3,3 млрд медичних записів, 80 млн електронних рецептів і 590 млн електронних направлень [88]. Система дозволяє автоматизувати ключові адміністративні процеси, значною мірою замінює паперову документацію і надає НСЗУ централізовані дані для планування ресурсів, моніторингу якості послуг та оцінки ефективності системи [106, 205, 206].

Нормативно-правова база у сфері цифровізації охорони здоров'я активно розвивається: Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [138] та зміни до Концепції розвитку електронної охорони здоров'я передбачають гармонізацію національних цифрових стандартів з міжнародними нормами, забезпечення інтеоперабельності електронних систем і широке впровадження аналітики великих даних у процеси управлінського планування [268]. У 2025 році реалізовано суттєве розширення функціоналу:

- запущено Особистий кабінет пацієнта, реформовано систему оцінювання повсякденного функціонування (ліквідація МСЕК), впроваджено електронну чергу на безоплатне ендопротезування та нові інтеграції з держреєстрами;
- у рамках транскордонного проекту з Естонією Україна розпочала підключення до мережі MyHealth@EU (ДП «Електронне здоров'я», 2025).

Заплановане розширення функціоналу спрямоване на подальше спрощення адміністративних процедур та зміцнення довіри громадян до електронних публічних послуг [88].

Водночас фрагментарність побудови електронної системи охорони здоров'я та відсутність цілісної архітектурної моделі її функціонування, поєднана з недостатнім розвитком механізмів міжвідомчого обміну даними, суттєво ускладнює досягнення повної інтеграції цифрових компонентів галузі. Це, у свою чергу, обмежує практичний потенціал наявних цифрових інструментів щодо забезпечення оперативної готовності закладів охорони здоров'я та прийняття управлінських рішень у режимі реального часу [120, 126, 139, 205, 206, 268]. Фактично йдеться про збереження фрагментованості інформаційного середовища, коли окремі підсистеми функціонують ізольовано, що знижує ефективність координації між суб'єктами системи.

Зокрема, однією з ключових проблем є відсутність уніфікованих стандартів обміну медичними даними між різними медичними інформаційними системами, що унеможлиблює їх повноцінну інтеоперабельність. Додатковим обмеженням виступає недостатній рівень

кіберзахисту цифрової інфраструктури, що підвищує ризики несанкціонованого доступу до чутливої медичної інформації та створює загрози для стабільності функціонування системи. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває впровадження міжнародно визнаних протоколів обміну даними (зокрема HL7), а також посилення комплексних заходів інформаційної безпеки [88, 139].

Отже, наявний розрив між стратегічно задекларованими цілями цифрової трансформації системи охорони здоров'я та фактичним рівнем її реалізації свідчить про необхідність подальшого інституційного та технологічного вдосконалення. Подолання цього розриву розглядається як одне з ключових завдань забезпечення системної готовності галузі до сучасних викликів, включаючи кризові ситуації та умови воєнного стану [23, 88, 120, 126, 139]. У цьому контексті сучасна державна політика набуває ознак партнерської моделі, що ґрунтується на взаємодії держави як стратегічного замовника медичних послуг і територіальних громад як їх власників та безпосередніх організаторів [81, 82, 83]. Відповідно, ефективність управління медичним обслуговуванням на місцевому рівні виступає інтегральним показником інституційної спроможності територіальної громади та її здатності забезпечувати сталий розвиток системи охорони здоров'я.

## **1.2. Теоретичні підходи до управління системою медичного обслуговування на локальному рівні**

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я на базовому рівні детермінується не лише обсягом наявних фінансових ресурсів, але й адекватністю застосованих теоретико-методологічних підходів до управління. В умовах децентралізації, автономізації закладів охорони здоров'я та зміни фінансового механізму їх функціонування традиційні методи адміністративно-командного управління виявилися обмежено придатними для забезпечення належної якості та доступності медичних послуг. Це зумовило

необхідність переорієнтації на сучасні управлінські концепції, що поєднують економічну ефективність, гнучкість управлінських рішень та орієнтацію на потреби споживачів.

У цьому контексті формування сучасної моделі управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах базується на синтезі теорій публічного управління, муніципального менеджменту та економіки охорони здоров'я. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє врахувати специфіку галузі, зокрема її соціальну спрямованість, високий рівень державного регулювання та водночас необхідність підвищення ефективності використання обмежених ресурсів. Важливою характеристикою сучасної моделі є її орієнтація на результативність, якість послуг та задоволення потреб населення, що відповідає принципам пацієнтоорієнтованості.

Сучасна теорія державного управління виокремлює два ключові підходи, які набули широкого застосування у сфері охорони здоров'я на локальному рівні, — Новий державний менеджмент (New Public Management, NPM) та концепцію доброго врядування (Good Governance). Їх поєднання формує інтегровану управлінську парадигму, у межах якої підвищення ефективності діяльності публічних інституцій доповнюється забезпеченням прозорості, підзвітності та участі громадськості у процесах прийняття рішень.

Підхід Нового державного менеджменту орієнтований на імплементацію інструментів і практик приватного сектору в діяльність публічних організацій з метою підвищення їх ефективності, результативності та конкурентоспроможності [102, 142]. У контексті реформування системи охорони здоров'я України цей підхід проявляється у запровадженні контрактних відносин між державним замовником (НСЗУ) та надавачами медичних послуг, переході до фінансування за результатами діяльності, а також у наданні закладам охорони здоров'я управлінської та фінансової автономії. Це створює передумови для формування квазіринкового середовища, у якому надавачі медичних послуг зацікавлені у підвищенні якості обслуговування та оптимізації витрат.

Водночас концепція доброго врядування (Good Governance) доповнює підхід NPM, акцентуючи увагу на необхідності дотримання принципів відкритості, підзвітності, інклюзивності та верховенства права в управлінських процесах. У сфері охорони здоров'я це проявляється у залученні громадськості до формування місцевих програм розвитку, забезпеченні прозорості використання бюджетних коштів, розвитку механізмів громадського контролю та підвищенні рівня довіри населення до системи медичного обслуговування [107].

Синергія зазначених підходів дозволяє сформувати сучасну модель управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, яка поєднує економічну ефективність із соціальною відповідальністю. Така модель передбачає використання ринкових механізмів у поєднанні з демократичними принципами врядування, що забезпечує не лише оптимізацію використання ресурсів, але й підвищення якості та доступності медичних послуг для населення [108, 109].

На рівні територіальних громад це означає:

- автономізацію закладів охорони здоров'я - комунальні лікарні перетворюються на комунальні некомерційні підприємства (КНП), отримуючи більшу управлінську та фінансову самостійність. Керівники закладів набувають ролі менеджерів, відповідальних за стратегічний розвиток, кадрову політику та фінансові результати;

- контрактну модель фінансування - замість прямого бюджетного утримання впроваджуються договори між органами місцевого самоврядування, медичними закладами та Національною службою здоров'я України. Це створює конкурентне середовище, у якому фінансування залежить від обсягу та якості наданих послуг [114];

- орієнтацію на результат - ключовим критерієм стає не кількість ресурсів (ліжко-місць, персоналу), а медичний результат: якість лікування, задоволеність пацієнтів, клінічні показники. Відбувається поступовий перехід до системи оцінювання ефективності через індикатори якості;

– економічну раціоналізацію - громади змушені оптимізувати мережу закладів, концентрувати ресурси та впроваджувати сучасні управлінські інструменти (бюджетування, стратегічне планування, аналіз витрат).

Водночас надмірна орієнтація виключно на ефективність може створювати ризики зниження доступності послуг у малих громадах, що потребує балансування іншими підходами.

Концепція Good Governance доповнює NPM, акцентуючи увагу не лише на ефективності, а й на демократичності управління [4, 136, 225]. Її впровадження координується, зокрема Міністерством охорони здоров'я України.

У сфері охорони здоров'я на локальному рівні це проявляється через:

– Інклюзивність і участь громади — мешканці отримують можливість впливати на визначення пріоритетів розвитку медичних послуг (через громадські слухання, консультації, опитування) [339].

– Інституціоналізацію громадського контролю — створення опікунських і спостережних рад при лікарнях, які здійснюють нагляд за діяльністю закладів, аналізують фінансові та управлінські рішення.

– Прозорість і підзвітність — регулярну публічну звітність керівників медичних закладів, відкритість фінансової інформації, використання електронних систем для доступу до даних.

– Антикорупційні механізми — зменшення тіньових практик через цифровізацію процесів, стандартизацію послуг і контроль з боку громади.

– Партнерське управління — взаємодію між владою, медичними закладами, громадськістю та міжнародними організаціями.

На практиці ефективна модель управління охороною здоров'я в територіальних громадах формується саме через поєднання NPM і Good Governance. Перший забезпечує економічну ефективність і результативність, тоді як другий - легітимність, довіру та соціальну орієнтованість політики.

Теоретичним фундаментом для трансформації системи управління медичним обслуговуванням в Україні став глобальний перехід від

традиційного державного адміністрування (Public Administration) до парадигми нового публічного менеджменту (New Public Management - NPM) та належного врядування (Good Governance).

Традиційна парадигма державного адміністрування розглядала систему охорони здоров'я як суто бюрократичну структуру з жорсткою вертикальною ієрархією. Управління на локальному рівні зводилося до виконання наказів «згори» та контролю за цільовим освоєнням кошторису. Критерієм ефективності вважалося дотримання процедур, а не досягнення результату (здоров'я населення).

Імплементация концепції New Public Management у сфері охорони здоров'я кардинально змінила цей підхід. Сутність NPM полягає у перенесенні інструментів та методів корпоративного сектору (бізнес-менеджменту) у публічну сферу [68]. Стосовно управління медичним обслуговуванням на рівні територіальних громад це проявляється через такі теоретичні концепти:

Деагрегація та децентралізація: розщеплення великих ієрархічних структур на автономні одиниці. В українських реаліях це відобразилося в автономізації лікарень (перехід у статус КНП) та передачі повноважень від районних і обласних державних адміністрацій до рад територіальних громад.

Конкуренція в публічному секторі: створення квазіринкового середовища, де комунальні медичні заклади змушені конкурувати як між собою, так і з приватними клініками за пацієнта (зокрема, на рівні первинної медичної допомоги через механізм вільного вибору лікаря та підписання декларацій) [239].

Відповідно, управління локальною системою охорони здоров'я в парадигмі Нового державного менеджменту (NPM) передбачає суттєву трансформацію ролі органів місцевого самоврядування (ОМС). Вони поступово відходять від традиційної моделі «адміністратора-контролера», орієнтованої на дотримання формальних процедур і розподіл ресурсів, до виконання функцій «стратегічного інвестора» та «захисника інтересів громади». Це означає активну участь у формуванні довгострокових

пріоритетів розвитку медичної інфраструктури, прийнятті інвестиційних рішень, управлінні активами комунальних некомерційних підприємств, а також забезпеченні балансу між економічною ефективністю та соціальною справедливістю у доступі до медичних послуг.

У межах цієї трансформації ОМС виконують функції стратегічного планування, включаючи оцінку потреб населення, прогнозування попиту на медичні послуги, оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я та формування програм розвитку галузі на місцевому рівні. Одночасно посилюється їх роль як представників інтересів територіальної громади, що передбачає захист прав пацієнтів, забезпечення якості медичних послуг та підвищення рівня підзвітності надавачів перед населенням.

Одним із ключових теоретичних підґрунтів, що пояснює сучасну архітектуру управління медичним обслуговуванням, є інституційний підхід. Його сутність полягає у розгляді управлінських процесів через систему інститутів - формальних (закони, нормативно-правові акти, організаційні структури) та неформальних (традиції, норми поведінки, рівень довіри) правил, які визначають взаємодію між суб'єктами системи охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє аналізувати не лише формальні механізми управління, але й глибинні фактори, що впливають на ефективність функціонування системи.

Інституційний підхід базується на положеннях теорії прав власності та теорії трансакційних витрат, відповідно до яких ефективність управління залежить від чіткості розподілу прав і обов'язків між суб'єктами, а також від мінімізації витрат на координацію їх взаємодії. У контексті системи охорони здоров'я це проявляється у розмежуванні функцій між державою (як замовником послуг), територіальними громадами (як власниками закладів) та надавачами медичних послуг (як автономними суб'єктами господарювання). Така інституційна конфігурація сприяє підвищенню прозорості, зниженню інформаційної асиметрії та формуванню стимулів до підвищення ефективності діяльності.

Крім того, інституційний підхід дозволяє пояснити особливості функціонування квазіринкового механізму у сфері охорони здоров'я, де формальні правила контрахтування через НСЗУ поєднуються з неформальними практиками взаємодії між учасниками системи. Врахування цих факторів є необхідною умовою для розробки ефективних управлінських рішень, оскільки саме інституційне середовище визначає межі та можливості реалізації реформ на практиці.

Тож, поєднання підходу NPM та інституційного аналізу створює теоретичне підґрунтя для формування сучасної моделі управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, яка базується на принципах ефективності, підзвітності та інституційної збалансованості.

У контексті медичної реформи інституційний підхід чітко розмежовує три ключові інституції (рис.1.3)



**Рис. 1.3.** Ключові інституції забезпечення медичною допомогою населення

Джерело: власна розробка.

Такий розподіл функцій породжує класичну економічну проблему «принципал-агент» (агентську проблему) [27]. У цій конфігурації територіальна громада (власник) виступає принципалом, який зацікавлений у

максимальній ефективності використання комунального майна та задоволенні потреб населення у якісній медицині. Керівник КНП (головний лікар / генеральний директор) виступає агентом, якому делеговано права операційного управління закладом.

Агентська проблема виникає через асиметрію інформації: керівник лікарні володіє значно більшим масивом професійної (медичної та фінансової) інформації про реальний стан справ у закладі, ніж представники місцевої влади. Це створює ризики опортуністичної поведінки управлінського персоналу КНП (наприклад, непрозоре преміювання, неефективні закупівлі або ігнорування збиткових, але соціально значущих медичних напрямків на користь комерційно привабливих).

Для подолання цієї проблеми інституційна теорія пропонує впровадження механізмів корпоративного управління у публічний сектор. Головним інструментом такого управління на рівні територіальної громади має стати формування Наглядових рад при комунальних закладах охорони здоров'я [113].

Як зазначено в Постанові КМУ «Про наглядову раду ЗОЗ» від 21.11.2023 р. №1221 - наглядова рада - утворений колегіальний орган управління закладу охорони здоров'я, який у межах компетенції, визначеної законом і положенням про наглядову раду, здійснює управління закладом охорони здоров'я, а також контролює діяльність керівника закладу охорони здоров'я [113].

Згідно з сучасними підходами до менеджменту в охороні здоров'я, наглядова рада - це не просто формальний контролюючий орган, а стратегічний інструмент балансування інтересів, який повинен:

- мінімізувати політичний вплив депутатів місцевої ради на поточну (операційну) діяльність лікарні;
- забезпечити прозорість прийняття рішень щодо капітальних інвестицій;
- контролювати виконання керівником КНП умов контракту та фінансового плану;

- інтегрувати запити громадськості (пацієнтів) у стратегію розвитку закладу [69].

Проте на практиці імплементація принципів корпоративного управління в діяльність комунальних некомерційних підприємств у територіальних громадах стикається з низкою суттєвих інституційних обмежень. Насамперед, йдеться про наявність інституційного опору змінам, який проявляється у збереженні традиційних управлінських практик, орієнтованих на адміністративний контроль і централізоване прийняття рішень. Це значною мірою обумовлено інерційністю управлінських структур, а також недостатнім рівнем сформованості культури стратегічного управління на місцевому рівні.

Суттєвим стримуючим фактором є також дефіцит кваліфікованих незалежних фахівців, здатних виконувати функції членів наглядових рад у закладах охорони здоров'я. Відсутність розвиненого ринку професійних управлінців, які володіють компетенціями у сфері корпоративного управління, фінансового аналізу та стратегічного планування, ускладнює формування ефективних наглядових органів, покликаних забезпечувати баланс інтересів між власником (територіальною громадою), менеджментом закладу та споживачами медичних послуг.

Додатковим обмеженням виступає небажання окремих представників місцевих еліт втрачати прямий вплив на розподіл фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Збереження «ручного управління» медичними бюджетами суперечить принципам прозорості, підзвітності та розмежування функцій власника і менеджменту, які є базовими для корпоративної моделі. У результаті це знижує ефективність прийняття управлінських рішень і обмежує можливості для впровадження інноваційних підходів до управління медичними закладами.

Водночас зазначені проблеми мають системний характер і свідчать про незавершеність інституційної трансформації у сфері управління медичним обслуговуванням. Подолання цих бар'єрів потребує не лише нормативного закріплення принципів корпоративного управління, але й формування

відповідного інституційного середовища, що включає розвиток професійних компетенцій управлінців, підвищення рівня прозорості діяльності КНП та впровадження механізмів громадського контролю.

Також слід зазначити, що сучасна теорія управління медичним обслуговуванням на локальному рівні неможлива без імплементації пацієнтоцентрованого підходу. Ця концепція зміщує фокус з інтересів медичної системи або окремого закладу на потреби та досвід пацієнта. В умовах децентралізації пацієнтоцентрованість набуває ознак маркетингу публічних послуг, де територіальна громада виступає гарантом якості сервісу [351, 352, 367].

Теоретично цей підхід базується на моделі інтегрованої медичної допомоги (Integrated Care), яка передбачає безперервність та координацію лікування на всіх рівнях. Для територіальної громади це означає створення такої системи управління, де пацієнт не «губиться» між сімейним лікарем та вузьким спеціалістом у кластерній лікарні. Управлінський аспект тут полягає у забезпеченні ефективної маршрутизації та розвитку комунікаційних каналів (гарячі лінії громади, системи зворотного зв'язку, електронні кабінети пацієнта).

Крім того, пацієнтоцентрованість вимагає від органів місцевого самоврядування (ОМС) впровадження інструментів оцінки якості, що виходять за межі суто медичних показників. Це включає аналіз «клієнтського шляху» (patient journey), оцінку зручності графіків роботи закладів, фізичну доступність приміщень (інклюзивність) та психологічний комфорт перебування у закладі. В науковій літературі цей напрям часто розглядається через призму теорії соціального капіталу: чим вища довіра мешканців громади до місцевої медицини, тим вищий рівень соціальної згуртованості та підтримки місцевої влади [32].

В умовах обмеженості місцевих бюджетів та жорстких вимог НСЗУ до пакетів послуг, управління медичним обслуговуванням вимагає застосування ресурсного підходу (Resource-Based View - RBV). Згідно з цією теорією,

конкурентна перевага (у нашому випадку - спроможність медичної мережі громади) залежить від наявності унікальних, цінних та важко відтворюваних ресурсів [355, 358, 390].

Для територіальної громади такими ресурсами є:

- Кадровий капітал: не просто кількість лікарів, а рівень їхньої цифрової грамотності, навички управління якістю та лояльність до громади. Управління персоналом зміщується від адміністрування до стратегічного HR-менеджменту (системи бонусів, навчання, забезпечення житлом).

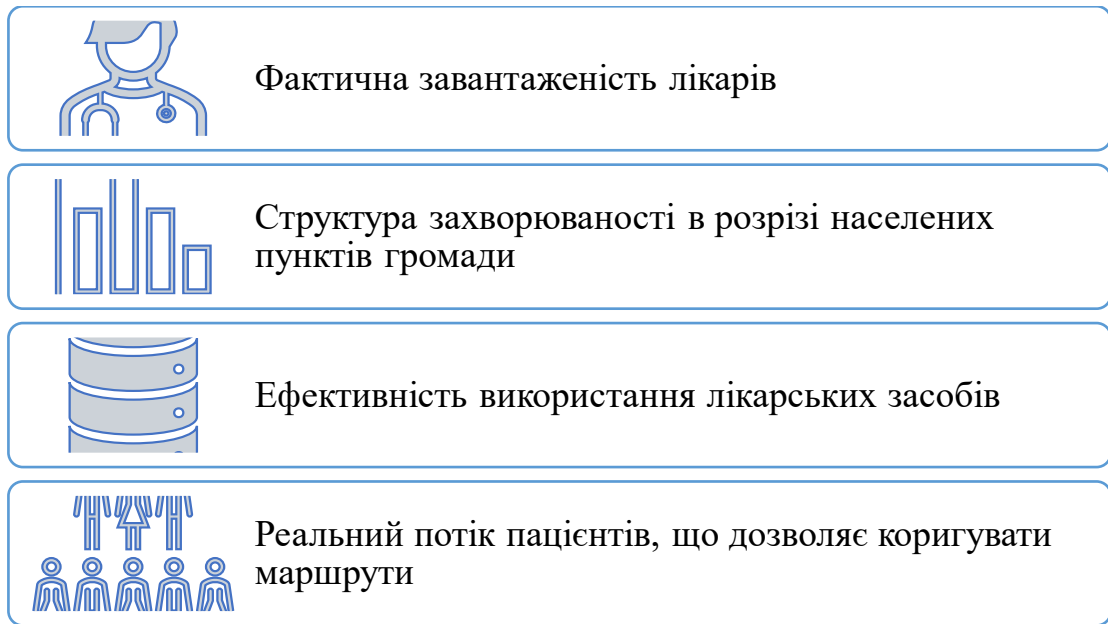
- Технологічний капітал: наявність високотехнологічного обладнання, що дозволяє громаді контракуватися на дорогі пакети послуг (наприклад, реабілітація або пріоритетні стаціонарні напрямки), що приносить більше коштів від держави.

- Інфраструктурна енергоефективність: в умовах війни здатність громади забезпечити енергонезалежність лікарень (сонячні панелі, потужні генератори) стає критичним ресурсом стійкості.

- Стратегічне управління ресурсами вимагає від ОМС проведення регулярного SWOT-аналізу медичної мережі та розробки довгострокових стратегій розвитку охорони здоров'я громади. Це дозволяє уникнути хаотичних інвестицій і фокусуватися на напрямках, які дають найбільший медичний та економічний ефект [93].

Теорія управління медичним обслуговуванням 21-го століття нерозривно пов'язана з концепцією цифрового врядування (e-Governance). Впровадження медичних інформаційних систем (МІС) та інтеграція з центральною базою даних ЕСОЗ (Електронна система охорони здоров'я) є не лише технічною вимогою, а й фундаментальним інструментом прозорості та доказового менеджменту [58, 120, 126, 139, 245, 309].

Теоретично цифровізація вирішує проблему асиметрії інформації, про яку йшлося в інституційному підході. Завдяки даним МІС, керівництво громади та наглядові ради отримують доступ до реальної статистики у режимі реального часу (рис. 1.4).



**Рис. 1.4.** Інформаційне охоплення медичних інформаційних систем у режимі реального часу

Джерело: власна розробка.

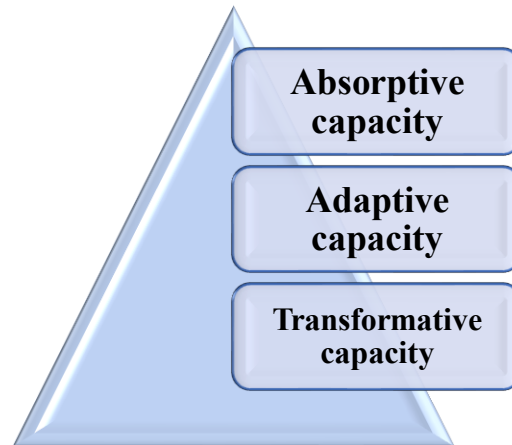
Отже, цифровізація перетворює управління з інтуїтивного на Data-Driven Management (управління на основі даних). Це дозволяє ОМС приймати обґрунтовані рішення щодо розширення або оптимізації певних відділень, закупівлі конкретного обладнання чи зміни графіку роботи вузьких спеціалістів [105].

Традиційні управлінські підходи, орієнтовані на оптимізацію та ефективність у стабільних умовах, виявилися вразливими перед обличчям глобальних шоків (пандемія COVID-19) та локальних катастроф (повномасштабна військова агресія). У зв'язку з цим, сучасною теоретичною базою для управління медичним обслуговуванням стала теорія резильєнтності (Health System Resilience) [236, 299, 375, 376, 388].

Резильєнтність (стійкість) у контексті охорони здоров'я визначається як здатність системи управління, медичних закладів та персоналу підготуватися до кризових навантажень, абсорбувати їх, адаптуватися до нових умов та

трансформуватися з метою забезпечення безперервного надання медичних послуг населенню [368].

Теоретично виокремлюють три ключові компоненти резильєнтності, які мають імплементувати органи місцевого самоврядування територіальних громад (рис. 1.5).



**Рис. 1.5.** Ключові компоненти резильєнтності

---

Джерело: власна розробка.

*Поглиняльна здатність (Absorptive capacity):* здатність локальної медичної мережі продовжувати роботу при раптових шоках, використовуючи наявні резерви (наприклад, автономні генератори, запаси медикаментів та палива, наявність укриттів). Управління тут зводиться до ризик-менеджменту та формування стратегічних резервів громади.

*Адаптивна здатність (Adaptive capacity):* спроможність системи швидко змінювати свою структуру та функції. На рівні громади це проявляється у перепрофілюванні відділень під потреби військової травми або розгортанні мобільних медичних бригад для обслуговування внутрішньо переміщених осіб (ВПО), кількість яких може миттєво змінити демографічне навантаження на систему [16].

*Трансформаційна здатність (Transformative capacity):* здатність до глибоких інституційних змін після кризи. Замість повернення до «довоєнного»

стану, ефективне управління передбачає побудову нової, більш оптимізованої мережі (Build Back Better).

Імплементація теорії резильєнтності (стійкості) у сфері управління медичним обслуговуванням передбачає трансформацію підходів до прийняття управлінських рішень на місцевому рівні. Зокрема, йдеться про перехід від реактивної моделі управління, що ґрунтується на ліквідації наслідків кризових ситуацій («гасіння пожеж»), до проактивної, орієнтованої на передбачення ризиків, сценарне планування та формування адаптивних механізмів реагування. Такий підхід передбачає системну ідентифікацію потенційних загроз, оцінку їх впливу на функціонування системи охорони здоров'я та розробку альтернативних сценаріїв забезпечення безперервності медичних послуг.

Ефективність реалізації концепції резильєнтності безпосередньо залежить від рівня децентралізації управління та ступеня автономії суб'єктів системи. Зокрема, розширення управлінських повноважень керівників КНП у частині оперативного прийняття рішень, управління ресурсами та адаптації організаційних процесів сприяє підвищенню гнучкості та швидкості реагування на зовнішні виклики. У таких умовах локальна система охорони здоров'я набуває ознак адаптивної системи, здатної зберігати функціональність навіть за умов значних зовнішніх потрясінь.

Разом із тим, аналіз теоретичних підходів до управління медичним обслуговуванням дозволяє констатувати наявність об'єктивних економічних обмежень, пов'язаних із ресурсною спроможністю територіальних громад. Зокрема, значна частина сільських і селищних громад не володіє достатньою податковою базою, демографічним потенціалом та кадровими ресурсами для самостійного утримання повноцінних закладів вторинного або третинного рівня медичної допомоги. Це обумовлює необхідність пошуку альтернативних організаційних форм забезпечення доступності медичних послуг.

У цьому контексті ключового значення набуває концепція міжмуніципального співробітництва (ММС), яка виступає ефективним

інструментом подолання ресурсних обмежень та підвищення ефективності управління у сфері охорони здоров'я [62, 73]. ММС передбачає координацію діяльності кількох територіальних громад з метою спільного вирішення завдань, що мають міжтериторіальний характер, зокрема у сфері надання медичних послуг.

Економіко-управлінська сутність міжмуніципального співробітництва базується на теорії ефекту масштабу (economies of scale), відповідно до якої збільшення обсягів діяльності дозволяє знижувати середні витрати на одиницю послуги. У сфері охорони здоров'я це проявляється у можливості спільного фінансування та використання високоартісного медичного обладнання (наприклад, комп'ютерних томографів, ангіографів), утримання спеціалізованих відділень і залучення вузькопрофільних фахівців, що є економічно недоцільним для окремої невеликої громади. Такий підхід сприяє підвищенню якості медичних послуг, оптимізації витрат і більш раціональному використанню обмежених ресурсів.

Крім того, ММС створює передумови для формування функціонально інтегрованих медичних мереж, у межах яких забезпечується координація між різними рівнями надання медичної допомоги, узгодженість управлінських рішень та рівномірний розподіл навантаження між закладами [247]. Це особливо актуально в умовах демографічного скорочення населення та територіальної нерівномірності розміщення медичної інфраструктури.

Такі підходи можуть бути застосовані в управлінні госпітальними округами (рис. 1.6):

*Спільне фінансування (співфінансування) закладу:* коли громада-власник кластерної лікарні укладає договори з сусідніми громадами про субвенції з їхніх бюджетів на утримання цього закладу пропорційно кількості пролікованих мешканців.

*Створення спільних комунальних підприємств:* інституційно складніший, але найбільш інтегрований підхід, коли засновником медичного закладу

виступають одразу кілька місцевих рад, що формують спільну наглядову раду та пропорційно ділять відповідальність.



**Рис. 1.6.** Форми співробітництва в управлінні госпітальними округами

Джерело: власна розробка.

*Делегування виконання окремих завдань:* наприклад, спільна організація логістичних маршрутів пацієнтів (закупівля та утримання соціального медичного транспорту для довозення до опорних лікарень) [35, 36, 38, 40, 42].

Застосування концепції ММС вимагає від органів місцевого самоврядування високого рівня політичної культури, довіри та вміння знаходити компроміси, оскільки управління спільними ресурсами часто супроводжується конфліктом інтересів (проблема «безбілетника», коли одна громада користується послугами лікарні, але ухиляється від її співфінансування).

### **1.3. Методологія дослідження управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах**

Дослідження процесів управління медичним обслуговуванням на рівні територіальних громад вимагає застосування комплексного методологічного інструментарію. Оскільки об'єкт дослідження перебуває на перетині публічного управління, економіки охорони здоров'я та муніципального менеджменту, застосована методологія має враховувати як загальнонаукові принципи пізнання, так і специфічні галузеві методи оцінки соціально-економічних систем в умовах нестабільного середовища (децентралізація, воєнний стан).

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України та поглиблення процесів децентралізації суттєво зростає роль територіальних громад у забезпеченні доступності та якості медичного обслуговування населення. Це зумовлює необхідність наукового осмислення механізмів управління медичними послугами на місцевому рівні та розробки відповідного методологічного інструментарію їх дослідження. Дослідження складних соціально-економічних та управлінських процесів, до яких належить управління медичним обслуговуванням на рівні територіальних громад в умовах децентралізації та реформування системи охорони здоров'я, потребує застосування комплексного, багаторівневого методологічного інструментарію.

Складність і багатовимірність процесів управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, що функціонують у межах реалізації державної політики охорони здоров'я, потребують застосування цілісної та науково обґрунтованої методології [301]. Така методологія має забезпечити комплексне врахування інституційних, організаційно-економічних і соціальних аспектів функціонування системи охорони здоров'я на локальному рівні, а також особливостей взаємодії органів місцевого самоврядування, надавачів медичних послуг і населення.

Методологічна основа дослідження визначає логіку наукового пошуку, сукупність підходів і методів пізнання, а також забезпечує достовірність, об'єктивність і практичну значущість отриманих результатів. У межах даної дисертаційної роботи вона формується з урахуванням специфіки об'єкта дослідження - системи управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді як складної, відкритої та динамічної соціально-економічної системи, що перебуває під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників.

З огляду на зазначене, у підрозділі обґрунтовуються теоретико-методологічні підходи до дослідження, визначається сукупність загальнонаукових і спеціальних методів, а також окреслюється інформаційно-емпірична база, що забезпечує комплексність і репрезентативність проведеного аналізу процесів управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах .

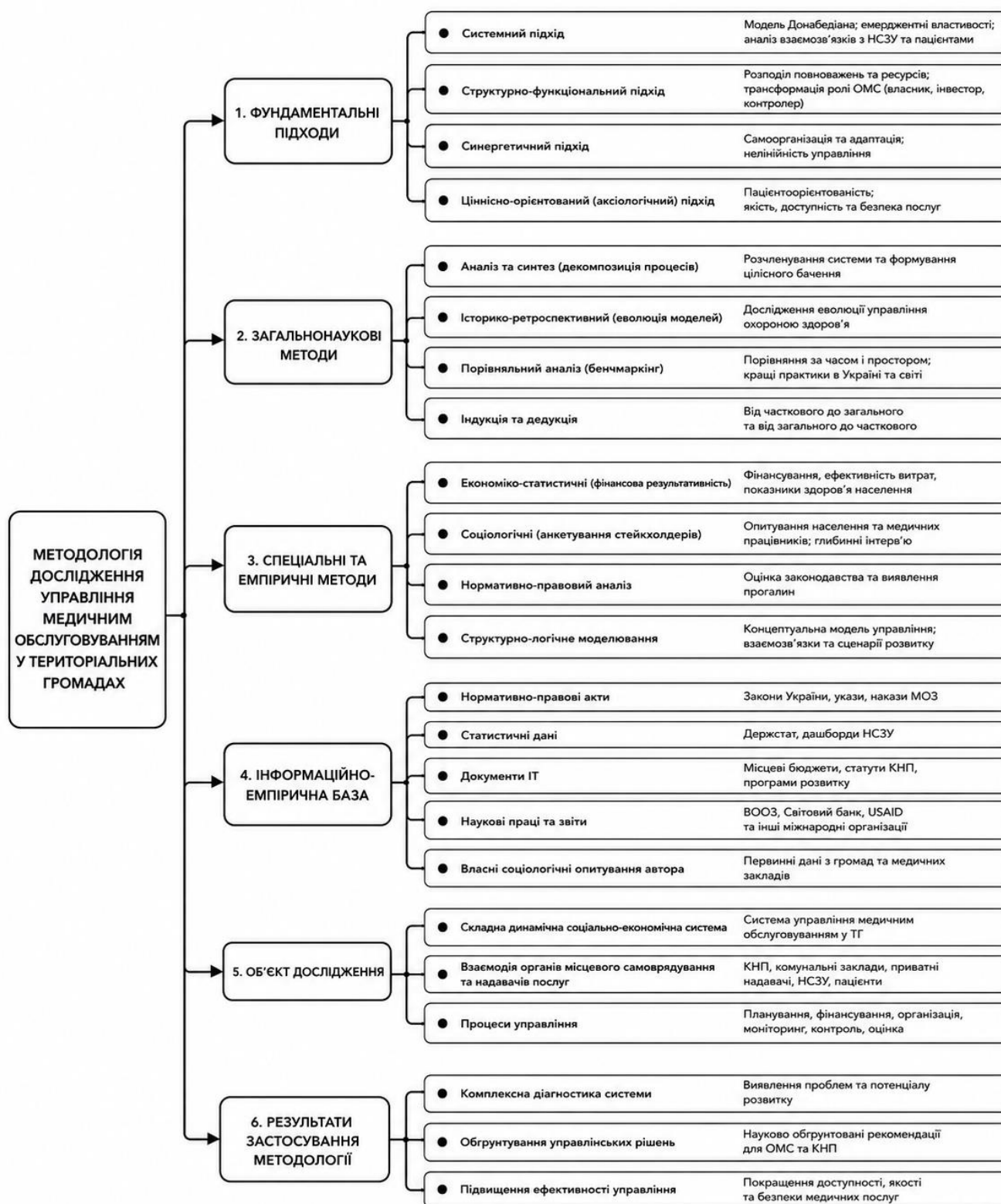
Дослідження складних соціально-економічних та управлінських процесів, до яких належить управління медичним обслуговуванням на рівні територіальних громад в умовах децентралізації та системних реформ у сфері охорони здоров'я, об'єктивно потребує застосування комплексного, багаторівневого та міждисциплінарного методологічного інструментарію. Така необхідність зумовлена не лише багатокомпонентністю самого об'єкта дослідження, але й високим рівнем динамічності зовнішнього середовища, що включає інституційні, економічні, соціальні та правові трансформації. У зв'язку з цим методологія даного дисертаційного дослідження формується на перетині наук державного управління, менеджменту охорони здоров'я, соціології, економіки та права, що дозволяє забезпечити комплексне бачення проблеми та підвищити наукову обґрунтованість отриманих результатів [13, 24, 50, 68, 80, 156].

Метою дослідження є не лише формальне окреслення використаних методів, а й глибоке обґрунтування вибору теоретико-методологічних підходів, розкриття їх евристичного потенціалу у дослідженні управління

медичним обслуговуванням, а також характеристика інформаційно-емпіричної бази, яка забезпечує достовірність і репрезентативність наукових висновків. Сукупність обраних підходів і методів спрямована на досягнення мети дисертаційного дослідження та вирішення поставлених наукових завдань (рис. 1.7).

Фундаментальною основою дослідження виступає системний підхід, який дозволяє розглядати медичне обслуговування в територіальній громаді як складну, відкриту та динамічну соціально-економічну підсистему. На відміну від спрощених уявлень, де система ототожнюється із сукупністю закладів охорони здоров'я, системний підхід акцентує увагу на взаємозв'язках між її елементами, наявності зворотних зв'язків та залежності результатів функціонування від якості управлінських рішень. Така система має власну структуру, цілі, функції та перебуває у постійній взаємодії із зовнішнім середовищем, включаючи державні органи влади, Національну службу здоров'я України, інші територіальні громади та безпосередніх споживачів медичних послуг - пацієнтів [121, 122]. Застосування системного підходу дозволило виявити емерджентні властивості системи, тобто такі характеристики, які не притаманні окремим її елементам, але виникають у процесі їх взаємодії.

Відповідно до цього підходу, система медичного обслуговування в територіальній громаді розглядається не як механічна сукупність закладів охорони здоров'я, а як складна, відкрита, динамічна соціально-економічна підсистема, що має власну структуру, цілі, функції та постійно взаємодіє із зовнішнім середовищем (державними органами влади, Національною службою здоров'я України (НСЗУ), іншими громадами, пацієнтами). Застосування системного підходу дозволило виявити емерджентні властивості системи управління медичним обслуговуванням на місцевому рівні, де ефективність цілого залежить від якості взаємозв'язків між органами місцевого самоврядування, надавачами медичних послуг та споживачами.



**Рис. 1.7.** Методологія дослідження управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді

Джерело: власна розробка.

Застосування системного підходу в нашій роботі передбачає аналіз локальної медичної мережі через призму трьох взаємопов'язаних елементів (модель Донабедіана) – структури, процесу та результату (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

**Матриця оцінки системи медичного обслуговування територіальної громади (за адаптованою моделлю А. Донабедіана)**

<b>Компонент системи</b>	<b>Зміст управлінського впливу</b>	<b>Індикатори для вимірювання</b>
<b>1. Структура (Вхідні ресурси)</b>	Формування спроможної мережі, акумуляція ресурсів для надання послуг.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Укомплектованість штату лікарями (%).</li> <li>- Питома вага видатків місцевого бюджету на підтримку КНП (%).</li> <li>- Кількість укладених договорів з НСЗУ (пакетів послуг).</li> </ul>
<b>2. Процес (Управлінські дії)</b>	Організація операційної діяльності, координація та контроль.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Наявність діючої Наглядової ради при КНП.</li> <li>- Відсоток електронних направлень та медичних записів у МІС.</li> <li>- Затверджені маршрути пацієнтів у межах госпітального округу.</li> </ul>
<b>3. Результат (Вихідні показники)</b>	Досягнення соціального та економічного ефекту від вкладених ресурсів.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Зростання кількості підписаних декларацій з лікарями ПМД.</li> <li>- Відсутність кредиторської заборгованості КНП.</li> <li>- Зниження рівня смертності від керованих причин.</li> </ul>

Джерело: власне дослідження.

Системний підхід дозволяє уникнути фрагментарності в управлінні. Він доводить, що проста зміна одного компонента (наприклад, закупівля дорогого обладнання без наявності фахівців та відповідного пакету від НСЗУ) не призведе до покращення результативності всієї системи, а лише згенерує додаткові збитки для місцевого бюджету [227].

Не менш важливим є структурно-функціональний підхід, який забезпечує дослідження внутрішньої організації системи управління медичним обслуговуванням. Його використання зумовлене необхідністю чіткого аналізу розподілу повноважень, відповідальності та ресурсів між різними рівнями публічного управління у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я [74, 75, 76]. У межах цього підходу особливу увагу приділено трансформації ролі органів місцевого самоврядування, які в умовах децентралізації переходять від моделі прямого адміністративного управління закладами охорони здоров'я до моделі стратегічного управління, виконуючи функції власника, інвестора та контролера якості медичних послуг [302, 303].

Ураховуючи високий рівень невизначеності та турбулентності середовища функціонування системи охорони здоров'я, доцільним є застосування синергетичного підходу. Його сутність полягає у дослідженні процесів самоорганізації складних систем, їх здатності до саморозвитку та адаптації під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів. Поряд із тим, синергетична парадигма дозволяє розглядати державне управління як нелінійну систему, в якій навіть незначні зміни можуть спричинити суттєві наслідки [10, 28]. У контексті даного дослідження це проявляється у здатності територіальних громад формувати інноваційні моделі співпраці, оптимізувати використання ресурсів та адаптуватися до змін у механізмах фінансування медичних послуг.

Доповненням до зазначених підходів є ціннісно-орієнтований (аксіологічний) підхід, який визначає пацієнта як центральний елемент системи охорони здоров'я. Орієнтація на потреби та інтереси населення дозволяє оцінювати ефективність управління не лише з економічної чи організаційної точки зору, але й через призму якості, доступності та безпеки медичних послуг [10]. Це відповідає сучасним європейським тенденціям розвитку систем охорони здоров'я та принципам пацієнтоорієнтованості.

Реалізація зазначених теоретико-методологічних підходів забезпечується застосуванням комплексу загальнонаукових методів пізнання, які формують

логічний каркас дослідження та забезпечують його цілісність, послідовність і наукову обґрунтованість [304, 305, 306]. Використання цих методів дозволяє здійснити перехід від абстрактного теоретичного осмислення проблеми до її конкретного емпіричного аналізу, забезпечуючи взаємозв'язок між концептуальними положеннями та практичними результатами.

Зокрема, загальнонаукові методи виступають універсальним інструментарієм дослідження, що забезпечує можливість глибокого аналізу складних управлінських процесів у сфері охорони здоров'я. Їх застосування дозволяє не лише систематизувати наявні наукові підходи, але й сформулювати нові теоретичні узагальнення щодо функціонування системи медичного обслуговування в територіальних громадах. Важливим аспектом є те, що ці методи забезпечують багаторівневий аналіз - від макrorівня державної політики до мікрорівня діяльності окремих закладів охорони здоров'я.

Крім того, використання комплексу загальнонаукових методів сприяє підвищенню достовірності результатів дослідження, оскільки дозволяє здійснювати перехресну перевірку отриманих даних, виявляти причинно-наслідкові зв'язки та формувати обґрунтовані висновки. Вони забезпечують можливість інтеграції різних типів інформації - теоретичної, статистичної, соціологічної - у єдину аналітичну систему, що є особливо важливим для дослідження міждисциплінарних об'єктів.

Методи аналізу та синтезу дозволили здійснити декомпозицію складних управлінських процесів на окремі складові з подальшим їх узагальненням у цілісну систему знань [133, 134].

Історико-ретроспективний метод забезпечив дослідження еволюції моделей управління охороною здоров'я в Україні, що дало змогу виявити історичні передумови сучасних реформ та визначити фактори, які стримують розвиток галузі [140].

Метод порівняльного аналізу (компаративістика) використано для дослідження зарубіжного досвіду та проведення бенчмаркінгу між територіальними громадами України [46, 63, 149], що дозволило

ідентифікувати кращі практики управління медичним обслуговуванням. Методи індукції та дедукції забезпечили логічну узгодженість дослідження, дозволяючи поєднувати загальнотеоретичні положення з емпіричними даними.

Спеціальні та емпіричні методи дослідження спрямовані на поглиблений аналіз практичних аспектів функціонування системи медичного обслуговування, що дозволяє перейти від теоретичного осмислення до безпосереднього вивчення реальних управлінських процесів у територіальних громадах. Їх застосування забезпечує можливість комплексної оцінки ефективності функціонування медичної інфраструктури, виявлення проблемних зон у системі управління та обґрунтування напрямів її вдосконалення з урахуванням сучасних викликів і трансформаційних змін.

Специфіка об'єкта дослідження, який поєднує економічні, соціальні, організаційні та правові складові, зумовила необхідність залучення спеціальних методів, притаманних науці державного управління та економіці охорони здоров'я. Такі методи дозволяють врахувати особливості функціонування галузі, зокрема її соціальну спрямованість, високу залежність від державного регулювання та обмеженість ресурсного забезпечення. Вони орієнтовані на аналіз не лише результатів діяльності системи, але й механізмів їх досягнення, що є критично важливим для формування ефективної управлінської політики на місцевому рівні.

Застосування спеціальних методів дає змогу здійснити кількісну та якісну оцінку ключових параметрів функціонування системи медичного обслуговування, включаючи фінансову стійкість закладів охорони здоров'я, рівень забезпеченості медичними кадрами, доступність та якість медичних послуг. Водночас емпіричні методи забезпечують отримання первинної інформації безпосередньо від учасників процесу — пацієнтів, медичних працівників та управлінців, що дозволяє врахувати їхні потреби, очікування та оцінки ефективності існуючих механізмів управління.

Крім того, використання спеціальних та емпіричних методів сприяє підвищенню достовірності результатів дослідження за рахунок поєднання різних джерел інформації та можливості їх взаємної перевірки. Це дозволяє сформулювати цілісне уявлення про стан і тенденції розвитку системи медичного обслуговування в територіальних громадах, а також забезпечує наукове підґрунтя для розробки практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності управління в умовах реалізації державної політики охорони здоров'я.

Економіко-статистичні методи дозволили обробити значні масиви кількісної інформації та встановити залежності між фінансовим забезпеченням і результативністю діяльності закладів охорони здоров'я [136]. Соціологічні методи, включаючи анкетування та інтерв'ювання, забезпечили отримання первинної інформації щодо оцінки якості медичних послуг населенням та виявлення управлінських проблем з позиції різних стейкхолдерів [26].

Важливим інструментом дослідження є нормативно-правовий аналіз, який дозволив оцінити ефективність чинного законодавства та виявити прогалини у правовому регулюванні управління медичним обслуговуванням [74].

Метод структурно-логічного моделювання застосовано для розробки концептуальної моделі управління, що відображає взаємозв'язки між ключовими елементами системи та дозволяє обґрунтувати напрями її вдосконалення [110, 127].

Достовірність та обґрунтованість наукових положень, висновків і рекомендацій дисертації забезпечується репрезентативною інформаційно-емпіричною базою, яка включає кілька рівнів джерел:

1. *Нормативно-правові акти:* Конституція України, Закони України («Про місцеве самоврядування в Україні», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного

обслуговування населення»), Укази Президента України, Постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України.

2. *Офіційні статистичні дані:* матеріали Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, аналітичні дашборди Національної служби здоров'я України (НСЗУ) щодо контрахтування та оплат надавачам медичних послуг.

3. *Документи стратегічного планування територіальних громад:* місцеві бюджети, цільові програми розвитку охорони здоров'я, статuti та фінансові плани комунальних некомерційних підприємств (лікарень, центрів ПМСД) вибраних для дослідження громад.

4. *Наукові праці та аналітичні звіти:* монографії, статті у фахових виданнях вітчизняних та зарубіжних вчених з питань державного управління, менеджменту в охороні здоров'я; звіти міжнародних організацій (ВООЗ, Світовий банк, проекти USAID в Україні, зокрема проєкт «Підтримка реформи охорони здоров'я»).

5. *Власні емпіричні дослідження автора:* результати соціологічних опитувань, проведених автором.

Таким чином, сформована методологія дослідження має комплексний, інтегрований характер і базується на поєднанні різних наукових підходів і методів, що взаємодоповнюють один одного. Це створює надійне підґрунтя для глибокого аналізу системи управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах, виявлення її проблемних аспектів та розробки науково обґрунтованих рекомендацій щодо її вдосконалення в умовах реалізації державної політики охорони здоров'я [9].

## **Висновки до розділу 1**

Ретроспективний аналіз еволюції державної політики у сфері охорони здоров'я засвідчує глибоку трансформацію підходів до управління медичним обслуговуванням в Україні, зумовлену процесами децентралізації публічної влади. Перехід від централізованої, адміністративно-командної моделі до

сучасної гібридної системи супроводжується зміною інституційної архітектури, фінансових механізмів та ролі суб'єктів управління. Визначальним трендом є переорієнтація системи з утримання мережі закладів на забезпечення результативності, якості та доступності медичних послуг, що відповідає сучасним підходам публічного управління .

Система охорони здоров'я на сучасному етапі функціонує як складна багаторівнева структура, у межах якої поєднуються механізми державного регулювання та елементи квазіринкового середовища. Запровадження інституту єдиного державного замовника в особі Національної служби здоров'я України забезпечило трансформацію фінансової моделі галузі та впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Це сприяло формуванню нових економічних стимулів, підвищенню ефективності діяльності надавачів медичних послуг і посиленню ролі конкуренції в межах гарантованого державного фінансування .

У ході дослідження встановлено, що територіальні громади трансформувалися у ключових суб'єктів управління медичним обслуговуванням на локальному рівні. Їх функції значно розширилися і включають стратегічне планування розвитку медичної мережі, управління комунальними некомерційними підприємствами, забезпечення ресурсної бази, кадрову політику та контроль якості медичних послуг. Відповідно, ефективність функціонування системи охорони здоров'я дедалі більше залежить від управлінської спроможності органів місцевого самоврядування та їх здатності адаптуватися до динамічних змін зовнішнього середовища.

Теоретичний аналіз засвідчив, що сучасна модель управління медичним обслуговуванням формується на основі синтезу концепцій New Public Management та Good Governance. Поєднання орієнтації на ефективність і результативність із принципами прозорості, підзвітності та участі громадськості забезпечує формування збалансованої управлінської парадигми, здатної враховувати як економічні, так і соціальні аспекти функціонування системи охорони здоров'я.

Важливу роль у поясненні сучасної архітектури управління відіграє інституційний підхід, який розглядає систему охорони здоров'я як сукупність формальних і неформальних правил взаємодії між державою, територіальними громадами та надавачами послуг. У межах цього підходу актуалізується проблема асиметрії інформації та агентських відносин, що зумовлює необхідність впровадження інструментів корпоративного управління, зокрема створення наглядових рад і посилення механізмів контролю .

Суттєвим чинником модернізації системи виступає цифровізація управління, яка забезпечує перехід до використання даних як основи для прийняття управлінських рішень. Впровадження електронної системи охорони здоров'я та медичних інформаційних систем сприяє підвищенню прозорості фінансових потоків, оптимізації адміністративних процесів і покращенню координації між рівнями медичної допомоги.

Разом із тим встановлено, що існуюча цифрова інфраструктура має низку обмежень, зокрема недостатню інтегрованість, відсутність єдиної архітектури та проблеми інтероперабельності, що стримують повноцінне використання цифрових інструментів і знижують ефективність управління в режимі реального часу. Це свідчить про необхідність подальшого розвитку цифрового середовища системи охорони здоров'я .

Окрему увагу приділено аналізу концепції резильєнтності, яка набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану. Доведено, що децентралізована модель управління забезпечує підвищену адаптивність системи охорони здоров'я, дозволяє оперативно реагувати на кризові виклики та підтримувати безперервність надання медичних послуг навіть в умовах значних зовнішніх потрясінь .

Водночас визначено, що обмеженість ресурсної бази окремих територіальних громад зумовлює необхідність розвитку міжмуніципального співробітництва як ефективного інструменту оптимізації витрат і забезпечення доступності спеціалізованої медичної допомоги. Використання ефекту

масштабу дозволяє підвищити ефективність функціонування медичної мережі та раціоналізувати використання ресурсів .

Поряд із цим виявлено наявність низки інституційних проблем, серед яких недостатній рівень управлінської компетентності, кадровий дефіцит, слабка координація між рівнями влади та опір впровадженню сучасних управлінських підходів. Це свідчить про незавершеність трансформаційних процесів і необхідність подальшого вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я .

Таким чином, управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах постає як складний багатовимірний процес, що поєднує інституційні, економічні, соціальні та технологічні компоненти. Його ефективність визначається здатністю органів місцевого самоврядування забезпечити баланс між ресурсними можливостями, потребами населення та вимогами державної політики, що формує основу стійкого розвитку системи охорони здоров'я на локальному рівні .

Результати дослідження за даним розділом знайшли своє відображення у наукових публікаціях автора [1, 6, 7, 8, 9] (додаток А).

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

#### 2.1. Оцінка ефективності організаційно-інституційного механізму управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді

Реформи децентралізації управління в Україні змінили розподіл повноважень та фінансових ресурсів між центральними органами влади та територіальними громадами, що безпосередньо вплинуло на організацію та управління охороною здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях [115, 116]. Децентралізація повноважень розширила автономію органів місцевого самоврядування у прийнятті управлінських рішень, плануванні бюджетних ресурсів та їх розподілі відповідно до потреб населення, створивши нові можливості, але й викривши інституційні слабкості [123, 205, 206].

У рамках трансформації об'єднання та консолідація територіальних громад мають на меті зменшити адміністративні витрати та перенаправити ресурси на проекти місцевого розвитку, зокрема на інфраструктуру та послуги, пов'язані з охороною здоров'я [354]. Така реструктуризація формує адміністративний фон, на тлі якого тепер мають функціонувати місцеві системи охорони здоров'я (табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

#### Спроможна мережа закладів в Україні

Госпітальний округ	Кількість кластерів	Надкластерні ЗОЗ	Кластерні ЗОЗ	ЗОЗ загального профілю
Вінницький	6	7	7	19
Волинський	4	4	7	9
Дніпропетровський	7	7	16	21
Донецький	NA	NA	NA	NA

*Продовження таблиці 2.1*

<b>Житомирський</b>	4	5	6	17
<b>Закарпатський</b>	6	7	7	8
<b>Запорізький</b>	NA	NA	NA	NA
<b>Івано-Франківський</b>	6	7	10	14
<b>Київський</b>	7	7	10	17
<b>Кіровоградський</b>	4	6	5	16
<b>Луганський</b>	NA	NA	NA	NA
<b>Львівський</b>	7	9	7	21
<b>Миколаївський</b>	NA	NA	NA	NA
<b>Одеський</b>	7	5	13	20
<b>Полтавський</b>	4	6	8	16
<b>Рівненський</b>	4	7	7	13
<b>Сумський</b>	5	6	7	12
<b>Тернопільський</b>	3	5	7	13
<b>Харківський</b>	7	7	15	21
<b>Херсонський</b>	NA	NA	NA	NA
<b>Хмельницький</b>	3	6	9	15
<b>Черкаський</b>	4	7	6	14
<b>Чернівецький</b>	3	8	6	6
<b>Чернігівський</b>	5	5	6	12

Примітка: власне дослідження, за даними МОЗ України [92]; NA – відсутність даних.

Загалом результати аналізу підтверджують, що формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я відбувається за принципом концентрації високоспеціалізованої допомоги та оптимізації використання ресурсів. Такий підхід забезпечує підвищення ефективності функціонування госпітальних округів, покращення доступності медичних послуг і створює організаційні передумови для реалізації державної політики охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

Варто зазначити, що окрім представленої спроможної мережі ЗОЗ на рівні територіальних громад в умовах децентралізації постала проблема ЗОЗ, які перебувають поза спроможною мережею, однак є надавачами медичних

послуг за пакетами ПМГ НСЗУ та забезпечують доступність до медичних послуг населенню з урахуванням норм чинного законодавства.

Політика децентралізації в Україні спрямована на перетворення місцевих органів влади на справжні центри повноважень на територіальному рівні, наділені відповідними повноваженнями та ресурсами для вирішення проблем на рівні громади. Цей підхід передбачає тісну координацію між державними виконавчими органами та органами місцевого самоврядування і має на меті мобілізувати громадянську активність та посилити роль вибору громади у прийнятті управлінських рішень [290]. Однак на практиці недостатня координація між місцевими виконавчими органами та органами самоврядування продовжує ускладнювати управління медичною інфраструктурою, планування ресурсів та реагування на кризові ситуації.

Дублювання функцій, відсутність чітких процедур взаємодії, обмежені фінансові можливості громад та нерівномірне кадрове забезпечення сукупно знижують загальну ефективність системи у регіонах. Ці висновки підкреслюють, що формальна децентралізація повноважень не є автоматично рівнозначною ефективному багаторівневому управлінню охороною здоров'я.

У сфері соціальної політики децентралізація також збільшила відповідальність територіальних громад за організацію та надання основних послуг в умовах війни, збройної агресії та масштабного внутрішнього переміщення населення. Від органів місцевого самоврядування тепер очікують високої адаптивності, швидкого прийняття рішень та ефективного використання обмежених ресурсів під час надання підтримки внутрішньо переміщеним особам та мешканцям постраждалих територій [205, 206, 255].

Подібні виклики виникли й у системі охорони здоров'я інших кризових контекстів, де децентралізація та лідерство визнаються критичними компонентами стійкості. Варто зазначити, що покращення результатів менеджменту у сфері охорони здоров'я залежить від децентралізованих, стійких підходів, у яких багатосекторальна співпраця та активні дії громади доповнюють функції офіційної системи охорони здоров'я, особливо в умовах

конфлікту [177, 195, 215, 278, 307, 356]. Міжнародний досвід Лівану демонструє, що тимчасова децентралізація через муніципальні кризові штаби під час реагування на COVID-19 дозволила місцевим органам використовувати свої знання про потреби громади для об'єднання ресурсів, визначення пріоритетів у наданні послуг та покращення справедливості й ефективності, хоча така організація була нетривалою і не змінила структурно переважно централізовану, орієнтовану на прибуток модель охорони здоров'я [259, 281].

З метою оптимізації децентралізованого управління потрібні інтегровані моделі, які поєднують правове регулювання, стабільне фінансування, стратегічне планування та сучасні інструменти координації й контролю [14].

В Україні інтегрована подібна модель управління, яка базується на принципах децентралізації, підзвітності, ефективного використання ресурсів та прозорості з метою зміцнення соціальної стійкості та забезпечення збалансованого регіонального розвитку охорони здоров'я в умовах воєнного стану та у період відновлення. Що стосується соціальних послуг у більш загальному сенсі, то посилення координації між державними та місцевими органами, створення механізмів моніторингу якості послуг та залучення громадянського суспільства до оцінки ефективності представлені як механізми підвищення прозорості та реагування на потреби громади, при цьому цифрові технології виділяються як важливі інструменти моніторингу та аналізу [124, 205, 206]. Ці напрямки управління відповідають міжнародним дискусіям щодо стійкості систем охорони здоров'я в нестабільних та конфліктних умовах, де децентралізовані моделі та спільне, багатосекторальне управління розглядаються як необхідні для подолання складних криз та переходу до більш справедливих та стійких систем охорони здоров'я [189, 234, 281, 356, 359, 381].

Нормативне закріплення повноважень та механізмів координації відіграє ключову роль у тому, як територіальні громади здійснюють та реалізують управління системою охорони здоров'я, особливо в кризових

умовах. В Україні законодавчі акти, що регулюють діяльність місцевих органів державної влади та місцевого самоврядування, визначають розподіл виконавчих повноважень на регіональному рівні, зокрема щодо організації роботи державних медичних закладів, управління бюджетними потоками та координації діяльності територіальних підрозділів центральних органів влади в надзвичайних ситуаціях. Аналіз змісту цих правових інструментів сприяв визначенню меж компетенції між адміністративними рівнями та оцінці їхніх управлінських ролей у забезпеченні безперервності медичного обслуговування, реалізації профілактичних та гуманітарних програм, а також реагуванні на епідеміологічні та техногенні загрози.

Варто зазначити, що практична реалізація виявляє прогалини, оскільки дублювання повноважень та відсутність детальних процедур взаємодії між виконавчими органами та структурами самоврядування прямо пов'язані зі зниженням ефективності управління інфраструктурою та реагування на кризові ситуації. Ці висновки підкреслюють, що правова база, хоча й формально розподіляє обов'язки, ще не повністю інституціоналізує ефективне багаторівневе управління у сфері охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

Регулювання фінансування охорони здоров'я є ще одним критично важливим компонентом правового середовища. Емпіричні дослідження, що спираються на бюджетні та регуляторні джерела, показують, що державні видатки на охорону здоров'я в Україні мають тенденцію до зростання: у 2023 році асигнування сягнули 217,4 млрд грн, а на розвиток інфраструктури, оновлення матеріально-технічної бази та розширення заходів з цифровізації заплановано подальше зростання у наступних роках.

Водночас обмежене та нестабільне фінансування на місцевому рівні описується як структурне обмеження, яке правові норми ще не врегулювали, оскільки територіальні громади залишаються нездатними повністю підтримувати медичні заклади або гарантувати рівний доступ без передбачуваних міжрегіональних трансфертів та чітких правил фінансування.

Таким чином, правові акти як сприяють секторальній модернізації, так і виявляють фіскальні вразливості, що безпосередньо впливають на територіальне управління охороною здоров'я [205, 206].

Стандартизація та регулювання якості формують інституційний контекст, у якому працюють територіальні постачальники послуг. Чинне законодавство на сучасному етапі щодо державних соціальних стандартів та охорони здоров'я встановлює державні гарантії безкоштовної медичної допомоги, включаючи визначення, обмеження та показники надання послуг, якості та фармацевтичного забезпечення. Галузеві стандарти, такі як стандарти медичної допомоги, клінічні протоколи, протоколи реабілітаційної допомоги, логістичні листи та медичні формуляри, визнаються нормативними інструментами, що пов'язують структурні ресурси, клінічні процеси та результати охорони здоров'я відповідно до тріади Донабедіана [227]. Нами пропонується багаторівнева архітектура стандартизації, що включає міжнародні, державні, галузеві, регіональні та місцеві стандарти, причому регіональні стандарти адаптують національні вимоги до конкретних умов області чи району (з урахуванням територіально-адміністративного устрою), а місцеві стандарти забезпечують функціонування моделей медичної допомоги в окремих закладах.

Шляхи впровадження юридично закріплені через прямі, непрямі, доктринальні та інституційні механізми, які забезпечують поступове впровадження міжнародних норм управління системою охорони здоров'я та надання медичної допомоги. Процедури ліцензування та акредитації, разом з оцінкою персоналу, визначені як офіційні механізми регулювання якості ресурсів у закладах охорони здоров'я [12, 40, 59, 60, 111, 130, 131, 140, 360].

Цифрова трансформація додає новий регуляторний рівень до управління охороною здоров'я. На національному рівні імплементована стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, разом із її оперативним планом визначено пріоритети та механізми модернізації управління з огляду на пандемію, воєнний стан та європейську інтеграцію, чітко передбачаючи

координацію між національними та регіональними органами влади та адаптацію національного законодавства до стандартів Європейського Союзу та міжнародних стандартів. Важливим конкретним актом є Постанова Кабінету Міністрів України № 857р від 06.09.2024, яка вносить зміни до Концепції розвитку електронної охорони здоров'я та передбачає гармонізацію національних цифрових стандартів з міжнародними, взаємодію електронних систем та використання електронних даних і аналітики великих даних у процесі прийняття управлінських рішень.

Електронна система охорони здоров'я описується як центральна цифрова інфраструктура, що створює єдиний простір для медичних даних пацієнтів, лікарів та закладів і підтримує електронні заяви, рецепти та направлення, які значною мірою замінюють паперову документацію. Нормативно-правові акти, що регулюють цю систему, дають змогу Національній службі охорони здоров'я України централізовано використовувати дані для планування ресурсів, моніторингу якості та оцінки ефективності системи, хоча відсутність єдиної національної архітектури електронної охорони здоров'я та необхідність вдосконалення стандартів обміну даними визнаються невирішеними регуляторними проблемами [268].

Порівняльні дані з інших національних контекстів підкреслюють, що недоліки в структурах управління, регулюванні оплати та системах страхування можуть призвести до фрагментованих, хаотичних систем з низькою оперативністю та ризиками технічного банкрутства закладів охорони здоров'я. Ці висновки збігаються з українськими дебатами щодо необхідності інтегрованих правових рамок, які поєднують децентралізацію з чіткою підзвітністю, стабільними правилами фінансування та надійним наглядом за державними та приватними суб'єктами у сфері охорони здоров'я [205, 206, 268, 283, 308].

Порівняльний аналіз також показує, що системи, які поєднують централізоване встановлення стандартів та фінансування з гнучкістю місцевого управління і використовують цифрові інструменти охорони

здоров'я, такі як електронні медичні картки та телемедицина, як правило, ефективніше забезпечують безперервність надання медичної допомоги та масштабування заходів реагування на кризові ситуації у сфері громадського здоров'я; приклади Південної Кореї та Естонії ілюструють практичне застосування швидкого тестування, відстеження контактів та телемедицини [170, 279].

Варто зазначити, що на сучасному етапі гібридні механізми управління можуть збільшити навантаження на координацію та посилити регіональну неоднорідність у якості послуг — це застереження, яке видається безпосередньо актуальним для правових та фіскальних прогалін, виявлених, в тому числі, й в українському контексті [183].

Розподіл виконавчих повноважень між адміністративними рівнями в Україні відводить провідну роль місцевим державним адміністраціям у реалізації державної політики охорони здоров'я в регіонах, районах та містах. Ці органи виступають територіальними представниками центрального уряду, забезпечуючи перетворення національних стратегічних рішень та нормативних актів на конкретні управлінські дії. Їхні основні функції охоплюють організацію діяльності державних медичних закладів, управління фінансовими потоками в галузі охорони здоров'я, координацію територіальних підрозділів центральних виконавчих органів та реагування на надзвичайні ситуації шляхом епідеміологічного моніторингу та кризових втручань. Вони також забезпечують реалізацію державних та регіональних профілактичних, соціально-медичних та гуманітарних програм, зокрема ініціатив у сфері охорони здоров'я матері та дитини та невідкладної медичної допомоги, що робить їх центральними вузлами для підтримання безперервності надання послуг у кризових умовах [15].

Територіальні підрозділи центральних органів виконавчої влади є невід'ємною складовою цієї архітектури, виконуючи функції контролю, аналізу та координації. Ці структури реалізують галузеву політику в межах конкретних адміністративних одиниць, контролюють дотримання

нормативних вимог та підтримують канали зворотного зв'язку між центральними міністерствами та місцевими адміністраціями. Їхня діяльність сприяє створенню дворівневої моделі підзвітності, яка пов'язує національні пріоритети з регіональною реалізацією та підвищує адаптивність регіональної політики в галузі охорони здоров'я.

Спеціалізовані департаменти охорони здоров'я в складі місцевих державних адміністрацій ще більше зміцнюють цю вертикаль, забезпечуючи координацію між регіональним та державним рівнями, здійснюючи моніторинг показників здоров'я населення та керуючи регіональними програмами розвитку охорони здоров'я, тим самим інституціоналізуючи безперервний потік інформації та нагляду.

Органи місцевого самоврядування представляють територіальні громади та здійснюють як власні, так і делеговані повноваження в управлінні системою охорони здоров'я. Їхня близькість до населення дозволяє швидко реагувати на місцеві потреби шляхом утримання та розвитку комунальних закладів охорони здоров'я, прийняття рішень щодо створення, реорганізації або ліквідації закладів, а також фінансування місцевих програм з бюджетів громад. Ці органи також відповідають за забезпечення доступу мешканців громади до медичних послуг та залучення громадськості до обговорення питань організації медичної допомоги, що підвищує прозорість та підзвітність управлінських рішень. Інтеграція органів місцевого самоврядування в систему управління створює додатковий рівень контролю та сприяє адаптації національних стандартів до регіональних особливостей, забезпечує створення багаторівневої структури управління, в якій держава встановлює загальні правила, а місцеві суб'єкти забезпечують практичне функціонування на своїх територіях.

Адміністративна вертикаль у медичному секторі також характеризується подвійною підзвітністю. Структурні підрозділи місцевих адміністрацій підпорядковуються як головам адміністрацій, так і відповідним центральним виконавчим органам, що сприяє узгодженню місцевої політики з

національними стратегіями. Паралельно з цим територіальні представництва центральних органів влади, такі як регіональні відділи державного контролю за обігом лікарських засобів та медичних виробів, виконують наглядові та регуляторні функції, що забезпечують якість та безпеку фармацевтичних та пов'язаних з ними послуг. Міжрегіональні відділи Національної служби охорони здоров'я України діють у кількох регіонах, укладаючи договори з закладами охорони здоров'я, фінансуючи послуги, що надаються за цими договорами, та контролюючи цільове використання бюджетних коштів.

Така структура пов'язує рішення щодо закупівель та фінансування за Програмою медичних гарантій на національному рівні з наданням послуг на місцевому рівні, підсилюючи інтегрований характер системи управління та забезпечуючи баланс між централізованим регулюванням та регіональною автономією. Нормативний аналіз українського законодавства підтверджує, що положення Закону «Про місцеві державні адміністрації» закріплюють статус місцевих адміністрацій як ключових суб'єктів у реалізації політики в галузі охорони здоров'я. У межах детермінованих повноважень ці органи організують підпорядковані медичні заклади, розробляють та виконують регіональні програми охорони здоров'я, здійснюють аналітичний моніторинг стану здоров'я населення та координують профілактичні заходи.

Для оцінки ефективності виконання цими національними, регіональними та місцевими органами своїх функцій було використано емпіричне дослідження, яке поєднує описову статистику щодо бюджетного фінансування, реалізації Програми медичного забезпечення, розподілу ресурсів між рівнями медичної допомоги та показників кадрового забезпечення з контент-аналізом законодавчих актів. Результати таких досліджень підкреслюють, що синергія між державним регулюванням та регіональною автономією, що реалізується через взаємопов'язані інституції національного, регіонального та місцевого рівнів, формує інтегровану систему управління, спрямовану на забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг у територіальних громадах.

Координація між установами та рівнями влади визначає здатність територіальних систем охорони здоров'я функціонувати як у кризових, так і в повсякденних умовах.

В умовах воєнного стану та масштабного внутрішнього переміщення гостро постає потреба у узгодженому прийнятті рішень на центральному та місцевому рівнях, оскільки стабільність надання послуг внутрішньо переміщеним особам та мешканцям постраждалих територій залежить від послідовних, синхронізованих дій усіх суб'єктів управління [184]. Ці спостереження підкреслюють, що формальна децентралізація повноважень за відсутності надійних механізмів координації не призводить автоматично до створення інтегрованої територіальної системи управління охороною здоров'я [205, 206].

Історичний аналіз діяльності регіональних управлінь охорони здоров'я свідчить, що обмежене дискреційне фінансування, недостатня чисельність персоналу на місцях та слабкі законодавчі повноваження можуть перешкоджати перетворенню децентралізованих повноважень на ефективне місцеве планування та інтеграцію послуг [258, 280].

Отже, ці дані, підкріплюють аргументи на користь регіональних планових підрозділів, наділених законодавчими повноваженнями, передбачуваних трансфертів та спеціалізованого адміністративного потенціалу, якщо міжрівнева координація має на меті досягти стійких покращень, а не епізодичних виправлень.

Міжнародний досвід з регіонів, що зазнали криз, підкреслює центральну роль багатосекторальної та багаторівневої координації. Встановлено, що для покращення результатів необхідні децентралізовані, сталі підходи, за яких співпраця між такими секторами, як освіта, економіка, дипломатія та громадська діяльність, які координуються з національними та міжнародними організаціями, базується на принципі використання наявних місцевих ресурсів та потенціалу [11, 241, 369, 370, 372, 393, 396].

Багатосекторальна співпраця чітко пов'язана з ефективністю партнерств, доступністю медичних послуг та необхідністю стійких спільних зусиль, що об'єднують різноманітних зацікавлених сторін для відновлення інфраструктури та переорієнтації системи охорони здоров'я на стійкість. Ці висновки позиціонують скоординоване, міжрівневе управління як необхідну умову для перетворення гуманітарних зусиль на довгострокове зміцнення системи, а не на короткочасні заходи реагування на надзвичайні ситуації [129, 264, 288, 307, 357, 381].

Визначено, що слабка координація та фрагментовані механізми управління обмежують стійкість медичної системи на рівні територіальних громад. Місцеві суб'єкти у сфері охорони здоров'я значною мірою в умовах кризових ситуацій можуть покладатися на гуманітарну підтримку, ситуативну співпрацю з донорами та зростаючу толерантність до неформальних медичних послуг для підтримки діяльності, однак відсутність структурованих механізмів управління для інтеграції цих суб'єктів призвела до дублювання, неефективності та нерівності у доступі до медичної допомоги.

Аналіз на основі абсорбційних, адаптивних та трансформаційних можливостей стійкості системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад показує, що залежність від зовнішньої допомоги та неформальних постачальників послуг без чіткого регуляторного нагляду підриває довгострокове планування та робить систему вразливою до майбутніх кризових ситуацій [398].

На національному рівні орієнтовані на прибуток та централізовані характеристики системи охорони здоров'я, у поєднанні з гуманітарним фінансуванням, що надходить через приватні та низьковитратні сектори, посилили фрагментацію та перешкодили створенню більш ефективної, орієнтованої на потреби структури. Висновки з цього випадку вказують на необхідність комплексної реформи управління, посилення децентралізації та стратегічного розподілу ресурсів, орієнтованого на потреби, для переходу до більш справедливого та інклюзивного надання медичних послуг, водночас

застерігаючи, що координація, обмежена абсорбційними та адаптивними заходами, є недостатньою без глибшої структурної трансформації механізмів публічного управління у галузі [32, 56, 60, 77, 78, 170, 212, 225, 272].

Цифрові інфраструктури та цифрова архітектура створюють додаткові інтерфейси координації між національними закупівельниками, регіональними менеджерами та місцевими постачальниками. В Україні Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) створює єдиний цифровий простір для зберігання, обробки та обміну медичними даними пацієнтів, лікарів та закладів, з'єднуючи тисячі медичних закладів по всій країні та обробляючи мільярди медичних записів, електронних рецептів та направлень. Централізоване використання цих даних Національною службою охорони здоров'я України дає змогу приймати обґрунтовані рішення щодо планування ресурсів, моніторингу якості послуг та оцінки загальної ефективності системи, тим самим виступаючи технічною основою для скоординованого управління на всіх рівнях.

Однак невирішені проблеми, зокрема відсутність єдиної архітектури електронної охорони здоров'я та недостатньо розвинені стандарти обміну даними, стримують повну інтеграцію всіх цифрових компонентів та обмежують потенціал аналітики великих даних для скоординованого формування політики та контролю. Стратегічні документи на сьогоднішньому етапі прямо передбачають гармонізацію цифрових стандартів з міжнародними нормами та наголошують на координації між національними та регіональними органами влади, що свідчить про визнання того, що цифрова трансформація має бути узгоджена з ширшими міжвідомчими реформами управління [268].

Обмеження державного фінансування та зростаючі вимоги до систем охорони здоров'я спонукали уряди експериментувати з механізмами співпраці, що мобілізують приватний капітал та управлінський досвід для надання публічних послуг. Публічно-приватні партнерства (ППП) розглядаються як один із таких механізмів, особливо в умовах країн з низьким та нижчим середнім рівнем доходу, де державні ресурси та інфраструктура

залишаються недостатніми для задоволення потреб населення. У цих умовах додатково детермінується сутність державно-приватного партнерства (ДПП), яке описується як відповідь на кризи фінансування системи охорони здоров'я, що дає змогу державним органам використовувати можливості приватного сектору для розширення закладів, покращення надання послуг та підвищення доступності медичної допомоги [86, 87, 150, 151].

Емпіричні приклади з Індії та кількох країн Африки на південь від Сахари ілюструють, як схеми ДПП використовувалися для фінансування будівництва та модернізації медичних закладів, а також для підтримки надання послуг у районах з недостатніми ресурсами, тим самим усуваючи нагальні прогалини в потужностях місцевих систем. Досвід, узагальнений у дослідженнях, орієнтованих на політику, підкреслює, що ППП у сфері охорони здоров'я є не суто фінансовими інструментами, а механізмами управління, що перерозподіляють ролі, відповідальність та ризики між державними та приватними суб'єктами.

У моделях медичного обслуговування, орієнтованих на цінність, та ініціативах інтегрованої медичної допомоги, таких як організації відповідального медичного обслуговування та інші договірні форми, структури оплати та управління дедалі частіше пов'язують відшкодування витрат із результатами лікування пацієнтів, клінічною якістю та задоволеністю пацієнтів, а не з обсягом послуг. Пов'язуючи державні закупівлі або об'єднані фонди з такими показниками ефективності, ці моделі мають на меті узгодити стимули для постачальників з якістю та безперервністю медичної допомоги, включаючи функції профілактики та управління хронічними захворюваннями, які є центральними для стійких місцевих систем. Міжнародні дані зі Сполучених Штатів свідчать, що подібні механізми дозволили досягти покращення контролю над хронічними захворюваннями, знизити показники госпіталізації та посилити профілактичні послуги, що є ключовими аспектами інтегрованої, орієнтованої на пацієнта медичної допомоги на територіальному

рівні. Аналітичні оцінки також виявляють суттєві ризики управління та проблеми справедливості, пов'язані з ППП.

До критичних питань належать ефективність договірних домовленостей, механізми корпоративної підзвітності та ризик того, що поведінка, спрямована на отримання прибутку, підриватиме соціальні цілі систем громадського здоров'я [163]. Без надійного регуляторного нагляду, чітких показників ефективності та прозорого моніторингу ППП може сприяти фрагментації послуг, вибіркового орієнтуванню на прибуткові групи пацієнтів та поглибленню нерівності у доступі. Ці виклики стають особливо гострими в умовах конфліктів або фінансових обмежень, де державний регуляторний потенціал ослаблений, а гуманітарні або донорські кошти можуть надходити через приватних або недорогих постачальників, які мають обмежену інтеграцію в національні системи, як задокументовано в кризових ситуаціях [307, 359, 381].

Варто зазначити, що з точки зору стійкості, ППП розглядаються як потенційно важливі компоненти ширших багатосекторальних та багаторівневих стратегій зміцнення систем охорони здоров'я на рівні територіальних громад. Міжнародні дискусії щодо криз у сфері охорони здоров'я підкреслюють необхідність скоординованих дій між державними органами, приватними суб'єктами та громадянським суспільством для підтримки основних послуг, відновлення інфраструктури та розширення можливостей реагування на надзвичайні ситуації в умовах конфліктів, природних катастроф або пандемій [160].

Міжнародний досвід демонструє, що партнерства між національними установами, міжнародними організаціями та іншими зацікавленими сторонами є незамінними для підтримки роботи закладів охорони здоров'я, закладів первинної медичної допомоги та стабілізаційних центрів, навіть коли більше половини медичних послуг залишаються недоступними через пошкодження критичної інфраструктури та обмежене фінансування [23, 26, 249, 251, 252, 270]. Хоча ці форми співпраці не детерміновані як ППП, однак

у договірному сенсі, вони мають спільні основні риси: спільну мобілізацію ресурсів, розподіл ризиків та спільне управління наданням послуг, що є актуальним для територіальних громад, які розробляють та формують змішані державно-приватні механізми.

Стратегічні рекомендації, що випливають з проведених нами досліджень, стверджують, що співпраця на зразок ППП має бути вбудована в децентралізовані, сталі підходи, які надають пріоритет місцевим потребам та можливостям для оптимізації стратегій управління системою охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

Політичні рамки мають встановлювати чіткі критерії залучення приватних партнерів, визначати показники справедливості та доступності, а також забезпечувати якісну оцінку результатів партнерства з огляду на цілі стійкості системи охорони здоров'я, а не короткострокову економію фінансування [163, 239, 381, 382, 388].

Огляди, орієнтовані на дослідження, також пропонують, щоб інтеграція ППП в управління охороною здоров'я супроводжувалася інвестиціями в системи даних, інструменти моніторингу та механізми участі зацікавлених сторін, щоб територіальні громади могли оцінити додану вартість таких домовленостей і відповідно коригувати контракти або моделі управління [327].

Для територіальних громад України, які вже стикаються з обмеженим фіскальним простором та дефіцитом координації, цей міжнародний досвід свідчить, що ППП можуть підтримувати місцеве управління охороною здоров'я лише за умови їх ретельного регулювання, прозорого управління та узгодження з ширшими цілями справедливої, стійкої та орієнтованої на пацієнта медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій та післякризових умов [35, 41, 86, 119, 163, 205, 206].

Інституційна залученість громад та недержавних суб'єктів до управління охороною здоров'я виявляється критично важливим аспектом функціонування системи як у звичайних умовах, так і в умовах кризи.

Українські дослідження підкреслюють, що ефективність конституційно гарантованих прав на охорону здоров'я залежить не лише від діяльності місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування, які організують, координують та контролюють надання послуг у межах територіальних одиниць, а й від взаємодії цих органів з громадами, які стикаються з переміщенням, пов'язаним з війною, руйнуванням інфраструктури та дефіцитом ресурсів [152, 153, 155].

В умовах воєнного стану внутрішньо переміщені особи та мешканці постраждалих територій потребують швидких рішень державних органів, що ґрунтуються на потребах, що, у свою чергу, передбачає наявність каналів комунікації, які дозволяють отримувати відгуки від громад та громадянського суспільства щодо прогалин у послугах та пріоритетів з урахуванням тенденцій диджиталізації, цифрової трансформації [17, 33, 45, 120, 143, 205, 206].

Цифрова трансформація державного управління в українській галузі охорони здоров'я є способом посилення координації між учасниками системи та забезпечення прозорості прийняття рішень, створюючи тим самим умови для зміцнення довіри громадян та громадського контролю за стабільністю медичної інфраструктури.

Концептуалізації моделі управління, орієнтованої на послуги, чітко пов'язують організаційні, етичні, комунікаційні та технологічні компоненти, вказуючи на те, що орієнтовані на громаду культури комунікації та етичне лідерство є передумовами для значущої залученості зацікавлених сторін до управління охороною здоров'я [17, 102].

Емпіричні дослідження соціальної політики та управління охороною здоров'я в Україні пов'язують ефективне реагування на кризові ситуації з посиленням координації між державними та місцевими органами влади, а також із залученням інститутів громадянського суспільства до оцінки якості соціальних та медичних послуг. Механізми зворотного зв'язку між постачальниками послуг та громадами описуються як інструменти для підвищення прозорості управлінських рішень та забезпечення більш точного

реагування на потреби населення, особливо в умовах воєнних та післявоєнних викликів [205, 206].

Додатковий аналіз організацій громадянського суспільства показує, що українська правова база забезпечує формальні умови для їхньої автономії та участі в соціально значущих процесах, зокрема в сфері охорони здоров'я, і що послідовні етапи взаємодії з державними органами перейшли від спонтанних ініціатив до більш систематичної співпраці через консультативні органи, цифровізовані платформи громадського моніторингу та активізацію залучення волонтерів в умовах воєнного стану та інших кризових ситуацій. Програми Європейського Союзу, такі як EU4Health та Horizon Europe, можуть стати орієнтирами для моделей спільного управління та управління за участю багатьох зацікавлених сторін, які інституціоналізують спільне планування та моніторинг політики охорони здоров'я з боку державних органів, організацій громадянського суспільства, пацієнтів, професійних асоціацій та бізнесу, тим самим вбудовуючи участь громади в офіційні архітектури управління [22, 317].

Сучасні тенденції демонструють, що ефективне управління системою охорони здоров'я вимагає участі багатьох зацікавлених сторін та чітких механізмів підзвітності, а запровадження децентралізованого управління поряд зі стратегіями співпраці могло б сприяти більш контекстуальним та справедливим рішенням [8, 24, 29, 97, 128, 154].

Дослідження, пов'язані з COVID-19, додають ще більшої деталізації ролі місцевих зацікавлених сторін. Вивчення місцевих секторів охорони здоров'я засвідчує високий рівень співпраці між місцевими органами охорони здоров'я, медичними установами, громадськими організаціями та суб'єктами приватного сектору, причому тестування на рівні громади, вакцинація в інтенсивному режимі та державно-приватні партнерства з мобілізації ресурсів слугують конкретними прикладами інновацій, ініційованих зацікавленими сторонами, які посилили місцевий потенціал реагування та сприяли солідарності й стійкості. Водночас виклики у координації суб'єктів з

розбіжними пріоритетами та ресурсами ілюструють, що залучення без надійних координаційних механізмів може обмежувати ефективність [175, 176, 185, 186, 187, 263].

Аналіз механізму забезпечення якості медичної допомоги засвідчує, що механізми управління, які регулюють повноваження, підзвітність та участь суб'єктів, є необхідними умовами для впровадження заходів з підвищення якості, а делегування повноважень щодо прийняття рішень має бути ретельно узгоджене зі структурами підзвітності та фінансування, щоб уникнути підриву бажаних ефектів залучення зацікавлених сторін [373].

У сукупності ці висновки свідчать про те, що для територіальних громад, які функціонують в умовах конфлікту, інституціоналізована участь громади та залучення багатьох зацікавлених сторін вимагають не лише юридичного визнання та цифрових інструментів, а й ретельно розроблених механізмів підзвітності та координації, які пов'язують думку представництва громади із центрами прийняття рішень та узгоджують їх із реформами системи охорони здоров'я, орієнтованими на стійкість [22, 178, 205, 206].

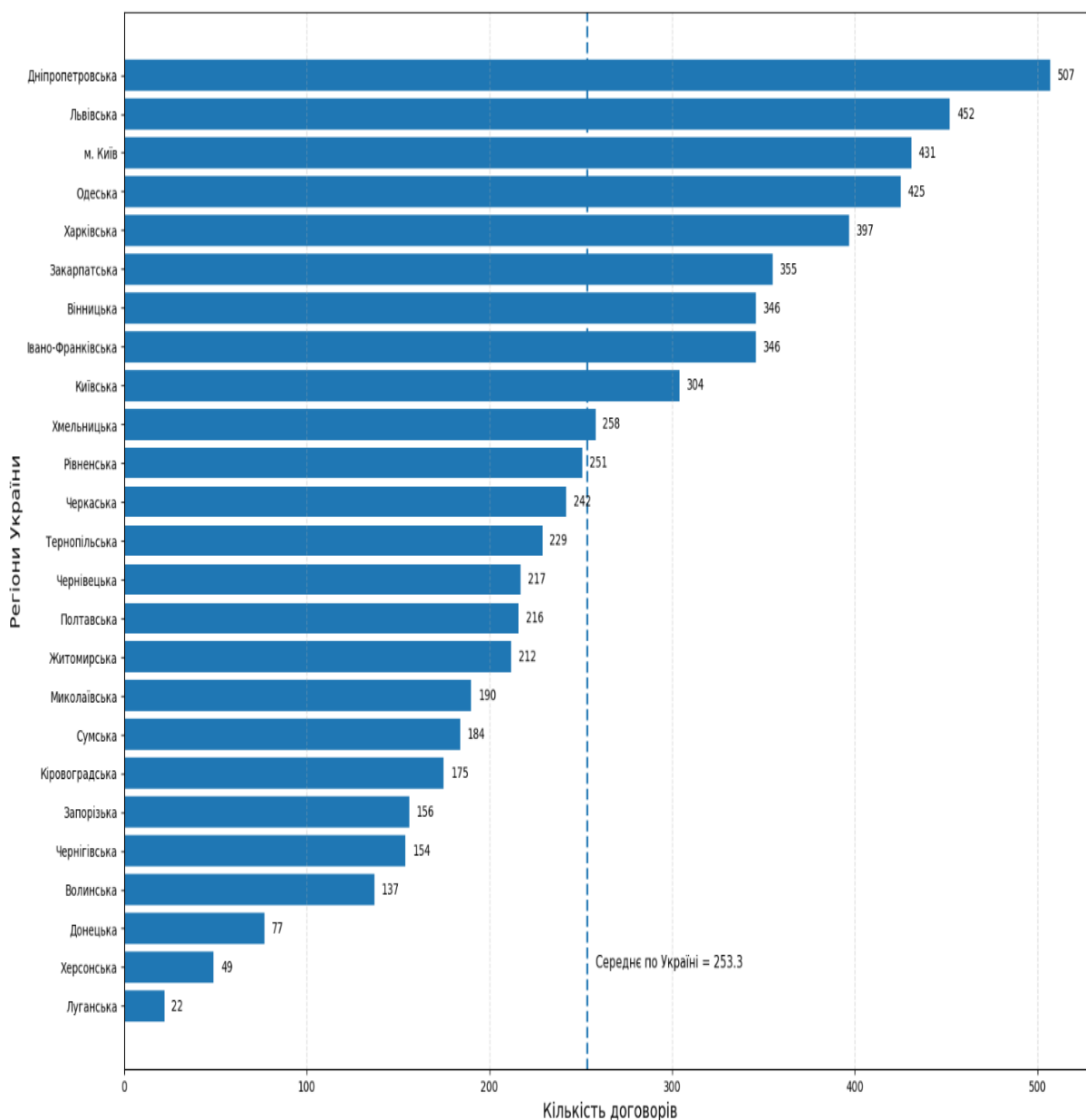
Підзвітність в управлінні охороною здоров'я реалізується через щільний комплекс правових, організаційних та процедурних інструментів, що регулюють як якість послуг, так і використання державних ресурсів. Українські нормативні акти визначають численні наглядові органи у сфері медичних та фармацевтичних послуг, зокрема відділи ліцензування та контролю якості в Міністерстві охорони здоров'я, Державну службу України з контролю за лікарськими засобами та медичними виробами, Державний експертний центр та відповідні регіональні підрозділи. Взаємодія між цими структурами утворює інтегровану систему нагляду, яка забезпечує реалізацію державної політики на всіх територіальних рівнях. У рамках цієї системи ліцензування медичної практики, акредитація закладів, сертифікація фахівців та технологій, а також стандартизація медичних протоколів функціонують як основні механізми, за допомогою яких перевіряється дотримання законодавчих норм та вимог до якості. Ця двокомпонентна модель, що поєднує

розробку нормативних правил із практичним забезпеченням їх виконання на рівні закладів, чітко сформульована як спосіб забезпечення як контролю, так і підзвітності постачальників послуг [205, 206, 335].

Інструменти забезпечення якості формують ще один рівень підзвітності. Накази Міністерства охорони здоров'я України щодо контролю якості та клінічної експертизи визначають такі методи, як зовнішні та внутрішні аудити, самооцінка, моніторинг показників якості та сертифікація відповідно до українського та європейського законодавства. Ці інструменти охоплюють структурні умови, процеси надання медичної допомоги та результати і включають оцінку дотримання стандартів, кваліфікаційних вимог до медичних працівників та дотримання прав і безпеки пацієнтів. Хоча формальні процедури часто ініціюються небажаними подіями або скаргами пацієнтів, аналіз політики свідчить, що критерії якості повинні бути безпосередньо пов'язані з фінансуванням, щоб показники ефективності та клінічні показники якості впливали на рішення щодо розподілу ресурсів. Збалансовані системи показників описуються як інструменти державного управління, спрямовані на підвищення прозорості, забезпечення ефективного використання бюджету та створення циклів зворотного зв'язку між постачальниками, пацієнтами та регуляторними органами. Внутрішні аудити систем управління якістю в організаціях охорони здоров'я доповнюють ці зовнішні заходи контролю, проходячи циклічні етапи від планування та виконання до аналізу результатів, коригувальних дій та оцінки ефективності, тим самим інституціоналізуючи постійне вдосконалення та простежувані реакції на невідповідності [335].

Фінансова підзвітність підкріплюється принципом реформи «гроші слідують за пацієнтом», який переорієнтовує фінансування з утримання закладів на обсяг та якість фактично наданих послуг. Ця логіка оплати, реалізована через Програму медичних гарантій (ПМГ) та договори з Національною службою охорони здоров'я України (НСЗУ), має на меті підвищити прозорість розподілу бюджетних коштів, стимулювати ефективне

використання ресурсів та заохочувати конкуренцію між постачальниками на основі якості (рис. 2.1).



**Рис. 2.1. Розподіл постачальників медичних послуг, що уклали контракти на надання медичних послуг за ПМГ із НСЗУ (станом на 2026 рік)**

Джерело: власна розробка на основі [92].

НСЗУ відповідає за укладення контрактів, фінансування послуг за контрактом та моніторинг цільового використання державних коштів, інтегруючи контроль ефективності у рішення щодо закупівель. Емпіричні дані

про зростання витрат на охорону здоров'я та збільшення частки, що виділяється на ПМГ, ілюструють консолідацію цієї системи договірної підзвітності, водночас ставлячи нові вимоги до моніторингу ефективності та справедливості витрат в умовах фінансового тиску та воєнного стану (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Оплата НСЗУ за ПМГ надавачам медичних послуг у  
регіональному контексті, млрд. грн.**

Період	2022		2023		2024	
	Кількість надавачів	Оплата	Кількість надавачів	Оплата	Кількість надавачів	Оплата
<b>Дніпропетровська</b>	348	13,29	372	12,06	390	13,72
<b>Львівська</b>	307	10,64	343	10,14	360	11,57
<b>м. Київ</b>	320	11,86	357	11,62	381	13,84
<b>Одеська</b>	296	7,9	323	7,25	328	8,35
<b>Харківська</b>	351	10,13	317	7,45	344	8,68
<b>Закарпатська</b>	185	4,26	207	4,03	219	4,22
<b>Вінницька</b>	225	5,77	246	5,90	264	6,63
<b>Івано-Франківська</b>	238	5,64	263	5,51	260	5,98
<b>Київська</b>	225	6,04	229	5,42	245	5,98
<b>Хмельницька</b>	205	5,36	226	5,20	227	5,46
<b>Рівненська</b>	172	4,70	187	4,67	215	5,31
<b>Черкаська</b>	137	4,82	147	4,66	160	5,12
<b>Тернопільська</b>	162	4,16	167	4,14	181	4,43
<b>Чернівецька</b>	150	3,84	156	3,83	169	4,12
<b>Полтавська</b>	159	5,42	168	5,21	206	5,68

*Продовження таблиці 2.2*

<b>Житомирська</b>	169	4,86	168	4,62	178	5,08
<b>Миколаївська</b>	136	3,70	136	2,89	145	3,53
<b>Сумська</b>	158	4,82	153	4,50	156	4,67
<b>Кіровоградська</b>	131	3,71	141	3,44	147	4,04
<b>Запорізька</b>	204	6,67	170	5,06	135	4,37
<b>Чернігівська</b>	101	4,06	108	3,68	123	3,95
<b>Волинська</b>	101	4,43	101	4,35	112	4,98
<b>Донецька</b>	151	6,00	102	3,13	85	2,26
<b>Херсонська</b>	143	3,58	99	2,17	50	1,33
<b>Луганська</b>	60	2,35	44	0,44	23	0,14

Джерело: власне дослідження, за даними МОЗ України [92].

Отримані результати свідчать, що у 2022–2024 рр. фінансування пакетів медичної допомоги (ПМГ) залишалося ключовим інструментом забезпечення функціонування системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Водночас регіональні відмінності набули більш вираженого характеру. Західні та центральні області демонструють зростання кількості надавачів і обсягів фінансування, тоді як східні та південні регіони характеризуються суттєвим скороченням ресурсного потенціалу. Це підтверджує необхідність удосконалення механізмів державної політики охорони здоров'я шляхом застосування диференційованих підходів до фінансування, розвитку міжрегіональної кооперації, підтримки критичної медичної інфраструктури та впровадження адаптивних моделей управління медичним обслуговуванням територіальних громад.

Горизонтальні та вертикальні відносини між центральними, регіональними та місцевими органами влади також побудовані навколо підзвітності. Місцеві державні адміністрації юридично визначені як ключові

суб'єкти реалізації національної політики охорони здоров'я, організації підпорядкованих установ, виконання регіональних програм та моніторингу здоров'я населення, водночас підпорядковуючись як головам адміністрацій, так і відповідним центральним виконавчим органам. Територіальні підрозділи центральних органів влади та міжрегіональні департаменти НСЗУ забезпечують додатковий нагляд через функції нагляду та укладення договорів. Ця подвійна підпорядкованість створює дворівневу модель підзвітності, в якій забезпечується узгодженість з національними пріоритетами, але при цьому зберігається певний ступінь адаптації регіональної політики. Місцеві органи самоврядування, у свою чергу, підзвітні територіальним громадам за утримання комунальних об'єктів, забезпечення доступу, фінансування місцевих програм та залучення громадськості до прийняття рішень щодо організації медичної допомоги, що закріплює управлінські рішення в рамках громадського контролю та колегіального обговорення [205, 206].

Міжнародні дискусії щодо стійких систем охорони здоров'я ще більше пов'язують підзвітність із реформою управління. Аналіз ситуацій, що зазнали впливу криз, свідчить, що посилення регуляторного нагляду, інтеграція неформальних та приватних постачальників у формальні рамки та впровадження децентралізованих моделей управління є необхідними для справедливого та сталого надання послуг.

Рамки для вимірювання стійкої ефективності систем охорони здоров'я аналогічно стверджують, що політична та фінансова стійкість заходів, разом із чіткими показниками стійкості, є ключовими для оцінки того, чи залишаються системи охорони здоров'я відповідальними за довгострокові результати здоров'я населення, а не лише за короткострокові реакції на кризи [401]. Глобальні рекомендації щодо національної політики якості наголошують на розробці чіткого національного напрямку щодо якості, уточненні механізмів управління та моніторингу, а також узгодженні базового набору показників для відстеження прогресу; такі кроки, ймовірно, посилять

спроможність замовників та регуляторних органів пов'язувати показники якості з рішеннями щодо фінансування та укладення контрактів. Ці рекомендації, як видається, також передбачають створення органами влади механізмів для регулярного вимірювання та зворотного зв'язку, що може сприяти узгодженню перехресних повноважень з нагляду та покращенню своєчасного використання даних для нагляду та вжиття коригувальних заходів [371].

Узгодженість політики у сфері охорони здоров'я та соціальної політики в Україні найгостріше випробовується в умовах воєнного стану, коли зруйнована медична інфраструктура, масштабне внутрішнє переміщення населення та нестача людських ресурсів одночасно створюють навантаження на системи охорони здоров'я та соціального захисту [7].

Аналіз регіонального управління підкреслює, що узгодженість рішень місцевих державних адміністрацій та органів самоврядування стає вирішальним фактором для підтримання стабільності як медичної, так і соціальної підтримки в умовах криз, особливо для внутрішньо переміщених осіб та мешканців постраждалих територій.

Фінансова політика забезпечує центральний інтерфейс між секторальними цілями охорони здоров'я та ширшими пріоритетами соціальної політики. Державні видатки на охорону здоров'я в Україні у 2023 році сягнули 217,4 млрд грн, а подальші бюджетні плани орієнтовані на розвиток медичної інфраструктури, оновлення матеріально-технічної бази та розширення цифровізації послуг [47]. Ці асигнування є частиною системної стратегії, що поєднує базові медичні гарантії з інноваційними напрямками та комплексною соціально-медичною підтримкою громадян, тим самим пов'язуючи фінансування охорони здоров'я з принципами соціальної справедливості та довірою громадськості до державних інституцій.

Перспективні плани передбачають розширення фінансування реабілітаційних послуг для постраждалих, людей з інвалідністю та військовослужбовців, які повертаються з фронту, з явною інтеграцією

медичних, соціальних та психологічних компонентів для підтримки фізичного одужання, психоемоційного здоров'я та соціальної адаптації.

Такі заходи розглядаються нами як передумови сталого розвитку галузі та зміцнення інституційної спроможності надавати соціально орієнтовану медичну допомогу. Реформи децентралізації змінюють характер взаємодії політики у сфері охорони здоров'я та соціальної політики на територіальному рівні.

Розширення повноважень територіальних громад збільшує місцеву автономію у плануванні бюджету та розподілі ресурсів, створюючи умови для адаптації медичної та соціальної підтримки до конкретних потреб громади. Водночас децентралізація викрила системні виклики, зокрема недостатній інституційний потенціал деяких органів місцевого самоврядування, нерівний доступ до соціальних послуг у різних регіонах та зростаючі регіональні диспропорції, що поглиблюються війною. Ці недоліки безпосередньо впливають на здатність громад фінансувати та організовувати медичну допомогу та пов'язані з нею соціальні програми. Для їх усунення потрібні інтегровані моделі управління, що поєднують правове регулювання, стабільну фінансову підтримку, стратегічне планування та сучасні інструменти координації й контролю, а також механізми моніторингу якості соціальних послуг та залучення інститутів громадянського суспільства до оцінки їхньої ефективності [261].

Зворотний зв'язок між постачальниками послуг та громадами розглядається як спосіб підвищення прозорості управлінських рішень та забезпечення більш точного реагування на потреби населення як у сфері охорони здоров'я, так і в соціальній сфері [205, 206].

Комунікаційна політика в галузі охорони здоров'я концептуалізується як систематичне управління інформаційними потоками між органами влади, медичними закладами та населенням, що має на меті підвищити довіру до державних медичних послуг, інформувати громадян про нові цифрові послуги та підтримувати ефективні заходи реагування на надзвичайні ситуації [17].

Таким чином, цифрові канали та платформи функціонують як інструменти, що одночасно сприяють модернізації системи охорони здоров'я та орієнтованій на громадян соціальній політиці [268]. Порівняльні та міжнародні перспективи прояснюють, як інтегровані підходи можуть підвищити стійкість територіально організованих систем.

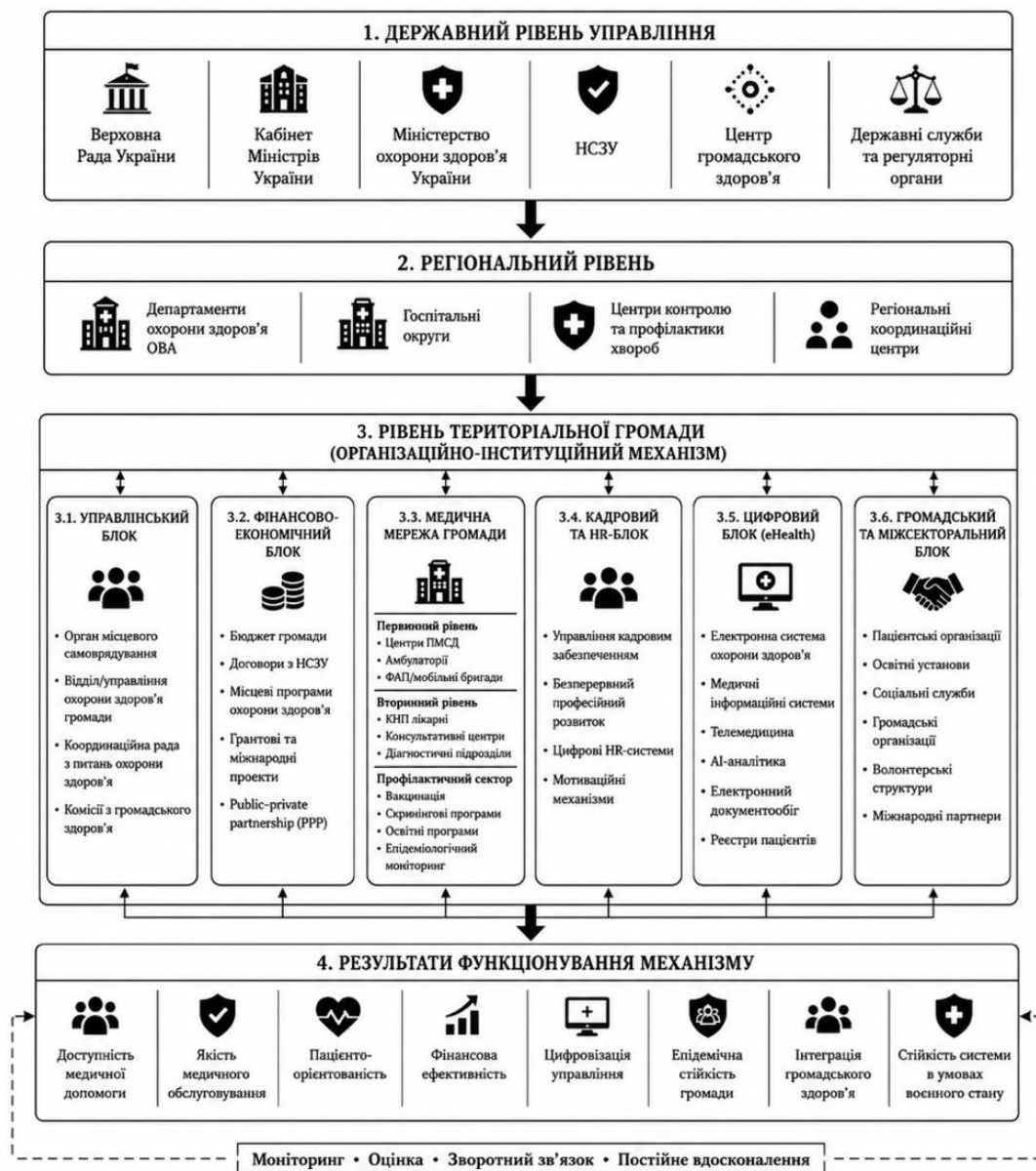
Ми вбачаємо за доцільне проведення комплексної реформи управління, стратегічного розподілу ресурсів на основі потреб та переорієнтації на справедливість та інклюзивність, що означає, що політика охорони здоров'я має бути вбудована у ширші рамки соціальної політики, яка вирішує проблеми фрагментації, орієнтації на прибуток та слабкого регуляторного нагляду.

Варто зазначити, що покращення зазначених організаційно-інституційних механізмів медичним обслуговуванням у територіальній громаді повинно бути організованим на державному рівні, регіональному рівні, а також на рівні територіальної громади (рис. 2.2).

На державному рівні здійснюється нормативно-правове регулювання, стратегічне планування, фінансування через механізми Програми медичних гарантій та формування загальних пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я. Регіональний рівень забезпечує координацію діяльності госпітальних округів, організацію спеціалізованої медичної допомоги та адаптацію державної політики до особливостей розвитку регіону. Безпосередня реалізація управлінських рішень відбувається на рівні територіальної громади через систему взаємопов'язаних управлінського, фінансово-економічного, кадрового, цифрового, медичного та громадсько-міжсекторального механізмів (рис. 2.2).

Особливістю запропонованого підходу є інтеграція традиційних інструментів управління з цифровими технологіями, механізмами громадської участі та міжсекторального партнерства, що дозволяє забезпечити ефективне використання ресурсів, підвищення доступності та якості медичних послуг, розвиток пацієнтоорієнтованого середовища й формування стійкої системи медичного обслуговування територіальної громади. Результативність

функціонування механізму оцінюється через показники доступності та якості медичної допомоги, фінансової ефективності, цифрової зрілості системи охорони здоров'я, епідемічної стійкості, інтеграції громадського здоров'я та здатності функціонувати в умовах кризових ситуацій і воєнного стану.



**Рис 2.2.** Організаційно-інституційний механізм управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді

Джерело: власна розробка.

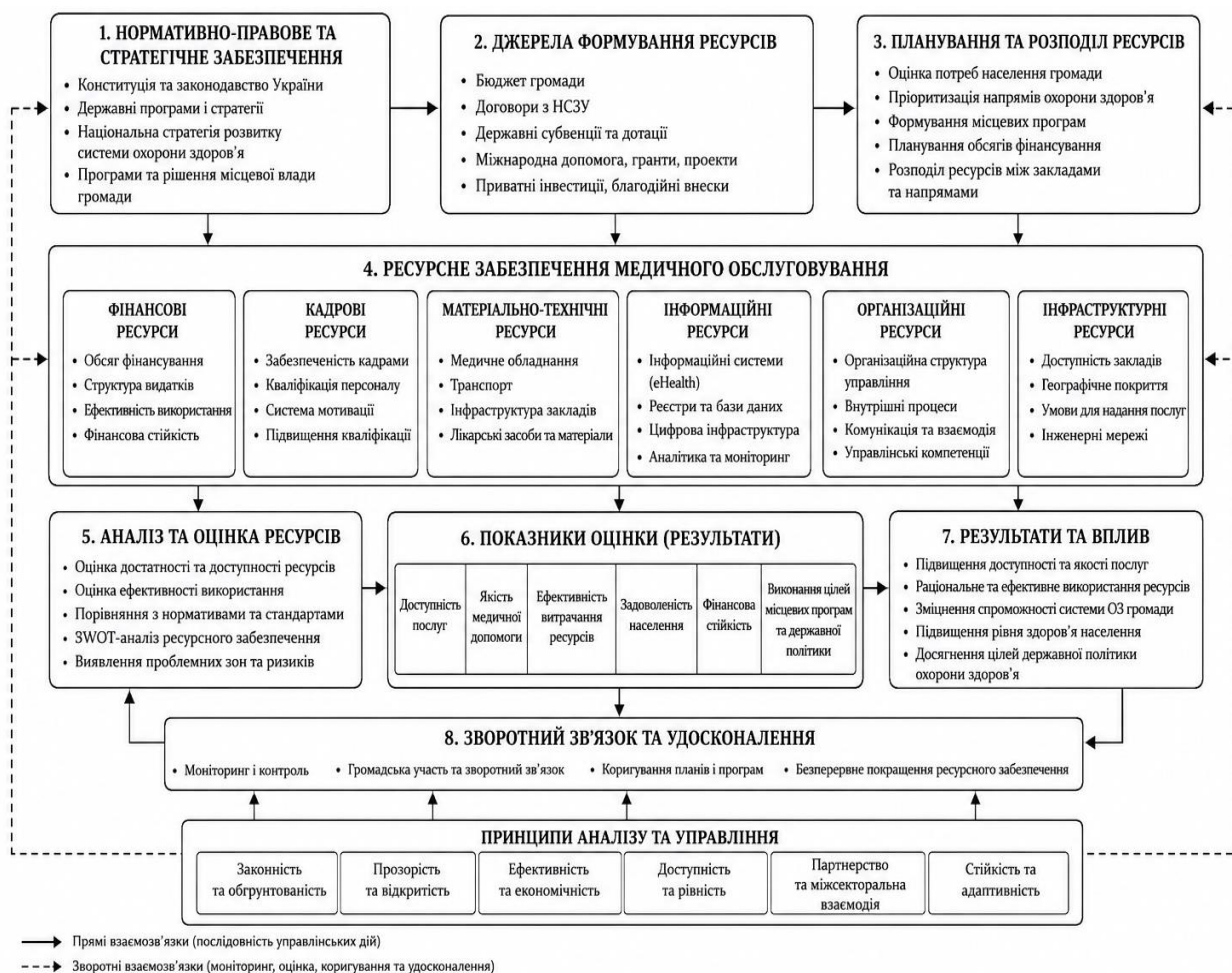
Отже, інтеграція політики охорони здоров'я та соціальної політики в територіальних громадах залежить від узгоджених фінансових стратегій, децентралізованого, але скоординованого управління, цифрової

інфраструктури, що підтримує прозорість та участь, а також реформ, орієнтованих на стійкість, які розглядають медичну допомогу як частину ширшої системи соціальних гарантій в умовах війни та повоєнного відновлення.

## **2.2. Аналіз ресурсного забезпечення медичного обслуговування в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я**

Ефективність реалізації державної політики охорони здоров'я на рівні територіальних громад значною мірою залежить від рівня ресурсного забезпечення системи медичного обслуговування, здатності органів управління забезпечувати раціональний розподіл ресурсів, а також адаптивності локальної системи охорони здоров'я до сучасних соціально-економічних та безпекових викликів [18]. У сучасних умовах децентралізації, цифрової трансформації та воєнного стану особливого значення набуває комплексний аналіз фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних, організаційних та інфраструктурних ресурсів територіальної громади як основи забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню (додатки Б, Ж.6). Водночас ефективне управління ресурсним потенціалом потребує інтеграції стратегічного планування, цифрових інструментів управління, механізмів моніторингу та оцінки ефективності використання ресурсів, а також впровадження принципів прозорості, стійкості та пацієнтоорієнтованості [18].

У зв'язку з цим актуалізується необхідність дослідження сучасних підходів до аналізу ресурсного забезпечення медичного обслуговування в територіальних громадах, визначення його проблемних аспектів та обґрунтування напрямів удосконалення управлінських механізмів у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я (рис.2.3).



**Рис 2.3.** Аналіз ресурсного забезпечення медичного обслуговування в територіальній громаді

Джерело: власна розробка.

Нестача кадрів стає головним вузьким місцем для територіальних систем охорони здоров'я, перетинаючись із проблемами децентралізації, регіональної нерівності та кризового управління. У регіонах України реєструється нестача лікарів, висока плинність кадрів та фінансова нестабільність медичних закладів, пов'язані з недосконалістю системи оплати Національної служби охорони здоров'я України, спільно підривають безперобійність надання послуг та інституційну стійкість. Емпіричні дослідження на регіональному рівні засвідчують значні дисбаланси в інфраструктурі та кадровому забезпеченні, наприклад, у Ізмаїльському районі на 10 000 населення припадає 30,9 лікарняних ліжок проти середнього показника по регіону 78, що свідчить не лише про інфраструктурний, а й про

кадровий дефіцит, який обмежує місцевий доступ населення до медичної допомоги [6].

У умовах воєнного стану ці нестачі посилюються масштабним внутрішнім переміщенням населення та пошкодженими об'єктами, що створює додатковий тиск на і без того нечисленний персонал у територіальних громадах. Дослідження з регіонального управління підкреслюють, що без стабільного та передбачуваного фінансування місцеві органи влади не можуть утримати персонал або гарантувати рівний доступ, незалежно від формальної децентралізації повноважень.

У сукупності ці висновки малюють картину кадрової ситуації, в якій територіальні громади стикаються одночасно з кількісним дефіцитом, нерівномірним розподілом та нестабільними умовами зайнятості, що послаблює їхню здатність поглинати та адаптуватися до потрясінь. Міжнародні порівняльні аналізи систем первинної медичної допомоги (ПМД) підтверджують повсюдність дефіциту та нерівномірного розподілу кадрів.

Міжнародний досвід демонструє глобальну кадрову проблему у різних системах охорони здоров'я з урахуванням підходу до управління [387]. У системах типу NHS, таких як у Данії та Англії, нестача лікарів загальної практики, медичних сестер та іншого персоналу ПМД поєднується з вираженими проблемами набору та утримання кадрів у сільських районах, тоді як стрес та вигорання ще більше підривають доступність робочої сили [271, 273]. У системах соціального медичного страхування, таких як у Німеччині та Казахстані, нестача лікарів та медичних асистентів, великі хвилі виходу на пенсію, географічна нерівномірність розподілу та низький рівень утримання кадрів у віддалених районах співіснують зі слабкими або фрагментованими стратегіями планування людських ресурсів, особливо для ПМД. Дані з Румунії також вказують на недостатню чисельність персоналу, низьку привабливість кар'єри в сфері ПМД, високу міграцію лікарів та невідповідності в політиці підготовки та фінансування, що разом створює хронічний дефіцит у сільських та недостатньо забезпечених регіонах. Ці транснаціональні висновки

підкреслюють, що децентралізація повноважень у сфері ПМД без узгоджених, багатосекторальних стратегій щодо кадрових ресурсів, як правило, відтворює або посилює регіональні нерівності у доступності персоналу [274, 275, 292, 293, 389].

Дослідження охорони здоров'я в сільській місцевості узагальнюють широкий спектр організаційних моделей та заходів, спрямованих на забезпечення наявності кадрів, підкреслюючи, що віддалені та малонаселені території потребують специфічних для контексту рішень. Огляди сільської ПМД виокремлюють дискретні, виїзні, інтегровані, цілісні та комплексні моделі надання послуг, а також віртуальний доступ через телемедицину, причому ступінь розсіювання населення визначає необхідний рівень інтеграції та комплексності послуг.

У цих моделях громадська діяльність, стратегії виїзної роботи, використання комунікаційних та інформаційних технологій, а також мультидисциплінарна командна робота повторюються як міжгалузеві підходи для забезпечення доступу та присутності медичного персоналу в сільських громадах. Емпіричні дослідження показують, що від усіх медичних працівників у таких умовах зазвичай очікують виконання розширеного обсягу практичної діяльності, причому для підтримки діагностики, лікування та профілактичних заходів, які в іншому випадку вимагали б залучення численних спеціалізованих кадрів, необхідні систематичне перерозподілення завдань та безперервна освіта. Водночас складні відносини між фахівцями та невеликими громадами, включаючи питання приватності, конфіденційності та соціальної видимості, формують рішення щодо утримання кадрів і мають бути враховані в політиці щодо робочої сили для сільських та віддалених територій.

Детермінанти залучення та утримання кадрів у сільських районах охоплюють географію, освіту, регулювання ринку праці, а також особисту та сімейну підтримку. Географічна віддаленість від міських центрів послідовно асоціюється з несприятливим розподілом робочої сили, що може бути лише частково компенсовано місцевими привабливими характеристиками, такими

як прибережне розташування. Набір студентів та працівників, що походять із сільських або корінних громад, у поєднанні з фінансовою та педагогічною підтримкою під час навчання, пов'язаний із вищим рівнем утримання кадрів, але соціально-економічна вразливість у цих районах вимагає чітких державних інвестицій для реалізації цього потенціалу.

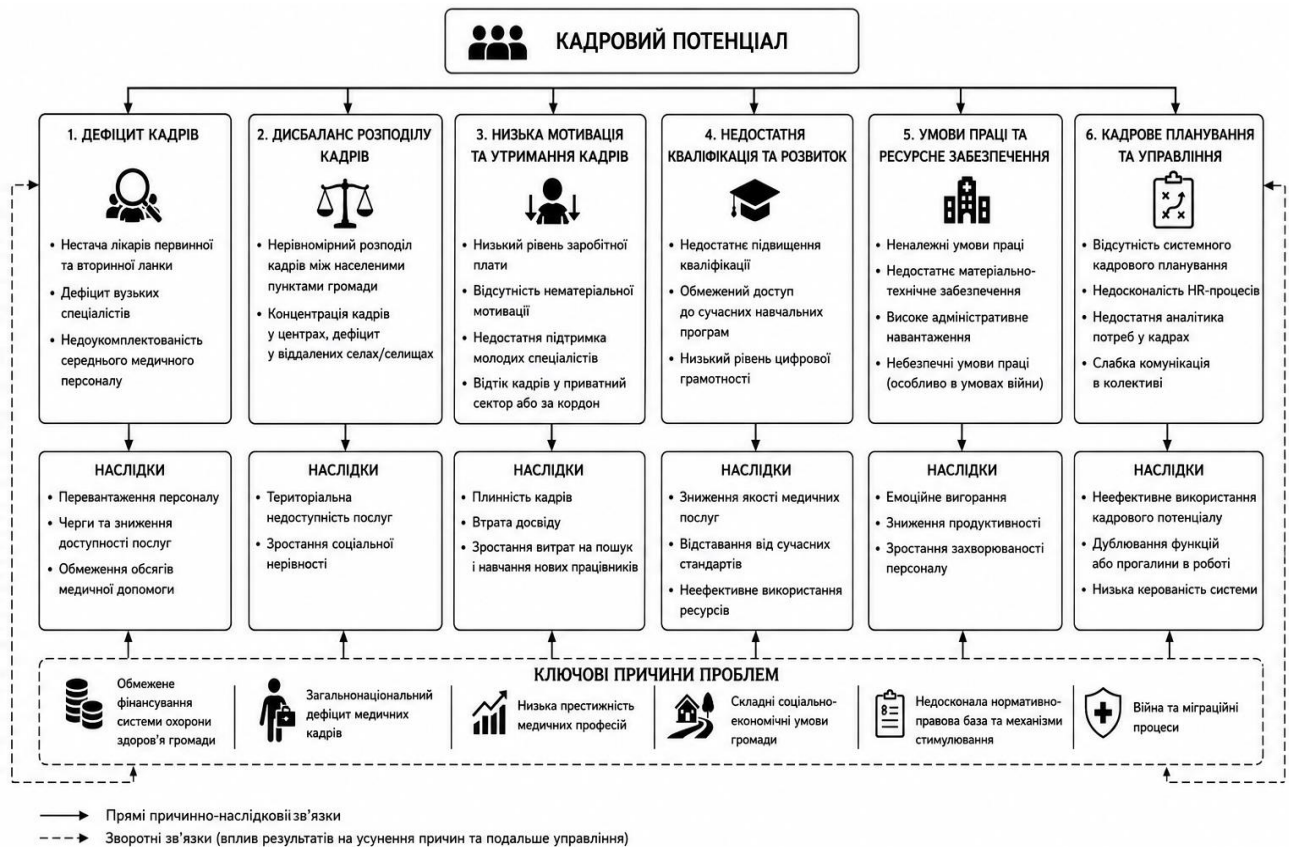
Фінансові стимули, такі як стипендії, пільги та вищі зарплати, виступають як поширені інструменти для забезпечення сільської робочої сили, хоча їхня ефективність визначається ширшими ринковими силами та регулюванням державного сектору; там, де державний сектор організовує та регулює надання послуг у сільській місцевості, доступ менше залежить від місцевої купівельної спроможності, а розподіл робочої сили може бути узгоджений із цілями справедливості [242].

В умовах війни, економічного колапсу або тривалої кризи політика щодо робочої сили, зосереджена виключно на короткострокових стимулах та зовнішній допомозі, ризикує закріпити залежність та нестабільність управління, а не сприяти розбудові стійкого територіального потенціалу громади [160, 161, 174, 200, 208, 215, 377, 397].

Проведений аналіз засвідчує, що кадровий потенціал є одним із ключових факторів стійкості та ефективності системи охорони здоров'я територіальної громади. З метою систематизації основних кадрових викликів, визначення їх наслідків та впливу на результати функціонування системи медичного обслуговування розроблено причинно-наслідкову модель кадрових проблем у сфері охорони здоров'я, що представлена на рис. 2.4.

Готовність інфраструктури та медичних закладів у регіонах, що постраждали від конфлікту, виявляє серйозні обмеження у спроможності місцевих систем охорони здоров'я надавати навіть базові послуги. У Україні в умовах сьогодення постійно зазнає ураження медична інфраструктура внаслідок російської агресії, внаслідок чого система зазнає зовнішнього тиску, а доступ до основних послуг набуває обмеженого характеру. Руйнування іншої критичної інфраструктури на територіях ведення активних військових дій

призводять до зростання інфекційних захворювань, прогалин у плановій імунізації, що наражає населення на захворювання, яким можна запобігти. Ця динаміка ілюструє, як критичні пошкодження інфраструктури, порушення логістичних ланцюгів та втрата основних комунальних послуг спільно дестабілізують готовність закладів охорони здоров'я на густонаселених територіях [160].



**Рис 2.4.** Аналіз проблем кадрового потенціалу системи охорони здоров'я територіальних громад

Джерело: власна розробка.

Аналіз правових та політичних аспектів для України фіксує інший, але пов'язаний вимір готовності, зосереджений на тривалому недофінансуванні та регіональних диспропорціях в інфраструктурі, а не на її повному руйнуванні. Децентралізація переклала значну частину відповідальності за організацію та утримання закладів охорони здоров'я на місцеві органи влади, проте недостатня координація з центральними органами, дублювання функцій та

слабкий інституційний потенціал у деяких громадах ускладнюють управління медичною інфраструктурою та реагування на кризові ситуації.

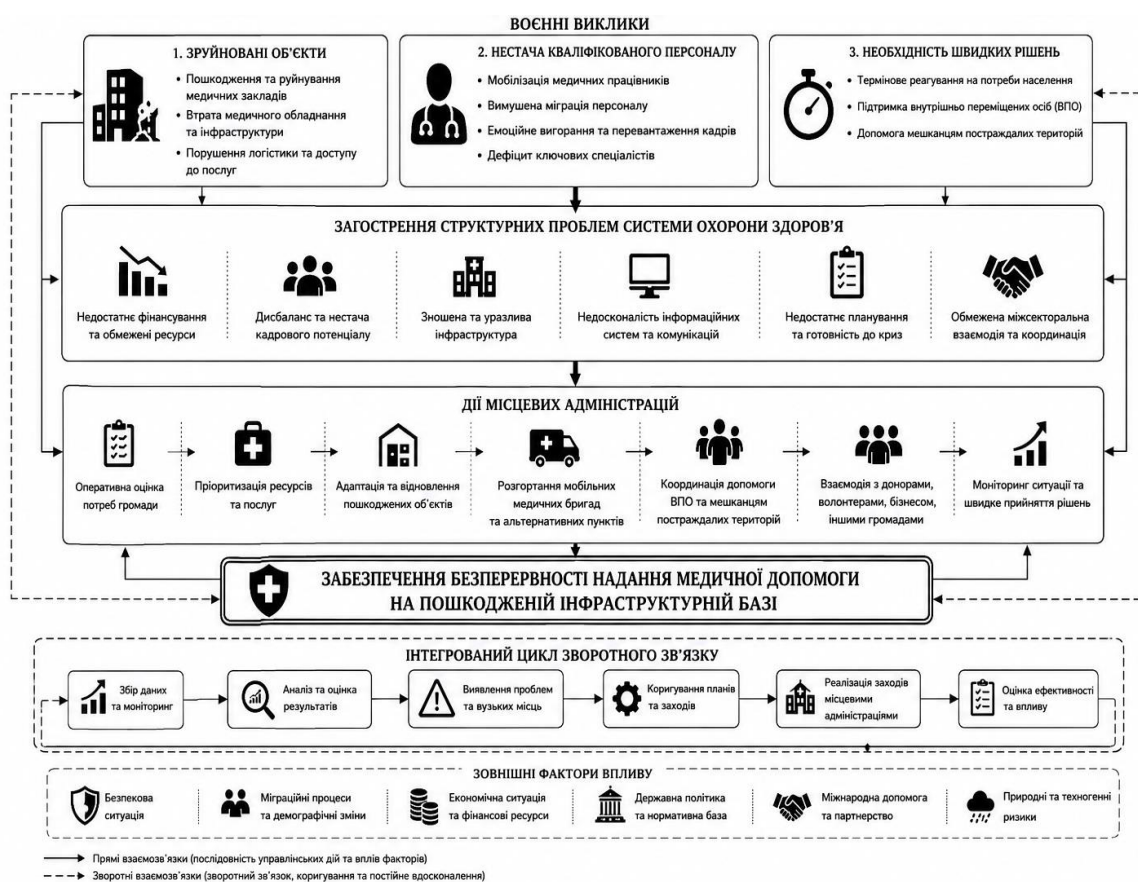
В умовах воєнного стану зруйновані об'єкти, нестача кваліфікованого персоналу та необхідність швидкого прийняття рішень щодо підтримки внутрішньо переміщених осіб та мешканців постраждалих територій посилюють наслідки цих структурних слабкостей, оскільки місцеві адміністрації мусять забезпечувати безперервність надання медичної допомоги на пошкодженій інфраструктурній базі.

Аналіз наслідків воєнних дій для системи охорони здоров'я засвідчує необхідність переходу від традиційних моделей управління до кризостійких механізмів, здатних забезпечувати функціонування медичної мережі в умовах високого рівня невизначеності. З метою систематизації основних факторів впливу, управлінських інструментів та механізмів підтримки безперервності медичного обслуговування розроблено структурно-функціональну модель забезпечення безперервності надання медичної допомоги на пошкодженій інфраструктурній базі, що представлена на рис. 2.5.

Стратегічні документи та фінансові прогнози аналітиків прямо націлені на розвиток медичної інфраструктури, включаючи високотехнологічні медичні та реабілітаційні центри, як спосіб зміцнення інституційної спроможності та підтримки комплексної соціальної та медичної допомоги, але їхня ефективність залежатиме від збалансованого регіонального впровадження та надійного моніторингу розподілу ресурсів [19, 205, 206, 268, 341].

Міжнародні тенденції підкреслюють необхідність узгодження оновлення інфраструктури з плануванням, орієнтованим на стійкість. У кризових умовах визначено надання послуг, медичний персонал, медичну інформацію, медичні продукти, вакцини та технології, фінансування, а також лідерство чи управління як взаємопов'язані компоненти, відновлення яких після надзвичайних ситуацій є важливим інтегральним процесом із можливістю побудувати більш стійкі та придатні для функціонування системи

охорони здоров'я. Переорієнтація системи повинна передбачати перегляд визначення основних послуг, посилення потенціалу реагування на надзвичайні ситуації, відновлення інфраструктури та перепідготовку кадрів, з багатосекторальною координацією між освітою, економікою, дипломатією та громадами, а також децентралізованим, стійким підходом, що мобілізує ресурси територіальних громад, у тому ж числі.



**Рис 2.5.** Вплив воєнного стану на систему медичного обслуговування територіальної громади

Джерело: власна розробка.

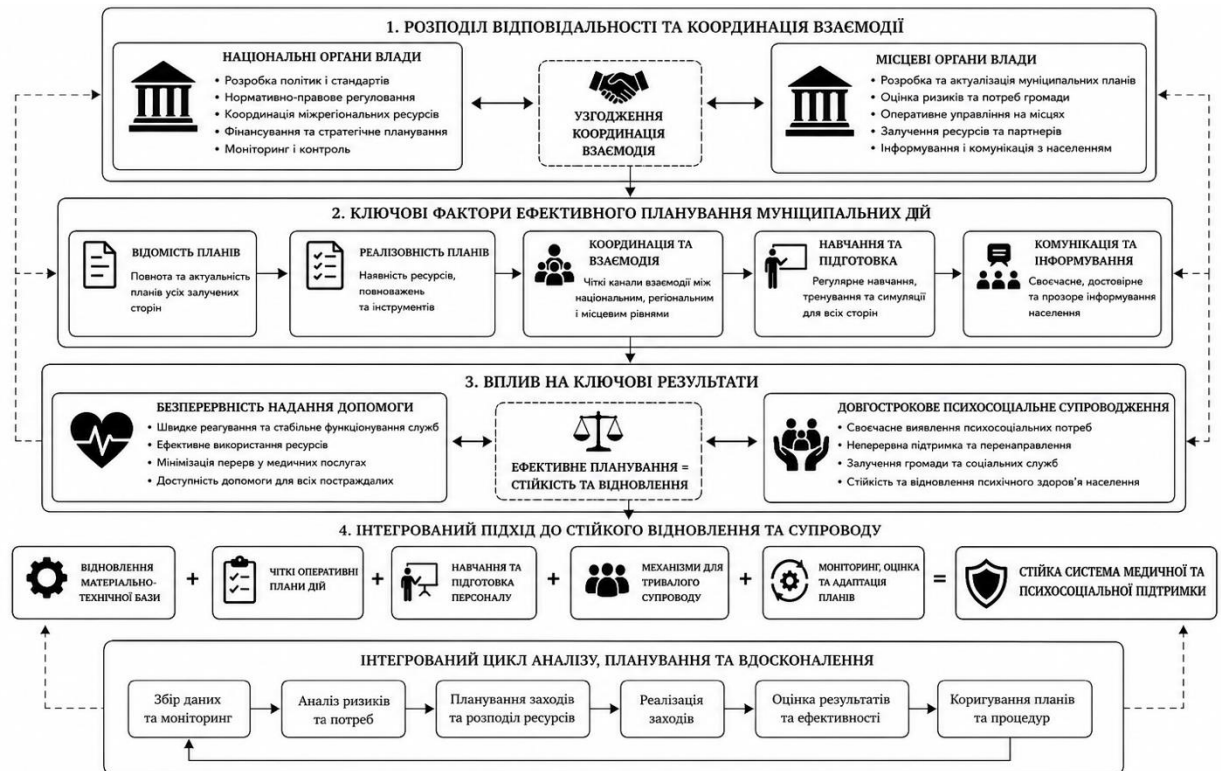
Ми підкреслюємо необхідність децентралізації ресурсів, зміцненні ланцюгів постачання та інтеграції стійкості системи охорони здоров'я у плани відновлення як на необхідних умовах для забезпечення безперервного доступу до послуг, що рятують життя, під час кризових ситуацій.

Порівняльний аналіз планування дій у надзвичайних ситуаціях вказує на те, що розподіл відповідальності між національними та місцевими органами влади, а також те, чи відомі та чи можна реалізувати муніципальні плани дій у надзвичайних ситуаціях, істотно впливає на безперервність надання допомоги та довгострокове психосоціальне супроводження [243, 244, 323, 380]. Це свідчить про те, що відновлення матеріально-технічної бази має супроводжуватися чіткими оперативними планами, навчанням та механізмами для забезпечення тривалого супроводу, оскільки лише заходи реагування на етапі надзвичайної ситуації навряд чи зможуть задовольнити тривалі потреби (рис. 2.6).

В умовах децентралізації та зростання відповідальності територіальних громад за функціонування системи охорони здоров'я ключовою передумовою досягнення стратегічних цілей є впровадження ефективних механізмів планування та координації управлінських рішень. З метою систематизації взаємозв'язків між суб'єктами управління, факторами ефективного планування, очікуваними результатами та інструментами забезпечення стійкого розвитку розроблено концептуальну модель планування муніципальних дій у сфері охорони здоров'я, що представлена на рис. 2.6.

Готовність закладів дедалі більше залежить від інфраструктури цифрового управління медичними послугами, яка з'єднує постачальників, споживачів та регуляторні органи. Ефективність ланцюга постачання ліків та медичних витратних матеріалів виявляється вирішальним чинником функціонування системи охорони здоров'я в умовах кризи. Варто зазначити, що планування та бюджетування поставок мають вирішальне значення для запобігання дефіциту запасів у надзвичайних ситуаціях, а швидкий розподіл основних засобів, таких як маски, може знизити рівень захворюваності, як це було продемонстровано під час пандемії COVID-19. Наявність ліків та необхідних матеріалів у медичних закладах підвищила ефективність керівництва місцевої системи охорони здоров'я, проілюструвавши взаємодію

управління ланцюгами постачання з потенціалом реагування на надзвичайні ситуації та наданням послуг на територіальному рівні.



**Рис 2.6.** Вплив планування дій у надзвичайних ситуаціях на процес безперервності надання медичної допомоги

Джерело: власна розробка.

Побудова стійкості вимагає перегляду наборів основних послуг, посилення потенціалу реагування на надзвичайні ситуації та координації суб'єктів і ресурсів, щоб ланцюги постачання були інтегровані з наданням послуг, розгортанням персоналу, інформаційними системами, фінансуванням та лідерством або управлінням [3, 38, 44, 55, 70, 90, 95, 167, 353].

Міжнародні та регіональні суб'єкти наголошують, що без негайного та безумовного гуманітарного доступу до медичних матеріалів та інших ресурсів система охорони здоров'я продовжуватиме погіршуватися, а мобілізація ресурсів та багатосекторальна співпраця у сферах охорони здоров'я, водопостачання, санітарії, освіти та інфраструктури є незамінними для

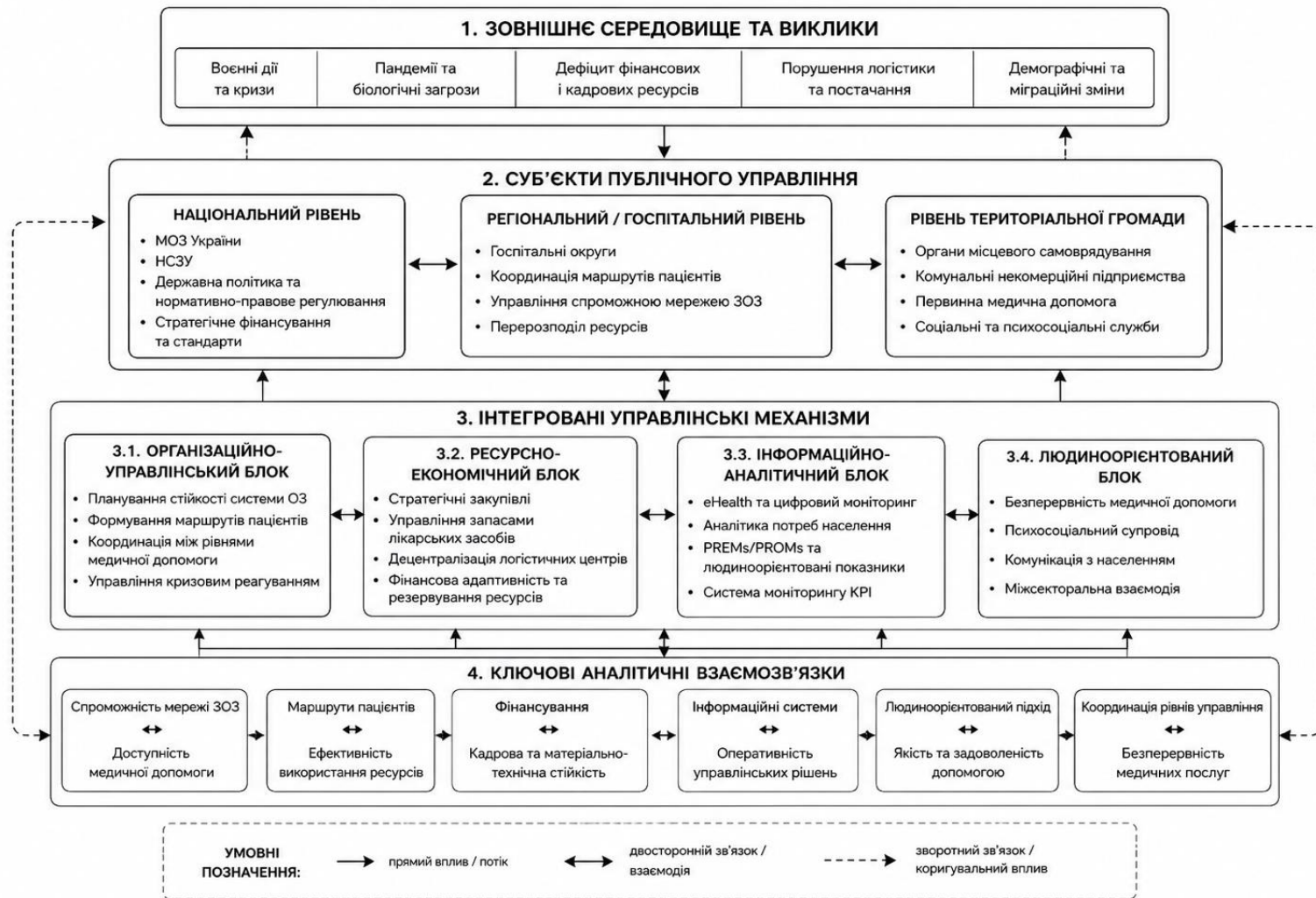
відновлення пошкоджених ланцюгів постачання та відновлення надання послуг. Наші рекомендації щодо територій із активними бойовими діями включають створення гуманітарних коридорів, забезпечення доступу до медичних ресурсів, розгортання бригад екстреної медичної допомоги та встановлення систематичних механізмів медичної евакуації, що передбачає функціонування логістичних та закупівельних каналів [160].

Багатосторонні агентства визначають необхідність масштабної модернізації ланцюгів постачання як головну проблему, що потребує вирішення, щойно дозволять умови тривалого перемир'я, водночас відзначаючи труднощі з координацією гуманітарних зусиль, коли ресурси є обмеженими, а операції роздроблені між кластерами. У цих різноманітних контекстах висновки сходяться на кількох наслідках для територіальних громад.

По-перше, заздалегідь сплановані стратегії закупівель, децентралізація складських центрів та проактивний перерозподіл запасів можуть частково стабілізувати доступність ліків в умовах гострого стресу, але часто досягають лише помірного рівня покриття, коли базова інфраструктура та фінансування залишаються нестабільними.

По-друге, інтеграція управління ланцюгами постачання в більш широке планування стійкості, як це викладено в рамках ВООЗ, є необхідною для узгодження потоків фармацевтичних препаратів з переглянутими основними послугами, людськими ресурсами та механізмами реагування на надзвичайні ситуації.

По-третє, гуманітарний доступ та деполітизоване, стале фінансування є передумовами для відновлення та функціонування ланцюгів постачання на територіях, що постраждали від війни; без них зусилля щодо зміцнення місцевого управління або цифрових інструментів координації не можуть компенсувати дефіцит основних матеріалів (рис. 2.7).



**Рис 2.7.** Інтегрований підхід до забезпечення доступності ресурсного потенціалу у процесі управління медичним обслуговуванням

Отже, міжнародний досвід країн, які переживають системну кризу, демонструє, що оптимізація підходів до управління на районному, національному та міжнародному рівнях має чітко визначити пріоритетність надійності ланцюгів постачання, якщо системи охорони здоров'я мають підтримувати безперервність надання медичної допомоги та захищати здоров'я населення під час та після кризових ситуацій [160, 313].

Фінансові потоки в системі охорони здоров'я визначають реальну спроможність територіальних громад забезпечувати надання послуг та реагувати на кризові ситуації. В Україні державні видатки на охорону здоров'я у 2023 році сягнули 217,4 млрд грн, що становить близько 6% від загальних видатків державного бюджету, причому 181,8 млрд грн надійшло з державного бюджету, а найбільша частка — 139,4 млрд грн — була спрямована на Програму медичних гарантій (ПМГ) як основний інструмент фінансування базових послуг та відшкодування вартості ліків за державним механізмом відшкодування. До 2024 року загальний обсяг фінансування охорони здоров'я зріс до 238,7 млрд грн, у тому числі 204,2 млрд грн — це державні кошти та міжбюджетні трансферти, що свідчить про те, що охорона здоров'я залишається фіскальним пріоритетом навіть за умов воєнного стану та економічної нестабільності [64, 137]. Ці загальні тенденції вказують на поступове розширення секторального фінансування та формування інституційної спроможності для стабільного фінансування гарантованих пакетів, але водночас загострюють питання щодо ефективності розподілу ресурсів, рівності між територіями та стійкості механізмів фінансування в умовах тривалої кризи.

Реформа механізмів оплати запровадила якісно іншу логіку розподілу ресурсів. З 2017 року принцип «гроші йдуть за пацієнтом» замінив фінансування утримання на основі витрат на виплати, пов'язані з обсягом та якістю фактично наданих послуг, що реалізується через договори між Національною службою охорони здоров'я України (НСЗУ) та постачальниками послуг у рамках ПМГ. Цей перехід спрямований на

досягнення стратегічних цілей підвищення прозорості розподілу бюджетних коштів, стимулювання ефективного використання ресурсів та створення умов для конкуренції між закладами за якість, тим самим інтегруючи фінансові стимули з контролем за результатами діяльності та перетворюючи саму систему фінансування на механізм моніторингу дотримання нормативних вимог. Водночас зростання фінансування породило нові завдання, зокрема перехід від екстенсивної моделі витрат до моделі, орієнтованої на ефективність, цільове спрямування державних програм та надійний моніторинг ефективності витрат, що ставить додаткові вимоги до НСЗУ як замовника та до субнаціональних органів влади, відповідальних за організацію надання послуг.

Територіальні громади діють на перетині розширення національних бюджетів та постійних місцевих обмежень. Аналіз підкреслює, що за відсутності стабільного та передбачуваного фінансування місцеві громади не здатні повною мірою підтримувати функціонування медичних закладів або гарантувати справедливий доступ до медичної допомоги, незважаючи на формальну децентралізацію повноважень. Обмежені фінансові можливості та нерівномірна дохідна база означають, що громади значною мірою покладаються на міжбюджетні трансферти, тоді як недоліки у координації між місцевими виконавчими органами та органами самоврядування ще більше ускладнюють управління інфраструктурою та реагування на кризові ситуації, що призводить до неефективного використання наявних коштів (рис. 2.8). Фінансова спроможність територіальної громади є одним із ключових чинників ефективного функціонування системи медичного обслуговування, оскільки визначає можливості розвитку медичної інфраструктури, кадрового забезпечення та доступності медичних послуг. Для систематизації основних факторів, ризиків та управлінських інструментів забезпечення фінансової стійкості локальної системи охорони здоров'я розроблено концептуальну модель управління фінансовими ресурсами громади, представлену на рис. 2.8.

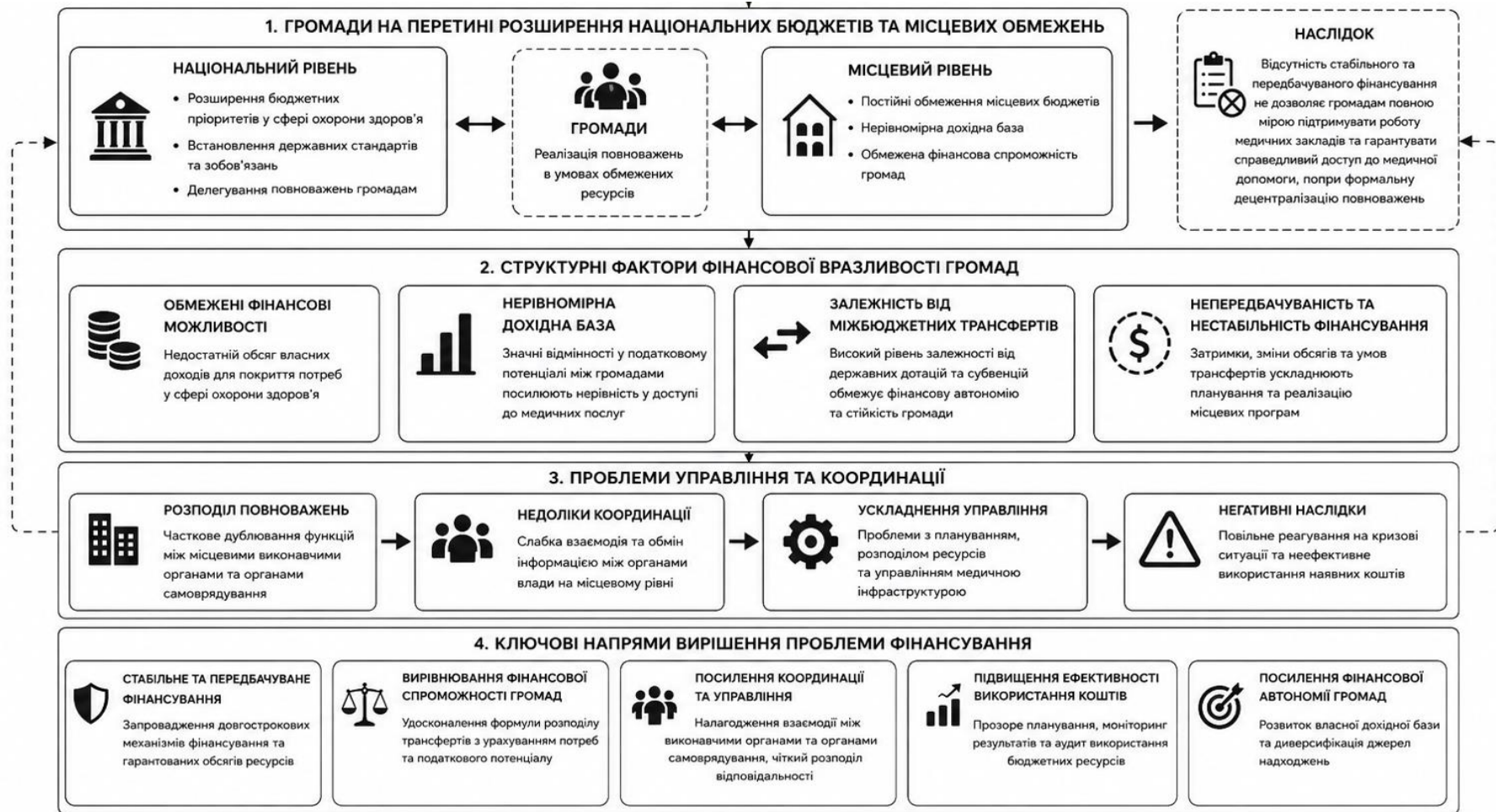


Рис 2.8. Концептуальна модель фінансування системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад

Джерело: власна розробка.

Зазначена модель (див. рис. 2.8) базується на комплексному аналізі фінансової спроможності територіальних громад (Горщиківської сільської, Крижопільської селищної, Олевської міської, Боярської міської, Вінницької міської) (додатки В, Г, Д, Ж.2, Ж.3, Ж.4, Ж.8).

Реформи бюджетної децентралізації поза сектором охорони здоров'я також показують, що передача відповідальності за видатки об'єднаним територіальним громадам без відповідних і чітко регульованих джерел доходів створює напруження навколо виконання делегованих функцій, зокрема первинної медичної допомоги та соціальної допомоги, і вимагає нових інструментів трансфертів, таких як базові субсидії та галузеві субвенції, для усунення вертикальних бюджетних розривів. Міжнародний досвід у країнах з низьким та середнім рівнем доходу показує, що недофінансовані державні системи часто співіснують із розширенням приватного сектору та складними взаємодіями між державним і приватним секторами, що змінюють фіскальні потоки. В Індії вкрай низькі державні капіталовкладення в державні лікарні, що скоротилися з 25% до 6% у період з 1991 по 2001 рік, змусили уряди штатів, що зазнавали фінансових труднощів, шукати альтернативні джерела фінансування, тоді як приватні інвестори, венчурний капітал та фонди акцій швидко розширювали потужності лікарень, діагностичну інфраструктуру та спеціалізовані послуги, особливо в міських та приміських районах.

Державні програми страхування збільшили використання державних закладів та зменшили витрати з власної кишені, проте паралельне зростання аутсорсингу та послуг на основі державно-приватного партнерства спрямувало державне фінансування до приватних постачальників, підриваючи розширення державної інфраструктури та сприяючи нерівному розподілу ліжок та потужностей інтенсивної терапії, які значною мірою зосереджені у приватному секторі та кількох штатах [348]. Ця динаміка ілюструє, як фінансовий дефіцит у державній підсистемі в поєднанні з квазіринковими реформами може перенаправити державні ресурси до приватних суб'єктів та спотворити територіальний доступ. Аналіз, орієнтований на стійкість у

конфліктних регіонах, розглядає фінансування не лише як обсяг, а як визначальний чинник поглинальної, адаптивної та трансформаційної спроможності. З одного боку, зростання національних асигнувань та закупівлі на основі результатів створюють можливості для інституціоналізації гарантованих пакетів послуг та забезпечення прозорості; з іншого боку, нестабільність місцевих бюджетів, дефіцит координації та ризик залежності від донорів або приватизації загрожують рівності та стійкості. Аргументи щодо політики у цих джерелах сходяться на важливості узгодження децентралізації повноважень з адекватним, передбачуваним фінансуванням; зміцнення механізмів перерахування коштів, що відображають територіальні потреби; інтеграції фінансового планування з надійністю ланцюгів постачання та підтримкою робочої сили; а також забезпечення того, щоб надзвичайні та гуманітарні кошти спрямовувалися через механізми управління, що сприяють довгостроковому зміцненню системи, а не фрагментованим, орієнтованим на прибуток або лише абсорбуючим заходам. Учасники на рівні громади відіграють ключову роль у забезпеченні сталого розвитку заходів із зміцнення здоров'я та надання базових профілактичних послуг в умовах конфлікту, дефіциту ресурсів та територіальної роздробленості. Аналіз територій із кризовими ситуаціями також підкреслює центральну роль надання основних функцій громадського здоров'я на рівні громади. Рекомендації, сформульовані нами в процесі моніторингу системи медичного обслуговування в окремих територіальних громадах, передбачають відновлення первинних медичних послуг, відновленні епідеміологічного нагляду та розгортанні мобільних клінік для боротьби зі спалахами захворювань та відновленням порушених програм імунізації. Пріоритетним заходом у відповідь на поширену травму визначено послуги з психічного здоров'я на рівні громади, а також заклики до підтримки медичних працівників через психосоціальні програми, щоб вони могли виконувати свої обов'язки в надзвичайно несприятливих умовах. Вирішення проблем переміщення та перенаселеності вимагає розширення інфраструктури притулків та поліпшення водопостачання, санітарії та гігієни

(WASH), що безпосередньо перетинається з детермінантами здоров'я на рівні громади та створює точки входу для місцевих заходів з просування здоров'я та профілактики. Ці пріоритети чітко пов'язані з посиленням місцевих органів охорони здоров'я та координаційних центрів, що означає, що орієнтовані на громаду втручання мають бути вбудовані в оновлені структури управління.

Емпіричні дослідження місцевих заходів реагування на пандемію та інші надзвичайні ситуації ілюструють, як територіальні громади можуть реалізувати заходи з просування здоров'я через інноваційні моделі надання послуг (рис. 2.9). В умовах децентралізації, цифрової трансформації та воєнних викликів забезпечення доступності медичних послуг потребує формування інтегрованої моделі надання допомоги, що поєднує ресурси держави, територіальних громад, закладів охорони здоров'я та громадянського суспільства. Для відображення взаємозв'язків між ключовими суб'єктами, факторами впливу та інструментами забезпечення доступності медичного обслуговування розроблено концептуальну модель, представлену на рис. 2.9. Систематичні огляди ПМД у сільській місцевості вказують на громадську діяльність як на комплексну стратегію, що підтримує доступ, організацію послуг та сталість кадрового складу на малонаселених територіях. Участь громади в організації медичної допомоги, акцент на горизонтальних стратегіях для надання комплексних послуг, нагляд за медичною допомогою, міжсекторальна співпраця та інтеграція місцевих і регіональних мереж охорони здоров'я є постійними рисами успішних моделей сільської ПМД. Ці підходи часто покладаються на медичних працівників громади для проведення заходів з просування та профілактики, адаптованих до конкретних географічних та культурних контекстів, при цьому телемедицина та інші інформаційно-комунікаційні технології розширюють охоплення віддалених громад. Професійна підготовка та розвиток, що включають ознайомлення зі змістом щодо охорони здоров'я в сільській місцевості, додатково підтримують моделі на основі громади, готуючи працівників до розширення сфери взаємодії з урахуванням культурних особливостей [144, 242].

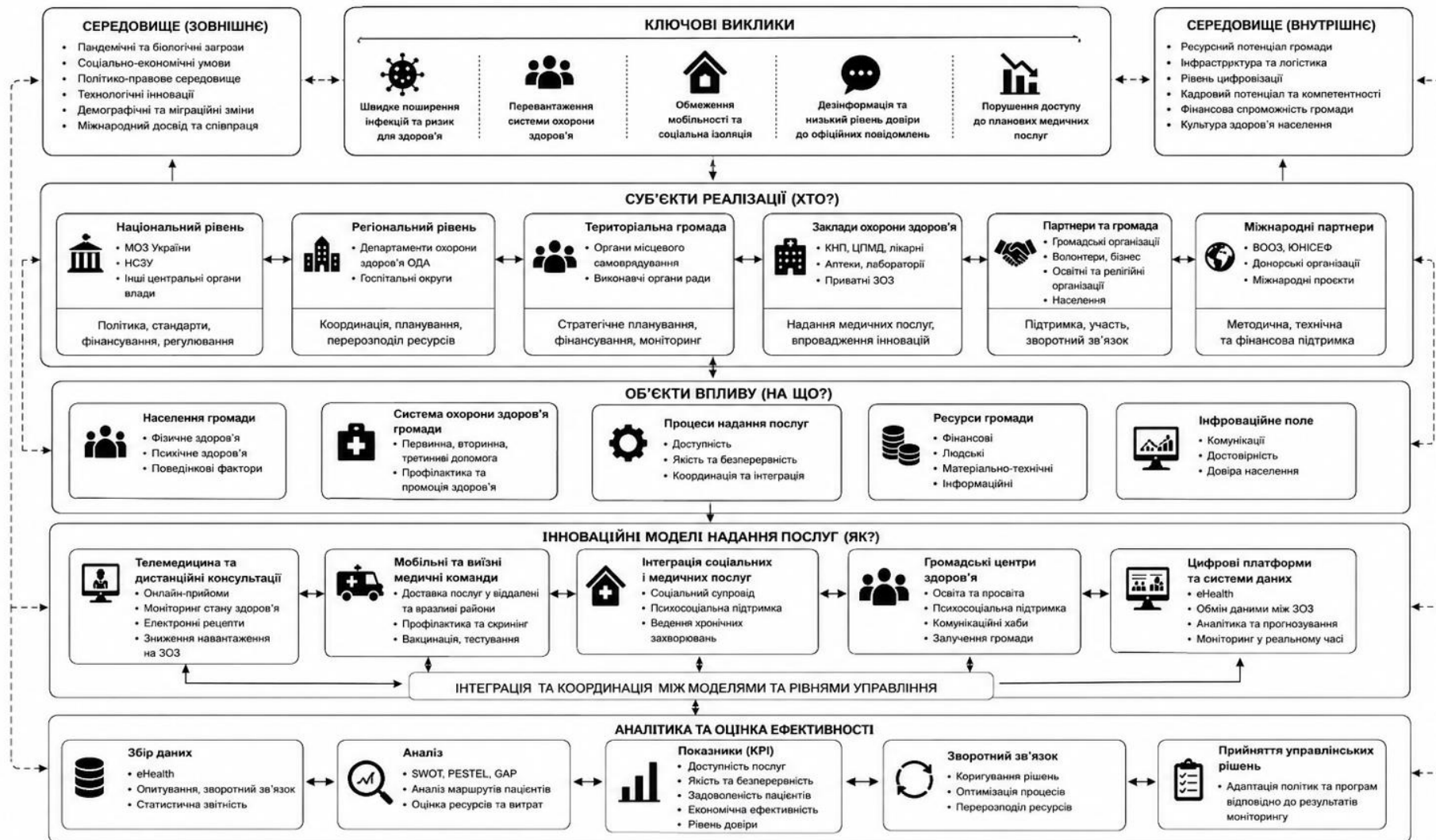


Рис 2.9. Інтеграція інноваційних моделей надання медичних послуг на рівні територіальних громад

Джерело: власна розробка.

Аналітична робота щодо стійкості систем охорони здоров'я концептуалізує ресурси на рівні громади як частину «програмного забезпечення» систем охорони здоров'я, поряд із відносинами, цінностями та нормами, що лежать в основі офіційних інституцій. Концептуальні рамки, що розрізняють «апаратні» елементи, такі як інфраструктура та фінанси, від «програмних» елементів, підкреслюють, що відносини, місцеві норми та неформальні організаційні механізми можуть сприяти стійкості, забезпечуючи можливість реалізації стратегій поглинання, адаптації та трансформації під час криз. Ці перспективи вказують на те, що ресурси для просування здоров'я на рівні громади охоплюють не лише платформи надання послуг та людські ресурси, а й соціальний капітал та системи цінностей, які впливають на те, як територіальні громади реагують на потрясіння та беруть участь у реконфігурації системи [159].

З точки зору територіального управління ці тенденції означають, що ресурси для просування здоров'я на рівні територіальної громади повинні бути інституційно визнаними в рамках багатосекторальної координації та планів відновлення, орієнтованих на стійкість. Інтеграція громадських суб'єктів у формальний процес прийняття рішень, узгодження потоків фінансування від донорів та уряду з визначеними на місцевому рівні пріоритетами, а також інвестиції у навчання, що готує медичних працівників до ролей, вбудованих у громаду, видаються критично важливими напрямками для зміцнення спроможності територіальних громад підтримувати та розширювати просування здоров'я в умовах кризи [160, 175, 242].

Водночас механізми управління, що формують та обирають державні органи або посередницькі комітети в центр процесу визначення пріоритетів, можуть допомогти перетворити внесок громади на легітимне та реалістичне розподілення ресурсів і допоможе детермінувати компроміси між технічними даними та суспільними цінностями. Однак такі посередницькі інституції часто потребують визначених повноважень та процедур обговорення, щоб уникнути

деполітизації спірних рішень та справді відображати місцеві пріоритети, а не просто перекладати відповідальність за складні рішення.

Досвід децентралізації та реформ охорони здоров'я свідчить, що коли територіальні громади отримують чіткіші правові повноваження та більшу фінансову автономію, вони краще здатні розвивати платформи комунальних послуг, такі як мобільні клініки, телемедичні зв'язки та комунальні центри первинної медичної допомоги, що поширюють профілактичні та промоційні послуги на віддалені райони (рис. 2.10). Отже, децентралізація та реформи системи охорони здоров'я у сільській місцевості відіграють ключову роль у підвищенні доступності та якості медичних послуг для населення. Передача повноважень на місця дозволяє враховувати унікальні потреби громад, сприяє ефективнішому розподілу ресурсів і залученню місцевих ініціатив. Однак важливо продовжувати інвестувати у розвиток інфраструктури, підвищення кваліфікації медичного персоналу та забезпечення справедливого фінансування, щоб реформи приносили сталий результат.

Ці дані підкріплюють аргумент на користь включення громадських суб'єктів у рамки фінансування та управління, оскільки законодавче визнання та розбудова місцевого потенціалу можуть допомогти цим ініціативам вижити після закінчення епізодичних гуманітарних інтервенцій (рис. 2.11).

Отже, ефективність ресурсного забезпечення медичного обслуговування територіальної громади в умовах реалізації державної політики охорони здоров'я значною мірою залежить від рівня координації між місцевими, національними та міжнародними структурами, своєчасної мобілізації ресурсів, адаптивності логістичних механізмів і здатності системи охорони здоров'я забезпечувати безперервність надання медичної допомоги в умовах кризових викликів та воєнного стану.

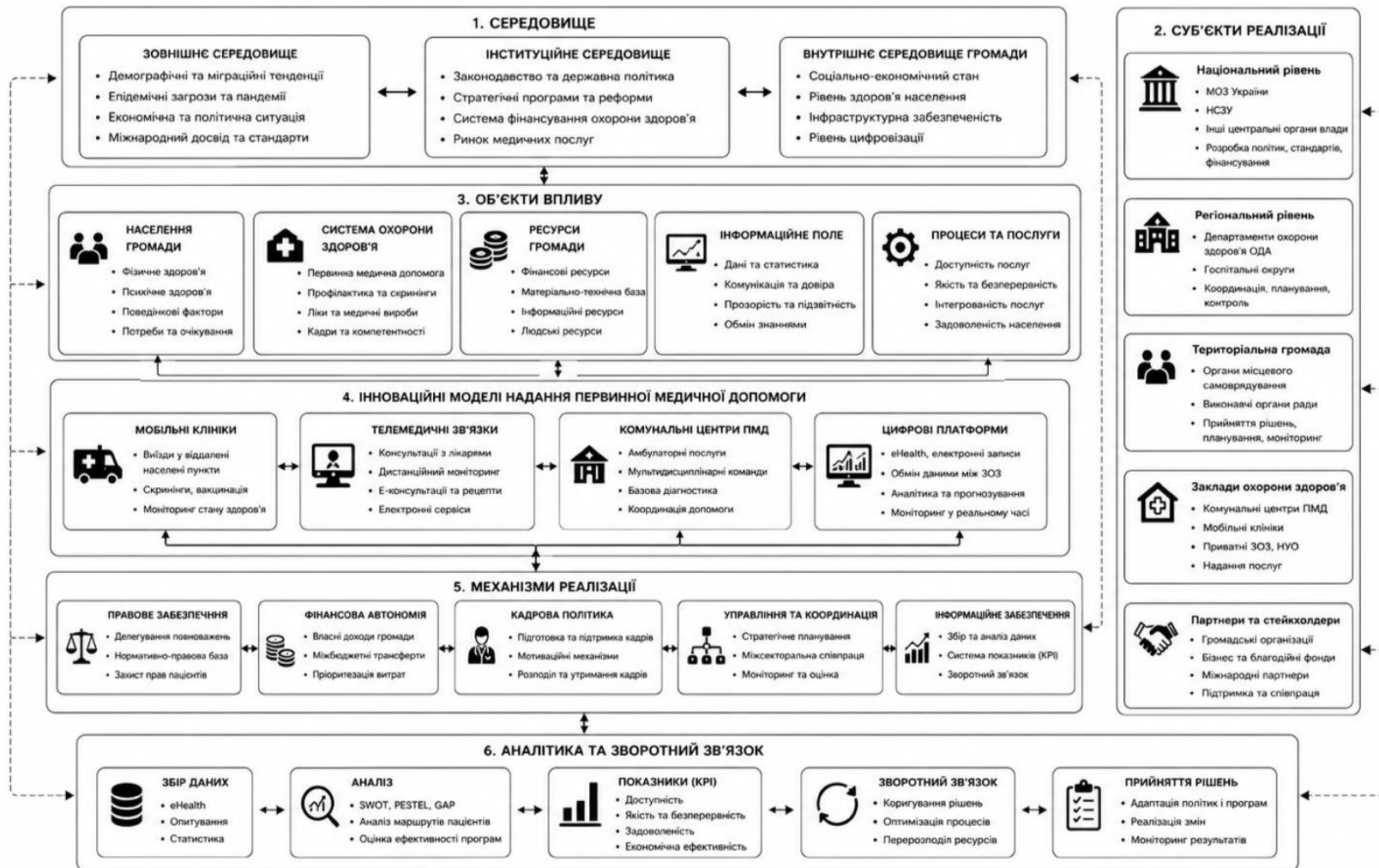
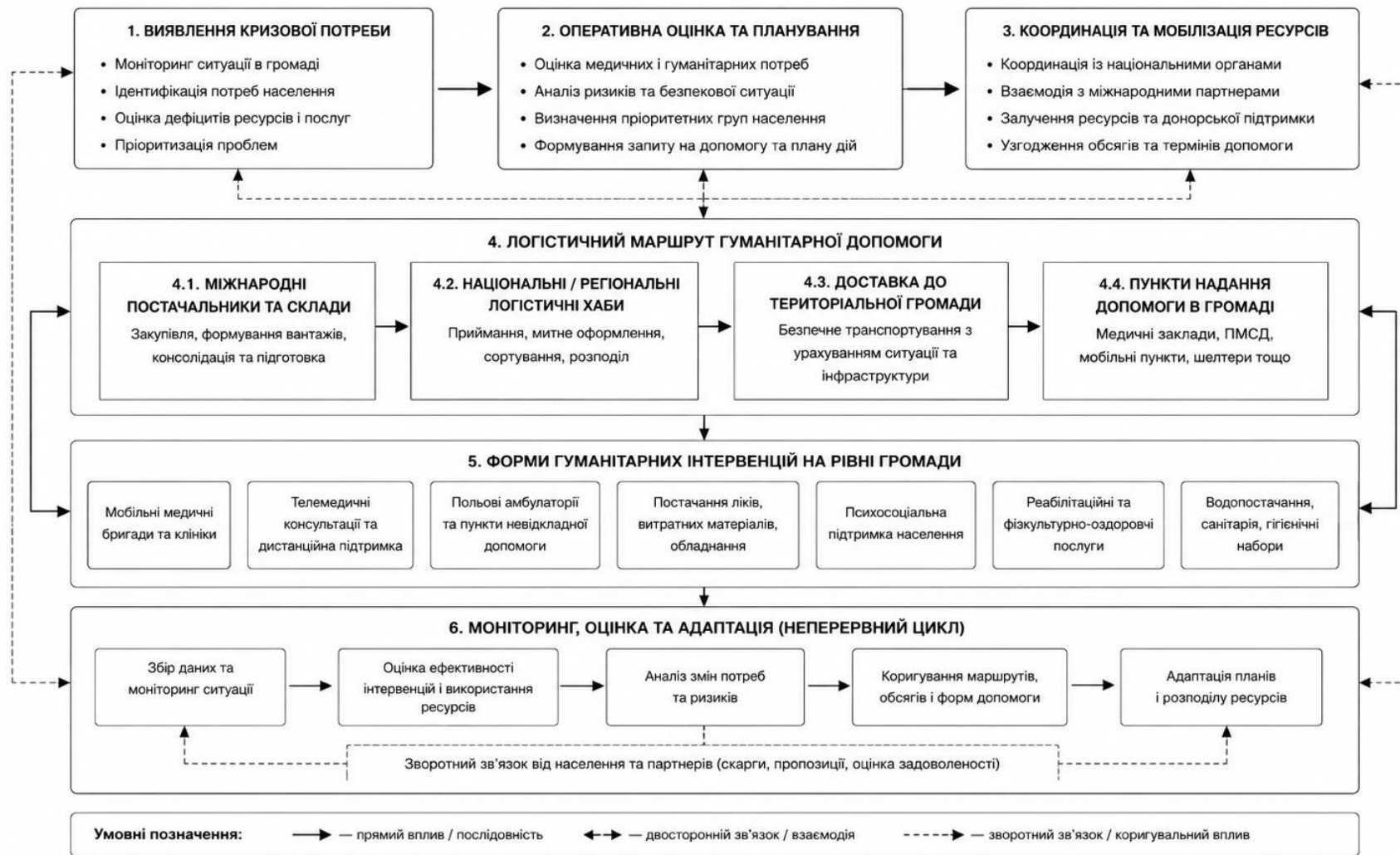


Рис 2.10. Децентралізація та реформи системи охорони здоров'я у сільській місцевості



**Рис 2.11.** Епізодичні гуманітарні інтервенції та гуманітарні місії на рівні територіальних громад

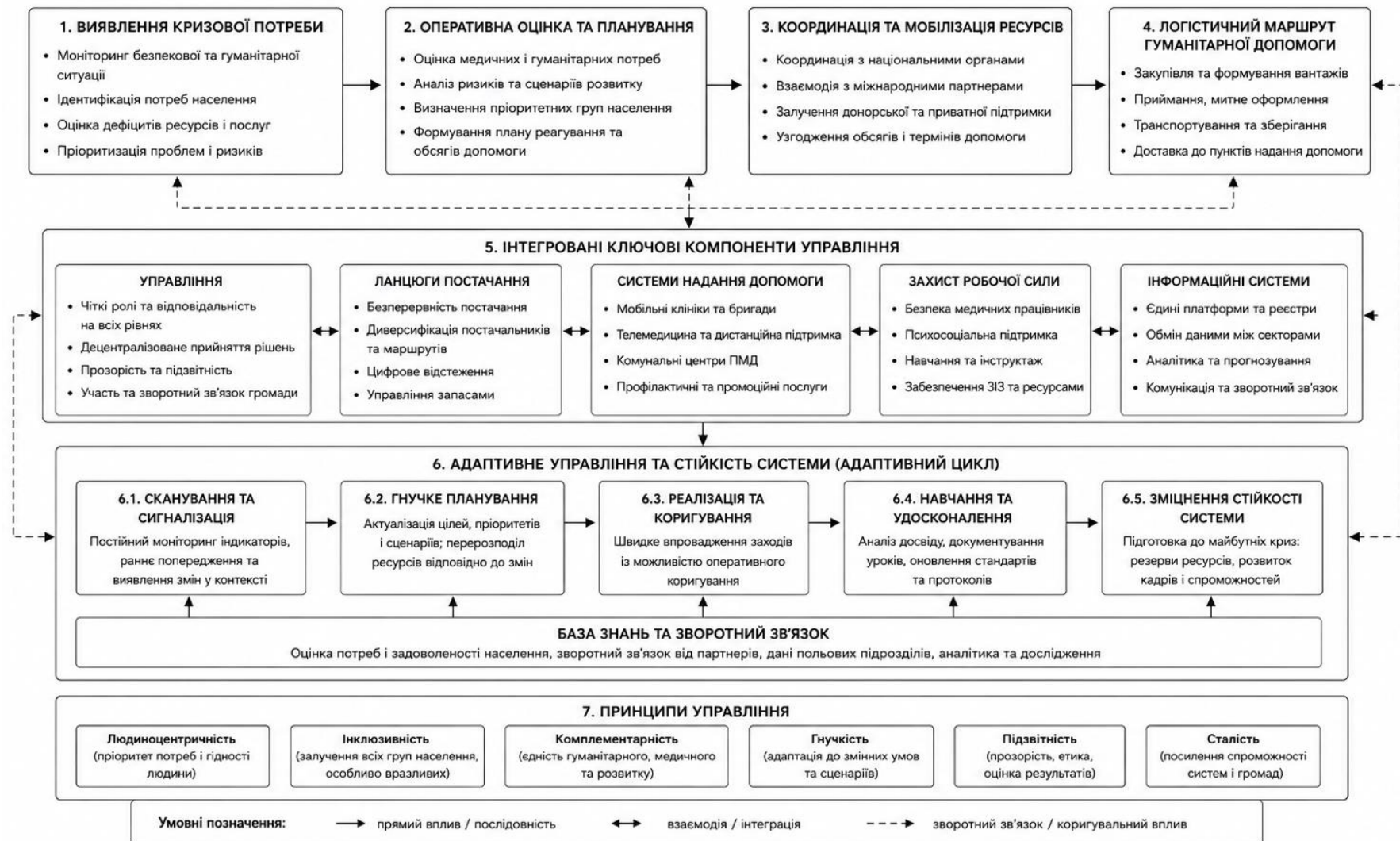
### **2.3. Чинники та тенденції трансформації управління медичним обслуговуванням в територіальних громадах в умовах воєнного стану**

Механізми управління в надзвичайних ситуаціях у системах охорони здоров'я, що зазнали впливу конфліктів, тісно пов'язані з тим, як влада визначає пріоритети, координує дії учасників та розпоряджається обмеженими ресурсами. На територіях активних бойових дій та інших кризових ситуацій тенденцією є формування поетапного плану дій, у якому управління в надзвичайних ситуаціях базується на п'яти основних пріоритетах: забезпечення необхідними та життєво важливими ліками та витратними матеріалами, підтримка безперебійної роботи базових та екстрених служб, боротьба з епідеміями, підтримка програм охорони здоров'я матері та дитини, а також організація скоординованих дій із агентствами Організації Об'єднаних Націй, міжнародними неурядовими організаціями та партнерами у секторі охорони здоров'я. Цей набір пріоритетів чітко вписується в рамки системних блоків розвитку систем охорони здоров'я та потенціалу стійкості ВООЗ, пов'язуючи надання послуг, кадри, інформацію, медичні продукти, фінансування та управління з функціями поглинання, адаптації та трансформації під час та після криз.

Управління в цьому контексті не обмежується централізованим прийняттям рішень, оскільки децентралізація регіональних центрів постачання та розширення послуг у сільських приймаючих громадах розглядаються як можливості для реконфігурації моделі, що раніше була зосереджена на містах, навіть попри те, що понад 50 % медичних послуг залишаються недоступними через пошкодження інфраструктури та недостатнє фінансування гуманітарних викликів [158, 160, 162, 163, 164, 165, 166]. Зміцнення структур місцевого управління та розширення повноважень місцевих органів охорони здоров'я визначено як пріоритети, щоб обмежені ресурси можна було ефективно управляти та використовувати, а надання послуг — адаптувати до місцевих потреб. Ми вважаємо, що таких

інституційних покращень недостатньо, якщо не вирішити проблеми обмежень безпеки та порушень міжнародного гуманітарного права.

Рекомендації щодо управління надзвичайними ситуаціями для країн із активними військовими діями включають гарантування беззастережного гуманітарного доступу, встановлення систематичних маршрутів медичної евакуації, створення багатосекторальних платформ координації у сферах охорони здоров'я, водопостачання, санітарії, освіти та інфраструктури, а також мобілізацію стабільної міжнародної підтримки для поєднання негайної допомоги з довгостроковим відновленням. У цих рамках управління, ланцюги постачання та захист робочої сили розглядаються як невід'ємні елементи управління надзвичайними ситуаціями, орієнтованого на стійкість, а не як ізольовані технічні сфери [160]. Проведений аналіз впливу воєнних дій на систему охорони здоров'я засвідчує, що традиційні механізми організації медичного обслуговування в умовах масштабних криз втрачають достатній рівень ефективності та потребують трансформації відповідно до нових безпекових, логістичних і соціально-демографічних викликів. У зв'язку з цим особливого значення набуває впровадження адаптивної моделі управління медичним обслуговуванням територіальної громади, яка забезпечує своєчасне реагування на кризові потреби, ефективну мобілізацію ресурсів, безперервність надання медичної допомоги та формування довгострокової стійкості локальної системи охорони здоров'я, що відображено на рис. 2.12.



**Рис 2.12.** Параметричний аналіз управління надзвичайними ситуаціями у країнах з активними військовими діями

Українські дослідження щодо регіонального державного управління в умовах воєнного стану, хоча й менше зосереджуються на протоколах реагування на гострі ситуації, проте визначають умови ефективного управління надзвичайними ситуаціями. Місцеві державні (військові) адміністрації та органи самоврядування описуються як ключові виконавці конституційно гарантованих прав на охорону здоров'я, чиї скоординовані рішення визначають безперервність медичного обслуговування та соціальних гарантій під час внутрішнього переміщення, руйнування інфраструктури та нестачі людських ресурсів [147, 148]. Підкреслено, що за відсутності стабільного, передбачуваного фінансування та чітких процедур взаємодії між виконавчою владою та органами самоврядування навіть ретельно розроблені реформи втрачають ефективність, оскільки територіальні громади не можуть повною мірою підтримувати медичні заклади або гарантувати справедливий доступ до медичних послуг у кризових ситуаціях. Тому як передумови для регіональних систем, готових до надзвичайних ситуацій, пропонуються інтегровані моделі управління, що поєднують правове регулювання, стабільну фінансову підтримку, стратегічне планування та сучасні інструменти координації й контролю, причому децентралізація, підзвітність та прозорість слугують основними принципами їхнього проектування.

Ці спостереження доповнюють більш гострі кризові випадки, показуючи, як прогалини в координації та фінансова нестабільність в управлінні безпосередньо послаблюють здатність діяти в умовах воєнного стану чи інших надзвичайних ситуацій.

В Україні вимальовуються кілька напрямків політики щодо управління надзвичайними ситуаціями в територіальних системах охорони здоров'я. По-перше, рамки, які чітко узгоджують пріоритети між компонентами систем охорони здоров'я ВООЗ та розрізняють абсорбційні, адаптивні та трансформаційні можливості, забезпечують структуровану основу для прийняття рішень, але потребують адекватного, деполітизованого фінансування та децентралізованих повноважень щодо впровадження, щоб

стати дієвими [180, 181, 219, 286, 377, 378]. По-друге, опора на короткострокову гуманітарну допомогу та фрагментовані приватні або неформальні механізми надання послуг, без офіційної інтеграції, підзвітності та регуляторних механізмів, неодноразово призводить до нерівного доступу та послаблює перспективи довгострокової стійкості [160]. По-третє, ефективне управління надзвичайними ситуаціями передбачає наділення повноваженнями місцевих органів влади, інтегрованих у багаторівневі, багатосекторальні координаційні платформи, здатні управляти ланцюгами постачання, захищати та навчати медичних працівників, а також залучати громади; проте такі механізми залишаються вразливими там, де зберігаються проблеми з безпекою або провали міждержавної координації [160, 205, 206].

Для територіальних громад, що діють в умовах воєнного стану, ці порівняльні висновки свідчать про те, що зміцнення управління в надзвичайних ситуаціях вимагає не лише планів, спрямованих на конкретні кризи, а й постійних інвестицій у децентралізовані, підзвітні та належним чином фінансовані управлінські структури, здатні адаптуватися та трансформуватися після безпосереднього шоку [160, 205, 206].

Узагальнення міжнародного досвіду та сучасних підходів до кризового управління дозволяє систематизувати ключові концептуальні засади формування адаптивної муніципальної політики у сфері охорони здоров'я, які представлені у таблиці 2.3.

Ефективна кризова комунікація та координація визначають, чи здатні територіально організовані системи охорони здоров'я перетворити офіційні доручення на узгоджені дії в умовах надзвичайного навантаження. Українські аналітики стверджують, що цифровізація управлінських процесів посилює координацію між суб'єктами системи охорони здоров'я, оптимізує використання ресурсів та підвищує прозорість прийняття рішень на рівні, тим самим створюючи передумови для більш надійної взаємодії між органами влади, постачальниками послуг та громадянами в умовах воєнного стану [102, 268].

Таблиця 2.3

**Концептуальні засади формування адаптивної муніципальної політики  
охорони здоров'я в умовах децентралізації та євроінтеграційних  
трансформацій**

Концептуальна засада	Зміст концепції
Адаптивне врядування (Adaptive Governance)	Гнучка система управління, що забезпечує адаптацію до змін і невизначеності через децентралізацію та участь стейкхолдерів.
Комплексна адаптивна система (Complex Adaptive Systems, CAS)	Сприйняття системи охорони здоров'я як живої мережі, де взаємодіють люди, інституції та технології, здатні до саморегуляції.
Децентралізація управління	Передача повноважень громадам, що підвищує швидкість реагування, підзвітність і ефективність прийняття рішень.
Мережеве (Network-based) управління	Побудова горизонтальних зв'язків між владою, громадським сектором і бізнесом, орієнтованих на співпрацю, а не ієрархію.
Agile-підхід у державному управлінні	Використання принципів гнучкості, коротких управлінських циклів і постійного вдосконалення процесів прийняття рішень.
Цифровізація охорони здоров'я	Застосування цифрових інструментів для моніторингу, управління даними, телемедицини та взаємодії між суб'єктами охорони здоров'я.
Інклюзивне партнерство та участь громад	Активне залучення населення, громадських організацій та міжнародних донорів до формування політик і їхньої реалізації.
Стійкість (Resilience) у кризових умовах	Здатність системи охорони здоров'я витримувати шоки (пандемії, війни, економічні кризи) та відновлюватися після них.
Психосоціальний вимір політики	Інтеграція психічного здоров'я, соціальної підтримки та реабілітаційних програм у місцеві стратегії здоров'я.
Інноваційні механізми модернізації політики	Розробка нових управлінських механізмів, заснованих на цифрових технологіях, партнерстві та інституційній гнучкості.

Джерело: власне дослідження.

У рамках сервісно-орієнтованої моделі управління етичні, організаційні, комунікаційні та технологічні компоненти чітко пов'язані між собою: інформаційні системи електронної охорони здоров'я розглядаються як інструменти демократизації управління, підвищення підзвітності державних органів та стабілізації медичної інфраструктури, тоді як культура комунікації,

заснована на відкритості, партнерстві та зворотному зв'язку, подається як необхідна для довіри громадян до державних інституцій [102, 361]. Забезпечення доступу громадян до державних інституцій, державних послуг, медичних послуг, до основних заходів під час збройного конфлікту вимагає чіткого визначення пріоритетності найважливіших послуг у рамках механізмів управління надзвичайними ситуаціями.

Стратегії адаптації, зокрема толерантне ставлення до неформальних медичних послуг, заповнили деякі прогалини у доступі, проте відсутність офіційних механізмів управління для інтеграції цих суб'єктів призвела до дублювання, неефективності та нерівності у наданні послуг. Трансформаційні зміни, які могли б структурно забезпечити безперервність, такі як децентралізоване управління з чіткою підзвітністю та регулюванням неформальних постачальників, залишалися здебільшого відсутніми, що посилювало фрагментацію та нерівний доступ попри короткострокову стійкість [102, 139, 163, 168, 213, 328].

Напрямки політики, що випливають з проведеного аналізу, передбачають певні вимоги до територіальних громад, які стикаються з воєнним станом або подібними надзвичайними ситуаціями. По-перше, чітке визначення пакету основних медичних послуг, включаючи боротьбу з епідеміями та охорону здоров'я матері й дитини, має супроводжуватися гарантованим фінансуванням, децентралізованою логістикою та диверсифікованими центрами постачання, щоб уникнути відмов у єдиній точці. По-друге, стратегії захисту та утримання персоналу, такі як поліпшення умов праці та навчання з питань розширення потужностей, мають вирішальне значення для запобігання відтоку кадрів, що підриває безперервність надання послуг навіть за наявності закладів та ресурсів. По-третє, реформи управління повинні формалізувати інтеграцію недержавних та неформальних постачальників медичних послуг у рамки регулювання та підзвітності, замість того, щоб покладатися на ситуативну толерантність, яка поглиблює нерівності [160].

Загрози безпеці в умовах збройного конфлікту безпосередньо підривають фізичну безпеку та психічне благополуччя працівників охорони здоров'я, а отже, обмежують безперервність надання медичної допомоги. Нормативні та стратегічні документи, що стосуються ширших конфліктних ситуацій, концептуалізують захист медичних працівників як складову сталого розвитку та людської безпеки. Рамки узгодження, що пов'язують медичні втручання в зонах конфліктів із Цілями сталого розвитку, чітко виділяють захист медичного персоналу та закладів від насильства як частину Цілі сталого розвитку 16 щодо миру, справедливості та сильних інституцій. Ці рамки пов'язують захист працівників із правовими та політичними інструментами, що зберігають доступ до медичної допомоги під час конфліктів, залученням громади, яке формує довіру, та багатосекторальними партнерствами, що забезпечують узгоджені відповіді на складні загрози. Нарощування потенціалу шляхом навчання та розширення повноважень місцевих медичних працівників, а також моніторинг та оцінка заходів, представлені як невід'ємна частина забезпечення безпечних та функціонуючих медичних послуг у середовищах високого ризику [318, 381].

Для територіальних громад, що діють в умовах воєнного стану або подібних обставин, ці висновки в сукупності підкреслюють, що безпека та захист медичних працівників не можуть зводитися до індивідуальних стратегій подолання управлінських викликів. Вони вимагають міжнародних правових гарантій, що підлягають примусовому виконанню, надійного місцевого управління, здатного координувати гарантії безпеки та потоки допомоги, цілеспрямованої психосоціальної підтримки персоналу, інвестицій у децентралізовані та стійкі платформи послуг, та інтеграції показників захисту працівників у ширші рамки оцінки стійкості та сталого розвитку [160, 381].

Управління та координація одночасно послаблюються, оскільки блокади, обмеження пересування та напади на об'єкти порушують місцеві структури управління та перешкоджають мобілізації та розподілу

гуманітарної допомоги. Зміцнення місцевих органів охорони здоров'я та координаційних центрів нами визначено як пріоритет для узгодження обмежених ресурсів із потребами переміщених осіб, проте без безумовного гуманітарного доступу та гарантій безпеки відповідно до міжнародного гуманітарного права реформи управління самі по собі не можуть забезпечити надання послуг. Ми рекомендуємо налагодити багатосекторальну співпрацю у сферах охорони здоров'я, водопостачання, санітарії, освіти та інфраструктури, а також на захищених гуманітарних коридорах, систематичних механізмах медичної евакуації та розгортанні мобільних клінік для охоплення переміщених громад, доступ яких до стаціонарних закладів було перекрито [160]

Гуманітарні організації суттєво змінюють структури управління, коли внутрішні системи охорони здоров'я перевантажені внаслідок конфлікту та руйнування інфраструктури [264, 307].

Практична реалізація може вимагати підходів до лідерства, що поєднують негайні, мінімально інвазивні дії для захисту послуг з ітеративним вивченням та осмисленням для керівництва відновленням; варіант «діяти-вивчати-осмислювати-реагувати», запропонований для лідерів у сфері охорони здоров'я, що працюють на межі хаосу, може тому бути корисним для узгодження короткострокових заходів з порятунку життя з середньостроковою адаптацією системи [190, 296]. Крім того, навчання прийняттю рішень у кризових ситуаціях можна поєднати з децентралізованими центрами запасів та протоколами координаційних центрів, щоб оперативна готовність зберігалася навіть у разі ослаблення центральної влади.

Шість основних компонентів — надання послуг, робоча сила, інформація, медичні продукти, фінансування та лідерство або управління — розглядаються як взаємозалежні, а абсорбційні, адаптивні та трансформаційні можливості пропонуються як додаткові цілі для програм гуманітарної допомоги.

Таким чином, гуманітарна інтеграція нерозривно пов'язана з ширшою інтеграцією політики в сферах освіти, економіки, дипломатії та громадських секторів. Політичні напрямки, що випливають із цих випадків, сходяться на кількох вимогах щодо інтеграції гуманітарної допомоги в територіальне управління охороною здоров'я за умов воєнного стану та аналогічних надзвичайних ситуацій. Докази вказують на необхідність вбудовування гуманітарної діяльності в рамки, похідні від системних блоків систем охорони здоров'я ВООЗ та концепцій адаптивної трансформаційної стійкості, щоб забезпечити, що зовнішні ресурси підсилюють, а не замінюють, надання внутрішніх послуг, розвиток кадрового потенціалу, інформаційні системи та управлінські можливості.

Крім того, заклики до стійкої, безумовної міжнародної підтримки територій із активними військовими діями підкреслюють, що допомога має бути відокремлена від короткострокових політичних міркувань, якщо вона має підкріплювати відновлення інфраструктури, захист робочої сили та пакети послуг, орієнтовані на первинну медичну допомогу, замість епізодичного реагування на кризу [160].

Протоколи та стандарти надання послуг у зонах конфлікту переглядаються з урахуванням чітко визначених пріоритетів, що відображають як рамки систем охорони здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), так і концепції стійкості.

Однак відсутність офіційних механізмів управління для інтеграції неформальних суб'єктів та брак заздалегідь створених резервних запасів або стабілізаційних фондів означали, що ці зміни в протоколах не перетворилися на справедливий або сталий доступ, а трансформаційні адаптації залишилися обмеженими. Рекомендації, що випливають з цього аналізу, закликають до перегляду протоколів та стандартів, в тому числі стандартів якості, які чітко пов'язані з надзвичайними фінансовими резервами, посиленням логістики ланцюгів постачання, стимулами для утримання персоналу та децентралізованими моделями управління, що розширюють повноваження

муніципалітетів, з огляду на позитивний, але короткочасний досвід роботи муніципальних кризових штабів під час COVID-19 [175, 179, 207, 235, 262, 316, 345].

Цифрові методи, процеси диджиталізації, телемедицина та штучний інтелект збагачують набір інструментів для адаптації протоколів у разі порушення роботи інфраструктури та нестачі людських ресурсів [37, 39, 48, 287, 289]. Дані щодо цифрового здоров'я свідчать, що телемедицина, діагностика на основі штучного інтелекту, аналіз великих даних та електронні записи можуть реконфігурувати протоколи надання послуг, наблизивши консультації та моніторинг до пацієнтів, покращивши нагляд та підсилюючи підтримку у прийнятті рішень. Водночас висновки щодо прогалін у регуляторних нормах, ризиків захисту даних та цифрового розриву в країнах, що розвиваються, підкреслюють, що протоколи, орієнтовані на технології, мають супроводжуватися надійними стандартами взаємодії, заходами з кібербезпеки та інвестиціями у цифрову грамотність як для постачальників послуг, так і для пацієнтів. Без таких заходів управління зусилля з впровадження телемедицини або штучного інтелекту в протоколи для зон конфлікту ризикують відтворити нерівності та піддати вразливі групи новим формам ризику, особливо в умовах, коли лише меншість населення має надійний доступ до цифрових медичних послуг [199, 328].

Порушення роботи та руйнування медичних закладів територіальних громад у зонах конфлікту створюють нагальну потребу у механізмах, здатних швидко відновити хоча б мінімальний обсяг медичних послуг. Демонстровано, що системи швидкого реагування повинні бути інтегрованими в адекватно деполітизовані механізми фінансування; інакше навіть технічно обґрунтовані плани реагування на кризову ситуацію не зможуть відновити функціональне забезпечення медичного обслуговування територіальної громади.

Отже, оптимізація державного управління, включаючи покращення координації між державними та місцевими органами, моніторинг якості послуг, залучення громадянського суспільства та широке впровадження

цифрових технологій для контролю та аналізу, розглядається як необхідна умова для ефективного управління процесами відновлення та модернізації медичного обслуговування в територіальних громадах у процесі реалізації публічної політики охорони здоров'я [205, 206].

## **Висновки до розділу 2**

У результаті проведеного системного аналізу встановлено, що управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах формується під впливом процесів децентралізації, цифрової трансформації, реформування системи охорони здоров'я та кризових викликів, пов'язаних із воєнним станом. Передача частини управлінських та фінансових повноважень органам місцевого самоврядування сприяла розширенню автономії територіальних громад у питаннях планування ресурсів, організації медичної інфраструктури та реалізації локальних програм охорони здоров'я. Водночас проведений аналіз засвідчив наявність значних інституційних диспропорцій, пов'язаних із нерівномірністю ресурсного забезпечення, дублюванням функцій між різними рівнями управління, недостатньою координацією між центральними та місцевими органами влади, а також нестабільністю фінансових механізмів підтримки медичних закладів.

Аналіз організаційно-інституційного механізму управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах свідчить, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від здатності державних, регіональних та місцевих інституцій забезпечувати інтегроване управління, стратегічне планування та міжсекторальну взаємодію. Встановлено, що формальна децентралізація повноважень не гарантує автоматичного підвищення ефективності системи без створення чітких механізмів підзвітності, моніторингу, фінансової стабільності та цифрової координації між суб'єктами управління. Особливого значення набуває впровадження цифрових платформ, електронної системи охорони здоров'я,

механізмів моніторингу якості медичних послуг та інструментів громадського контролю, які сприяють підвищенню прозорості, оперативності управлінських рішень і стійкості територіальних систем охорони здоров'я.

Ресурсне забезпечення медичного обслуговування територіальних громад включає фінансові, кадрові, матеріально-технічні, інфраструктурні, інформаційні та організаційні ресурси, які визначають здатність системи охорони здоров'я забезпечувати доступність і якість медичної допомоги населенню. Встановлено, що однією з ключових проблем сучасного етапу розвитку системи охорони здоров'я є дефіцит кадрового потенціалу, нерівномірний розподіл медичних працівників між територіями, недостатня привабливість роботи у сільських громадах, а також нестабільність фінансування медичних закладів. Ці фактори посилюються в умовах воєнного стану, внутрішнього переміщення населення та руйнування медичної інфраструктури, що створює додаткове навантаження на локальні системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад та обмежує їхню адаптивність до кризових ситуацій.

Міжнародний досвід управління системою охороною здоров'я демонструє, що ефективне функціонування територіальних систем медичного обслуговування потребує поєднання децентралізованого управління, стабільного фінансування, багатосекторальної координації та розвитку цифрової інфраструктури. Практики країн Європейського Союзу та інших держав засвідчують, що інтегровані моделі первинної медичної допомоги, телемедичні сервіси, мобільні медичні бригади, системи електронного моніторингу та міжсекторальне партнерство сприяють підвищенню доступності медичних послуг у віддалених та кризових територіях. Разом із цим міжнародні підходи акцентують увагу на необхідності розвитку механізмів стратегічного планування, формування адаптивних моделей управління, орієнтованих на стійкість системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій та довгострокових кризових викликів.

Важливим напрямом модернізації системи охорони здоров'я територіальних громад визначено розвиток державно-приватного партнерства, яке розглядається як механізм залучення додаткових фінансових, технологічних та управлінських ресурсів до медичної сфери. Водночас ефективність таких моделей залежить від наявності прозорих механізмів регулювання, державного контролю, систем оцінки якості медичних послуг та запобігання ризикам комерціалізації медичної допомоги. Підкреслено, що в умовах територіальних громад партнерські моделі повинні бути інтегровані у загальну систему публічного управління охороною здоров'я та відповідати принципам соціальної справедливості, доступності й пацієнтоорієнтованості.

Встановлено, що в умовах воєнного стану особливого значення набуває формування стійких моделей управління надзвичайними ситуаціями, які поєднують механізми гуманітарної підтримки, медичної евакуації, кризового планування, захисту кадрового потенціалу та координації між державними органами, міжнародними організаціями та територіальними громадами. Міжнародний досвід свідчить, що підтримання безперервності медичної допомоги в кризових умовах можливе лише за умови інтеграції гуманітарних, соціальних, інфраструктурних та управлінських механізмів у єдину систему реагування. У зв'язку з цим підвищення ефективності управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах повинно ґрунтуватися на принципах стійкості, адаптивності, цифровізації, багаторівневої координації та інтеграції медичної й соціальної політики в умовах воєнного та повоєнного розвитку України.

Результати дослідження за даним розділом знайшли своє впровадження в роботах здобувача [2, 3, 5, 11, 13, 14] (додаток А).

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ У ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

#### **3.1. Формування системи інтегрованого управління медичним обслуговуванням територіальних громад**

Адаптивне управління в системах охорони здоров'я ґрунтується на здатності реагувати на потрясіння, одночасно поступово реорганізуючи інституції, фінансування та моделі надання послуг з метою підвищення стійкості та забезпечення справедливості. В країнах, що зазнають впливу конфлікту, аналіз наукових досліджень демонструє принципи управління з концепцією систем охорони здоров'я ВООЗ, яка визначає шість взаємозалежних компонентів: надання послуг, кадровий потенціал в галузі охорони здоров'я, медична інформація, медичні вироби, вакцини та технології, фінансування, а також лідерство чи управління, і розглядає стійкість як здатність, яку необхідно формувати у всіх цих сферах, а не як статичний результат.

Отже, адаптивне управління передбачає скоординовану модифікацію пакетів послуг, можливостей реагування на надзвичайні ситуації та навичок персоналу, а також переорієнтацію практик фінансування та лідерства, щоб необхідні профілактичні та лікувальні послуги продовжували надаватися під час криз і могли розвиватися на наступних етапах відновлення. Концептуалізація абсорбційних, адаптивних та трансформаційних можливостей втілює цю орієнтацію в життя й на рівні територіальних громад.

Абсорбційна здатність стосується негайного поглинання шоку та підтримання рутинних функцій; адаптивна здатність відображає гнучкість у перерозподілі ресурсів та зміні процесів; трансформаційна здатність передбачає глибші структурні зміни в дизайні системи та модифікації системи базових цінностей.

Для країн із активними бойовими діями адаптивне управління формулюється як переосмислення основних медичних послуг, посилення реагування на надзвичайні ситуації, а також перепідготовка та розширення можливостей медичних працівників з урахуванням особливостей різних місцевостей, при цьому одночасно координуючи дії між національними органами влади, міжнародними партнерами, мережами діаспори та громадськими суб'єктами. Ці елементи разом вказують на те, що адаптивне управління за своєю суттю є багаторівневим та багатосекторальним, а децентралізація ресурсів та прийняття рішень є передумовою для реагування з урахуванням конкретних умов.

Адаптивні заходи, включаючи більшу толерантність до неформальних медичних послуг та пряму взаємодію між закладами та гуманітарними суб'єктами, заповнили прогалини в доступі, однак без структурованих механізмів управління та регуляторного нагляду держави, що призвело до неефективності, дублювання та нерівності. Елементи трансформаційного управління залишалися здебільшого відсутніми, за частковим винятком тимчасових муніципальних кризових штабів під час COVID-19, які покращили рівність та ефективність, але не змогли зруйнувати централізовану, орієнтовану на прибуток національну модель. Ці висновки вказують на те, що адаптивне управління має вийти за межі ситуативних домовленостей у напрямку формальної інтеграції різноманітних постачальників послуг у сфері охорони здоров'я, чітких механізмів підзвітності та децентралізованих просторів прийняття рішень, які дозволяють муніципалітетам та територіальним громадам з часом узгоджувати ресурси з місцевими потребами [212, 225, 272].

Принципи адаптивного управління в таких умовах вимагають беззастережного гуманітарного доступу, правового захисту медичних працівників та інфраструктури відповідно до міжнародного гуманітарного права, а також міжсекторальної координації між секторами охорони здоров'я, водопостачання, санітарії, освіти та інфраструктури для відновлення основних

детермінант здоров'я та забезпечення надання послуг переміщеним особам [160].

В Україні дослідження регіонального державного управління в умовах воєнного стану підкреслює, що адаптивне управління залежить від послідовних, скоординованих рішень місцевих державних (військових) адміністрацій та органів самоврядування, які відповідають за організацію послуг в умовах внутрішнього переміщення, зруйнованої інфраструктури та обмеженого кадрового потенціалу. Стабільне та передбачуване фінансування визначено як необхідна умова, оскільки без нього навіть добре розроблені реформи не можуть забезпечити безперервність надання допомоги або рівний доступ на територіальному рівні.

Отже, децентралізація розширила місцеву автономію, але водночас викрила прогалини в інституційній спроможності, регіональні диспропорції та провали в координації, які необхідно усунути за допомогою інтегрованих моделей управління, що поєднують правове регулювання, посилену міжвідомчу координацію, цифрові інструменти моніторингу та систематичне залучення громадянського суспільства до оцінки якості послуг.

Представлені елементи разом окреслюють принцип адаптивного управління, що поєднує децентралізацію з розбудовою потенціалу, фінансовою стійкістю та партисипативним наглядом.

Ми вважаємо, що з урахуванням виявлених інституційних, кадрових та організаційних викликів особливої актуальності набуває необхідність модернізації інфраструктурних та кадрових інструментів системи охорони здоров'я територіальних громад, спрямованої на підвищення стійкості, адаптивності та ефективності локального медичного управління в умовах сучасних кризових трансформацій. У зв'язку з цим доцільним є узагальнення ключових механізмів та практичних прикладів такої модернізації, що представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

### Механізми та приклади модернізації інфраструктурних та кадрових інструментів

Механізм	Реалізація на національному рівні	Реалізація на локальному рівні	Очікувані результати реалізації
Регіоналізація високоспеціалізованої допомоги	<ul style="list-style-type: none"> <li>- визначення мережі кластерних і надкластерних лікарень;</li> <li>- розробка стандартів доступності до високоспеціалізованих послуг;</li> <li>- централізоване фінансування ключового обладнання.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- перенаправлення складних випадків у кластерні центри;</li> <li>- налагодження логістики між закладами різних рівнів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- оптимальне використання ресурсів;</li> <li>- підвищення якості спеціалізованої допомоги;</li> <li>- зменшення смертності та ускладнень.</li> </ul>
Створення госпітальних округів	<ul style="list-style-type: none"> <li>- законодавче закріплення меж госпітальних округів;</li> <li>- затвердження планів розвитку госпітальних округів МОЗ України;</li> <li>- виділення фінансування на розвиток опорних лікарень.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формування локальних планів розвитку медичної мережі;</li> <li>- оптимізація маршрутів пацієнтів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- скорочення часу до отримання допомоги;</li> <li>- зниження дублювання функцій між закладами;</li> <li>- ефективніше використання коштів.</li> </ul>
Кадрове зміцнення	<ul style="list-style-type: none"> <li>- затвердження національних програм підготовки та перепідготовки кадрів;</li> <li>- стимулюючі пакети для роботи у сільських і прифронтових громадах;</li> <li>- міжнародні стажування.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- підвищення кваліфікації медперсоналу на базі місцевих ЗОЗ та ЗВО;</li> <li>- залучення молодих фахівців через програми підтримки житла та соціальних гарантій.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- зменшення кадрового дефіциту;</li> <li>- підвищення професійного рівня та кваліфікації персоналу;</li> <li>- покращення якості медичних послуг.</li> </ul>

Джерело: власне дослідження [96].

Модернізація інфраструктурних та кадрових інструментів системи охорони здоров'я є одним із ключових напрямів підвищення ефективності медичного обслуговування у територіальних громадах. Регіоналізація високоспеціалізованої допомоги, створення госпітальних округів та кадрове зміцнення сприяють оптимізації використання ресурсів, підвищенню

доступності та якості медичних послуг, а також формуванню стійкої системи охорони здоров'я, здатної адаптуватися до сучасних демографічних, соціальних і безпекових викликів. Водночас сучасні трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я потребують активного впровадження цифрових технологій та інноваційних управлінських рішень, що забезпечують інтеграцію інформаційних систем, оперативність управління та підвищення ефективності медичного сервісу як на національному, так і на локальному рівнях [20, 265, 321, 322, 329, 362]. У зв'язку з цим доцільним є аналіз механізмів та прикладів модернізації цифрових технологій та інновацій на національному та локальному рівнях, представлений у наступній таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Механізми та приклади модернізації цифрових технологій та інновацій на національному та локальному рівнях**

<b>Механізм</b>	<b>Реалізація на національному рівні</b>	<b>Реалізація на локальному рівні</b>	<b>Очікувані результати реалізації</b>
Електронні медичні записи (англ. «EMR»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- розширення функціоналу національної системи e-Health.</li> <li>- обов'язкова інтеграція ЗОЗ у єдину базу даних;</li> <li>- розробка стандартів обміну медичними даними.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повне ведення медичної документації в електронному форматі;</li> <li>- навчання персоналу роботі з EMR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- безперервність медичної інформації;</li> <li>- зменшення дублювання обстежень;</li> <li>- підвищення безпеки пацієнтів.</li> </ul>
Телемедицина	<ul style="list-style-type: none"> <li>- створення нормативної бази для телемедичних послуг;</li> <li>- інтеграція телемедицини в Програму медичних гарантій для ЗОЗ;</li> <li>- фінансування обладнання для віддалених регіонів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- організація телемедичних консультацій для сільських і прифронтових територій;</li> <li>- використання мобільних телемедичних станцій.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- розширення доступу до спеціалізованої допомоги;</li> <li>- зменшення витрат на транспортування пацієнтів;</li> <li>- підвищення своєчасності діагностики.</li> </ul>
Системи моніторингу якості	<ul style="list-style-type: none"> <li>- створення та впровадження національної платформи для збору PREMs та PROMs;</li> <li>- обов'язковий аудит якості надання послуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- внутрішні системи оцінки якості роботи закладу;</li> <li>- опитування пацієнтів та аналіз результатів лікування.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- прозорість та підзвітність закладів;</li> <li>- покращення сервісу та клінічних результатів;</li> <li>- зростання довіри пацієнтів до ЗОЗ.</li> </ul>

Джерело: власне дослідження [96].

Цифровізація системи охорони здоров'я та впровадження інноваційних технологій створюють передумови не лише для підвищення ефективності управління медичними процесами, але й для трансформації самої моделі взаємодії між пацієнтом і системою медичного обслуговування у напрямі більшої відкритості, доступності та пацієнтоорієнтованості. Використання електронних медичних записів, телемедицини та систем моніторингу якості дозволяє забезпечити безперервність лікування, оперативність прийняття рішень і підвищення прозорості діяльності закладів охорони здоров'я.

Ми вважаємо, що у цьому контексті особливої актуальності набуває інтеграція міжнародних пацієнтоорієнтованих підходів у національну систему охорони здоров'я, зокрема принципів Пікера, які розглядаються як важливий інструмент підвищення якості медичного сервісу, зміцнення довіри населення до медичних установ та формування сучасної моделі людиноцентричного менеджменту охороною здоров'я на локальному та національному рівнях (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

### Механізми реалізації принципів Пікера на локальному та національному рівнях

Принцип Пікера	Реалізація на національному рівні	Реалізація на локальному рівні	Очікувані результати реалізації
1. Швидкий доступ до медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> <li>- закріплення нормативів доступності допомоги у стандартах МОЗ України;</li> <li>- інтеграція показників доступності у Програму медичних гарантій;</li> <li>- фінансування інфраструктури для екстреної допомоги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- оптимізація запису на прийом;</li> <li>- запровадження онлайн-черги та електронних направлень для всіх надавачів медичних послуг;</li> <li>- розширення годин прийому.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- скорочення часу очікування допомоги;</li> <li>- зниження ризику ускладнень;</li> <li>- зростання задоволеності пацієнтів.</li> </ul>
2. Безперервність та координація догляду	<ul style="list-style-type: none"> <li>- визначення стандартів безперервності лікування на всіх рівнях;</li> <li>- обов'язкова інтеграція EMR у єдину національну базу даних.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- призначення лікаря-координатора пацієнта;</li> <li>- регулярна передача даних між лікарями різних рівнів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- зменшення дублювання обстежень;</li> <li>- кращі клінічні результати;</li> <li>- підвищення ефективності витрат.</li> </ul>

## Продовження таблиці 3.3

3. Чітка та зрозуміла інформація	- встановлення вимог до інформування пацієнтів у стандартах МОЗ; - розробка єдиних шаблонів інформованої згоди.	- проведення консультацій державною мовою; - використання інфографіки та брошур.	- підвищення обізнаності пацієнтів; - зростання довіри до лікарів; - менше конфліктних ситуацій.
4. Повага до цінностей, переконань і потреб пацієнта	- закріплення принципу культурної чутливості у стандартах МОЗ України; - вимога врахування індивідуальних особливостей пацієнтів.	- крос-культурна адаптація лікувальних планів до потреб пацієнта; - надання можливості вибору лікаря чи методу лікування.	- зростання задоволеності лікуванням; - покращення комплаєнсу; - зниження рівня стресу пацієнтів.
5. Емоційна підтримка	- включення психологічної допомоги у стандарти надання медичної допомоги; - фінансування послуг медичних психологів.	- запровадження програм підтримки пацієнтів та їхніх родин; - психологічне консультування в закладах.	- зниження тривожності та депресивних станів; - позитивний вплив на одужання; - кращий досвід перебування в ЗОЗ.
6. Фізичний комфорт	- встановлення стандартів безпеки та комфорту лікарняних приміщень; - фінансування ремонту та оновлення обладнання.	- забезпечення чистоти, зручних меблів та належних умов перебування; - адаптація приміщень для осіб з інвалідністю.	- зменшення фізичного дискомфорту; - підвищення якості та скорочення терміну перебування у лікарні; - зростання довіри до ЗОЗ.
7. Залучення сім'ї та близьких	- внесення норм про можливість присутності близьких у стандарти МОЗ України; - створення гнучких правил відвідування.	- організація місць для перебування родичів; - проведення спільних консультацій із родиною.	- підвищення психологічної підтримки пацієнта; - краща поінформованість родини; - зростання задоволеності лікуванням.
8. Перехідність та підготовка до виписки	- встановлення вимог щодо планування виписки та стандартизація даного процесу; - стандарти післялікарняного менеджменту.	- проведення інструктажу пацієнта перед випискою; - контроль стану після виписки (телефон, телемедицина).	- зменшення повторних госпіталізацій та ускладнень; - краща адаптація пацієнта після лікування; - зростання ефективності відновлення.

Джерело: власне дослідження [96].

Варто зазначити, реалізація принципів Пікера на національному та локальному рівнях формує підґрунтя для розвитку пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я, у межах якої пріоритетного значення набувають доступність медичної допомоги, безперервність лікування, якісна комунікація, емоційна підтримка та врахування індивідуальних потреб пацієнта. Інтеграція зазначених принципів у державні стандарти, цифрові системи управління та локальні практики медичних закладів сприяє підвищенню якості медичного сервісу, зміцненню довіри населення до системи охорони здоров'я та формуванню сучасної моделі людиноцентричного публічного управління.

Водночас подальша модернізація системи охорони здоров'я потребує розширення механізмів людиноцентрованого підходу у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я, що передбачає поєднання управлінських, цифрових, соціальних та комунікаційних інструментів для забезпечення комплексної орієнтації системи на потреби пацієнта [266]. У зв'язку з цим, ми пропонуємо аналіз механізмів та прикладів модернізації людиноцентрованого підходу у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я, представлених у таблиці 3.4.

*Таблиця 3.4*

**Механізми та приклади модернізації людиноцентрованого підходу у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я**

<b>Механізм</b>	<b>Реалізація на національному рівні</b>	<b>Реалізація на локальному рівні</b>	<b>Очікувані результати реалізації</b>
Впровадження 8 принципів Пікера	- інтеграція даних принципів у стандарти МОЗ; - розробка освітніх програм для медперсоналу.	- практичне застосування принципів у щоденній роботі з пацієнтами; - створення комфортного середовища в закладі.	- підвищення задоволеності пацієнтів; - покращення взаємодії «лікар-пацієнт».
Моніторинг досвіду пацієнтів	- запуск національної системи оцінки пацієнтського досвіду; - створення пацієнтських організацій.	- збір відгуків пацієнтів та їх аналіз для покращення сервісу.	- виявлення слабких місць у наданні допомоги; - підвищення рівня довіри та лояльності; - залучення пацієнтів до процесу управління та нагляду за діяльністю ЗОЗ.

*Продовження таблиці 3.4*

Розвиток комунікаційних навичок персоналу	- включення курсів комунікації у національні програми підвищення кваліфікації.	- проведення тренінгів на базі закладів; - менторство та обмін досвідом між колегами.	- зменшення конфліктних ситуацій; - покращення психологічного комфорту пацієнтів.
---	--	--	--

Джерело: власне дослідження [96].

Водночас процеси модернізації людиноцентрованого підходу у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я спрямована на формування системи медичного обслуговування, орієнтованої на потреби, цінності та очікування пацієнта. Впровадження принципів Пікера, розвиток систем моніторингу пацієнтського досвіду та удосконалення комунікаційних навичок медичного персоналу сприяють підвищенню якості медичних послуг, зміцненню довіри до закладів охорони здоров'я та розвитку партнерської моделі взаємодії між пацієнтом і медичним працівником. Забезпечення ефективності людиноцентрованого підходу потребує активізації локальних ініціатив, міжсекторальної співпраці та розвитку партнерських механізмів між органами місцевого самоврядування, медичними закладами, громадськими організаціями та міжнародними інституціями [21]. У зв'язку з цим ми провели аналіз механізмів та прикладів модернізації локальних ініціатив та партнерств у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я, що представлені у наступній таблиці 3.5.

*Таблиця 3.5*

**Механізми та приклади модернізації локальних ініціатив та партнерств у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я**

Механізм	Реалізація на національному рівні	Реалізація на локальному рівні	Очікувані результати реалізації
Мобільні та модульні медичні бригади	- впровадження та державне фінансування мобільних медичних підрозділів; - розробка стандартів роботи в екстрених умовах.	- швидке розгортання мобільних бригад у зонах бойових дій чи катастроф; - забезпечення первинної допомоги на місці.	- підвищення оперативності реагування; - зменшення смертності у критичних ситуаціях.

## Продовження таблиці 3.5

Громадська участь	- розробка механізмів участі пацієнтів у формуванні політики МОЗ України; - включення представників громад у наглядові ради лікарень.	- створення пацієнтських рад при ЗОЗ; - партисипативне бюджетування в охороні здоров'я.	- підвищення прозорості рішень; - краща відповідність послуг потребам громади.
Міжнародне партнерство	- координація міжнародних проєктів через МОЗ України; - інтеграція програм Razom Health, WHO EMT, USAID у національні стратегії.	- співпраця з міжнародними організаціями для отримання інноваційного обладнання та навчання персоналу.	- розширення ресурсної бази; - підвищення рівня технологічного оснащення; - обмін досвідом, практичними навичками і знаннями.

Джерело: власне дослідження [96].

Вважаємо необхідним після проведення аналізу підходів до модернізації локальних ініціатив дослідити аспекти муніципальної політики охорони здоров'я із визначеннями основних механізмів реалізації, проблем та шляхів до їх вирішення (табл.3.6).

Таблиця 3.6

**Механізми, проблеми та шляхи вирішення у сфері муніципальної політики охорони здоров'я**

Механізм	Проблеми	Шляхи вирішення	Очікуваний ефект
Цифровізація системи охорони здоров'я	Недостатня інтеграція цифрових платформ; слабкий рівень кібербезпеки; нерівномірний доступ до інтернету в сільських громадах; опір медичного персоналу до цифрових змін.	1. Розвиток національної платформи eHealth. 2. Впровадження систем кіберзахисту та стандартизації даних. 3. Розширення цифрової інфраструктури в громадах. 4. Навчання медперсоналу цифровим компетенціям.	Підвищення ефективності управління медичними ресурсами; покращення доступу до послуг; прозорість рішень; розвиток телемедицини.
Децентралізація управління охороною здоров'я	Нечіткий розподіл повноважень між державним і місцевим рівнями; недостатнє фінансування; відсутність координаційних механізмів між громадами.	1. Законодавче уточнення розподілу повноважень між МОЗ, обласними радами та громадами. 2. Формування спільних бюджетних програм. 3. Створення регіональних центрів управління охороною здоров'я.	Зміцнення автономії громад; зростання ефективності розподілу коштів; покращення координації між рівнями влади.

## Продовження таблиці 3.6

Підвищення стійкості системи охорони здоров'я	Низька готовність системи до криз (війна, пандемія); нестача резервів, гнучких стратегій управління; розриви між секторами охорони здоров'я та соціального захисту.	1. Формування кризових медичних резервів і мобільних бригад. 2. Розробка сценаріїв реагування на надзвичайні ситуації. 3. Впровадження принципів адаптивного управління. 4. Посилення міжсекторальної взаємодії.	Підвищення здатності системи до реагування на кризи; зменшення людських та матеріальних втрат; формування культури готовності.
Розвиток муніципальної політики охорони здоров'я	Відсутність узгодженості між національною та місцевими політиками; низький рівень участі громад; слабе стратегічне планування.	1. Інтеграція муніципальних стратегій у державні реформи. 2. Розширення громадської участі. 3. Розробка механізмів партнерства з донорами. 4. Використання адаптивного підходу у місцевому плануванні.	Системне планування розвитку охорони здоров'я на місцевому рівні; узгодженість між державними та муніципальними стратегіями; інклюзивність політики.

Джерело: власне дослідження [225].

Представлені механізми модернізації муніципальної політики охорони здоров'я демонструють необхідність поєднання цифрової трансформації, децентралізованого управління, кризової стійкості та міжсекторальної координації для забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я на локальному рівні.

Варто зазначити, що умови воєнного стану суттєво трансформують пріоритети та інструменти муніципального управління, актуалізуючи потребу у формуванні адаптивних підходів до організації медичної допомоги, кризового реагування та підтримки життєздатності громад, що обумовлює доцільність аналізу сучасних підходів, проблем і тенденцій муніципальної політики охорони здоров'я під час війни, представлених у таблиці 3.7.

Сучасна муніципальна політика охорони здоров'я в умовах війни характеризується переходом до адаптивних, цифровізованих та міжсекторальних моделей управління, орієнтованих на забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, оперативного кризового реагування та підтримки локальних громад [49, 350].

Таблиця 3.7

**Сучасні підходи, проблеми та тенденції муніципальної політики охорони здоров'я під час війни**

<b>Підхід</b>	<b>Сучасні тенденції</b>	<b>Проблеми</b>
Мобільні системи медичної допомоги	Створення мобільних шпиталів, телемедичних центрів і систем евакуації поранених; інтеграція військової та цивільної медицини.	Брак медичного персоналу; логістичні складнощі доставки ліків і обладнання в зони бойових дій.
Інтеграція психічного здоров'я у муніципальні стратегії	Розширення програм психосоціальної підтримки ветеранів, переселенців і медичних працівників; впровадження цифрових платформ ментального здоров'я.	Недостатня підготовка місцевих фахівців з ментального здоров'я; обмежені ресурси на реабілітацію.
Цифровізація та гуманітарна логістика	Використання систем GIS та платформ управління даними для моніторингу гуманітарних потоків; координація через цифрові хаби (наприклад, eHealth та «Дія»).	Нерівномірний доступ до цифрової інфраструктури; кіберзагрози та нестача захищених каналів зв'язку.
Міжмуніципальна та міжнародна взаємодія	Формування горизонтальних зв'язків між містами України та партнерами з ЄС (США, Польща, Швеція); створення регіональних альянсів охорони здоров'я.	Бюрократичні бар'єри для транскордонної співпраці; нестача координації на міждержавному рівні.
Turbulent Governance — управління в умовах турбулентності	Застосування підходу гнучкого управління у кризах; прийняття рішень на основі навчання, обміну досвідом і даними.	Недостатній рівень підготовки управлінців до кризових сценаріїв; низька швидкість адаптації систем.
Публічно-приватне партнерство у кризовому контексті	Активізація участі бізнесу у відновленні медичної інфраструктури; спільне фінансування програм гуманітарної медицини.	Обмежені стимули для бізнесу брати участь у сфері охорони здоров'я в умовах війни.
Інституційна адаптація муніципалітетів	Реформування організаційних структур, підвищення автономії медичних закладів; створення кризових координаційних штабів.	Перевантаження місцевих адміністрацій; нестача ресурсів для оперативного управління.
Розвиток локальної стійкості громад	Посилення ролі громад у підтримці вразливих груп; розвиток волонтерських ініціатив та місцевих фондів охорони здоров'я.	Виснаження громади, психологічна втома, низький рівень соціальної згуртованості у деяких регіонах.
Використання великих даних (Big Data) у кризовому менеджменті	Збір даних у реальному часі про потреби медичних закладів і населення; аналітика для прогнозування ризиків і потреб.	Відсутність єдиних стандартів обробки даних; обмежений доступ до аналітики на місцевому рівні.

## Продовження таблиці 3.7

Поствоєнне відновлення через адаптивне планування	Використання сценарного планування для реконструкції системи охорони здоров'я; інтеграція принципів адаптивного управління у стратегії відбудови.	Брак довгострокових стратегій і фінансування; надмірна фрагментація між проектами міжнародної допомоги.
---	---	---

Джерело: власне дослідження [225].

Вважаємо, що подальший розвиток муніципального управління у сфері охорони здоров'я потребує гармонізації національних підходів із європейськими стандартами, інтеграції інноваційних механізмів управління та посилення міжнародної співпраці, що обумовлює необхідність аналізу напрямів, механізмів покращення та тенденцій розвитку муніципальної політики охорони здоров'я в контексті євроінтеграції, представлених у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

**Напрями, механізми покращення та тенденції розвитку муніципальної політики охорони здоров'я в контексті євроінтеграції**

Напрямок розвитку	Механізми покращення	Тенденції розвитку
<b>Інституційна конвергенція</b>	Гармонізація законодавства з <i>acquis communautaire</i> ; створення Національного координаційного центру євроінтеграції в охороні здоров'я; підвищення кваліфікації управлінців у сфері Health Governance.	Уніфікація управлінських процедур; посилення інституційної спроможності МОЗ і муніципалітетів; створення єдиного простору євроінтеграційних реформ.
<b>Поглиблення децентралізації</b>	Запровадження міжмуніципальних медичних округів; формування місцевих фондів здоров'я; пряме фінансування громад через державні субвенції; механізми державно-громадського партнерства.	Посилення автономії громад; розширення бюджетної децентралізації; укріплення міжмуніципальної кооперації у сфері охорони здоров'я.
<b>Європейські стандарти якості</b>	Впровадження CQI, ISO 9001, EFQM Excellence Model; розробка індикаторів якості на рівні громад; створення систем моніторингу результативності медичних послуг.	Підвищення довіри населення до медичних послуг; формування культури якості; зростання прозорості управлінських рішень.

*Продовження таблиці 3.8*

<b>Гуманітарна дипломатія та партнерство з містами ЄС</b>	Розвиток програм співпраці з містами ЄС (побратимство, гранти ЄС, інвестиційні фонди); реалізація спільних проєктів із реконструкції лікарень та психосоціальної підтримки.	Розширення гуманітарної співпраці в межах ЄС; створення транскордонних медичних кластерів; формування партнерських мереж відбудови.
<b>Інноваційна екосистема охорони здоров'я</b>	Підтримка муніципальних HealthTech-стартапів; розвиток платформ Smart Hospitals, eHealth і телемедицини; впровадження big data-аналітики для управління ресурсами та прогнозування ризиків.	Інтеграція цифрових технологій у всі рівні системи; розвиток локальних інноваційних хабів; підвищення ефективності медичних послуг через цифрову трансформацію.

Джерело: власне дослідження [225].

Порівняльні огляди щодо стійкості систем охорони здоров'я свідчать, що орієнтовані на прибуток та слабо регульовані конфігурації, як це спостерігається у країнах із активними військовими діями, спрямовують гуманітарне фінансування у приватні та низьковитратні сектори та підривають рівний доступ, демонструючи, що адаптивне управління має чітко надавати пріоритет універсальному доступу, справедливості та інклюзивності, а не короткостроковій стабілізації існуючих владних структур.

Інтегроване управління первинною, вторинною та третинною медичною допомогою вимагає перегляду схем надання медичної допомоги та механізмів управління, щоб пацієнти могли переходити між рівнями без перерв та дублювання.

На сучасному етапі в умовах військових дій гуманітарне фінансування продовжувало передавати послуги приватним лікарням, закріплюючи фрагментацію та перешкоджаючи розвитку інтегрованої системи, що базується на потребах і охоплює первинні, вторинні та третинні послуги. Політичні рекомендації, що випливають з цього випадку, закликають до офіційної інтеграції неформальних та приватних постачальників послуг через регуляторні рамки, надзвичайні фінансові резерви та децентралізоване

управління, щоб багаторівнева медична допомога могла координуватися з урахуванням потреб населення, а не ринкової логіки.

Територіальні експерименти з реорганізації спеціалізованої медичної допомоги демонструють, що міжзакладські маршрути можуть зменшити навантаження на лікарні, коли послуги вторинного рівня частково переносяться в громаду [35, 36].

Цифрові медичні інструменти та платформи на базі штучного інтелекту додають трансверсальний рівень, який може об'єднати первинну, вторинну та третинну медичну допомогу. Огляди мобільних медичних додатків, телереабілітації, цифрової психотерапії, медичних пристроїв, інструментів та розробок на основі штучного інтелекту, таких як чат-боти та голосові асистенти, засвідчують їхню здатність покращувати комунікацію між пацієнтом та медичним працівником, підтримувати самоконтроль та покращувати результати у сфері хронічних захворювань, психічного здоров'я та реабілітації.

Доведено, що персоналізований зворотний зв'язок, який надається за допомогою цих технологій, сприяє здоровішому способу життя, збільшує фізичну активність та покращує раціон харчування, що може зменшити попит на послуги вищого рівня, якщо це буде масштабовано в рамках первинної медичної допомоги. Водночас у майбутній роботі необхідно вирішити питання конфіденційності даних, безпеки та інтеграції цих інструментів у існуючі системи, оскільки без взаємодії та чіткого управління цифрові рішення ризикують створити паралельні канали, відокремлені від основних шляхів надання медичної допомоги, замість того, щоб підсилювати безперервність між рівнями [256].

Війна та переміщення ускладнюють завдання інтеграції через перерозподіл попиту в просторі та пошкодження інфраструктури. Для територіальних громад України, що перебувають в умовах війни, дослідження підкреслюють, що конституційні гарантії доступу не можуть бути реалізовані без послідовних, скоординованих рішень місцевих державних військових

адміністрацій та органів місцевого самоврядування, стабільного фінансування та інтегрованих моделей управління, що поєднують правове регулювання, стратегічне планування та сучасні інструменти координації та контролю. Децентралізація розширила автономію на рівні громад, але також виявила дефіцит інституційної спроможності, нерівний доступ та провали в координації, що безпосередньо впливають на те, як первинна медична допомога, лікарняні послуги та високоспеціалізовані втручання організовані на територіальному рівні. Стратегічні напрямки, сформульовані в цьому контексті, включаючи розширення реабілітаційних послуг та телемедицини для постраждалих, людей з інвалідністю та військовослужбовців, що повертаються, підкреслюють необхідність інтеграції медичних, соціальних та психологічних компонентів у континуумі медичної допомоги, що неявним чином вимагає тісного взаємозв'язку між послугами на рівні громади, загальними лікарнями та спеціалізованими реабілітаційними центрами.

Міждержавні аналізи стійкості та загального охоплення медичним обслуговуванням підкреслюють, що довгострокове зміцнення інтегрованих багаторівневих систем залежить від надійних функцій громадського здоров'я, інвестицій у первинну медичну допомогу, справедливого фінансування та регуляторного нагляду за приватним та неформальним секторами. Варто зазначити, що територіальна інтеграція первинної, вторинної та третинної медичної допомоги повинна надавати пріоритет справедливому доступу та універсальності, впроваджувати координацію, що підтримується цифровими технологіями та штучним інтелектом, децентралізувати прийняття рішень у рамках чітких регуляторних рамок та узгоджувати гуманітарне та внутрішнє фінансування з переглянутими пакетами послуг, а не з ситуативними, орієнтованими на прибуток або суто абсорбційними механізмами [268].

Поряд із іншими дослідниками ми вважаємо, що управління системами охорони здоров'я, орієнтоване на резильєнтність, ґрунтується саме на трактуванні резильєнтності як «здатності» та «потенціалу» системи, а не як статичного результату [188, 193, 291, 392]. ВООЗ визначає резильєнтність на

системному рівні як здатність систем охорони здоров'я поглинати, адаптуватися та змінюватися у відповідь на потрясіння, зберігаючи при цьому основні функції, що ставить поглинальний, адаптивний та трансформаційний потенціал у центр управлінських завдань [349]. У цьому контексті управління, орієнтоване на резилієнтність, вимагає механізмів управління, здатних передбачати кризи, поглинати їх наслідки та відновлюватися після них, одночасно поступово переформатуючи структури та процеси з метою забезпечення довгострокової стійкості та сталого розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням концепції якості [194, 234] (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

### Концептуальні складові забезпечення якості медичного обслуговування у територіальних громадах

Детермінована складова	Основні проблеми	Механізми покращення якості
Організаційна	Фрагментація управління, відсутність єдиних стандартів якості, слабка система моніторингу та оцінки; кадровий дефіцит; недостатня інтеграція рівнів допомоги	Впровадження CQI (Plan-Do-Check-Act), стандартизація протоколів, розвиток електронних систем збору та аналізу даних, міжсекторальна координація, програми безперервного навчання персоналу
Економічна	Нестабільне фінансування, перебої у ланцюгах постачання, недостатнє оснащення, низька ефективність використання ресурсів	Гнучкі механізми фінансування (за результатами), інвестиції у ПМД, створення резервів медикаментів та обладнання, цифрові інструменти для управління ресурсами, міжнародна технічна допомога
Соціальна	Нерівний доступ до послуг, низький рівень довіри до системи охорони здоров'я, слабе залучення громади, недостатня людиноорієнтованість	Розвиток пацієнтоорієнтованих підходів, СВМ (англ. «community-based monitoring»), прозорі механізми зворотного зв'язку, залучення пацієнтів до прийняття рішень, розширення телемедицини, просвітницькі програми

Джерело: власне дослідження [40].

Поряд із дослідниками вважаємо, що якість медичного обслуговування у територіальних громадах формується під впливом взаємопов'язаних організаційних, економічних та соціальних чинників, ефективність яких визначає рівень доступності, безперервності та результативності медичної допомоги [294]. Виявлені проблеми та механізми їх вирішення свідчать про

необхідність комплексного удосконалення управлінських процесів у закладах охорони здоров'я, що обумовлює доцільність проведення SWOT-аналізу управлінських механізмів лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), які впливають на якість медичного обслуговування територіальної громади, представлено у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

**SWOT-аналіз управлінських механізмів ЛПЗ, що впливають на якість медичного обслуговування територіальної громади**

<b>Сильні сторони (S)</b>	<b>Слабкі сторони (W)</b>
<p>Наявні основи для CQI (PDSA, стандартизація);</p> <p>ПМД як «основа» системи;</p> <p>Міжнародні рамки IPCHS та людиноорієнтовані підходи.</p>	<p>Фрагментарне розуміння якості, відсутність єдиних індикаторів;</p> <p>Організаційні бар'єри CQI (опір змінам, слабка якість даних, брак лідерства);</p> <p>Недостатня інтеграція рівнів допомоги, кадровий дефіцит.</p>
<b>Можливості (O)</b>	<b>Загрози (T)</b>
<p>CBM (англ. «community scorecards», соціальні аудити) для підвищення підзвітності;</p> <p>Мультидисциплінарні команди та інтеграція соцпослуг (IPCHS/MDT);</p> <p>Цифрові інструменти PREM/PROM, локальні реєстри для моніторингу.</p>	<p>Війна/кризи: збої постачання, дефіцити обладнання й персоналу;</p> <p>Формалізація CQI/CBM без регулярності та якісних даних;</p> <p>Нерівність доступу й різна спроможність громад.</p>

Джерело: власна розробка.

Результати проведеного SWOT-аналізу свідчать, що управлінські механізми ЛПЗ територіальних громад мають значний потенціал для підвищення якості медичного обслуговування через розвиток безперервного покращення якості, цифровізації та людиноорієнтованих підходів, однак їх ефективність стримується кадровими, організаційними та кризовими викликами [57, 295]. У зв'язку з цим актуалізується необхідність формування стратегічних управлінських рішень, спрямованих на використання сильних сторін і можливостей системи та мінімізацію наявних слабкостей і загроз, що представлено у SWOT-матриці стратегій для ЛПЗ територіальних громад у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

**SWOT-матриця стратегій для ЛПЗ територіальних громад**

<b>SO-стратегії</b>	<b>WO-стратегії</b>	<b>ST-стратегії</b>	<b>WT-стратегії</b>
Використати наявні основи CQI для масштабування CBM (англ. «community scorecards», соціальні аудити)	Запровадити CBM для формування єдиних індикаторів якості та підвищення підзвітності	Застосувати стандартизовані PDSA-цикли для підтримки якості навіть в умовах війни/криз	Розробити єдину систему індикаторів якості, щоб уникнути формалізації CQI
Посилити ПМД як «якір» системи через мультидисциплінарні команди (IPCHS/MDT)	Використати MDT і інтеграцію соцпослуг для зменшення організаційних бар'єрів CQI	Розвивати ПМД для зменшення нерівності доступу між громадами	Проводити навчання персоналу для подолання опору змінам та кадрових прогалин
Інтегрувати міжнародні рамки IPCHS із цифровими PREM/PROM для моніторингу якості	Запровадити цифрові панелі показників, щоб подолати проблему слабкої якості даних	Інституціоналізувати IPCHS для запобігання формалізації без змісту	Забезпечити адресну підтримку слабших громад для зменшення нерівності доступу

Джерело: власна розробка.

Результати системного аналізу свідчать, що якість медичного обслуговування у територіальних громадах визначається сукупністю організаційних, економічних та соціальних чинників, які безпосередньо впливають на доступність, безперервність, безпечність та результативність медичної допомоги. Встановлено, що основними бар'єрами ефективного функціонування системи є фрагментація управління, кадровий дефіцит, нестабільність фінансування, нерівність доступу до послуг та недостатня інтеграція людиноорієнтованих підходів у практику діяльності ЛПЗ. Проведений SWOT-аналіз підтвердив наявність значного потенціалу для модернізації системи охорони здоров'я через впровадження CQI (Plan-Do-Check-Act), розвиток цифрових інструментів PREM/PROM, міжсекторальної координації, мультидисциплінарних моделей допомоги та community-based monitoring, однак ефективність цих механізмів обмежується кризовими викликами, організаційними бар'єрами та нерівною спроможністю

територіальних громад. Запропонована SWOT-матриця стратегій демонструє необхідність поєднання стандартизації управлінських процесів, цифровізації, розвитку ПМД, інтеграції соціальних послуг та посилення кадрового потенціалу для забезпечення стійкого підвищення якості медичного обслуговування на локальному рівні [57]. У зв'язку з цим особливого значення набуває формування системи індикаторів оцінки якості (КРІ) для CQI, які дозволяють здійснювати системний моніторинг ефективності медичного обслуговування, оцінювати рівень доступності, безпечності, пацієнтоорієнтованості та адаптивності системи охорони здоров'я територіальних громад, що представлено у таблиці 3.12. Зазначені рекомендації апробовані на базі органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я, Вінницької, Боярської, Крижопільської, Олевської територіальних громад (додатки Е, Ж.1, Ж.3, Ж.7, Ж.8, Ж.9).

Вважаємо, що децентралізовані моделі управління, прикладом яких є муніципальні кризові штаби під час COVID-19, виділяються як механізми, що надають місцевим органам влади можливість об'єднувати ресурси, визначати пріоритетність послуг та ненавмисно покращувати справедливість та ефективність, що свідчить про те, що управління на основі стійкості на територіальному рівні має інституціоналізувати таку децентралізацію, а не покладатися на тимчасові домовленості. Більш широкі узагальнення щодо сталого функціонування систем охорони здоров'я доповнюють ці висновки на основі конкретних випадків системами, орієнтованими на вимірювання. Огляди визначають нові інструменти, такі як індикатори стійкості, стратегії сталого розвитку охорони здоров'я та комплексні індекси, що пов'язують політичну та фінансову стійкість заходів із довгостроковою ефективністю системи, стверджуючи, що сталі, стійкі системи вимагають чіткої уваги до забезпечення кадрами, фінансових обмежень та фрагментації системи. Дослідження в цій галузі підкреслюють, що стійкість не можна зводити лише до технічних показників реагування на надзвичайні ситуації, а повинна включати справедливість, універсальність та базові ціннісні зобов'язання,

оскільки системи охорони здоров'я часто виявляють глибокі структурні слабкості під час криз у таких різних умовах.

Таблиця 3.12

### Індикатори якості (КРІ) для CQI на рівні територіальних громад

Напрямок	Індикатор якості (КРІ)	Механізми покращення якості
Доступність та своєчасність	Середній час очікування на прийом; частка пацієнтів, які отримали послугу у межах клінічно рекомендованого часу	Запровадження електронної черги та телемедицини; оптимізація маршрутів пацієнтів; регулярний моніторинг часу очікування
Ефективність та безпечність	Частка випадків, що відповідають клінічним протоколам; рівень ускладнень та повторних госпіталізацій; індекс безпечності (частота небажаних подій)	Стандартизація протоколів лікування; внутрішні аудити CQI (Plan-Do-Check-Act); навчання персоналу з безпеки
Орієнтованість на пацієнта	Індекс задоволеності пацієнтів (PREM); частка врахованих пацієнтських скарг/пропозицій; частка пацієнтів, які беруть участь у спільному прийнятті рішень	Впровадження систем зворотного зв'язку (онлайн/офлайн); використання PREM/PROM; пацієнтські ради при закладах охорони здоров'я
Справедливість та рівність	Різниця у доступі між міськими та сільськими громадами; частка вразливих груп, охоплених базовими послугами; Рівень охоплення профілактичними програмами	Моніторинг доступності у громадах; мобільні амбулаторії; адресні програми для вразливих груп; інтеграція соціальних послуг
Стійкість та адаптивність системи	Частка послуг, що залишаються доступними у кризових умовах; Наявність резервів ліків/обладнання; Час відновлення роботи закладу після кризових подій	Розробка планів безперервності; створення резервів ресурсів; тренування персоналу для дій у кризах; використання мобільних медичних бригад

Джерело: власна розробка.

Оптимізація державного управління у соціальній та медичній сферах вимагає інтегрованих моделей управління, які поєднують правове

регулювання, стабільну фінансову підтримку, стратегічне планування та сучасні інструменти координації й контролю з інституціоналізованою участю громадянського суспільства у моніторингу якості послуг. Механізми зворотного зв'язку між постачальниками послуг та громадами представлені як інструменти підвищення прозорості та адаптації управлінських рішень до місцевих потреб, тоді як широке впровадження цифрових технологій вважається необхідним для контролю та аналізу реалізації програм у різних територіальних одиницях [205, 206].

Цифрова модернізація одночасно трансформує функціонування мереж співпраці. Дослідження трансформації державного управління в українській галузі охорони здоров'я концептуалізують перехід від адміністративного управління до управління, орієнтованого на надання послуг, що інтегрує організаційні, етичні, комунікаційні та технологічні компоненти [363].

Зазначаємо, що цифровізація процесів управління покращує координацію між суб'єктами системи охорони здоров'я, оптимізує використання ресурсів та забезпечує прозорість прийняття рішень (табл. 3.13).

*Таблиця 3.13*

**Процеси цифрофізації та диджиталізації механізмів публічного управління у системі охорони здоров'я**

<b>Вектор</b>	<b>Практичний механізм</b>
Уніфікація цифрових рішень	Електронна система охорони здоров'я; створення єдиних електронних баз даних пацієнтів; впровадження електронних декларацій; електронні рецепти та направлення; електронна медична документація та звітність; резервне копіювання та хмарне зберігання даних
HR-політика	Цифровий рекрутинг; підвищення кваліфікації персоналу; впровадження цифрових систем управління
Захист конфіденційності	Багаторівнева автентифікація; системи верифікації лікарських засобів; системи захисту персональних даних, дотримання біоетичних норм

Джерело: власна розробка.

Інформаційні системи електронної охорони здоров'я описуються як інструменти демократизації управління, підвищення підзвітності уряду та стабілізації медичної інфраструктури під час воєнного стану шляхом створення нових інтерфейсів для взаємодії між органами влади, медичними працівниками та громадянами на основі відкритості, партнерства та зворотного зв'язку. Розвиток цифрових платформ, соціальних мереж та каналів кризової комунікації пов'язаний із зростанням довіри громадян та формуванням нової культури комунікації в державному управлінні, що вказує на те, що цифрові інфраструктури тепер є основними елементами мереж співпраці, а не лише технічною підтримкою [102, 268].

Дослідження, орієнтовані на політику, підкріплюють ці емпірично обґрунтовані висновки, стверджуючи, що майбутнє управління охороною здоров'я дедалі більше залежатиме від екосистем співпраці, які об'єднують постачальників послуг, платників, пацієнтів та технологічні компанії. Інтегровані системи медичного обслуговування, медичні центри, орієнтовані на пацієнта, та ініціативи на рівні громади визначені як інноваційні майданчики, де менеджери повинні очолювати зміни, сприяти співпраці та масштабувати успішні моделі. Ці узагальнення підкреслюють, що узгодження управлінських практик із політикою охорони здоров'я, що розвивається, передбачає стратегічне планування, залучення зацікавлених сторін та постійне вдосконалення, тоді як розширення цифрової охорони здоров'я, аналіз даних, машинне навчання та інші технології вимагають партнерств, здатних вирішувати виклики взаємодії, підготовки персоналу та аналізу проблем кібербезпеки. З цієї точки зору, мережі співпраці та міжсекторальні партнерства є не додатковими опціями, а структурними умовами для впровадження ціннісно-орієнтованих, справедливих та стійких моделей медичного обслуговування в динамічних середовищах [196, 327, 330].

Динамічний перерозподіл ресурсів в умовах кризи передбачає наявність управлінських можливостей, що дозволяють перенаправляти фінанси, матеріальні ресурси та послуги у відповідь на швидкозмінні потреби,

залишаючись при цьому в рамках чітко визначених механізмів забезпечення стійкості та управління. Надання послуг, робоча сила, інформація, медичні товари, фінансування та лідерство або управління розглядаються як сфери, що взаємно підсилюють одна одну, тому перегляд пакету основних медичних послуг, посилення потенціалу реагування на надзвичайні ситуації та перепідготовка робочої сили неодмінно передбачають одночасні коригування потоків фінансування та розподілу товарів на місцевому рівні [191].

Динамічна переорієнтація в цьому контексті включає децентралізацію регіональних складських центрів, перерозподіл життєво важливих ресурсів, а також адаптацію конфігурацій основних послуг до специфічних характеристик приймаючих громад, які прийняли велику кількість переміщених осіб.

Інструменти прогнозування захворювань та оцінки ризиків на основі штучного інтелекту, описані в дослідженнях у сфері громадського здоров'я, ще більше розширюють ці цифрові можливості. Алгоритми машинного навчання та глибокого навчання, застосовані до електронних медичних записів, супутникових знімків та інших масштабних даних, можуть виявляти нелінійні закономірності поширення захворювань, прогнозувати траєкторії спалахів та ідентифікувати осіб або райони з підвищеним ризиком. Просторове моделювання, інтегроване з географічними інформаційними системами, дозволяє менеджерам локалізувати втручання та передбачати, де зросте тягар захворювань. В загальному, ці методи дозволяють здійснювати більш ранній та детальний перерозподіл профілактичних ресурсів, клінічного персоналу та лікарських засобів, що є важливо в умовах кризових ситуацій [192, 326].

Перерозподіл ресурсів не обмежується товарами та фінансами; людські ресурси та організаційні можливості також повинні бути раціонально перерозподілені. Дослідження стратегічного управління людськими ресурсами свідчать, що для створення стійкої робочої сили, здатної надавати справедливую та високоякісну медичну допомогу, необхідна інтеграція

високоєфективних та високовідданих систем роботи, підкріплених лідерством, гідними умовами праці та постійним професійним розвитком [132, 364]. У кризових ситуаціях визначено користь значних бюджетних асигнувань на програми забезпечення добробуту персоналу, навчання та лідерства, з переробленими інструментами управління ефективністю, що враховують як ефективність, так і добробут персоналу. Такі конфігурації дозволяють організаціям коригувати структуру персоналу, ролі та компетенції у відповідь на мінливі потреби, уникаючи при цьому вигорання та плинності кадрів, що є критичними обмеженнями у територіальних громадах, які зазнають конфліктів та фінансового стресу [135].

На системному рівні реформи, засновані на цінностях та орієнтовані на справедливість, вказують, як фінансові та клінічні ресурси можуть бути перенаправлені на поліпшення здоров'я населення. Коментарі щодо медичного обслуговування, заснованого на цінностях, підкреслюють, що побудова ефективніших систем передбачає зміцнення первинної медичної допомоги, координацію процесів надання допомоги відповідно до клінічного стану пацієнтів та забезпечення фінансової відповідальності за результати, а не за обсяги [197, 198, 201]. Соціальний капітал, сформований завдяки міжкомандним та міжорганізаційним мережам, стає ключовим нематеріальним ресурсом, що підтримує надійні шляхи надання допомоги, інтегровану комунікацію та культурну трансформацію [220].

Порівняльний аналіз політики визначає додаткові напрямки динамічного перерозподілу як в універсальних, так і в страхових системах. Ефективний розподіл ресурсів у системах загального медичного страхування вимагає надання пріоритету профілактичній допомозі, інвестування в первинну медичну допомогу та використання науково обґрунтованих рекомендацій для розподілу обмежених бюджетів, тоді як приватні страхові компанії часто покладаються на технологічні інновації та гнучкі стратегії управління, щоб реагувати на зміни ринку. У всіх моделях успішні конфігурації характеризуються високим рівнем співпраці та інтеграції між

постачальниками послуг, урядовими органами та іншими зацікавленими сторонами, а також використовують інтегровані моделі медичного обслуговування для покращення координації, результатів та обмеження витрат. Нові тенденції, такі як медична допомога, орієнтована на цінність, розширення цифрової охорони здоров'я, рівність у сфері охорони здоров'я та сталий розвиток, також вказують на те, що керівники повинні постійно коригувати розподіл ресурсів для підтримки телемедицини, усунення соціальних детермінант здоров'я, зменшення екологічного сліду та зміцнення глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я через епідеміологічний нагляд та готовність до надзвичайних ситуацій [327, 383, 384].

У межах територіальних громад України фіскальна експансія на національному рівні в поєднанні з нестабільними та нерівномірними місцевими доходами підкреслює важливість перерозподілу ресурсів таким чином, щоб узгодити зростання сукупних витрат із прогалинами у місцевих можливостях.

Ми вважаємо, що без стабільного, передбачуваного фінансування та інтегрованих моделей управління, які поєднують правове регулювання, стратегічне планування та сучасні інструменти координації й контролю, навіть збільшення бюджетів не призведе до ефективного перерозподілу територіальних ресурсів, особливо в умовах воєнного стану та масштабного внутрішнього переміщення населення.

Дослідження політики та управління в галузі охорони здоров'я в ширшому контексті підтверджують, що узгодження управлінських практик із політиками, що розвиваються навколо цифрового здоров'я, справедливості, сталого розвитку та глобальної безпеки здоров'я, вимагає гнучкого, заснованого на доказах перерозподілу ресурсів. Керівникам ЛПЗ настійно рекомендується інтегрувати процеси цифровізації, електронізації, ведення електронних медичних записів, аналітику даних та машинне навчання в оперативне прийняття рішень; перепроєктувати послуги для недостатньо забезпечених груп населення; та брати участь у спільних екосистемах, що

включають постачальників, платників, пацієнтів та технологічні компанії [57, 169]. Стратегічне планування, залучення зацікавлених сторін та постійне вдосконалення представлені як необхідні умови для подолання фінансових обмежень та оперативних перешкод під час перерозподілу ресурсів у кризових ситуаціях та під час реформ [327].

Впровадження адаптивного управління в територіальних мережах охорони здоров'я вимагає вбудовування механізмів ітеративного зворотного зв'язку та навчання, які перетворюють емпіричні спостереження на управлінські дії, особливо там, де стійкість має підтримуватися за умов мінливих стресогенних факторів та обмежених ресурсів [234, 300].

Багатовекторний підхід, що поєднує стійкі евристичні рамки, архітектури управління ефективністю, інструменти підтримки прийняття рішень, розвиток лідерства та ціннісно-орієнтовані вимірювання, створює необхідну інфраструктуру для постійного вдосконалення та швидкої переорієнтації послуг [220, 234, 260, 300, 327, 366].

Місцеві оцінки муніципальної політики сприяння здоров'ю свідчать, що інструменти, які відображають етапи розробки політики, фіксують контекстуальні змінні та узагальнюють докази так, щоб вони були готовими до використання місцевими особами, що приймають рішення, можуть підвищити ймовірність того, що пілотні проекти будуть впроваджені у повсякденну практику [324, 346]. Це означає, що евристика резистентності та обов'язкові пілотні цикли повинні чітко включати механізми перетворення даних, зібраних на місцевому рівні, та відгуків зацікавлених сторін у стислі, практичні резюме для посадових осіб та виконавців.

Включення структурованих пропозицій зацікавлених сторін — клініцистів, адміністраторів, пацієнтів та політиків — у рутинні цикли управління зміцнює емпіричну основу для адаптацій та підвищує легітимність подальшого перерозподілу обмежених ресурсів [234].

Прозоре поширення показників якості серед пацієнтів та партнерів у громаді перетворює внутрішні дані про результати діяльності на зовнішні

сигнали підзвітності, посилюючи структури стимулювання для вдосконалення [260].

Фази відновлення після кризи виявляють конкретні емпіричні потреби в управлінні ресурсами, орієнтованому на навчання. Систематичні огляди стійкості визначають відновлення та навчання як окремі, необхідні етапи, на яких менеджери повинні вирішувати питання перебалансування попиту та пропозиції, визначати пріоритети відновлення інфраструктури та планувати довгострокову фізичну та психосоціальну допомогу [300].

Вважаємо, що розвиток лідерства та персоналу є основними важелями для підтримки циклів навчання. Емпіричні узагальнення вказують на те, що інноваційність та адаптивність є лідерськими компетенціями, які найчастіше асоціюються з ефективним реагуванням на кризу та перепроєктуванням системи [331, 333, 334, 366]. Оскільки впровадження нових технологій та моделей надання послуг передбачає взаємодію численних «рухомих частин», включаючи реорганізацію персоналу, коливання в ланцюгах постачання та нові групи пацієнтів, керівникам потрібні структуровані можливості для прийняття адаптивних рішень та отримання конструктивного зворотного зв'язку щодо цих рішень [366]. Регулярні точки контакту, спільноти практиків та механізми самооцінки сприяють розвитку комунікативних компетенцій та міжпрофесійної співпраці, що істотно підвищує достовірність зворотного зв'язку та швидкість вжиття коригувальних заходів [366].

Концепції ціннісно-орієнтованої охорони здоров'я забезпечують загальну логіку ефективності для узгодження вимірювання, фінансування та перепроєктування послуг у рамках систем безперервного навчання. Порівняльний аналіз міжнародних ціннісно-орієнтованих ініціатив підкреслює інтеграцію показників процесів із орієнтованими на пацієнта показниками результатів у поєднанні з фінансовими та операційними показниками для цілісної оцінки ефективності системи [61, 220]. Аналізи, проведені за сприяння ВООЗ, також свідчать на користь чітких зв'язків між рамками цінності, оцінкою медичних технологій (ОМТ) та стратегіями

ціноутворення, визнаючи, що реформи сталого фінансування залежать від узгодження відшкодування витрат та закупівель із доведеними покращеннями здоров'я [61, 220]. Тому постійний моніторинг впливу стратегічних змін на здоров'я населення має супроводжуватися ітеративним коригуванням стимулів, що дозволить фінансовим механізмам підкріплювати практики, які доведено покращують результати [220, 327].

Цифрові технології в галузі охорони здоров'я та аналітичні можливості є необхідними чинниками для отримання детального та своєчасного зворотного зв'язку. Керівникам закладів охорони здоров'я ми рекомендуємо використовувати електронні медичні записи, аналітику та машинне навчання для перетворення операційних даних на корисну інформацію, моніторингу впливу реалізації політики на клінічні показники та показники послуг, а також для оптимізації розподілу ресурсів та моделей надання послуг майже в режимі реального часу.

Такі можливості дозволяють на ранньому етапі виявляти відхилення у результатах діяльності, покращують прийняття рішень щодо сортування пацієнтів та планування, а також сприяють прогнозованому визначенню пріоритетів під час фаз відновлення або ескалації.

Важливо, що цифрові методи, які підтримують телемедицину та дистанційний моніторинг, розширюють поле спостереження для циклів зворотного зв'язку, скорочуючи затримку між виникненням результату та управлінською реакцією.

Цілеспрямований аналіз механізмів фінансування, дефіциту кадрів, стійкості інфраструктури, інтегрованої допомоги та орієнтованості на пацієнта дає цільові висновки для проектування систем зворотного зв'язку. Фінансовий моніторинг повинен інтегрувати цінову політику, що ґрунтується на оцінці ефективності медичних технологій, з моделями оплати, пов'язаними з результатами, щоб фінансові важелі реагували на виміряну цінність, а не виключно на обсяг діяльності.

Щоб пом'якшити дефіцит кадрів та спричинену ним нестабільність впровадження, системи зворотного зв'язку повинні фіксувати використання кадрів, зміни у складі кваліфікацій та чинники плинності кадрів, вводячи ці дані у динамічні моделі укомплектування персоналом та пріоритети навчання керівництва [366]. Планування стійкості інфраструктури виграє від стандартизованої звітності про фізичні втрати та терміни ремонту, з використанням алгоритмів підтримки прийняття рішень для визначення пріоритетності інвестицій, що максимізують відновлення та безперервність послуг [300].

Медична допомога, орієнтована на пацієнта, має бути реалізована через регулярний збір результатів та досвіду, повідомлених пацієнтами, які потім пов'язуються з показниками процесів та фінансовими показниками, щоб забезпечити, що цикли навчання надають пріоритет тому, що є важливим для користувачів послуг [220, 260].

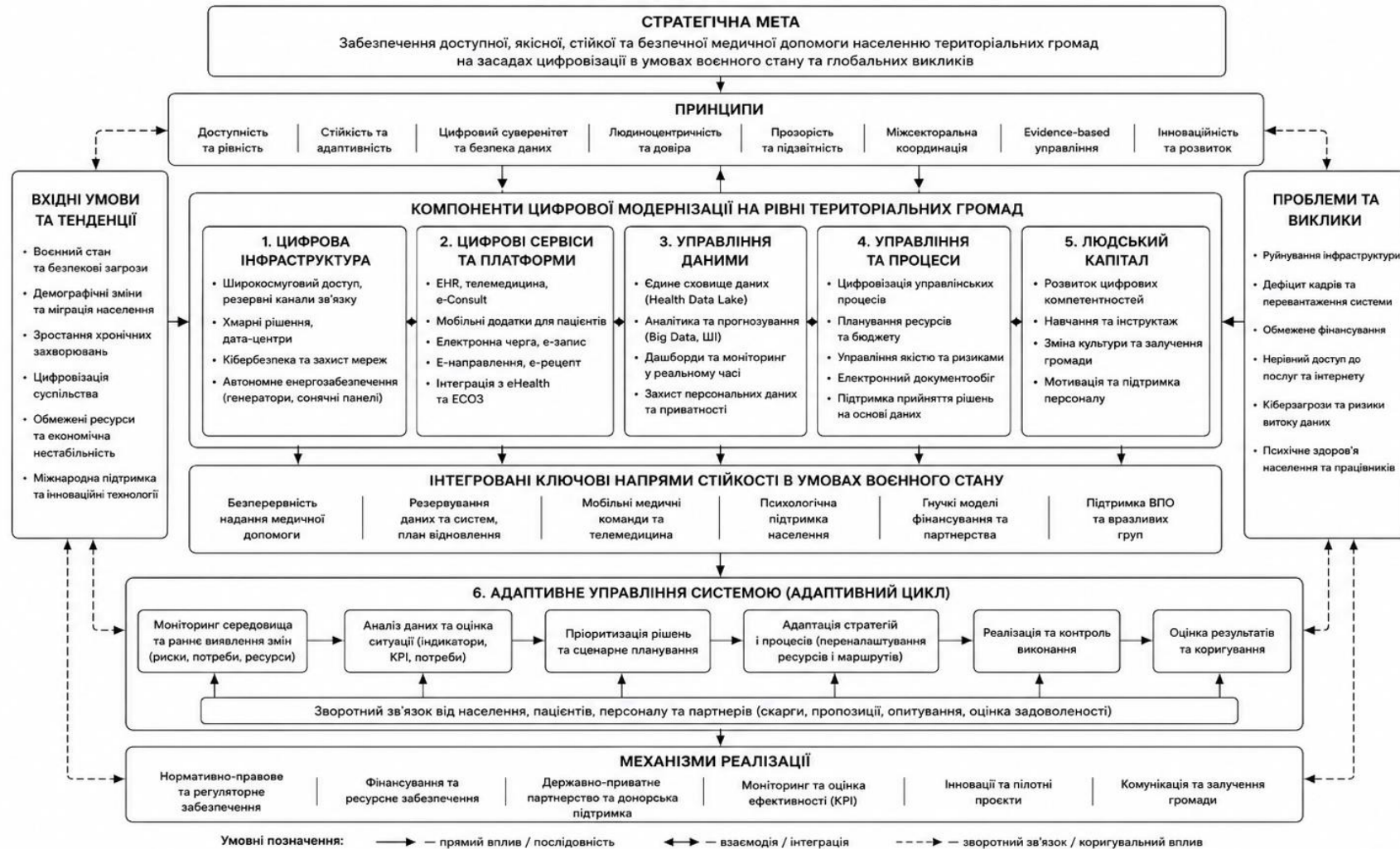
Разом ці елементи утворюють інтегровану архітектуру для безперервного зворотного зв'язку та навчання, яка узгоджує управління, фінансування, кадрові ресурси, інфраструктуру та цілі, орієнтовані на пацієнта. Вбудовування таких адаптивних циклів у територіальне управління охороною здоров'я підвищує здатність виявляти, вчитися на досвіді та адаптуватися як до рутинних коливань, так і до кризових ситуацій, тим самим забезпечуючи функціонування політики, орієнтованої на стійкість, в умовах обмежених ресурсів та динамічних зовнішніх загроз.

### **3.2. Удосконалення фінансово-економічного механізму управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я**

Перехід від оплати за обсяг до оплати за результати є центральною рисою реформ фінансування на сучасному етапі. На відміну від схем оплати за надані послуги, за якими постачальники отримують відшкодування

відповідно до кількості наданих послуг, у системі медичного обслуговування, орієнтованого на цінність, винагорода залежить від задоволеності пацієнтів, клінічних результатів та більш широких параметрів [163].

Саме тому, з інтегрування отриманого масиву даних авторська модель цифрової модернізації системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад матиме вигляд, представлений на рис. 3.1, а процеси цифрової модернізації є основними під час реалізації та удосконалення фінансово-економічного механізму управління медичним обслуговуванням на сучасному етапі. Порівняльний аналіз визначає медичну допомогу, орієнтовану на цінність, як головну нову тенденцію, що формує практики управління. Моделі відшкодування витрат, орієнтовані на результати, вимагають більш інтенсивного вимірювання та звітування про результати, систематичного використання клінічних настанов, заснованих на доказах, та інвестицій у профілактичні та оздоровчі програми. Тому менеджери закладів охорони здоров'я повинні перенаправити увагу з обсягів виставлення рахунків на постійний моніторинг клінічних результатів та досвіду пацієнтів, інтегруючи ці дані у бюджетування та договірні домовленості з постачальниками послуг. Ця переорієнтація подається як «стратегічний імператив управління» для узгодження управління з еволюціонуючими політичними рамками та підтримки позитивних результатів для пацієнтів. Вважаємо, що фінансування, орієнтоване на цінність, критично залежить від надійних інформаційних інфраструктур. Телемедицина, електронні медичні картки та мобільні додатки для охорони здоров'я стали важливими інструментами для отримання своєчасних даних про стан пацієнтів, дотримання ними режиму лікування та їхню задоволеність, особливо для сільських та важкодоступних груп населення. Успішна інтеграція цифрової медицини в умовах країн з високим рівнем доходу, завдяки широкому впровадженню електронних карт у лікарнях та клініках, покращила обмін даними, управління медичним обслуговуванням та прийняття клінічних рішень, створивши інформаційну базу, необхідну для закупівель, орієнтованих на результати.



**Рис. 3.1.** Модель цифрової модернізації системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад

Джерело: власна розробка.

Водночас обмежений доступ до Інтернету, низький рівень цифрової грамотності та недостатнє фінансування гальмують впровадження цифрових технологій та процеси диджиталізації, що обмежує їхню здатність застосовувати складні моделі оплати, засновані на цінності, які покладаються на безперервний потік даних.

Цифровізація системи охорони здоров'я виступає не лише технологічним інструментом оптимізації медичного обслуговування, але й важливою передумовою впровадження сучасних моделей фінансування, орієнтованих на результати та цінність медичної допомоги [204, 209]. Ми вважаємо, що рівень розвитку інформаційної інфраструктури, доступність цифрових сервісів та спроможність системи забезпечувати якісний обіг медичних даних безпосередньо впливають на ефективність управлінських і фінансових механізмів у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті особливого значення набуває аналіз міжнародних моделей організації та фінансування систем охорони здоров'я, що дозволяє оцінити вплив різних підходів до медичного страхування, державного фінансування та регулювання медичних послуг на ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Міжнародні порівняльні дослідження політики охорони здоров'я доповнюють ці висновки, порівнюючи універсальні системи, що фінансуються за рахунок податків, із середовищами, де домінує приватне страхування (таб. 3.14).

Основні моделі медичного страхування відрізняються насамперед ступенем координації доступу до медичної допомоги, шириною мережі провайдерів та рівнем фінансової гнучкості для пацієнта [95, 347]. У сукупності представлені дані свідчать, що аспект вибору страхової моделі відображає баланс між контролем витрат, координацією лікування та автономією пацієнта, а тому такі моделі доцільно розглядати не лише як фінансові інструменти, а і як різні організаційні механізми управління доступом до медичної допомоги.

Таблиця 3.14

### Основні моделі медичного страхування

Скорочення	Повна назва	Опис
<b>HMO</b>	<b>Health Maintenance Organization</b>	Модель організації охорони здоров'я, де пацієнти обслуговуються лише в межах визначеної мережі лікарів. Потребує направлення від сімейного лікаря для відвідування вузького спеціаліста. Низька вартість, але менша гнучкість.
<b>PPO</b>	<b>Preferred Provider Organization</b>	Дає більше свободи у виборі лікарів та лікарень. Пацієнт може звертатися як до лікарів мережі (знижені тарифи), так і поза нею (дорожче). Направлення зазвичай не потрібне.
<b>POS</b>	<b>Point of Service</b>	Гібрид HMO та PPO: потребує направлення для вузьких спеціалістів, але дозволяє отримувати послуги і поза мережею (з вищими витратами).
<b>PFFS</b>	<b>Private Fee-For-Service</b>	Приватна модель, яка встановлює власні тарифи на медичні послуги. Пацієнт може звертатися до будь-якого лікаря, який приймає умови оплати страхової компанії.

Джерело: власне дослідження [95].

Універсальні системи підкреслюють необхідність ефективного розподілу ресурсів, щоб обмежені державні кошти задовольняли потреби населення; цього досягають шляхом надання пріоритету профілактичній допомозі, інвестування в первинну медичну допомогу та використання науково обґрунтованих рекомендацій при розподілі ресурсів. Моделі приватного страхування, у свою чергу, наголошують на адаптивності та інноваціях, часто використовуючи технології та гнучкі стратегії управління для реагування на ринкові виклики. Незважаючи на інституційні відмінності, обидві конфігурації все більше покладаються на співпрацю та інтеграцію між постачальниками, урядовими установами та іншими зацікавленими сторонами, причому інтегровані моделі медичного обслуговування, організовані навколо шляху пацієнта, як показано, покращують координацію, результати та стримування витрат. Ці тенденції тісно узгоджуються з парадигмами, заснованими на цінності, які винагороджують скоординовані, орієнтовані на пацієнта шляхи, а не ізольовані епізоди медичного обслуговування [327].

Для територіальних громад, що працюють в умовах фінансового стресу, а в таких випадках, як Україна, — в умовах воєнного стану, впливає кілька стратегічних уроків. По-перше, фінансування, пов'язане з результатами, вимагає стабільного та передбачуваного державного фінансування; без нього місцеві органи влади не можуть гарантувати рівний доступ, навіть якщо існують складні формули оплати. Досвід України показує, що зростання національних витрат на охорону здоров'я та принцип «гроші слідують за пацієнтом» підвищили прозорість та конкуренцію, але місцеві громади з обмеженими фінансовими можливостями все ще мають труднощі з підтримкою закладів та забезпеченням справедливого доступу, що підкреслює необхідність поєднання національних контрактів, орієнтованих на цінність, з адекватними міждержавними трансфертами та чіткими правилами на рівні громади. По-друге, цифрові можливості є незамінними: територіям, яким бракує сумісних баз даних, інфраструктури телемедицини та аналітичних можливостей, буде важко контролювати результати або керувати контрактами, орієнтованими на вартість. По-третє, оцінки стійкості рекомендують, щоб реформи фінансування були вбудовані в ширші стратегії, спрямовані на вирішення проблем нестачі робочої сили, вразливості інфраструктури та фрагментації управління; інакше стимули, орієнтовані на цінність, можуть посилити нерівності, надаючи перевагу постачальникам з кращими ресурсами, здатним документувати результати, залишаючи позаду вразливі заклади та громади, що постраждали від конфліктів [205, 206, 327, 401].

Фінансування ЛПЗ на сучасному етапі інтегроване із різних механізмів та джерел на рівні територіальних громад, однак в основному забезпечене НСЗУ за пакетами надання медичних послуг із урахуванням коригувальних конфіцієнтів. З метою підвищення ефективності роботи, оптимізації процесів фінансування та вирішення проблем ЛПЗ на рівні територіальних громад можливе шляхом формування територіальних медичних об'єднань у рамках

процесу кластеризації, що покращить фінансування створених медичних об'єднань [89].

Нормативно-правові рамки повинні чітко визначати пакети виплат, узгоджувати тарифи з реалістичними структурами витрат та суворо контролювати неформальні виплати, що підкріплюється прозорими процедурами розгляду скарг та інформаційними кампаніями щодо прав на виплати [283].

В рамках зазначених вище обмежень рекомендації об'єднуються навколо кількох напрямків. Впровадження елементів оплати, орієнтованої на цінність, має супроводжуватися інвестиціями в цифрову інфраструктуру охорони здоров'я та системи вимірювання результатів та якості; зміцненням первинної медичної допомоги та профілактичних послуг як ключових осередків створення цінності; а також розробкою контрактів та регуляторних запобіжних заходів, що захищають рівність, зокрема на територіях, що зазнали впливу криз. Приоритетом є створення екосистем співпраці, що об'єднують державні органи, постачальників, пацієнтів та технологічні компанії, зображується як необхідна умова для впровадження та масштабування моделей фінансування на основі цінності таким чином, щоб підвищити як стійкість, так і орієнтованість на пацієнта в територіальних громадах [163, 205, 206, 327, 401].

Бюджетування, орієнтоване на результати, у сфері охорони здоров'я пов'язує розподіл ресурсів із вимірюваними результатами, а не з історичними показниками, прагнучи підвищити прозорість, ефективність та справедливість у територіально організованих системах. Цей підхід вбудовує фінансові стимули в ширший механізм контролю, оскільки платежі здійснюються через договори, укладені НСЗУ, з чіткими цілями підвищення прозорості розподілу бюджету, стимулювання ефективного використання ресурсів та сприяння конкуренції між постачальниками на основі якості, а також відкритістю у моніторингу даних.

Водночас зростання фінансування породжує нові виклики, зокрема необхідність переходу від екстенсивної моделі витрат до моделі, орієнтованої на ефективність, цільове спрямування та моніторинг ефективності витрат, що безпосередньо стосується розробки та функціонування механізмів бюджетування, заснованих на результатах діяльності. Динамічні бюджетні механізми також мають протистояти структурним фіскальним обмеженням на регіональному рівні. Аналіз регіонального державного управління свідчить, що за відсутності стабільного та передбачуваного фінансування навіть добре розроблені реформи втрачають ефективність, оскільки територіальні громади не можуть повністю підтримувати медичні заклади або гарантувати справедливий доступ.

У рамках реформ децентралізованого врядування досвід України та ширшого європейського простору щодо децентралізації бюджету показує, що інструменти, засновані на результатах діяльності, потребують чіткого розмежування повноважень, надійних інформаційних систем та послідовного моніторингу на місцевому рівні. Наші пропозиції щодо покращення управління місцевим бюджетом в об'єднаних територіальних громадах зосереджуються на посиленні стратегічного планування, створенні інформаційних баз даних громад, вдосконаленні бюджетного планування відповідно до пріоритетів розвитку, уточненні розподілу повноважень між районами та громадами, а також забезпеченні збереження наглядових функцій державними адміністраціями. Такі заходи можуть підвищити спроможність територіальних громад використовувати інформацію про результати діяльності для прийняття бюджетних рішень та порівнювати свої результати з іншими одиницями, тим самим впроваджуючи бюджетування, орієнтоване на результати, як частину ширшої реформи управління для забезпечення стійкого та справедливого надання медичних послуг.

Інституціоналізація взаємодії між державою та громадськістю через постійні консультативні органи, цифрові платформи для зворотного зв'язку та незалежний громадський моніторинг може покращити узгодженість

показників ефективності з місцевими пріоритетами та посилити підзвітність у виконанні та розподілу бюджету [125]. Однак це, як видається, вимагає передбачуваного місцевого фінансування та сталої розбудови потенціалу як для громадськості, так і для посадових осіб, інакше громадська участь ризикує залишитися формальною, а не суттєвою.

На сучасному етапі неформальні платежі є поширеними та пов'язані з нереалістичними та несправедливими тарифами, недостатнім законодавством щодо моніторингу, слабкими процедурами розгляду скарг та відсутністю обізнаності населення щодо своїх прав, що ще більше підриває ефективність офіційного об'єднання ризиків. Аналітичне кодування викликів у сфері управління визначає низький рівень об'єднання ризиків, відсутність узгоджених стратегій закупівлі, конфлікту інтересів серед закупівельників та нечіткі ролі неурядових організацій як критичних перешкод для справедливого об'єднання та стратегічного використання об'єднаних коштів [283].

Цільовий аналіз ринків добровільного медичного страхування (ДМС) у країнах ОЕСР додає ще один рівень до розуміння структури пулів. ДМС становить у середньому близько 5% поточних витрат на охорону здоров'я і може відігравати замісну, доповнювальну, додаткову або дублюючу роль щодо обов'язкового страхування. Аналітична модель оцінює прогресивність фінансування ДМС шляхом вивчення того, як встановлюються страхові внески (наприклад, за індивідуальним ризиком, віком, груповим рейтингом або доходом), наявності та структури субсидій або податкових пільг, а також того, чи сприяє ринкова структура рівному доступу чи підриває його. Страхові внески, пов'язані з доходами, та субсидії, що залежать від рівня доходу, оцінюються як більш прогресивні, тоді як внески, що базуються на ризику або віці, та регресивні податкові пільги знижують прогресивність [388]. Ці критерії показують, що погано регульоване ДМС може посилити стратифікацію в системах охорони здоров'я, надаючи кращий доступ або переваги групам з вищим доходом, тоді як добре розроблені схеми можуть

дещо покращити фінансовий захист, якщо вони вбудовані в законодавчу систему з сильним перерозподілом.

Стратегічні напрямки, що впливають з цих даних, включають об'єднання численних страхових схем у єдині або тісно скоординовані пули для зменшення дублювання та посилення перехресного субсидування; впровадження внесків, пов'язаних з доходом або заробітною платою, та субсидій, що залежать від доходу, для підвищення прогресивності; а також формалізацію допоміжних механізмів на рівні громади для охоплення неформальних працівників, зберігаючи при цьому інтеграцію з національними пулами ризиків [388, 394].

Для територіальних громад, що зазнали впливу конфліктів, узгодження реформ об'єднання ресурсів із концепціями стійкості ВООЗ означає, що структура страхування має підтримувати поглинальну здатність під час кризових ситуацій за допомогою надзвичайних фінансових резервів адаптивну здатність через гнучкі механізми закупівлі, що дозволяють перенаправляти кошти на пріоритетні послуги, та трансформаційну здатність шляхом підтримки довгострокових інвестицій у первинну медичну допомогу, інфраструктуру та систему громадського здоров'я й розвиток кадрового потенціалу [388, 394, 401].

Державні та приватні механізми фінансування вже перетинаються у багатьох компонентах систем охорони здоров'я, проте їхні розподільчі наслідки суттєво відрізняються залежно від таких особливостей організації, як обсяг покриття, регулювання тарифів та структура пулів ризиків. У межах територіальних громад це означає, що перенесення тягаря витрат на приватні платежі без надійних захисних заходів ризикує погіршити доступ для груп з низькими доходами та підірвати соціальну згуртованість, особливо в умовах збідніння, спричиненого кризою. Концептуальні приклади й досвід країн ОЕСР, орієнтовані на ДМС, надає більш детальний огляд того, як може бути структуроване державно-приватне співфінансування. Аналітична система оцінює прогресивність ДМС шляхом вивчення правил встановлення

страхових внесків, структури субсидій та податків, а також конфігурації ринку, причому внески, пов'язані з заробітною платою, та субсидії, що залежать від доходу, вважаються більш прогресивними, ніж страхові внески, що залежать від ризику або віку, та регресивні податкові пільги.

З точки зору децентралізації це означає, що територіальні громади, які розглядають можливість запровадження додаткового страхування або механізмів місцевого співфінансування, повинні узгодити структури страхових внесків та субсидій із цілями справедливості та уникати дублюючих або замінних продуктів, які підривають універсальні фонди.

Інституційний аналіз пояснює незадовільні результати слабкою підзвітністю, дублюванням бюрократичних структур, затримками у виділенні бюджетних коштів та корупцією, що призводить до постійної залежності від власних витрат та дуже обмеженого об'єднання ризиків.

Нарешті, у нестабільних та конфліктних середовищах, включаючи ті, що діють за умов воєнного стану, будь-яке розширення ролі приватного фінансування має бути синхронізоване з посиленням державним управлінням, децентралізованим, але скоординованим адмініструванням та плануванням, орієнтованим на стійкість, щоб спільне державно-приватне фінансування сприяло формуванню абсорбційних, адаптивних та трансформаційних можливостей, а не поглиблювало нерівності та залежність від короткострокових потоків, що визначаються донорами.

Підвищення ефективності територіально організованих систем охорони здоров'я залежить від узгодження фінансових потоків, організаційних практик та технологічної інфраструктури з очевидною користю з точки зору результатів, справедливості та стійкості [85]. В Україні заміна фінансування, орієнтованого на утримання, на принцип «гроші йдуть за пацієнтом» вже передбачає логіку ефективності, пов'язуючи виплати з фактичним обсягом та якістю послуг, а не з фіксованими витратами, тим самим поєднуючи фінансові стимули з контролем ефективності та більш прозорим розподілом бюджетних ресурсів.

Міжнародний досвід пропонує доповнювальні рамки для обґрунтування таких аналізів. Порівняльний аналіз політик щодо систем добровільного та приватного страхування підкреслює, що моделі, які фінансуються за рахунок податків, повинні надавати пріоритет профілактичній та первинній медичній допомозі, застосовувати науково обґрунтовані клінічні настанови та ефективно управляти державними ресурсами, щоб обмежені кошти могли задовольнити потреби всього населення. У фрагментованих системах, де домінує страхування, менеджери працюють у складних середовищах з багатьма платниками і більше покладаються на інновації та конкурентні стратегії, але ефективність все одно залежить від інтеграції та координації між постачальниками послуг та фінансуючими агентами [327].

Перспективи стратегічного управління людськими ресурсами надають мікрорівневий погляд на оптимізацію ефективності. Дані щодо високоефективних та високозаангажованих систем роботи в сфері охорони здоров'я свідчать, що інноваційні практики управління людськими ресурсами, включаючи гнучкі форми організації праці та безперервний професійний розвиток, покращують якість послуг та задоволеність пацієнтів, коли вони узгоджені з організаційними цілями. Водночас ефект стратегічного управління людськими ресурсами залежить від підтримки керівництва, добробуту працівників та гідних умов праці; інвестиції в навчання персоналу, програми лідерства та запобігання вигоранню розглядаються як стратегічні, а не дискреційні витрати, необхідні для формування стійкої робочої сили, яка ефективно надає справедливу та високоякісну медичну допомогу [210, 211].

Вважаємо, що включення цих аспектів до аналізу економічної ефективності дозволило б територіальним менеджерам вийти за межі вузьких міркувань щодо витрат на заробітну плату та оцінити, як інвестиції в управління персоналом зменшують плинність кадрів, запобігають перебоям у наданні послуг та підвищують стійкість. Цифрові та AI-технології надають додаткові важелі для оптимізації ефективності, але вони також ставлять нетривіальні вимоги до витрат та управління [342]. Огляди політики

підкреслюють, що телемедицина, цифрові терапевтичні засоби та AI-діагностика швидко розширюються і можуть покращити операційну ефективність, прийняття рішень та догляд за пацієнтами, за умови, що керівники інвестують у взаємодію, навчання персоналу та кібербезпеку [218, 230, 267, 282, 327].

З точки зору економічної ефективності територіальні громади повинні порівнювати початкові інвестиції в цифрову інфраструктуру та управління даними з очікуваними вигодами від покращення цільового використання ресурсів, уникнення госпіталізацій та більш ефективного кризового управління.

Медична допомога, орієнтована на цінність, та фінансування, пов'язане з результатами, ще більше підкріплюють аргументи на користь систематичного аналізу економічної ефективності [163, 327].

Дослідження мереж ЛПЗ, що базуються на цінності, підкреслюють, що розробка інструментів для аналізу та візуалізації в режимі реального часу даних, повідомлених пацієнтами та клініцистами, має ключове значення для обґрунтованого прийняття рішень та постійного вдосконалення процесів [385]. Впровадження таких систем вимірювання може виявити, які втручання або шляхи надання медичної допомоги генерують найвищу цінність на одиницю витрат, тим самим спрямовуючи перерозподіл ресурсів від малоефективних видів діяльності до більш результативних послуг, але це також передбачає додаткові можливості з управління даними та аналітики, які необхідно враховувати в економічних оцінках [327, 385].

Вважаємо, що оптимізація ефективності однаково залежить від практик планування та бюджетування на макрорівні. Зазначено, що рутинний розподіл бюджету відображатиме оцінку попередніх результатів програми та майбутніх цілей, з чіткими критеріями, пов'язаними з продуктивністю, ефективністю, інноваціями та узгодженістю зі стратегічними планами [340].

У планових документах зазначено, що принаймні дві третини бюджетів охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях мають бути

спрямовані на профілактичні, лікувальні та реабілітаційні послуги, а також підкреслено роль інформаційних систем охорони здоров'я для забезпечення повних, точних та своєчасних даних на підтримку планування та моніторингу [340].

Ці принципи тісно узгоджуються із закликами ВООЗ щодо бюджетування на основі доказів і можуть бути впроваджені в українських територіальних громадах шляхом інтеграції результатів аналізу економічної ефективності в програмне бюджетування та укладення контрактів на основі результатів.

Інновації, що базуються на цифрових технологіях та штучному інтелекті, повинні піддаватися ретельній оцінці економічної ефективності, яка враховує витрати на впровадження, вимоги до управління даними та потенційні вигоди у сфері готовності до криз та адаптивного управління, тим самим підтримуючи територіально обґрунтовані рішення, що відповідають рекомендаціям ВООЗ щодо стійкості та парадигмам управління, заснованим на даних ОЕСР [158, 326, 327, 400, 401].

Орієнтація на результати у системі відшкодування витрат переорієнтовує фінансові стимули на вимірювання покращення стану здоров'я, а не на обсяг послуг, узгоджуючи управлінську практику з цілями щодо створення цінності, справедливості та стійкості.

Моделі медичного обслуговування, засновані на цінності, чітко втілюють цей перехід, оплачуючи «фактичну цінність», яку створюють постачальники послуг, включаючи задоволеність пацієнтів та клінічні результати, а не кількість виконаних процедур. Моделі, орієнтовані на результати, стимулюють постачальників надавати високоякісну та ефективну допомогу, пов'язуючи виплати з вимірюваними результатами, що, у свою чергу, вимагає більшого акценту на звітуванні про результати, впровадженні практик, заснованих на доказах, та інвестиціях у профілактичні та оздоровчі програми. У таких умовах управління має переорієнтуватися з процесів виставлення рахунків на постійне відстеження клінічних результатів та

досвіду пацієнтів і інтегрувати ці дані в цикли бюджетування, закупівель та укладення контрактів.

Фіскальні механізми визначають, чи перетворюються децентралізовані повноваження у сфері охорони здоров'я на ефективне управління на територіальному рівні, чи залишаються здебільшого номінальними. В Україні реформа децентралізації розширила формальні повноваження територіальних громад та інших органів місцевого самоврядування, надавши їм більшу свободу дій у плануванні бюджету та розподілі ресурсів відповідно до принципів децентралізації.

Нормативно-правові акти змінили територіально-адміністративну структуру, запровадили механізми співпраці територіальних громад та розширили базу місцевих доходів завдяки змінам до законодавства. У цих рамках очікувалося, що фіскальна децентралізація зменшить управлінські витрати, мобілізує внутрішні резерви та перенаправить ресурси на проекти місцевого розвитку, зокрема на послуги, пов'язані з охороною здоров'я [250, 354]. Однак емпірична оцінка регіонального управління охороною здоров'я в умовах воєнного стану вказує на значний розрив між формальною фіскальною автономією та ефективним фінансовим потенціалом.

Довгострокові капітальні інвестиції в регіональну систему охорони здоров'я мають ґрунтуватися на передбачуваних траєкторіях державного фінансування та бути спрямовані на зміцнення інфраструктури, високотехнологічних послуг і цифрових систем, які в сукупності сприяють стійкості та справедливості в умовах кризи. Такі перспективні асигнування трактуються як свідчення секторальної пріоритетності та як системна спроба поєднати базові медичні гарантії з інноваційними напрямками та комплексною соціально-медичною підтримкою, тим самим посилюючи інституційну спроможність та закладаючи основу для сталого розвитку системи охорони здоров'я [72, 240].

Отже, стратегії капітальних інвестицій повинні розглядати середньострокові бюджетні зобов'язання як інструменти структурної трансформації, а не як суто щорічні рішення щодо видатків.

Зі стратегічної точки зору така переорієнтація капітальних витрат на комплексні втручання та цифрові реєстри донорів відповідає концепції стійкості з позицій ВООЗ, яка закликає до зміцнення основних платформ послуг та інформаційних систем для підтримання життєво важливих функцій під час криз.

Масштабні інвестиції в реабілітаційні послуги становлять ще один важливий стовп довгострокового капітального планування в системі охорони здоров'я, що зазнала впливу війни [297, 298, 299, 343, 344]. Урядові плани передбачають створення сучасних реабілітаційних центрів, підготовку висококваліфікованих фахівців з фізичної терапії, психології та ерготерапії, а також розробку рішень у сфері телемедицини, що забезпечують безперервність лікування у віддалених регіонах. Цей інтегрований підхід поєднує медичні, соціальні та психологічні компоненти в процесі реабілітації, сприяючи відновленню фізичних функцій поряд із соціальною адаптацією та психоемоційним здоров'ям, особливо для поранених, людей з інвалідністю та військовослужбовців, які повертаються з фронту.

Такі інвестиції перегукуються з міжнародними аргументами, що прогрес у напрямку загального охоплення медичним обслуговуванням та трансформаційної стійкості залежить від міцних платформ, орієнтованих на громадське здоров'я та первинну медичну допомогу, підкріплених стабільним фінансуванням кадрів та інфраструктури, а не ситуативними гуманітарними проєктами.

Реформи фіскальної децентралізації визначають, як капітальні ресурси можуть бути мобілізовані та розподілені на територіальному рівні. Українське законодавство розширило та консолідувало джерела місцевого бюджету, запровадило горизонтальне вирівнювання та спеціальні фонди, а також визначило форми міжмуніципальної співпраці, що дає змогу спільно

фінансувати інфраструктуру та спільні комунальні послуги в різних громадах. Проте емпіричний аналіз, проведений за умов воєнного стану, показує, що органи місцевого самоврядування часто не мають стабільного та передбачуваного фінансування, а дублювання функцій та слабка координація з державними адміністраціями перешкоджають ефективному управлінню медичною інфраструктурою та реагуванню на кризи.

Ці перспективи передбачають, що капітальні програми в українських територіальних громадах повинні надавати пріоритет об'єктам та цифровій інфраструктурі, які зміцнюють первинну медичну допомогу, надійність ланцюгів постачання та реагування на надзвичайні ситуації, а не вузько зосереджуватися на розширенні лікарень. Порівняльні дослідження політики та управління в галузі охорони здоров'я свідчать, що інтеграція електронних медичних записів, аналітики, машинного навчання та телемедицини може підвищити операційну ефективність та якість медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, але лише за умови, що інвестиції супроводжуються підготовкою персоналу та заходами з кібербезпеки, а також вбудовуються у спільні екосистеми, що поєднують постачальників послуг, платників та технологічні компанії [214, 327].

Інтегрально детерміновано кілька напрямків політики для структурування довгострокових капітальних інвестицій у систему охорони здоров'я на рівні територіальних громад. По-перше, середньострокові рамки видатків мають закріпити зростання національних асигнувань на охорону здоров'я, особливо на інфраструктуру, реабілітацію та цифрові системи, водночас забезпечуючи, щоб міжбюджетні трансферти відображали територіальні збитки та потреби. По-друге, капітальні проекти слід систематично оцінювати за допомогою показників стійкості та відновлюваності, які фіксують їхній вплив на потенціал первинної медичної допомоги, рівність та безперервність у кризових ситуаціях, відповідно до рамок ВООЗ та відновлюваності. По-третє, інвестиції в цифрове здоров'я мають надавати пріоритет сумісним платформам та аналітичним

інструментам, що забезпечують орієнтоване на результати відшкодування витрат та управління, засноване на цінності, з урахуванням того, що без таких інфраструктур фінансування, засноване на результатах, та адаптивне управління залишаються обмеженими .

Отже, механізми територіальної співпраці, запозичені з моделей згуртованості та співпраці ЄС, можуть бути використані для об'єднання капітальних ресурсів для спільних об'єктів та мереж , тим самим пом'якшуючи регіональні диспропорції та зміцнюючи колективну стійкість громад, що стикаються з тривалим воєнним станом та післявоєнною відбудовою.

### **3.3. Стратегічне планування розвитку управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді на засадах цифровізації**

Цифровізація дедалі глибше інтегрується в структури державного управління та систему управління охороною здоров'я, створюючи багаторівневі цифрові екосистеми охорони здоров'я, що поєднують центральні органи влади, об'єднані територіальні громади, медичних працівників та пацієнтів. В Україні цифрова трансформація державного управління розглядається як ключовий компонент реформи децентралізації, при цьому робота над електронними послугами та електронною демократією ведеться одночасно як на національному, так і на місцевому рівнях [79]. Очікується, що цифрові комунікації та онлайн-платформи оптимізують робочі процеси, зменшать ризики корупції та підвищать підзвітність уряду, а також дадуть змогу об'єднаним територіальним громадам залучати мешканців до прийняття рішень та співпрацювати між собою за допомогою спільних цифрових інструментів.

У зв'язку із глибинним розумінням процесів цифровізації важливим аспектом є інтегративний процес формування стратегічної моделі розвитку

управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді на засадах принципів диджиталізації, цифровізації та інноваційного підходу.

Цифрова трансформація системи охорони здоров'я формує нові можливості для підвищення ефективності управління медичним обслуговуванням територіальних громад, забезпечуючи оперативність прийняття рішень, прозорість використання ресурсів та безперервність взаємодії між усіма учасниками медичного процесу. У сучасних умовах особливого значення набуває впровадження інтегрованої цифрової екосистеми управління охороною здоров'я, яка поєднує інструменти стратегічного планування, аналітики даних, моніторингу результативності та адаптивного управління, створюючи підґрунтя для формування стійкої, пацієнтоорієнтованої та кризостійкої системи медичного обслуговування територіальної громади, що представлено у розробленій нами моделі, зображеній на рис. 3.2.

Саме у секторі охорони здоров'я інформаційно-комунікаційні технології застосовуються на трьох взаємопов'язаних рівнях: управління системою охорони здоров'я, управління окремими закладами та безпосереднє надання медичних послуг, де комунікація всередині організацій та між ними стає критично важливою для скоординованої допомоги. Е-здоров'я, за визначенням ВООЗ, — це система безпечною та економічно обґрунтованого використання інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я, що охоплює клінічну допомогу, епідеміологічний нагляд, медичну освіту та поширення знань, і вважається центральним елементом цифровізації управління та надання медичних послуг в Україні [70].

Відмінною рисою цифрової екосистеми охорони здоров'я України є Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), яка функціонує як національна магістральна інфраструктура. НСЗУ використовує дані ЕСОЗ для прогнозування потреб населення, планування ресурсів, моніторингу якості послуг та оцінки ефективності програм, тим самим перетворюючи рутинні потоки даних на стратегічний ресурс управління.

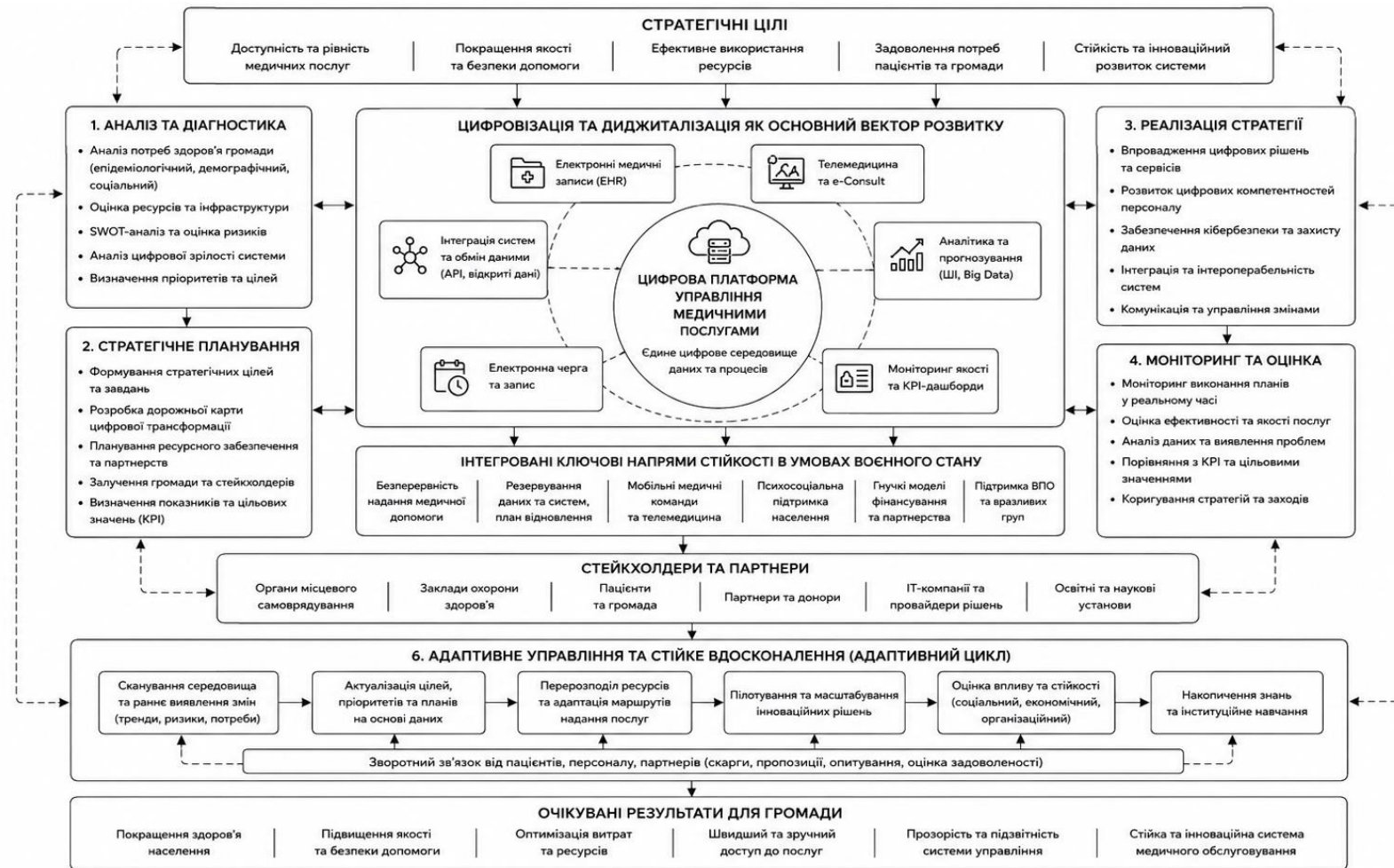


Рис. 3.2. Модель стратегічного планування розвитку управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді на засадах цифровізації

Майбутні плани розвитку передбачають нові послуги ЕСОЗ, такі як електронні документи для відновлення здоров'я та цифрові медичні довідки, що мають на меті ще більше спростити адміністративні процедури та зміцнити довіру громадськості до електронних послуг [268]. Ці прогалини безпосередньо обмежують здатність територіальних громад впроваджувати адаптивне управління на основі даних в умовах воєнного стану.

Огляди політики та управління у сфері охорони здоров'я визначають розширення цифрового здоров'я — телемедицину, цифрові терапевтичні засоби та діагностику на основі штучного інтелекту — як головний тренд, причому політика дедалі більше підтримує інтеграцію цих технологій у надання медичної допомоги. Від керівників очікується забезпечення конфіденційності та безпеки даних, організація навчання персоналу та подолання викликів взаємодії під час впровадження цифрових інструментів у повсякденну практику. Ширші програми управління тепер також висувують на перший план рівність у сфері охорони здоров'я, сталий розвиток та глобальну безпеку здоров'я, що означає, що цифрові екосистеми мають бути розроблені для підтримки епідеміологічного нагляду, готовності до надзвичайних ситуацій та рівного доступу до послуг, а не лише для підвищення ефективності [94]. Робота, орієнтована на політику, підкреслює, що інтеграція електронних медичних записів, аналізу даних та машинного навчання може підвищити операційну ефективність, якість догляду за пацієнтами та прийняття рішень, але вимагає цілеспрямованих інвестицій у взаємодію та кібербезпеку, а також розвитку екосистем співпраці, що об'єднують постачальників, платників, пацієнтів та технологічні компанії [327].

Ці міркування узгоджуються з українськими зусиллями щодо гармонізації стандартів електронної охорони здоров'я з нормами ЄС та використання підходів на основі великих даних у управлінських рішеннях, однак вони також підкреслюють важливість надійного управління даними та регуляторних рамок для екосистем цифрової охорони здоров'я [268].

Вбачаємо, що перспективи цифрової трансформації, орієнтовані на управління, показують, що неефективне управління становить основну нетехнологічну перешкоду для ефективної цифрової охорони здоров'я. Зазначено, що управління цифровим здоров'ям має вирішувати проблеми асиметрії влади, спричиненої цифровою трансформацією, підвищувати довіру громадськості та забезпечувати використання технологій і додатків для обробки даних на підтримку громадського здоров'я та загального охоплення медичним обслуговуванням. Побудова такої архітектури управління передбачає надання прав пацієнтам та вразливим групам, гарантування прав на охорону здоров'я та цифрових прав, а також регулювання потужних гравців у цифровій екосистемі [213].

Для територіально децентралізованих систем це означає, що цифрові екосистеми охорони здоров'я мають бути спроектовані з особливою увагою до участі громад та захисту прав пацієнтів, а не як суто технічні інфраструктури.

Оптимізувавши підходи до забезпечення належного рівня цифрової трансформації на рівні територіальних громад, вважаємо, що запропонована модель сформованої цифрової екосистеми, яка допоможе налагодити процес прийняття, реалізації управлінського рішення, має мати наступний вигляд (рис. 3.3).

Нові технології, такі як блокчейн та гібридне глибоке навчання, ілюструють, як архітектури наступного покоління можуть перетворити екосистеми цифрового здоров'я, водночас додаючи нові рівні складності управління [231, 284, 399]. Одна із запропонованих блокчейн-орієнтованих платформ має на меті підвищити масштабованість та безпеку управління даними у сфері охорони здоров'я за допомогою розподілених реєстрів у поєднанні з гібридним глибоким навчанням; рекомендується подальша робота над оптимізацією масштабованості, впровадженням у реальних умовах, управлінням даними та стандартами, вдосконаленою безпекою та конфіденційністю, етичними міркуваннями, а також дотриманням нормативних вимог.

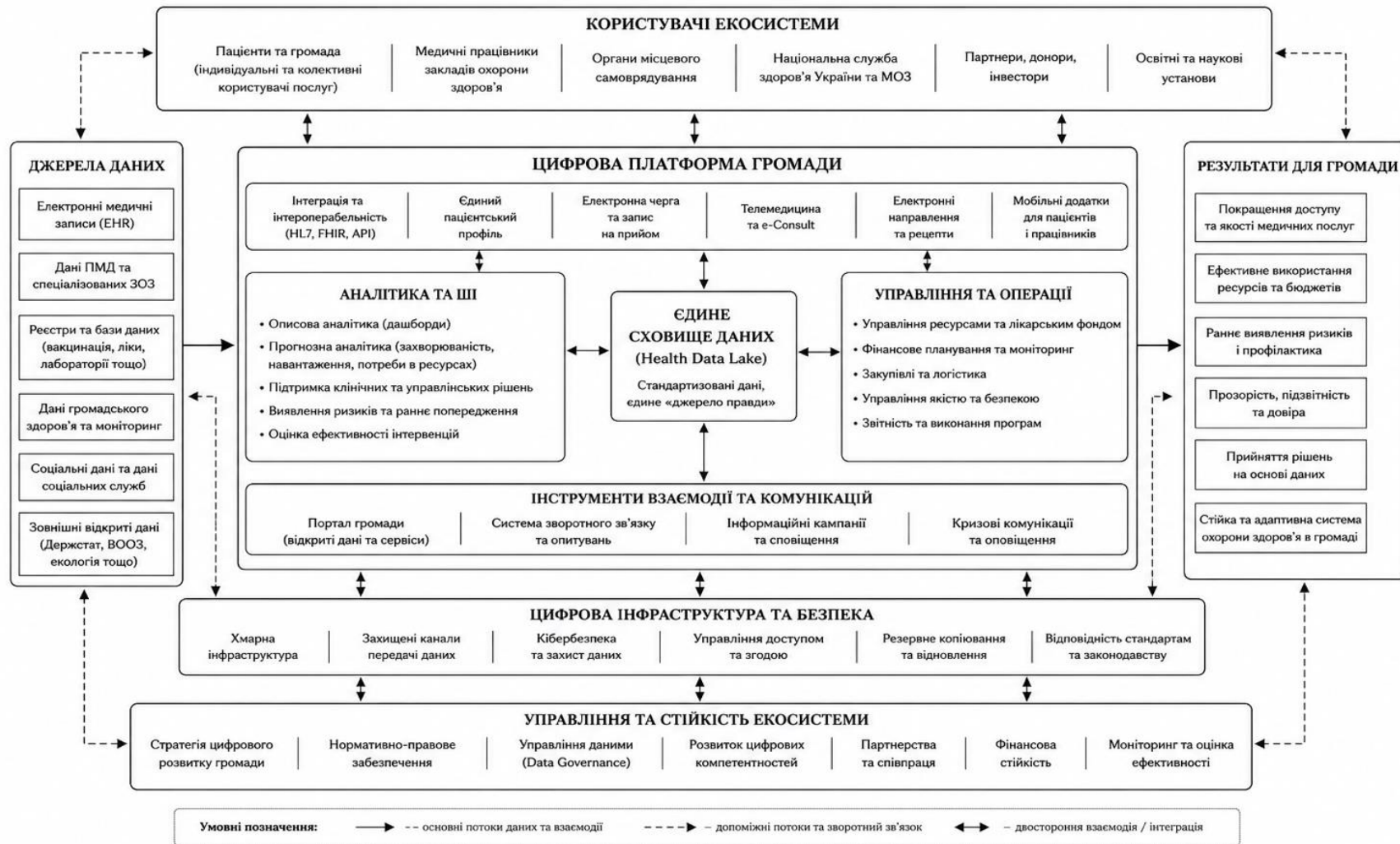
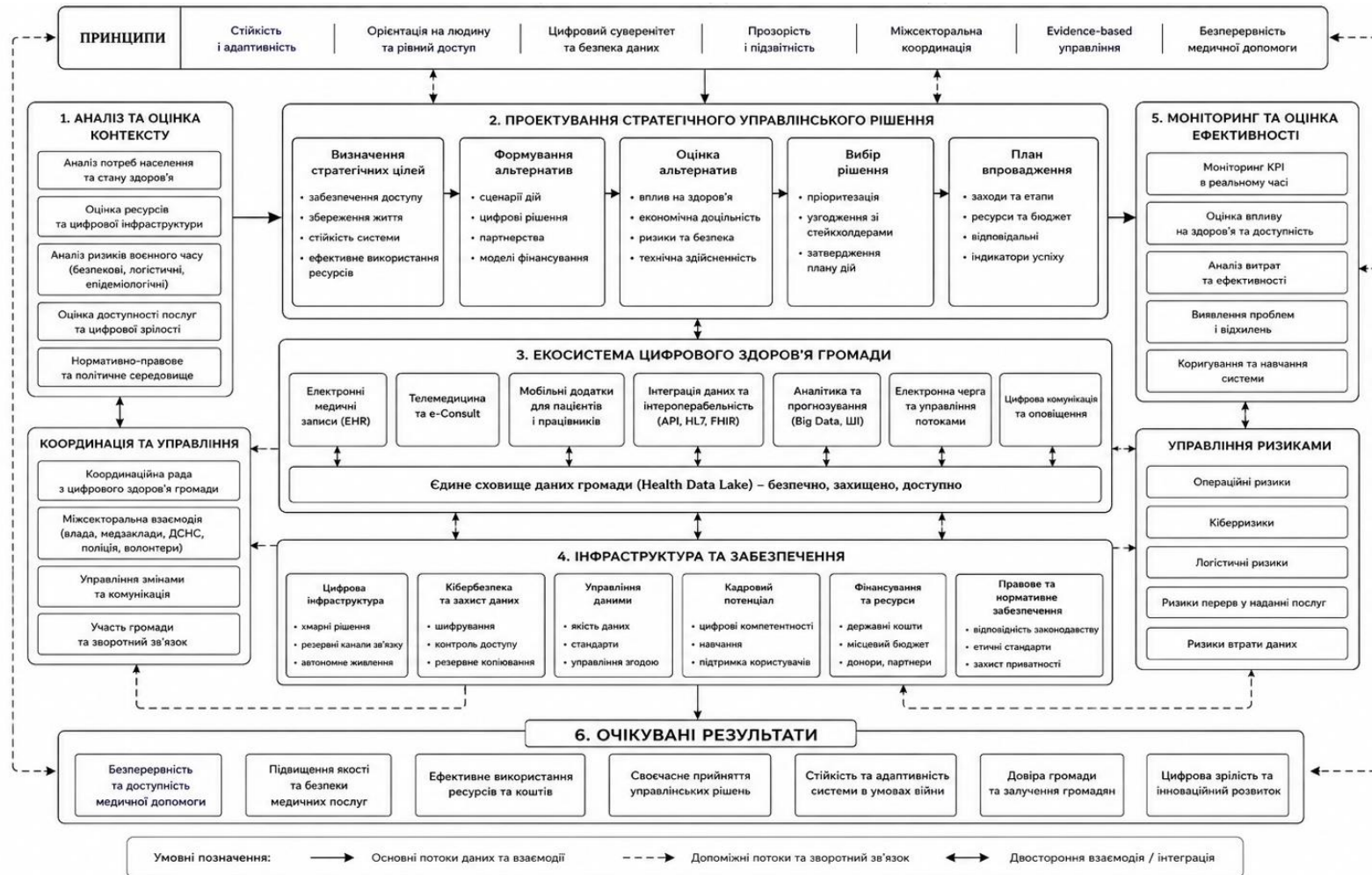


Рис. 3.3. Модель цифрової екосистеми охорони здоров'я на рівні територіальних громад

Рекомендовані нами напрямки досліджень включають пілотні впровадження для виявлення практичних викликів, розробку загальних стандартів даних та протоколів взаємодії, надійні рішення з шифрування та децентралізованої ідентифікації, а також співпрацю з регуляторними органами для забезпечення відповідності законам про захист даних. Аналіз економічної ефективності виділяється як необхідний для прийняття рішення про впровадження таких систем порівняно з традиційними архітектурами. Загалом, постійні дослідження, співпраця та аудит безпеки вважаються вирішальними для перетворення цих експериментальних платформ на операційні компоненти цифрових екосистем охорони здоров'я. Ці висновки є надзвичайно актуальними для територіальних систем, які повинні зважити потенційні переваги передових архітектур проти витрат на впровадження, регуляторних можливостей та існуючих дефіцитів взаємодії.

Вважаємо, що структурована рамка впровадження телемедицини має розрізняти підготовчий та етапи розвитку, наголошуючи на оцінці необхідних навичок, операційних середовищ та спільнот-бенефіціарів, консультаціях із зацікавленими сторонами, бізнес-плануванні та визначенні клінічних робочих процесів і операційних протоколів. Діяльність з розвитку включає встановлення базової інфраструктури та розробку процедур реєстрації, планування, форматів виставлення рахунків та оплати, каналів комунікації та документації. Ця система показує на інтеграції телемедицини в ширші медичні послуги для громади, адекватному фінансуванні та механізмах підвищення якості. Емпіричні спостереження висвітлюють сприяючі фактори, такі як ініціативи діаспори, що підготували сотні соціальних медичних працівників для сільських центрів охорони здоров'я матері та дитини та кампаній з імунізації, наявність ІТ-кадрів з місцевих університетів та експертів діаспори для розробки систем телемедицини, а також залучення міжнародних донорів, включаючи інвестиції Світового банку та гранти. Разом ці елементи показують, як телемедицина може сформувати функціональну підекосистему цифрового здоров'я в нестабільних, уражених конфліктами умовах, за умови дотримання вимог щодо управління, фінансування та умов праці [248].

З цих різноманітних джерел впливають кілька стратегічних напрямків для проєктування та управління екосистемами цифрового здоров'я в територіальних громадах, що перебувають під воєнним станом та іншими кризами. По-перше, інтеграція національних платформ, таких як українська ЕСОЗ, з місцевим управлінням та участю громади вимагає усунення прогалин в архітектурі та взаємодії, одночасно інституціоналізуючи принципи управління щодо прозорості, підзвітності, участі та справедливості, як це сформульовано в принципах ТАРІС. По-друге, цифрова політика повинна конкретно підтримувати програми забезпечення стійкості шляхом забезпечення міжсекторальної координації, спостереження в режимі реального часу та адаптивного розподілу ресурсів під час конфлікту, відповідно до концепцій систем охорони здоров'я та стійкості ВООЗ, які розглядають інформаційні системи як основний будівельний блок для абсорбційних, адаптивних та трансформаційних можливостей. По-третє, інвестиційні рішення щодо ШІ, блокчейну та інших передових технологій повинні ґрунтуватися на ретельних оцінках економічної ефективності та безпеки, а також на реалістичній оцінці інституційної спроможності управляти управлінням даними, дотриманням нормативних вимог та етичними ризиками, особливо в регіонах, що постраждали від війни. Представлені факти знайшли місце у формуванні адаптивної моделі проєктування стратегічного управлінського рішення за допомогою цифрових екосистем на рівні територіальних громад, а, відповідно, модель матиме наступний вигляд (рис. 3.4). Нарешті, телемедицина та засоби цифрової комунікації мають бути інтегровані в комплексні схеми надання медичної допомоги, що поєднують первинні, вторинні та третинні послуги на різних територіях, при цьому слід навчати як клінічний, так і ІТ-персонал працювати в цих екосистемах та забезпечувати, щоб механізми фінансування підтримували їхню діяльність під час та після надзвичайних ситуацій.



**Рис. 3.4.** Модель проектування стратегічного управлінського рішення екосистемами цифрового здоров'я на рівні територіальних громад

Інтервенції, орієнтовані на телемедицину, дедалі частіше розглядаються як інструменти трансформації, що розширюють доступ, персоналізують медичну допомогу та реорганізують надання послуг у різних умовах, зокрема в нестабільних регіонах. Узагальнення результатів численних оглядів свідчить, що мобільні медичні додатки, телереабілітація, цифрова психотерапія, носимі пристрої та інструменти на базі штучного інтелекту, такі як голосові помічники та чат-боти, можуть покращити клінічні результати та сприяти створенню більш доступної та персоналізованої медичної допомоги в таких сферах, як лікування хронічних захворювань, психічне здоров'я, реабілітація та моніторинг серцево-судинної системи.

Доведено, що персоналізовані відгуки, які надаються через такі платформи, заохочують до здорового способу життя, збільшують фізичну активність та покращують харчові звички, що є надзвичайно актуальним для територіально організованих систем, які прагнуть переорієнтувати попит з послуг, що надаються в лікарнях, на профілактичну та первинну медичну допомогу. Ці висновки позиціонують дистанційну медичну допомогу як основний компонент стратегій, орієнтованих на пацієнта, а не як другорядне доповнення до традиційного надання послуг [256].

Стратегічні рекомендації на європейському рівні підкреслюють необхідність ретельної оцінки проєктів у сфері цифрових технологій та телемедицини з огляду на цілі системи охорони здоров'я. Зазначено, що рішення щодо впровадження, використання або відшкодування витрат на цифрові медичні послуги на центральному та місцевому рівнях повинні ґрунтуватися на даних про ефективність у таких аспектах, як доступ, клінічні та організаційні результати, участь пацієнтів, використання ресурсів та сталість.

Для територіальних громад, що працюють в умовах фінансового тиску та воєнного стану, це означає, що розширення телемедицини має бути пов'язане з постійним моніторингом, а не з ситуативним впровадженням.

Дослідження підкреслюють, що органи місцевого самоврядування не повинні копіювати зовнішні цифрові інструменти без оцінки місцевих потреб, а радше розвивати цифрові компетенції серед персоналу, переосмислювати функції та наймати персонал, здатний підтримувати більш цифрову організаційну культуру. Ми рекомендуємо цифровізацію всіх можливих процесів у рамках цілісної стратегії, що визначає пріоритети, інструменти та методи, підкріплену співпрацею, обміном знаннями, об'єднаним фінансуванням та партнерствами з іншими організаціями. Ефективне використання соціальних мереж та цифрових комунікаційних інструментів для зв'язку з мешканцями, партнерами, донорами та волонтерами представлено як необхідну умову для покращення якості послуг та репутації. Ці організаційні передумови мають безпосереднє значення для місцевого впровадження телемедицини, яке залежить від персоналу, обізнаного у цифрових технологіях, та надійних комунікаційних стратегій.

Механізми стратегування у процесі модернізації державної політики охорони здоров'я України формують основу для комплексного та скоординованого розвитку галузі, здатної ефективно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати стійкість системи з урахуванням процесів децентралізації та цифровізації (табл. 3.15).

Реалізація стратегічних механізмів модернізації системи охорони здоров'я потребує комплексної взаємодії національного та локального рівнів управління. Запровадження єдиного планування, фінансових реформ та інтеграції у європейський медичний простір створює підґрунтя для формування стійкої, прозорої та пацієнтоорієнтованої системи медичного обслуговування. Водночас ефективність зазначених механізмів значною мірою залежить від рівня цифрової трансформації галузі, здатності до міжсекторальної координації, а також впровадження сучасних інформаційно-аналітичних технологій у процесі управління та прийняття рішень.

Таблиця 3.15

**Механізми реалізації стратегування на національному та локальному рівнях**

<b>Механізм</b>	<b>Реалізація на національному рівні</b>	<b>Реалізація на локальному рівні</b>	<b>Очікувані результати реалізації</b>
<b>Єдине планування та координація</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- розширення повноважень Національної ради з відновлення країни після війни для включення питань охорони здоров'я;</li> <li>- створення міжвідомчих координаційних груп при МОЗ із залученням НСЗУ та Координаційного штабу з гуманітарних і соціальних питань;</li> <li>- розробка єдиного плану відновлення та розвитку системи охорони здоров'я з інтеграцією міжнародної допомоги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формування регіональних та муніципальних координаційних штабів охорони здоров'я;</li> <li>- узгодження місцевих планів відновлення з національною стратегією;</li> <li>- координація із місцевими підрозділами ДСНС, гуманітарними організаціями та медичними закладами.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- синхронізація дій національного та місцевого рівнів;</li> <li>- зменшення дублювання програм та витрат;</li> <li>- підвищення ефективності використання міжнародної допомоги;</li> <li>- швидше відновлення медичної інфраструктури.</li> </ul>
<b>Фінансова реформа</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- запровадження DRG для оплати стаціонарної допомоги;</li> <li>- розширення капітаційної оплати на первинному рівні;</li> <li>- розробка та впровадження механізмів «pay-for-performance»;</li> <li>- встановлення прозорих тарифів за єдиною методологією.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- використання DRG у лікарнях для оптимізації витрат та підвищення ефективності управління та лікування;</li> <li>- управління фінансуванням ПМД за принципом капітації з орієнтацією на профілактику;</li> <li>- запровадження внутрішніх систем моніторингу якості та результативності надання послуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- оптимізація витрат і підвищення фінансової прозорості;</li> <li>- зростання якості медичних послуг;</li> <li>- мотивація закладів до досягнення клінічних та організаційних результатів, в тому числі індикаторів якості;</li> <li>- зниження корупційних ризиків.</li> </ul>
<b>Інтеграція у європейський медичний простір</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гармонізація національних клінічних протоколів із європейськими настановами;</li> <li>- приєднання до європейських медичних реєстрів та баз даних;</li> <li>- запровадження національної програми акредитації закладів за міжнародними стандартами (ISO, JCI та ін.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- використання гармонізованих клінічних протоколів у практиці ЗОЗ територіальних громад;</li> <li>- участь регіональних лікарень у міжнародних реєстрах;</li> <li>- підготовка закладів до проходження акредитації та впровадження систем управління якістю.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- підвищення якості та безпеки медичної допомоги;</li> <li>- зростання довіри пацієнтів і партнерів;</li> <li>- можливість порівняння та покращення національних показників;</li> <li>- інтеграція українських закладів у міжнародний медичний простір.</li> </ul>

Джерело: власне дослідження [96].

У цьому контексті особливого значення набуває формування концептуальних засад цифрової модернізації системи охорони здоров'я, що передбачають використання інтегрованих платформ управління даними, інструментів аналітики та підтримки управлінських рішень. Концептуальна основа окреслює майбутні роботи з оптимізації масштабованості, пілотних впроваджень у реальному світі, надійного управління даними, стандартів взаємодії, вдосконалених заходів безпеки та конфіденційності, а також етичного нагляду за алгоритмічним прийняттям рішень. Аудит безпеки, тестування вразливостей та аналіз економічної ефективності порівняно з традиційними системами визначені як необхідні для обґрунтованих рішень щодо впровадження медичними організаціями.

Для телемедицини в територіально децентралізованих системах такі архітектури теоретично могли б посилити цілісність даних та підтримати сортування пацієнтів за допомогою ШІ, хоча їхня реальна здійсненність залежить від інституційної спроможності та наявності ресурсів [167, 168]. З точки зору управління, комунікаційна політика чітко визначена як ключовий механізм ефективного управління в українській системі охорони здоров'я, причому цифрові платформи та канали підвищують вимоги до прозорості, ефективності та захисту персональних даних. Очікується, що стратегічна цифрова комунікація інформуватиме громадськість про нові послуги електронної охорони здоров'я та сприятиме швидкому реагуванню під час надзвичайних ситуацій, що є незамінним, коли телемедицина стає основною формою надання медичної допомоги в умовах воєнного стану та пандемії [268]. Висновки щодо стратегій цифрової комунікації територіальних громад свідчать, що їхня здатність інтегруватися в європейські цифрові інфраструктури, а отже, і в транскордонні ініціативи з телемедицини, значною мірою визначається існуючою практикою використання цифрових інструментів для взаємодії з мешканцями.

Штучний інтелект та передові аналітичні технології дедалі частіше розглядаються як основні складові систем охорони здоров'я, що базуються на

великих обсягах даних, проте їхнє впровадження в державному управлінні породжує певні виклики в сферах управління, етики та потенціалу [233, 319]. У державному секторі процеси прийняття рішень на основі ШІ можуть підвищити послідовність, точність прогнозування та оперативність, що дасть змогу застосовувати проактивні, засновані на даних моделі реалізації політики замість реактивних бюрократичних процедур. Водночас непрозорість алгоритмів порушує традиційні ланцюги підзвітності між чиновниками та громадянами, ускладнюючи визначення відповідальності, коли помилки або упередження в результатах машинного навчання впливають на вразливі групи. Ці суперечності є особливо актуальними для територіальних громад, які прагнуть застосовувати інструменти прогнозування в умовах кризи, зберігаючи при цьому демократичний контроль [238].

Концептуальні досягнення в управлінні ШІ підкреслюють, що алгоритмічні системи не є ціннісно нейтральними технічними артефактами, а є соціально-технічними конструктами, вбудованими в інституційні норми, політичні контексти та людську поведінку. Дослідження цифрового управління стверджують, що поширення алгоритмічного прийняття рішень виявляє прогалини в існуючих регуляторних та етичних рамках, особливо в умовах, де інституційна спроможність та цифрова готовність є обмеженими [237].

Фрагментарне трактування технологічних та управлінських питань створює концептуальну порожнечу, яка перешкоджає розробці аналітично міцних, етично обґрунтованих рамок для впровадження ШІ у сфері державних послуг. Усунення цієї прогалини є надзвичайно важливим, коли територіальні органи охорони здоров'я розглядають можливість використання ШІ для сортування пацієнтів, прогнозування ризиків або розподілу ресурсів в умовах надзвичайного стану. Етичні суперечності щодо справедливості, оптимального використання даних та людської гідності займають важливе місце в сучасних аналізах. Алгоритмічні системи, навчені на історичних адміністративних даних, можуть відтворювати укорінені соціальні нерівності,

тим самим закріплюючи дискримінацію, якщо логіка проектування та набори даних містять упереджені структури. Непрозорість складних моделей машинного навчання ще більше обмежує здатність громадян та менеджерів оскаржувати або навіть розуміти автоматизовані рішення, підриваючи процедурну справедливість у питаннях медичних прав або процесів доступу до медичної допомоги.

Вчені стверджують, що ця ситуація ставить під сумнів основні принципи демократичної підзвітності та вимагає переосмислення інституційної етики та посилення механізмів людського нагляду при використанні ШІ в управлінні охороною здоров'я у державному секторі. У конфліктних регіонах, де довіра до державних інституцій і без того є крихкою, такі ризики стають особливо гострими. На оперативному рівні вирішальним обмежувальним фактором стає інституційна готовність. Багато державних організацій залишаються на ранніх етапах цифрової трансформації та стикаються з труднощами при інтеграції інтелектуальних систем у існуючі бюрократичні структури, маючи справу з застарілою інфраструктурою, фрагментованими системами даних та обмеженими фінансовими ресурсами. Нестача кваліфікованого персоналу, здатного критично інтерпретувати результати алгоритмів, змушує покладатися на зовнішніх постачальників, що послаблює інституційну автономію та ускладнює відповідальне використання ШІ у плануванні або нагляді за охороною здоров'я. Нерівний розподіл технологічних ресурсів між регіонами ще більше посилює адміністративну нерівність, причому на територіях, що розвиваються або постраждали від війни, спостерігаються більш виражені прогалини в потенціалі і, отже, вищий ризик провалів управління, спричинених ШІ.

Для децентралізованих систем охорони здоров'я, таких як територіальні громади України, ці висновки означають, що прогнозу аналітику на основі ШІ неможливо відповідально масштабувати без паралельних інвестицій у людський капітал, сумісні інформаційні системи та етичні принципи управління. Незважаючи на ці ризики, ретельно розроблені архітектури ШІ

можуть суттєво посилити управління даними про здоров'я та прогностичні можливості.

Робота з перевірки концепції систем охорони здоров'я на основі блокчейну з інтегрованим гібридним глибоким навчанням демонструє безпечно, піддане аудиту зберігання електронних медичних записів, зображень та даних датчиків у багатьох вузлах, що представляють постачальників, пацієнтів та регуляторні органи. Розумні контракти в цих архітектурах забезпечують контроль доступу за дозволами, тоді як методи збереження приватності, такі як докази з нульовим розкриттям інформації або диференціальна приватність, захищають конфіденційну інформацію під час обміну даними. Показано, що гібридні моделі глибокого навчання, що поєднують конволюційні та рекурентні нейронні мережі, виконують класифікацію захворювань, виявлення аномалій та прогнозування результатів лікування в режимі реального часу, надаючи клініцистам своєчасну підтримку у прийнятті рішень та забезпечуючи більш персоналізовану допомогу. Результати оцінювання свідчать про прийнятний час пошуку даних у великих обсягах, точність прогнозування та позитивні відгуки користувачів щодо зручності використання та безпеки, що вказує на те, що такі платформи можуть стати основою для масштабованого, керованого даними прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Перетворення цих технічних досягнень на територіально організовані системи, що піддаються кризовим ситуаціям, вимагає створення управлінської, регуляторної та оціночної інфраструктури. Орієнтовані на майбутнє програми щодо блокчейну та ШІ в охороні здоров'я вимагають пілотних впроваджень у реальному світі, ретельного аудиту безпеки та тестування вразливостей для виявлення перешкод для впровадження та можливостей оптимізації.

Розробка надійних систем управління даними та загальних стандартів для обміну даними в охороні здоров'я, управління згодою та взаємодії вважається необхідною для безперебійної співпраці між різними зацікавленими сторонами. Рекомендується співпраця з регуляторними

органами для забезпечення дотримання медичних норм та законів про захист даних, тоді як аналіз економічної ефективності виділяється як критично важливий для визначення того, чи є рішення на основі ШІ та блокчейну кращими за традиційні архітектури з фінансової точки зору [167, 168]. Ці вимоги є особливо актуальними в умовах обмежених бюджетів та економічних потрясінь, пов'язаних з війною.

Прогностична аналітика також перетинається з новими управлінськими завданнями, пов'язаними з розширенням цифрової охорони здоров'я, рівністю, сталістю та глобальною безпекою у сфері охорони здоров'я. Аналіз політик підкреслює, що інтеграція електронних медичних записів, аналітики даних, машинного навчання та блокчейну може підвищити операційну ефективність, якість догляду за пацієнтами та прийняття управлінських рішень, але водночас створює виклики щодо взаємодії, навчання користувачів та кібербезпеки, з якими мають справлятися менеджери у сфері охорони здоров'я.

У рамках цієї парадигми ШІ та прогнозна аналітика можуть покращити інформаційні та управлінські можливості, забезпечуючи попереднє виявлення вузьких місць у наданні послуг, моделювання перебоїв у ланцюгах постачання або планування на основі сценаріїв для переміщених осіб.

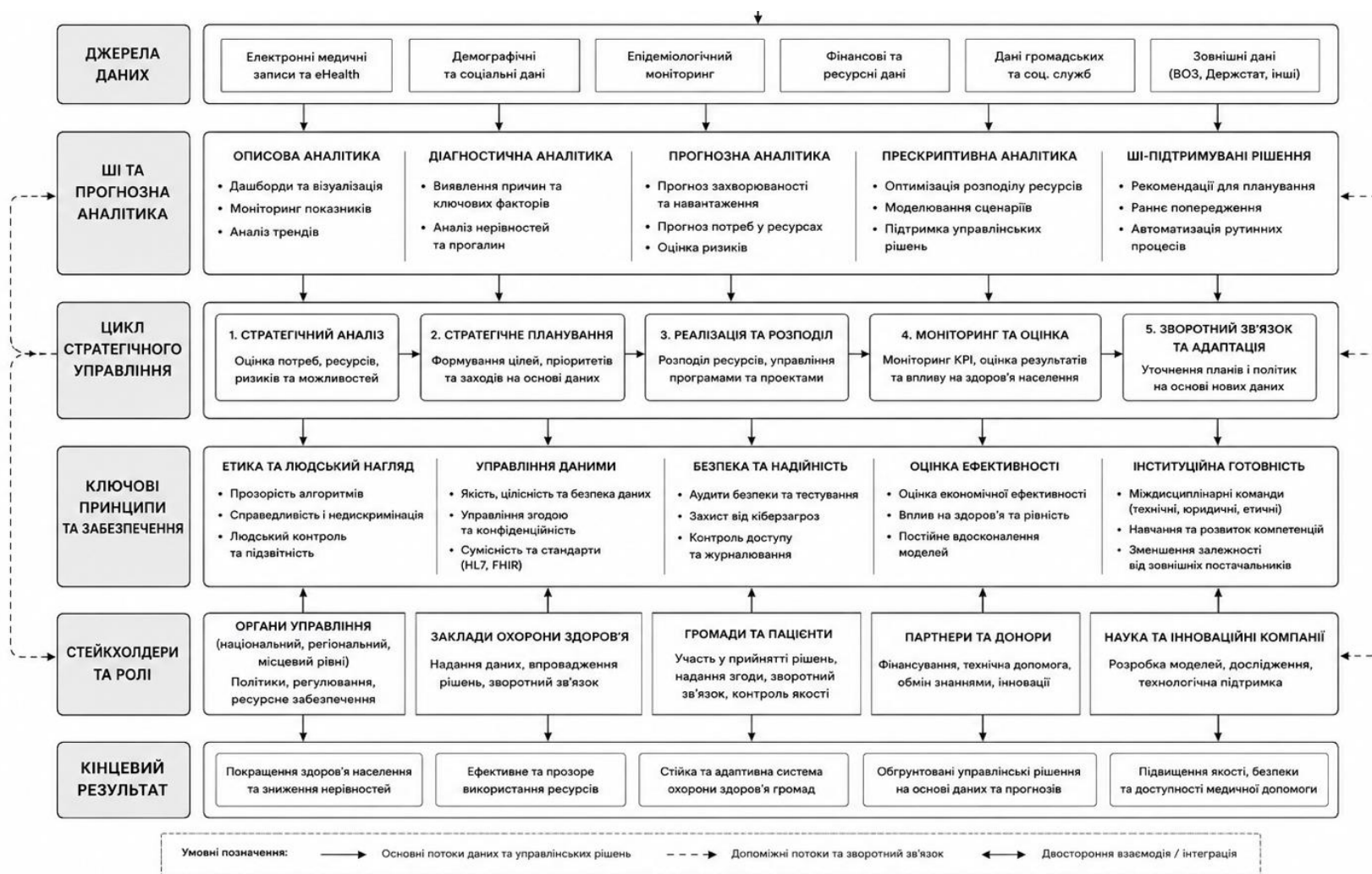
Іншими словами, інструменти прогнозування можуть покращити ситуаційну обізнаність, але самі по собі не вирішать проблеми нестачі персоналу, пошкоджених об'єктів або розподілу гуманітарних коштів з метою отримання прибутку. З цих даних безпосередньо впливають напрямки політики для територіальних громад. По-перше, будь-яке впровадження ШІ та прогносної аналітики має керуватися чіткими етичними рамками, що забезпечують прозорість, справедливість та людський нагляд, а також роз'яснюють, як підтримується підзвітність, коли алгоритмічні рекомендації лежать в основі критичних рішень у сфері охорони здоров'я. По-друге, інвестиційні стратегії повинні надавати пріоритет інституційній готовності шляхом створення міждисциплінарних команд з технічними, юридичними та

етичними компетенціями, модернізації інфраструктури даних та зменшення залежності від зовнішніх постачальників, особливо в периферійних або уражених війною регіонах. По-третє, регуляторні органи та органи охорони здоров'я повинні сприяти впровадженню сумісних стандартів та надійного управління даними, включаючи управління згодою та захист приватного життя, одночасно вимагаючи проведення аудитів безпеки та оцінок економічної ефективності для систем на основі ШІ.

Інтеграція ШІ в управління охороною здоров'я має бути чітко узгоджена з реформами, орієнтованими на стійкість, які зміцнюють первинну медичну допомогу, забезпечують рівний доступ та підтримують децентралізовану, багатосекторальну координацію, щоб прогнозна аналітика сприяла абсорбційним, адаптивним, ним та трансформаційним можливостям, а не посилювала існуючі нерівності чи слабкість управління.

Подальший розвиток системи управління медичним обслуговуванням територіальних громад дедалі більше пов'язується з використанням технологій штучного інтелекту, великих даних та прогнозної аналітики, що забезпечують перехід від реактивного до проактивного управління. У цьому контексті особливого значення набуває формування інтелектуальної моделі підтримки управлінських рішень, яка інтегрує механізми збору, аналізу та прогнозування даних із процесами стратегічного планування, моніторингу ефективності та адаптивного реагування на виклики розвитку системи охорони здоров'я територіальної громади, що представлено у запропонованій нами моделі на рис. 3.5.

У процесі реалізації публічної політики охорони здоров'я визначено також конкретні кроки, які можуть бути корисними для територіальних громад: розширення різноманітності випробувань, врахування результатів, повідомлених пацієнтами, у процесі розробки, а також використання адміністративних заяв або інших наборів даних з реального світу можуть швидко виявити нерівності та скерувати коригувальні заходи.



**Рис. 3.5.** Модель використання штучного інтелекту у стратегічному плануванні та управлінні системою охорони здоров'я територіальних громад

Джерело: власна розробка.

Ці заходи можуть запропонувати реалістичні тимчасові дії для громад з обмеженими ресурсами, такі як надання пріоритету партнерствам з клініцистами та регулярні аудити результатів алгоритмів з використанням доступних місцевих наборів даних, замість очікування великих індивідуальних досліджень перед встановленням будь-якого оперативного нагляду.

Інфраструктури медичної інформації дедалі частіше розглядаються як основні інструменти державного управління, а не лише як технічна підтримка. В Україні політика цифрової трансформації відводить державі центральну роль у формуванні стратегії охорони здоров'я, визначенні нормативно-правової бази та інтеграції електронних рішень у багаторівневу інституційну структуру, що охоплює центральні виконавчі органи, незалежні державні установи, територіальні органи та електронну систему охорони здоров'я.

У рамках цієї конфігурації комунікаційна політика концептуалізується як систематичне управління інформаційними потоками між органами влади, медичними закладами та населенням, причому очікується, що цифрові платформи підвищать прозорість, покращать координацію та сприятимуть ефективним реагуванням на надзвичайні ситуації.

Ці висновки свідчать про те, що територіальні інформаційні системи охорони здоров'я мають бути чітко розроблені для підтримки абсорбційних, адаптивних та трансформаційних можливостей, включаючи децентралізований епідеміологічний нагляд, моніторинг ланцюгів постачання та планування для переміщених осіб.

З урахуванням даних аспектів виникає кілька наслідків для стратегічного управління. По-перше, інформаційні системи повинні бути налаштовані на підтримку фінансування, заснованого на результатах, та оцінки стійкості. В Україні модель «гроші слідують за пацієнтом» та розширення Програми медичних гарантій роблять надійні, своєчасні дані незамінними для управління контрактами, моніторингу рівності та оцінки

ефективності витрат. Системи оцінки стійкої ефективності стверджують, що без показників, які відображають обмеження кадрових ресурсів, фрагментацію та фінансову стійкість, фінансовий ризик недооцінюється; включення таких показників до національних та територіальних інформаційних систем дозволило б менеджерам оцінити, чи розподіл ресурсів зміцнює стійкість первинної медичної допомоги, чи лише оптимізує короткострокові результати [401]. По-друге, комунікаційна політика має використовувати цифрові канали для кризової комунікації та залучення громадськості. Узгоджені оцінки ОЕСР та ВООЗ, показують, що прозора, послідовна комунікація через цифрові платформи зменшує дезінформацію та соціальну напругу і підвищує готовність громадян виконувати урядові рішення, особливо під час пандемій та інших надзвичайних ситуацій [268]. Це позиціонує інформаційні системи охорони здоров'я як подвійну інфраструктуру для аналітики та комунікації з громадянами. По-третє, стратегічне управління має вирішувати проблему прогалин у можливостях використання даних. Дані ВООЗ свідчать, що лише трохи більше половини країн повідомляють про наявність єдиної стратегії взаємодії, а лише третина має конкретну політику щодо великих даних та передової аналітики, тоді як працівникам сфери громадського здоров'я часто бракує навичок для ефективного використання інструментів штучного інтелекту.

У сучасних умовах цифрової трансформації охорони здоров'я ефективність управління медичним обслуговуванням територіальних громад дедалі більше залежить від здатності органів публічного управління використовувати дані як стратегічний ресурс для прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Розвиток електронної системи охорони здоров'я, медичних інформаційних систем, реєстрів пацієнтів та інструментів аналітики створює передумови для переходу від інтуїтивного до доказового управління, орієнтованого на реальні потреби населення, прогнозування ризиків та підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я.

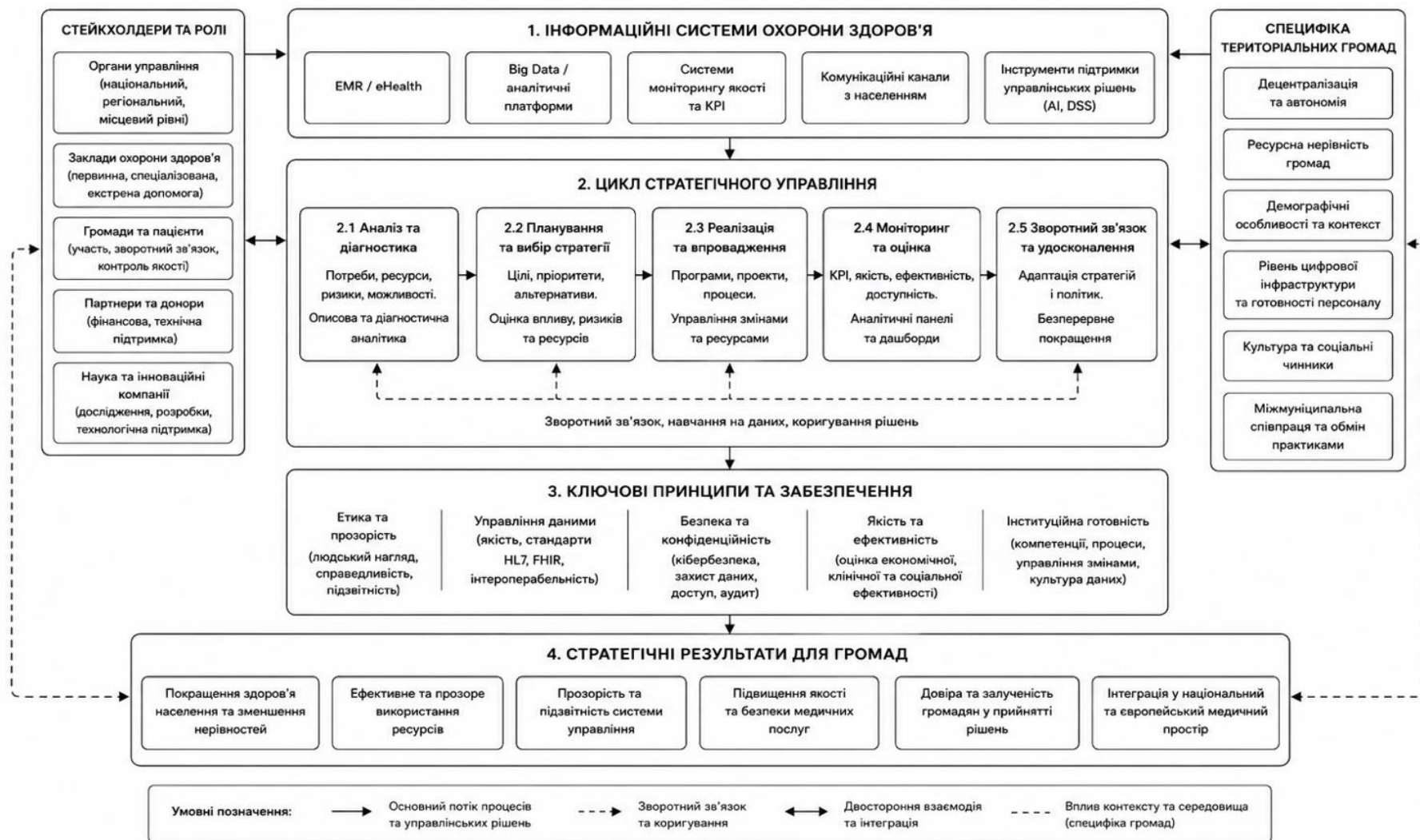
Водночас результативне використання інформаційних ресурсів потребує формування цілісного механізму стратегічного управління даними, який забезпечує інтеграцію інформаційних потоків між державним, регіональним та місцевим рівнями управління, підтримує процеси моніторингу, планування та оцінювання ефективності медичного обслуговування.

У цьому контексті особливого значення набуває створення єдиного інформаційно-аналітичного середовища, що дозволяє забезпечити прозорість управлінських процесів, своєчасне реагування на виклики у сфері охорони здоров'я та підвищення якості управлінських рішень на рівні територіальної громади, що відображено на рис.3.6.

Ці обмеження відображають виклики в українських територіальних громадах, де цифровий розрив та нерівний доступ до послуг обмежують ефективність комунікаційної політики та повне використання платформ електронної охорони здоров'я [268].

Отже, вирішення проблеми дефіциту кадрів в інформатиці та аналітиці стає ключовим компонентом стратегії медичної інформації. Досвід пандемії COVID-19 свідчить, що пацієнтів дедалі частіше розглядали як безпосередніх стратегічних партнерів, що підвищило важливість функціональних та міжособистісних аспектів якості, таких як комунікація, гідність, доступність та оперативність, які важко оцінити лише за допомогою клінічних або адміністративних показників.

Для територіальних громад, що перебувають під воєнним станом, надійні, добре керовані інформаційні системи охорони здоров'я є не лише технічною інфраструктурою, а й основними важелями адаптивного управління, управління фінансовими ризиками та справедливої, орієнтованої на пацієнта організації послуг.



**Рис. 3.6.** Модель стратегічного управління інформаційними системами охорони здоров'я на рівні територіальних громад

Джерело: власна розробка.

### Висновки до розділу 3

Управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в умовах сучасних трансформацій потребує формування інноваційно-адаптивної моделі публічного управління, здатної забезпечити стійкість, безперервність та доступність медичної допомоги в умовах воєнного стану, цифрової трансформації та децентралізації. Встановлено, що сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах постійних кризових викликів, серед яких особливе місце займають наслідки війни, кадровий дефіцит, нерівність доступу до медичних послуг, фрагментація управлінських механізмів та необхідність інтеграції міжнародних стандартів якості й людиноорієнтованих підходів. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває розвиток адаптивного управління, що ґрунтується на поєднанні децентралізації, міжсекторальної координації, цифровізації та підвищення інституційної спроможності територіальних громад.

Проведений аналіз засвідчив, що модернізація інфраструктурних, кадрових та цифрових інструментів системи охорони здоров'я є одним із ключових напрямів підвищення ефективності управління медичним обслуговуванням на локальному рівні. Регіоналізація високоспеціалізованої допомоги, формування госпітальних округів, кадрове зміцнення, впровадження електронних медичних записів, телемедицини та цифрових платформ моніторингу якості створюють передумови для підвищення доступності медичних послуг, оптимізації використання ресурсів та забезпечення безперервності медичної допомоги.

Цифровізація системи охорони здоров'я трансформує не лише механізми управління, а й саму модель взаємодії між державою, медичними закладами та громадянами, забезпечуючи прозорість управлінських рішень, розвиток кризових комунікацій та підвищення підзвітності системи охорони здоров'я.

Детерміновано необхідність впровадження людиноцентрованого підходу у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я. Встановлено, що інтеграція принципів Пікера, систем PREM/PROM, механізмів community-based monitoring, розвитку комунікаційних компетентностей медичного персоналу та пацієнтоорієнтованих моделей управління сприяє формуванню сучасної системи медичного обслуговування, орієнтованої на потреби пацієнта, підвищенню рівня довіри населення до закладів охорони здоров'я та покращенню якості медичного сервісу. Особливого значення набуває інституціоналізація механізмів громадської участі, розвиток локальних ініціатив та партнерств між органами місцевого самоврядування, медичними закладами, громадськими організаціями та міжнародними інституціями.

Сучасна муніципальна політика охорони здоров'я в умовах війни повинна базуватися на принципах резильєнтності, адаптивності та багаторівневого управління. Використання мобільних медичних бригад, телемедичних платформ, систем Big Data, цифрової гуманітарної логістики та міжмуніципального партнерства дозволяє забезпечити оперативне реагування на кризові ситуації, підтримку вразливих груп населення та стабільність функціонування медичної інфраструктури. Водночас війна актуалізувала необхідність інтеграції медичних, соціальних та психологічних компонентів у єдиний континуум медичної допомоги, що потребує посилення міжсекторальної координації та впровадження гнучких управлінських моделей на рівні територіальних громад.

Результати дослідження за даним розділом знайшли своє впровадження в роботах здобувача [1, 3, 4, 5, 10, 12, 13, 14] (додаток А).

## ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення актуальної наукової проблеми у сфері публічного управління та адміністрування — удосконалення управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах в умовах децентралізації, цифрової трансформації та воєнних викликів. Результати дослідження дали змогу сформулювати висновки концептуального, методологічного та науково-практичного спрямування:

1. Управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді є комплексним процесом планування, організації, координації, фінансування та контролю діяльності суб'єктів системи охорони здоров'я, спрямованим на забезпечення доступності, якості та безперервності медичної допомоги населенню. Визначено, що сучасна модель управління базується на принципах децентралізації, фінансової автономії, пацієнтоорієнтованості, багаторівневого врядування та відповідальності за результати діяльності.

2. Еволюція державної політики у сфері охорони здоров'я характеризується переходом від централізованої моделі Семашка до інтегрованої системи управління, у межах якої територіальні громади набули статусу повноцінних суб'єктів управління медичним обслуговуванням. Доведено, що впровадження Програми медичних гарантій, автономізація закладів охорони здоров'я та контрактна модель фінансування через Національну службу здоров'я України трансформували механізми ресурсного забезпечення та управлінські функції органів місцевого самоврядування.

3. Ключовими елементами системи управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді є: стратегічне планування розвитку медичної мережі; фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я; управління комунальними некомерційними підприємствами; кадрове забезпечення; організація логістики медичних послуг; розвиток цифрової інфраструктури; забезпечення якості та безпеки медичної допомоги; реалізація

програм громадського здоров'я; міжсекторальна взаємодія та кризове управління в умовах надзвичайних ситуацій і воєнного стану.

4. Ідентифіковано основні тенденції та чинники трансформації системи управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах. Встановлено, що на розвиток локальних систем охорони здоров'я визначальний вплив мають демографічні зміни, міграційні процеси, цифровізація, фінансова децентралізація, кадровий дефіцит, нерівність ресурсного забезпечення територій та наслідки повномасштабної війни. Доведено, що воєнний стан актуалізував потребу у формуванні адаптивних моделей управління, здатних забезпечити безперервність надання медичних послуг навіть в умовах високої невизначеності та кризових навантажень.

5. Ефективність організаційно-інституційного механізму управління медичним обслуговуванням значною мірою залежить від рівня координації між центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я та громадським сектором. Доведено, що дублювання повноважень, відсутність чітких процедур взаємодії, нерівномірне кадрове забезпечення та нестабільність фінансування знижують результативність функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

6. Модернізація інфраструктурних та кадрових інструментів є необхідною умовою підвищення стійкості системи охорони здоров'я територіальних громад. До ключових механізмів такої модернізації слід віднести: регіоналізацію високоспеціалізованої допомоги; створення госпітальних округів; оптимізацію маршрутів пацієнтів; розвиток систем професійної підготовки та перепідготовки кадрів; стимулювання залучення медичних працівників до сільських і прифронтових громад; оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я. Встановлено, що реалізація зазначених заходів сприяє підвищенню доступності та якості медичних послуг, ефективнішому використанню ресурсів та зміцненню кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

7. Обґрунтовано, що цифровізація системи охорони здоров'я є одним із базових інструментів удосконалення управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах. Визначено, що впровадження електронних медичних записів, телемедицини, електронних направлень, систем моніторингу якості та аналітики великих даних забезпечує безперервність медичної інформації, підвищує оперативність управлінських рішень, прозорість діяльності закладів охорони здоров'я та ефективність використання ресурсів. Доведено, що цифрова трансформація сприяє формуванню єдиного інформаційного простору системи охорони здоров'я та інтеграції національних цифрових стандартів з європейськими практиками.

8. Сучасна система управління медичним обслуговуванням повинна базуватися на принципах людиноцентричності та пацієнтоорієнтованості. Встановлено, що інтеграція принципів Пікера, механізмів оцінки задоволеності пацієнтів та психологічної підтримки дозволяє підвищити якість медичного обслуговування, рівень довіри населення до системи охорони здоров'я й ефективність комунікації між пацієнтом і медичним персоналом. Визначено, що реалізація пацієнтоорієнтованої моделі управління сприяє формуванню сучасної системи медичного обслуговування, орієнтованої на потреби людини та забезпечення гідного рівня медичної допомоги.

9. Запропоновано інноваційно-адаптивну модель управління медичною мережею територіальної громади, що поєднує механізми децентралізації, кризового менеджменту, цифрового врядування, міжсекторальної взаємодії та партисипативного управління. Визначено, що ключовими компонентами такої моделі є: адаптивність управлінських рішень; інтеграція цифрових технологій; розвиток локальних механізмів реагування на кризові ситуації; формування стійких систем фінансування; посилення координації між рівнями влади; залучення громадянського суспільства до оцінки якості медичних послуг та моніторингу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

10. Перспективи розвитку системи управління медичним обслуговуванням у територіальних громадах України мають бути пов'язані з

формуванням інтегрованої, цифрової, стійкої та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я, здатної функціонувати в умовах сучасних безпекових, соціально-економічних та демографічних викликів. Ефективність такої системи залежить від поєднання інституційної спроможності територіальних громад, фінансової стабільності, кадрового забезпечення, міжнародної інтеграції та впровадження сучасних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р., Демків І. О. Засоби стимулювання розвитку малого бізнесу як чинника подолання депресивності віддалених населених пунктів територіальних громад. Вісник Хмельницького національного університету. Серія: економічні науки, Хмельницький, 2023, № 3, С. 151–155. <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/?p=17999>
2. Августин Р. Р., Демків І. О. Інструментарій політики розвитку та зміцнення конкурентоспроможності економіки територіальних громад. Науковий журнал “MODELING THE DEVELOPMENT OF THE ECONOMIC SYSTEMS”, 2023, Вип. 2, С. 28–33.
3. Августин Р. Р., Демків І. О. Удосконалення системи менеджменту в органах місцевого самоврядування на прикладі управління розвитком локальних інтегрованих структур. Академічні візії. 2023. Вип. 16. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/403>
4. Алькема, В. (2025). Удосконалення функціонування механізмів управління закладом охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2(78), 169–175. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-78-169-175>
5. Аналітичні панелі (дашборди) НСЗУ. Офіційний веб-ресурс. Режим доступу URL: <https://nszu.gov.ua/nszu-cifrova/onlain-servisi-dasbordi> (дата звернення – 26.03.2026)
6. Андрейченко, А. В., Журило, С. С., & Подмазко, О. М. (2025). Реформування публічного управління охороною здоров'я в Україні: регіональний вимір (на прикладі Ізмаїльської територіальної громади). *Економічний простір*, (201), 259–263. <https://doi.org/10.30838/EP.201.259-263>
7. Апостолюк О., Богач Ю., Васіна А., Желюк Т., Монастирський Г., Морозовська Л., Павліщи Д., Турило А.А., Турило А.М., Шкільняк М. Людський капітал в інноваціях, адаптації, потенціалі макро- та мікрорівня: монографія / за ред. М.М. Шкільняка, Д. Павліщи, А.М. Турила. Тернопіль: Крок, 2022. 609 с.

8. Бабаєв В.М., Бабаєва І.Л., Зеленько Г.І. Децентралізація влади в Україні: проблеми та перспективи розвитку: монографія. Харків: Право, 2022. 264 с.
9. Бабенко, М. М. (2022). Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я та фармації в Україні. *Фармацевтичний журнал*, 77(4), 3–11. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.22.01>
10. Бакуменко В. Д. Парадигми та методологія дослідження державного управління. Київ : НАДУ, 2019. 214 с.
11. Баценко Л., Мантула В. Оцінка ресурсного потенціалу територіальних громад. – 2019. – С. 251.
12. Бачинська, О. М., & Винниченко-Кумкова, Л. О. (2024). Формування системи управління якістю медичної допомоги в Україні в реаліях сьогодення. *Інклюзивна економіка*, 2(4), 10–15. [https://doi.org/10.32782/inclusive\\_economics.4-2](https://doi.org/10.32782/inclusive_economics.4-2)
13. Берданова О.В., Белова І.М., Варапая О.Ю. Публічне управління розвитком об'єднаних територіальних громад в Україні: теоретико- методологічні засади: монографія. Київ: НАДУ, 2017. 210 с.
14. Берданова, О. В. Стратегічне планування місцевого розвитку: проблеми та перспективи. – Київ: НАДУ, 2012. – 216 с.
15. Бобак, А. І. (2025). Формування та реалізація державної кадрової політики у системі охорони здоров'я в умовах правового режиму воєнного стану в Україні. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*, (5), 25–30. <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.5.3>
16. Бойко А. В., та ін. Резильєнтність системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: управлінський аспект. Наукові перспективи. 2023. № 5 (35). С. 112–120.
17. Бородін, Є. І., & Устимчук, О. В. (2020). Модернізація організаційно-комунікаційних основ державного управління галуззю охорони здоров'я. *Ефективність державного управління*, 2(63), Ч. 1, 88–103. <https://doi.org/10.33990/2070-4011.63.2020.212649>

18. Борщ О., Слюсаренко О., Пилипенко С. Ресурсне забезпечення розвитку громад. – Київ: ППІЕНД, 2017. – 214 с.
19. Бурова О. Інституційне забезпечення розвитку територіальних громад. – 2015. – С. 3.
20. Васильченко О.. Інноваційні підходи в управлінні розвитком територіальних громад. – 2015. – С. 4.
21. Васіна А.Ю., Монастирський Г.Л., Круп'як Л.Б. Розвиток місцевого самоврядування в координатах викликів публічному управлінню. *Наукові перспективи*. 2025. № 1(55). С. 75-88.
22. Васюк, Н. О., Гаєвська, Л. А., Корольчук, О. Л., & Нестерець, Н. М. (2026). Роль громадських організацій в удосконаленні організаційного забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*, (4), 316–321. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2026.4.316>
23. Височина, А. В., Самусевич, Я. В., Ругаль, Т. С. (2025). Інституційно-функціональне забезпечення та інфраструктурні потужності системи громадського здоров'я України: повоєнне відновлення. *Економіка та суспільство*, 7(005). <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/7005>
24. Волкова О.В., Волкова С.М. Місцеве самоврядування в умовах фінансової децентралізації: теоретико-методологічні аспекти. Чернівці: Технодрук, 2022. 180 с.
25. Гавва, О. (2023). Управління медичним забезпеченням територіальних громад в умовах надзвичайних ситуацій: зарубіжний досвід. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*, 5(71), 27–32. [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5\(71\)-3](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-5(71)-3)
26. Гладун З. С. Економіка та фінансування охорони здоров'я в умовах децентралізації. Тернопіль : ТНЕУ, 2021. 312 с.

- 27.Гнатюк А. А. Проблема «принципал-агент» в управлінні комунальними закладами охорони здоров'я в умовах автономізації. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2022. № 3.
- 28.Гринчишин, І. (2020). Ідентифікація ризиків у сфері охорони здоров'я та їхній вплив на функціонування територіальних громад в умовах реалізації сучасних реформ. *Економічний аналіз*, 30(3), 7–15. <https://doi.org/10.35774/econa2020.03.007>
- 29.Грицяк Н. В. Децентралізація влади та місцеве самоврядування в Україні: правові та управлінські аспекти. Державне управління та місцеве самоврядування. 2023. Вип. 2(45). С. 12–21.
- 30.Грищенко О. А. Процесне управління в комунальних некомерційних підприємствах сфери охорони здоров'я: від теорії до практики. Економіка та суспільство. 2022. № 38.
- 31.Гуржий, П. О. (2022). Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*, 1(4), 30–37. [https://doi.org/10.31319/2709-2879.2022iss1\(4\).264522](https://doi.org/10.31319/2709-2879.2022iss1(4).264522)
- 32.Гуцул І. А. Соціальний маркетинг у сфері медичних послуг територіальних громад. Економіка. Менеджмент. Бізнес. 2022. № 2. С. 12–18.
- 33.Деміхов, О. О. (2021). Цифрова трансформація сфери громадського здоров'я в Україні. *Університетські наукові записки*, 1(79), 217–226. <https://doi.org/10.37491/UNZ.79.21>
- 34.Демчишин, Я. (2022). Проблема організації роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги територіальної громади в умовах воєнного стану. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: Матеріали доповідей науково-практичної Інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу* (с. 70–73), 10 листопада 2022 року, ЗУНУ, Тернопіль.
- 35.Демчишин, Я. (2023). Проблеми медичного обслуговування територіальної громади у період воєнного стану. *Актуальні проблеми менеджменту та*

публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, с. 40–42, 4 травня 2023, ЗУНУ, Тернопіль.

36. Демчишин, Я. (2024). Кластерна організація лікувально-профілактичних закладів територіальної громади: перспективи розвитку в умовах воєнного стану. *Current scientific goals, approaches and challenges: Thesis in I International Scientific and Theoretical Conference* (с. 26–28). March 22, 2024, Riga, Republic of Latvia.
37. Демчишин, Я. (2024). Можливості використання штучного інтелекту у процесах управління медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та перспективи розвитку. *An integrated approach to science modernization: methods, models and multidisciplinary: VIII International Scientific and Practical Conference* (с. 206–209). 9th September, 2024, Вінниця–Відень.
38. Демчишин, Я. (2024). Проблеми управління системою медичного обслуговування територіальної громади в умовах воєнного стану: виклики та підходи до вирішення. *Collection of Scientific Papers «ЛОГОΣ»*, 65–68. <https://doi.org/10.36074/logos-20.09.2024.013>
39. Демчишин, Я. (2024). Процеси диджиталізації в управлінні медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та перспективи розвитку. *Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences: Thesis in VI International Scientific and Practical Conference* (с. 85–88). 29<sup>th</sup> of March 2024 Cambridge, UK.
40. Демчишин, Я. (2025). Механізми підвищення якості медичного обслуговування в територіальній громаді. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 47, 79–87. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.14>
41. Демчишин, Я. (2025). Проблеми розвитку спроможної мережі лікувально-профілактичних закладів територіальних громад в умовах війни в Україні. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах*

- сучасних викликів: матеріали доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 15 травня 2025 року, ЗУНУ, Тернопіль.
42. Демчишин, Я., Маципура, М., & Монастирський, Г. (2023). Вектори та механізми реалізації публічної політики охорони здоров'я територіальних громад в умовах сучасних викликів. В *Наукові тренди постіндустріального суспільства: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції* (с. 49–53), 31 березня 2023 року, Суми.
43. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році. Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення – 26.03.2026)
44. Долгіх, М. В. (2019). Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*, 7(12), 16–27. <https://doi.org/10.15421/151961>
45. ДП «Електронне здоров'я». (2025). Цифрова трансформація охорони здоров'я: підсумки 2025 року. Режим доступу URL: <https://ehealth.gov.ua/2025/12/30/tsyfrova-transformatsiya-ohorony-zdorov-ya-pidsumky-2025-roku/> (дата звернення – 25.03.2026)
46. Дяченко О. В. Бенчмаркінг як інструмент управління конкурентоспроможністю закладів охорони здоров'я. Менеджмент та підприємництво в Україні. 2021. Вип. 3 (27). С. 45–52.
47. Євтушенко, О. (2024). Цифровізація — інструмент модернізації публічного управління в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*, (26), 1158–1176. <https://doi.org/10.34132/pard2024.26.03>
48. Євтушенко, О., & Голуб, Ю. (2025). Удосконалення організації надання адміністративних послуг на рівні територіальної громади в умовах диджиталізації. *Матеріали науково-практичних конференцій Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 1(1), 57–60. <https://doi.org/10.34132/mspc2025.01.13.12>

- 49.Ємельянов, О. М., Яковенко, Н. І., Толкачова, О. І. Інституційні основи розвитку місцевого самоврядування: досвід України та ЄС. – Харків: Право, 2015. – 212 с.
- 50.Загородній В. М. Розвиток місцевого самоврядування в умовах децентралізації в Україні: теоретико-прикладний аспект. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2016. 210 с.
- 51.Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення – 26.03.2026)
- 52.Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення - 26.03.2026).
- 53.Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад». Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text> (дата звернення – 26.03.2026)
- 54.Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні». Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення – 26.03.2026).
- 55.Замчий, С. В. (2023). Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на засадах стратегії управління ризиками. *Теорія та практика державного управління*, 2(77), 155–172. <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2023-2-09>
- 56.Захаров, С. В. (2025). Публічне управління охороною здоров'я: державна роль та функції у гарантуванні доступності, якості й безпеки медичних послуг. *Актуальні питання у сучасній науці*, 12(42), 334–344. [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2025-12\(42\)-334-344](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2025-12(42)-334-344)
- 57.Ілюшенко, Д. (2025). Цифровізація публічного управління як чинник підвищення ефективності державної політики в Україні. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*, 3(79), 5–9. [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2025-3\(79\)-1](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2025-3(79)-1)

58. Іпатів А. В., та ін. Цифровізація системи охорони здоров'я як фактор підвищення ефективності управління медичною допомогою. *Вісник проблем біології і медицини*. 2023. Вип. 1 (168). С. 254–261.
59. Калініченко, С., Харчевнікова, Л., Аврята, А., & Олійник, І. (2023). Якість послуг медичних закладів — актуальна проблема управління охороною здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*, 320(4), 259–264. <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2023-320-4-38>
60. Кінаш, І. П., & Савчук, Л. М. (2022). Якість медичних послуг: сутність та інструменти забезпечення. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*, 2(19), 255–263. <https://doi.org/10.15330/apred.2.19.255-263>
61. Ковалевич, Д. А. (2021). Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах реформування. *Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право*, 2(82), 138–148. <http://doi.org/10.34025/2310-8185-2021-2.82.10>
62. Коваленко О. В. Міжмуніципальне співробітництво у сфері охорони здоров'я: правові та економічні аспекти. *Публічне управління та адміністрування*. 2023. № 3. С. 45–52.
63. Ковбасюк Ю. В. Державна політика охорони здоров'я: історичний дискурс та сучасні виклики. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2022. № 1. С. 50–61.
64. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*, 1996, № 30, ст. 141.
65. Концепція реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні (Розпорядження КМУ від 01.04.2014 № 333-р). Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text> (дата звернення – 26.03.2026)
66. Коробчинська, Н. В. (2022). Регіональне управління та місцеве самоврядування у сфері охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Митна адміністрація: управління та державне регулювання*, 1, 11. <https://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2022/1/11.pdf>

- 67.Костюк, В. С., Ревуцька, А. О., Пархоменко, Л. А., & Фротер, О. С. (2023). Охорона здоров'я як пріоритет соціального розвитку територіальних громад. *Актуальні питання у сучасній науці*, 9(15), 45–58. [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9\(15\)-45-58](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-9(15)-45-58)
- 68.Котляревський Я. В., та ін. Новий публічний менеджмент у системі охорони здоров'я: теоретичні концепти та вітчизняна практика. *Економіка та держава*. 2021. № 5. С. 34–39.
- 69.Кравченко В. В. Інституційні механізми корпоративного управління в комунальних некомерційних підприємствах сфери охорони здоров'я. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2023. Вип. 1 (29). С. 78–85.
- 70.Криничко, Л. Р., & Мотайло, О. В. (2021). Ефективність застосування цифрових технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління в сфері охорони здоров'я. *Економічний простір*, (169), 78–83. <https://doi.org/10.32782/2224-6282/169-15>
- 71.Крисоватий А.І. Фінансове забезпечення розвитку громад в умовах сучасних викликів. Тернопіль: ТНЕУ, 2024. 284 с.
- 72.Круп'як Л.Б., Васіна А.Ю., Монастирський Г.Л., Круп'як І.Й. Особливості впровадження інновацій у сфері публічного управління. *Державне управління: удосконалення та розвиток* (електронний журнал). 2025. № 1.
- 73.Куйбіда В. С., та ін. Міжмуніципальне співробітництво в умовах децентралізації влади: теорія і практика. Київ: НАДУ, 2021. 312 с.
- 74.Лехан В. М., Крячкова Л. В., Максименко О. П. Менеджмент в охороні здоров'я: підручник для післядипломної освіти. Дніпро : Журфонд, 2022. 285 с.
- 75.Лехан В. М., та ін. Інституційні зміни в управлінні охороною здоров'я на регіональному рівні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 1. С. 90–95. <http://www.investplan.com.ua/?n=1&y=2022>
- 76.Лехан, В., Гінзбург, В., & Борвінко, Е. (2013). Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони

- здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*, 61(4), 99-105. вилучено із <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/99>
- 77.Лобас, В. М. (2025). Роль державної політики у забезпеченні доступності медичних послуг в Україні. *Центральноукраїнський вісник права та публічного управління*, 3(11), 70–75. <https://doi.org/10.32782/cuj-2025-3-7>
- 78.Лобас, В. М. (2025). Роль державної політики у забезпеченні доступності медичних послуг в Україні в умовах глибоких реформ. *Часопис Університету «Україна»*, (127). <https://cuj.dnuvs.ukr.education/index.php/cuj/article/download/127/123>
- 79.Макарова І. В., Смоляр Л. П., Демченко Н. В. *Цифровізація в Україні: виклики та перспективи розвитку*. – Київ: НАДУ, 2021. – 240 с.
- 80.Малігон, Ю. М. (2020). Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. *Економіка, управління та адміністрування*, 4(94), 160–164. [https://doi.org/10.26642/jen-2020-4\(94\)-160-164](https://doi.org/10.26642/jen-2020-4(94)-160-164)
- 81.Мануїлова, К., Мужайло, В., & Вербицька, А. (2023). Особливості реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я України. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*, 29, 58–67. <https://doi.org/10.35432/tisb292023289087>
- 82.Мацик, В. (2023). Публічна політика охорони громадського здоров'я України в умовах євроінтеграційних викликів. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*, (2), 357–362. <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2023-316-2-56>
- 83.Мельник А. Ф., та ін. *Методологія публічного управління: системний та інституційний виміри. Державне управління та місцеве самоврядування*. 2021. Вип. 2 (49). С. 15–24.
- 84.Мельник А.Ф., Барановський О.І., Баранова В.В. *Ринкові механізми в системі публічного управління*. Київ: НАДУ, 2015. 312 с.
- 85.Мельник А.Ф., Микитюк О.А., Панченко В.П. *Адміністративно- територіальна реформа в Україні: міжнародний досвід і перспективи розвитку громад:*

- матеріали міжнародної наукової конференції (Київ, 22–23 жовтня 2015 р.). Київ: НАДУ, 2015. 328 с.
86. Мельник А.Ф., Підгайець Г.М. Державно-приватне партнерство в Україні: механізми взаємодії. Київ: НАДУ, 2017. 260 с.
87. Мельник А.Ф., Шевчук О.В. Механізми партнерства у забезпеченні розвитку територіальних громад. Київ: НАДУ, 2023. 276 с.
88. Мельник, А. Ф., Загалюк, О. М. (2025). Використання цифрових технологій для модернізації механізмів управління медичними закладами. *Наука та економіка*, 9(25), 34–46. [https://eco-science.net/wp-content/uploads/2025/10/9.25.\\_topic\\_Alla-Melnyk-Oleksandr-Zagalyuk-34-46-1.pdf](https://eco-science.net/wp-content/uploads/2025/10/9.25._topic_Alla-Melnyk-Oleksandr-Zagalyuk-34-46-1.pdf)
89. Мельник, А., & Матюк, Л. (2023). Імплементация кластерного підходу в практику територіальної організації охорони здоров'я: теоретико-інституційні та практичні аспекти. *Вісник економіки*, 4, 29–51. <https://doi.org/10.35774/visnyk2023.04.029>
90. Мельник, А., & Шабага, А. (2025). Первинна медична допомога в системі організації охорони здоров'я регіону: проблеми збалансованості і доступності. *Вісник Економіки*, (2), 23-42.
91. Міністерство охорони здоров'я України. Звіт щодо імплементации реформи системи охорони здоров'я. Аналітична довідка за 2018–2023 рр. Київ, 2024.
92. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 23.03.2026).
93. Монастирський В. SWOT-аналіз у плануванні розвитку територіальних громад. – 2020. – С. 8.
94. Монастирський Г. Залучення зацікавлених сторін як чинник сталого розвитку громад. – Державне управління та місцеве самоврядування. – 2021. – № 3. – С. 2–11.
95. Монастирський, Г., & Демчишин, Я. (2025). Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних

- громад України. *Публічне управління і політика*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>.
96. Монастирський, Г., & Демчишин, Я. (2025). Модернізація державної політики охорони здоров'я в умовах сучасних викликів: національний та локальний виміри. *Філософія та управління*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>
97. Мороз В. М. Структурно-функціональний аналіз системи управління охороною здоров'я в умовах децентралізації. *Публічне право*. 2023. № 1 (49). С. 112–119.
98. Наказ МОЗ від 18.09.2020 № 2136 "Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я". Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0952-20#n21> (дата звернення – 26.03.2026)
99. Наказ МОЗ від 28.02.2020 № 586 "Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду". Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0235-20#Text> (дата звернення – 26.03.2026)
100. Наказ МОЗ від 28.02.2020 № 587 "Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я". Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20#n23> (дата звернення – 26.03.2026)
101. Національна служба здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/> (дата звернення: 23.03.2026).
102. Нефьодов, О., Діброва, С., & Улька, О. (2025). Трансформація публічного управління у сфері охорони здоров'я: етичний та комунікаційний

- виміри. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти «Публічне управління та адміністрування»*, (2)(9), 41–49.
103. Ніколіна І. М. Роль цифровізації в публічному управлінні України. – Київ: Інтерсервіс, 2020. – 148 с.
104. НСЗУ. Аналітичний звіт щодо фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності за Програмою медичних гарантій у 2023 році. Київ, 2024. Режим доступу URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti> (дата звернення - 26.03.2026).
105. НСЗУ. Використання даних ЕСОЗ для прийняття управлінських рішень на рівні власників закладів. Методичні рекомендації. Київ, 2024.
106. НСЗУ. Фінансово-економічний аналіз діяльності надавачів медичних послуг: методичний посібник для власників та керівників КНП. Київ, 2023. 64 с.
107. Овчаренко Л. Формування і використання місцевих бюджетів в умовах воєнного стану. – Київ: Центр учбової літератури, 2023. – 120 с.
108. Орлова, Н. С., & Драган, І. В. (2023). Реалізація механізмів державного управління у реформуванні охорони здоров'я України. *Наукові перспективи*, 10(40), 226–241. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10\(40\)-226-241](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10(40)-226-241)
109. Охрименко І.В., Шкільняк М.М, Завгородня Т.П., Козій О.Я. Системний підхід до реалізації регіональної політики безпечного інноваційного розвитку в умовах діджиталізації та управління змінами. *Формування ринкових відносин в Україні: зб. наук. праць*. 2022. Випуск 4. С. 99-105.
110. Панасюк Б. О. Соціологічний моніторинг якості медичних послуг у територіальних громадах. *Соціологія та суспільство*. 2025. № 2. С. 112–119.
111. Перерва, П. Г. Процесний підхід у системі управління якістю продукції. *Вісник Харківського національного економічного університету*, 2021, № 3, с. 1–4.
112. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.02.2023 № 174. Режим

- доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF> (дата звернення – 26.03.2026)
113. Постанова КМУ Про наглядову раду ЗОЗ від 21.11.2023 р. №1221. Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1221-2023-%D0%BF/ed20240920#Text> (дата звернення: 25.03.2026)
114. Приймак, Л. В. (2025). Оцінювання якості медичних послуг: теоретичний аспект. *Публічне управління і політика*, 11(15), 1–8. <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.11.01>
115. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 р. № 156-VIII // Відомості Верховної Ради України. 2015. № 13. Ст. 90.
116. Про співробітництво територіальних громад: Закон України від 17 червня 2014 р. № 1508-VII.
117. 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. Режим доступу URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення – 26.03.2026)
118. Програма реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів ("Доступні ліки"). Офіційний веб-ресурс. Режим доступу URL: <https://nszu.gov.ua/gromadianam/dostupni-liki-ta-insulini> (дата звернення – 26.03.2026).
119. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Медична допомога в Україні в умовах війни: аналітичний звіт 2022–2023. Київ, 2023. 112 с. Режим доступу URL: <https://moz.gov.ua/uk/biblioteka-proektiv-USAID-HRS> (дата звернення - 26.03.2026).
120. Прус Н.В., Терентюк В.Г. Цифрова компетентність працівників охорони здоров'я як передумова забезпечення економічної безпеки закладів охорони здоров'я на етапах розбудови електронної охорони здоров'я в Україні. *Ефективна економіка*. 2024. № 10. <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2024.10.49>

121. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2021. 356 с.
122. Радиш Я. Ф., та ін. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. Монографія. Київ, 2020. 340 с. <https://file.lib.in.ua/pdf/radysh-yaroslav-derzhavne-upravlinnia-okhoronoiu-zdorovia-v-ukraini-henezys-problemy-ta-shliakhy-reformuvannia.pdf>
123. Реформи місцевого самоврядування: підсумки та перспективи. Аналітичний звіт. Київ: Офіс Президента України, 2022. 56 с.
124. Рибчинський С. В. Оцінка цифрової зрілості закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: методичні підходи. Менеджмент в охороні здоров'я. 2023. № 2. С. 22–29.
125. Рокунець-Сорочан, О. М. (2025). Напрями вдосконалення державно-громадської взаємодії у сфері охорони здоров'я: стратегічні орієнтири та управлінські підходи в контексті реалізації державної політики. *Наукові інновації та передові технології*, 6(46), 265–282. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-6\(46\)-265-282](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-6(46)-265-282)
126. Роль та значення цифрових інструментів і компетентностей працівників охорони здоров'я для безперервного професійного розвитку. В. Г. Терентюк, Н. В. Прус, Д. Г. Матукова-Ярига Інновації у післядипломній медичній освіті: досвід і перспективи: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 14 жовтня 2024 року. Київ: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 2024; Львів – Торунь: Liha-Pres, 2024. 76 с. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-434-7-20>
127. Романюк В. І. Моделювання управлінських процесів у комунальних некомерційних підприємствах охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2024. № 8. С. 74–80.
128. Россоха В.А., Плотнікова М.О. Децентралізація державного управління в Україні: теорія та практика. Харків: Право, 2018. 256 с.

129. Семенець-Орлова, І. А., & Русинюк, М. М. (2026). Інституційна резильєнтність органів державної влади як основа забезпечення стійкості та національної безпеки в умовах воєнного стану в Україні. *Публічне адміністрування та національна безпека*, (2 (67)), 51-61.
130. Сірик О., Панухник І., Білик І. Ресурсний потенціал розвитку територіальних громад. – 2020. – С. 2, 23, 24.
131. Сірик О., Панухник І., Білик І. Фінансовий потенціал місцевого самоврядування в умовах децентралізації. – 2020. – С. 5.
132. Скрипник, О. А. (2024). Публічне управління розвитком системи охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах: інтеграція та новий інструментарій. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, (1). <https://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.1.16>
133. Слабкий Г. О., та ін. Наукове обґрунтування методології оцінки ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1. С. 54–61.
134. Слабкий Г. О., Чепелевська Л. А. Пацієнтоорієнтованість як ключовий вектор реформування системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. № 1. С. 45–52.
135. Слобожан О.І. Бюджетна забезпеченість місцевого самоврядування в умовах воєнного стану: проблеми та перспективи. *Вісник асоціації міст України*, 2023. № 3. С. 7–15.
136. Степаненко А. В. Європейський досвід організації медичного обслуговування на рівні муніципалітетів: уроки для України. *Економіка та держава*. 2023. № 5. С. 88–94.
137. Степурко Т. Г., та ін. Охорона здоров'я в Україні: результати дослідження «Індекс здоров'я. Україна – 2023». Київ: Міжнародний фонд «Відродження», 2024. 92 с.
138. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Режим доступу URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf> (дата звернення - 26.03.2026).

139. Терентюк, В. Г., Кучеренко, І. І., & Матукова-Ярига, Д. Г. (2024). Роль та значення розвитку цифрових компетентностей працівників охорони здоров'я, здобувачів медичної та фармацевтичної освіти та науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти в умовах цифровізації та цифрової трансформації охорони здоров'я. *Медицина та фармація: освітні дискурси*, (3), 105-110. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2024-3-15>
140. Толстанов О. К. Організаційно-методологічні засади управління якістю медичної допомоги на регіональному рівні. Житомир : Полісся, 2020. 198 с.
141. Толстанов О. К., та ін. Децентралізація управління системою охорони здоров'я: виклики та перспективи для територіальних громад. *Економіка та суспільство*. 2023. № 48.
142. Устимчук, О. В. (2020). Сучасні тенденції реалізації та розвитку комунікації в українській моделі державного управління галуззю охорони здоров'я. *Державне управління та місцеве самоврядування*, 2(45), 213–219. <https://doi.org/10.33287/102038>
143. Фурман, І. В., & Камінний, Д. В. (2023). Особливості розвитку територіальних громад в умовах військового стану. *Цифрова економіка та економічна безпека*, 9(09), 119–126. <https://doi.org/10.32782/dees.9-19>
144. Цапик, Т. (2024). Управління розвитком територіальної громади: проблема вибору методологічного підходу. *Вісник економіки*, (3), 60–72. <https://doi.org/10.35774/visnyk2024.03.060>
145. Черніховський, Р. І. (2023). Публічне управління в сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (6), 277–282. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.47>
146. Черніховський, Р. І. (2025). Напрями покращення публічного управління в сфері охорони здоров'я України в сучасних умовах. *Вісник КНТУ*, (936). [https://journals.kntu.kherson.ua/index.php/visnyk\\_kntu/article/view/936](https://journals.kntu.kherson.ua/index.php/visnyk_kntu/article/view/936)

147. Шалько, М. Н. (2024). Механізми державного регулювання медичного обслуговування населення гарантованого обсягу та якості територій України. *Актуальні питання у сучасній науці*, 1(19), 271–278. [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-1\(19\)-271-278](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-1(19)-271-278)
148. Шевчук, О. О. (2025). Управлінські стратегії розвитку сфери охорони здоров'я: українські реалії. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (1), 20–24. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2025.1.3>
149. Шевчук, Р. В. (2023). Державно-управлінські рішення для розвитку мережі закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73), № 1, 168–173. <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.1/30>
150. Шестаковська, Т. (2025). Управлінські патерни в системі охорони здоров'я: моделі ефективного партнерства. *Development Service Industry Management*, 10(38), 288–293. [https://doi.org/10.31891/dsim-2025-10\(38\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2025-10(38))
151. Шестаковська, Т., & Дементов, І. (2025). Державна політика підтримки сталого розвитку територіальних громад в Україні. *Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences*, 340(2), 359–366. <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2025-340-57>
152. Шимечко, О. С. (2025). Значення територіальних громад в удосконаленні діяльності медико-лікарняних установ в умовах правового режиму воєнного стану в Україні. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*, (1), 102–107. <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2025.1.13>
153. Шипов, Ю. О. (2025). Зарубіжний досвід публічного управління щодо надання медико-соціальних послуг: імплементація в українське середовище. *Економіка та суспільство*, 71. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-71-116>
154. Шкільняк М., Мельник А., Монастирський Г., Васіна А., Дудкіна О. Удосконалення механізмів публічного управління та адміністрування в контексті реалізації потенціалу децентралізації. *Вісник економіки*. 2021. № 2.

C. 193-199. URL:

<http://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/download/1249/1352>

155. Шкільняк М., Мельник А., Монастирський Г., Васіна А., Іванова О., Дудкіна О. Управління життєдіяльністю територіальних громад в умовах воєнного стану: виклики й механізми реагування. *Вісник економіки*. 2022. Вип. 2. С. 197-206.  
<http://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/view/1372>
156. Шкільняк, М. М., Дерпак, К. Ю., & Дерпак, Ю. Ю. (2023). Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги. *Сімейна медицина. Європейські практики*, (2), 24–29. <https://doi.org/10.30841/2786-720X.2.2023.282490>
157. Abedi, G., Rostami, F., & Nadi, A. (2017). Challenges and barriers to the implementation of the family physician program in Iran: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(151), 110–124.
158. Abu Mansour, Y. A. I., Alsobhi, F. A. S., Hazazi, W. A. M., Muyini, M. Y. Y., Baoud, A. M., & Muyini, S. Y. Y. (2023). Review in improving quality in healthcare: To makes a satisfied patient. *Power Tech Journal*, 47(4), 856–868.
159. Agostini, L., Onofrio, R., Piccolo, C., & Stefanini, A. (2023). A management perspective on resilience in healthcare: A framework and avenues for future research. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 774. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09701-3>
160. Al Bakri, D., Khader, Y., Khatib, R., Al-Hammouri, F., Aabed, M., Abed, Y., Zureikat, Y., Lattouf, O., Shatat, A., Husseini, A., Al Nsour, M., & Bashier, H. (2025). The war on Gaza and its impact on public health: challenges and pathways to recovery. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1664850. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1664850>
161. Al Bulushi, S., Mcintosh, T., Grant, A., Stewart, D., & Cunningham, S. (2023). Implementation frameworks for polypharmacy management within

- healthcare organisations: A scoping review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45(2), 342–354. <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01534-8>
162. AL Harbi, N. M. N., Alabaad, A. B., Alazwari, M. A., Alaqidi, I. H. K., Alasmri, D. A., Alturaiki, A. E., Boujbarah, M. A. H., Almuslim, F. M., Hajjoul, H. A., & Almuhamidh, M. F. H. (2024). Critical analysis of healthcare policy, governance, and public health strategies. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 5149–5159. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5191>
163. Al-Sogour, A. G. M., Alsiary, M. M., Maashi, H. A. M., Bakhashwain, A. O., Nahhas, A. F., Aljohani, G. A., Al saiari, H. M., Alabbas, R. J., Rafadah, M. H., & AlSubaei, J. M. (2024). Critical review of healthcare policy innovations: Transforming global health delivery systems. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 6632–6640. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5324>
164. Al-Tamimi, A., Parić, M., Groot, W., & Pavlova, M. (2023). Yemeni refugees' health literacy and experience with the Dutch healthcare system: A qualitative study. *BMC Public Health*, 23, Article 902. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15732-6>
165. Alajmi, M. M., Alkudise, A. A. M., Al salem, H. F. H., Al-Yazidi, T. S., Al-Yami, I. M. N., Al-Yami, N. M. N., Al-Yami, A. H. N., ALbariqi, S. A., & Ahl Ummnamis, H. H. A. (2024). A review in improving quality in healthcare: To make a satisfied patient. *Power System Technology*, 48(4), 6845–6854. <https://powertechjournal.com>
166. Albalawi, Y. M. A., Alshawwamiyyan, M. H. S., Albalawi, S. A. A., Albalawi, M. S. H., Albalawi, K. H. M., Albalwi, M. F. H., Alanazi, K. A. O., Alatawi, M. M. M., Alhewti, A. L. M., & Alfaidi, R. H. S. (2024). Comprehensive analysis of emerging trends in public health and policy. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 2444–2453. <https://doi.org/10.62754/joc.v3i8.4993>
167. Ali, A., Ali, H., Saeed, A., Ahmed Khan, A., Tin, T. T., Assam, M., Ghadi, Y. Y., & Mohamed, H. G. (2023). Blockchain-powered healthcare systems: Enhancing scalability and security with hybrid deep learning. *Sensors*, 23(18), 7740. <https://doi.org/10.3390/s23187740>

168. Ali, H. M., Ranse, J., Roiko, A., & Desha, C. (2023). Enabling transformational leadership to foster disaster-resilient hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), Article 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032022>
169. Alsahfi, T., Badshah, A., Aboulola, O. I., & Daud, A. (2025). Optimizing healthcare big data performance through regional computing. *Scientific Reports*, 15, Article 3129. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-87515-5>
170. Alshareef, A. H. M., Alabbas, K. H., Al-Daghrir, S. A. A., Alshareef, A. A. A., Alsharif, N. S. N., Alsharief, I. A., Alshrief, A. H., Alsharif, H. Y. O., Al faran, M. H. M., & Alshareef, A. A. A. (2024). Management and administration: Comprehensive review of governance models and organizational adaptability in health systems. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 6775–6784. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5345>
171. Amri, M. (2022). Healthy governance for cities: Synergizing Health in All Policies (HiAP) and Healthy Cities approaches. *Journal of Urban Health*, 99(2), 231–234. <https://doi.org/10.1007/s11524-022-00618-6>
172. Amri, M., Chatur, A., & O'Campo, P. (2022). Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: An umbrella review protocol. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), Article 21. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00826-1>
173. Anderson, P., Jané-Llopis, E., Hasan, O. S. M., & Rehm, J. (2018). City-based action to reduce harmful alcohol use: Review of reviews [version 2; peer review: 2 approved]. *F1000Research*, 7, Article 120. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13783.2>
174. Arawi, T. (2024). War on healthcare services in Gaza. *Indian Journal of Medical Ethics*, 9(2), 130–135. <https://doi.org/10.20529/IJME.2024.004>
175. Aroni, D., Sulistiyowati, A. N., Popang, C. T., Kusuma, A. H., & Alhamda, S. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on public policy in the local health sector: A multi-level analysis. *VISIONER*, 15(2), 19–28.

176. Atkinson, M. K., & Singer, S. J. (2021). Managing organizational constraints in innovation teams: A qualitative study across four health systems. *Medical Care Research and Review*, 78(5), 521–536. <https://doi.org/10.1177/1077558720925993>
177. Ayele, K. (2025). Impacts of armed conflicts on healthcare and nutrition services in Ethiopia: A narrative review. *Public Health Challenges*, 4(1), Article e70099. <https://doi.org/10.1002/puh2.70099>
178. Bai, P., Kumar, S., Aggarwal, G., Mahmud, M., Kaiwartya, O., & Lloret, J. (2022). Self-sovereignty identity management model for smart healthcare system. *Sensors*, 22(13), 4714. <https://doi.org/10.3390/s22134714>
179. Bakhnivskyi, V., & Ignashchuk, O. (2020). Ukrainian response to the COVID-19 pandemic: governmental interventions. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1), 80-87. <https://bibliotekanauki.pl/articles/63163456.pdf>
180. Barasa, E. W., Cloete, K., & Gilson, L. (2017). From bouncing back, to nurturing emergence: Reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 32(suppl\_3), iii91–iii94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx118>
181. Bärnreuther, S. (2023). Disrupting healthcare? Entrepreneurship as an "innovative" financing mechanism in India's primary care sector. *Social Science & Medicine*, 319, Article 115314. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115314>
182. Bazyar, M., Rashidian, A., Kane, S., Yazdani, S., & Akbari-Sari, A. (2020). Policy analysis of the healthcare payment system in Iran: Challenges and opportunities. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1–15.
183. Behera, D. K., Dash, U., & Sahu, S. K. (2022). Exploring the possible sources of fiscal space for health in India: Insights from political regimes. *Health Research Policy and Systems*, 20(32), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00831-4>
184. Bek, B., Fayaz, Y., Bek, R., & Ahmadi, S. U. (2024). The Mpox threat: Challenges and implications of Clade Ib for Afghanistan's healthcare stability. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 2397–2399. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S491537>

185. Belrhiti, Z. (2024). Required capabilities for employee-driven innovation to emerge in healthcare organizations: Comment on "Employee-driven innovation in health organizations: Insights from a scoping review". *International Journal of Health Policy and Management*, 13, Article 8744. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.8744>
186. Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K., & Wolmesjö, M. (2019). How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work—A realist literature review. *Health Expectations*, 22(5), 867–879. <https://doi.org/10.1111/hex.12900>
187. Bhopal, A., Bærøe, K., & Norheim, O. F. (2025). Ambition with uncertainty: Exploring policy-makers' perspectives on pathways to net zero healthcare. *International Journal of Health Policy and Management*, 14, Article 8440. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.8440>
188. Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2020). Health system resilience: A literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1084–1109. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa071>
189. Biel, M., Grondys, K., & Androniceanu, A.-M. (2023). A crisis in the health system and quality of healthcare in economically developed countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), Article 469. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010469>
190. Bigdeli, M., Rouffy, B., Lane, B. D., Schmets, G., Soucat, A., & The Bellagio Group. (2020). Health systems governance: The missing links. *BMJ Global Health*, 5(8), Стаття e002533. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002533>
191. Bigirinama, R. N., Makali, S. L., Mothupi, M. C., Chiribagula, C. Z., St Louis, P., Mwene-Batu, P. L., Bisimwa, G. B., Mwembo, A. T., & Porignon, D. G. (2023). Ensuring leadership at the operational level of a health system in protracted crisis context: A cross-sectional qualitative study covering 8 health districts in Eastern Democratic Republic of Congo. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 1362. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10336-7>

192. Bin Afzal, M. H. (2022). The effects of the global health crisis on U. S. immigration policies: Shifting political agenda-setting and the mobility crisis of immigrants. *SN Social Sciences*, 2, Article 185. <https://doi.org/10.1007/s43545-022-00486-6>
193. Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
194. Bocanegra Rios, E. E., & Thomson, C. S. (2024). Developing climate change adaptation plans for the health sector at the subnational level. *Sustainability*, 16(3), 1090. <https://doi.org/10.3390/su16031090>
195. Bogale, B., Scambler, S., Mohd Khairuddin, A. N., & Gallagher, J. E. (2024). Oral health system strengthening in fragile and conflict-affected states: A systematic review. *Journal of Global Health*, 14, Article 04132. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04132>
196. Boguslavska, S., Ayrapetian, G., & Koshel, O. (2024). Organization of methodological principles of the state innovation policy in the sphere of informatization of the health protection system of Ukraine. *Ekonomichnyi Prostir [Economic Space]*, (194), 102–106. <https://doi.org/10.30838/EP.194.102-106>
197. Boguslavska, S., Podolinniy, S., & Vilivchenko, P. (2024). Problems of the organization of the state policy of the provision of medical services by the primary link of medical aid in Ukraine. *Ekonomichnyi Prostir [Economic Space]*, (194), 13–17. <https://doi.org/10.30838/EP.194.13-17>
198. Borkowski, M. (2024). Management in health care. Selected legal and organizational aspects in the Polish health care system. *Координати публічного управління*, (1(2)), 7–27. <https://doi.org/10.62664/cpa.2024.01.01>
199. Brantly, N. D. (2026). The U.S. health system vulnerabilities. *BMC Health Services Research*, 26(32), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13803-5>

200. Bricknell, M. C. M. (2023). Observations from the Korean War for modern military medicine. *Korean Journal of Medical History*, 32(3), 787–828. <http://dx.doi.org/10.13081/kjmh.2023.32.787>
201. Bricknell, M., Hinrichs-Krapels, S., Ismail, S., & Sullivan, R. (2021). Understanding the structure of a country's health service providers for defence health engagement. *BMJ Military Health*, 167(6), 454–456. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2020-001502>
202. Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2014). Health governance: Principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685–693. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs132>
203. Brönneke, J. B., Hagen, J., Kircher, P., & Matthies, H. (2021). Digitalisierte Gesundheitsversorgung im Jahr 2030 – ein mögliches Szenario [Digitized healthcare in 2030—a possible scenario]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(10), 1285–1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03416-8>
204. Brown, H., & Bryder, L. (2023). Universal healthcare for all? Maori health inequalities in Aotearoa New Zealand, 1975–2000. *Social Science & Medicine*, 319, Article 115315. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115315>
205. Buryk, Z., Andrieiev, I., & Buryk, M. (2025). The public health governance in ukraine: constitutional foundations, structure, and practical implementation. *Public Management and Policy*, (12)(16). <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.12.03>
206. Buryk, Z., Petrukha, N., & Buryk, M. (2025). The regional mechanisms for implementing state health policy: Executive functions of local administrations and self-government bodies. *Philosophy and Governance*, 11(15), 1–13. <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.11.14>
207. Busemeyer, M. R. (2022). The welfare state in really hard times: Political trust and satisfaction with the German healthcare system during the COVID-19 pandemic. *Journal of European Social Policy*, 32(4), 393–406. <https://doi.org/10.1177/09589287221085922>

208. Butenop, J., Brake, T., Mauder, S., & Razum, O. (2022). Gesundheitliche Lage in der Ukraine vor Kriegsbeginn und ihre Relevanz für die Versorgung ukrainischer Geflüchteter in Deutschland: Literaturdurchsicht, Risikoanalyse und Prioritätensetzung [Health situation in Ukraine before onset of war and its relevance for health care for Ukrainian refugees in Germany: Literature review, risk analysis, and priority setting]. *Das Gesundheitswesen*, 84(08/09), 679–688. <https://doi.org/10.1055/a-1876-2423>
209. Cabieses, B., Esnouf, S., Blukacz, A., Espinoza, M. A., Mezones-Holguin, E., & Leyva, R. (2022). Health in Chile's recent constitutional process: A qualitative thematic analysis of civil proposals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), Article 16903. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416903>
210. Cady, P., & Heykoop, C. (2024). Strengthening health system leadership in practice. *Healthcare Management Forum*, 37(3), 128–132. <https://doi.org/10.1177/08404704231209945>
211. Carey, G., & Friel, S. (2015). Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(12), 795–798. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.185>
212. Carey, G., Crammond, B., Malbon, E., & Carey, N. (2015). Adaptive policies for reducing inequalities in the social determinants of health. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(11), 763–767. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.170>
213. Charalambous, A. (2024). Digital transformation in healthcare: Have we gone off the rails? *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(2024), 100481. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100481>
214. Chole, V., Bawankar, A., Chimurkar, S., & Mitkari, R. (2022). Customizable health policy system. *International Journal of Advanced Research in Science, Communication and Technology (IJARSCT)*, 2(1), 436–440. <https://doi.org/10.48175/IJARSCT-7708>

215. Ciccacci, F., Ruggieri, E., Scarcella, P., Moramarco, S., Carestia, M., Di Giovanni, D., Silaghi, L. A., Doro Altan, A. M., & Orlando, S. (2025). Between war and pestilence: The impact of armed conflicts on vaccination efforts: A review of literature. *Frontiers in Public Health*, *13*, Article 1604288. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1604288>
216. Côté-Boileau, É. (2022). How openness serves innovation in healthcare? Comment on "What managers find important for implementation of innovations in the healthcare sector practice through six management perspectives." *International Journal of Health Policy and Management*, *11*(12), 3129–3132. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7517>
217. Counts, N. Z., Taylor, L. A., Willison, C., & Galea, S. (2021). Healthcare lobbying on upstream social determinants of health in the US. *Preventive Medicine*, *153*, Article 106751. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106751>
218. Criado, J. I., Sandoval-Almazán, R., & Gil-Garcia, J. R. (2025). Artificial intelligence and public administration: Understanding actors, governance, and policy from micro, meso, and macro perspectives. *Public Policy and Administration*, *40*(2), 173–184. <https://doi.org/10.1177/09520767241272921>
219. D'Andrea, S. M., Fadul, N., Dery, M., Brim, W. L., Israel, A. M., & Struminger, B. B. (2024). Healthcare capacity strengthening in conflict settings through virtual emergency medical training and outreach: Ukraine and Sudan case studies. *Frontiers in Public Health*, *12*, Article 1441322. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1441322>
220. da Silva Etges, A. P. B. (2025). Choosing to implement value-based healthcare initiatives: A strategic decision for achieving better performance in improving population health: Comment on "Reflections on managing the performance of value-based healthcare: A scoping review." *International Journal of Health Policy and Management*, *14*, Article 9050. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.9050>

221. Davari, M., Haycox, A., & Walley, T. (2012). The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. *Iranian Journal of Public Health*, 41(9), 1–9.
222. Davis, A., Lembo, T., Laurie, E., Mutua, E., Loosli, K., Nthambi, M., Nimegeer, A., Mnzava, K., Msoka, E. F., Nasuwa, F., Melubo, M., Shirima, G., Matthews, L., Hilton, S., Mshana, S. E., & Mmbaga, B. T. (2022). How public health crises expose systemic, day-to-day health inequalities in low-and-middle income countries: An example from East Africa. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 11(34), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01071-5>
223. Davitian, K., Noack, P., Eckstein, K., Hübner, J., & Ahmadi, E. (2024). Barriers of Ukrainian refugees and migrants in accessing German healthcare. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 1112. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11592-x>
224. De Lepeleire, J. (2023). Integration of healthcare in Belgium: Insufficient, but there is hope: Comment on "Integration or fragmentation of health care? Examining policies and politics in a Belgian case study." *International Journal of Health Policy and Management*, 12, Article 7179. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7179>
225. Demchyshyn, Y. (2026). Formation of municipal health policy: An adaptive approach. *Public Management and Policy*, 3(19). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2026.3.03>
226. Dickinson, H., & Pierre, J. (2016). Between substance and governance: Healthcare governance and the limits to reform. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 109–116.[cite: 15] <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2015-0144>
227. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005. Vol. 83, No. 4. P. 691–729.
228. Doshmangir, L., Bazayar, M., Najafi, B., & Panahi, R. (2019). Health financing in Iran: Is Iran on the right path to universal health coverage? *Archives of Iranian Medicine*, 22(11), 620–625.

229. Doshmangir, L., Rashidian, A., Arab, M., Ghashghaei, R., & Gordeev, V. S. (2015). Strategic purchasing in Iran's health system: Key challenges and ways forward. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 138–148.
230. Durusoy, O. (2025). Artificial intelligence's expanding role in healthcare administration: A technological revolution or a risky disruption? *Technium Social Sciences Journal*, 73, 460–476.
231. El Majdoubi, D., El Bakkali, H., & Sadki, S. (2021). SmartMedChain: A blockchain-based privacy-preserving smart healthcare framework. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021, Article 4145512. <https://doi.org/10.1155/2021/4145512>
232. Elkefi, S., & Asan, O. (2022). Digital twins for managing health care systems: Rapid literature review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), Article e37641. <https://doi.org/10.2196/37641>
233. Ellerich-Groppe, N., & Zimmermann, B. M. (2025). Bioethics at the intersection of politics, society, and healthcare: The significance of media debate analyses. *BMC Medical Ethics*, 26(1), Стаття 85. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01233-1>
234. Emami, S. G., Lorenzoni, V., & Turchetti, G. (2024). Towards resilient healthcare systems: A framework for crisis management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), Стаття 286. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030286>
235. Fan, H., Zhou, Z., Liu, G., Shen, C., & Zhang, Q. (2025). Politics in public health: Growing partisan divides in COVID-19 vaccine attitudes and uptake post-2021 presidential inauguration. *International Journal of Public Health*, 70, Article 1608162. <https://doi.org/10.3389/ijph.2025.1608162>
236. Farsaci, L., Fleming, P., Almirall-Sanchez, A., O'Donoghue, C., & Thomas, S. (2024). Understanding the legacies of shocks on health system performance: Exploring Ireland's management of recent crises and its implications for policy. *Health Policy*, 143, Article 105063. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105063>

237. Fatmawati, E. (2025). Artificial intelligence in public administration: Governance, ethics, and decision-making. *VISIONER*, 17(2), 37–48.
238. Feldman, M., & Pierce, D. L. (2024). Commentary: The Canadian healthcare crisis and the emerging role of paramedicine. *Healthcare Policy*, 20(1), 55–58. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2024.27476>
239. Ferreira, D. C., Marques, R. C. Public-private partnerships in health care: A comprehensive review of theoretical approaches. *Health Policy*. 2020. Vol. 124(10). P. 1098-1113.
240. Flessa, S., & Huebner, C. (2021). Innovations in health care—A conceptual framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Article 10026. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>
241. Fox, N. J. (2026). Commercial and corporate provision of healthcare, capitalism and the state. *Sociology of Health & Illness*, 48, 270155. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70155>
242. Franco, C. M., Lima, J. G., & Giovanella, L. (2021). Primary healthcare in rural areas: Access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(7), e00310520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>
243. Freitas, A., & Santana, P. (2022). Putting health at the heart of local planning through an integrated municipal health strategy. *Urban Planning*, 7(4), 42–60. <https://doi.org/10.17645/up.v7i4.5829>
244. Freitas, A., Almendra, R., & Santana, P. (2024). The adoption of a place-based framework to inform municipal health strategies. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement\_3), ckae144.2196. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.2196>
245. Friel, S., Hunnisett, C., Faerron Guzmán, C. A., & Arthur, M. (2024). Governance for planetary health equity—the Planetary Health Equity Hothouse project [Abstract]. *The Lancet Planetary Health*, 8, 15. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(24\)00080-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00080-6)

246. Gaidar, M. (2022). Problems of ensuring human rights to public services for the residents of the united territorial communities of Ukraine. *Scientific Journal of Polonia University*, 50(1), 165–170. <https://doi.org/10.23856/5020>
247. Garattini, L., & Badinella Martini, M. (2025). Lean management and integrated care in Europe: An effective mix for a health system. *British Journal of Hospital Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.12968/hmed.2025.0019>
248. Garba, B., & Jimale, A. O. (2024). Application of telemedicine to improve access, and quality of healthcare services in Somalia: A perspective review and policy recommendations. *Pan African Medical Journal*, 49(100). <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.49.100.38299>
249. Gautier, S., & Josseran, L. (2024). How primary healthcare sector is organized at the territorial level in France? A typology of territorial structuring. *International Journal of Health Policy and Management*, 13, Article 8231. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2024.8231>
250. Gavkalova, N., Syromolot, E., & Lukashev, S. (2023). The role of public administration in the development of territories. *Public Administration and Law Review*, 2(14), 52–61. <https://doi.org/10.36690/2674-5216-2023-2-52-61>
251. Gaykalova, N., Akimova, L., Zilinska, A., Lukashev, S., Avedyan, L., & Akimov, O. (2022). Functioning of united territorial communities and identification of main problems of organizational support of local budget management. *Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice*, 2(43), 107–117. <https://doi.org/10.55643/fcaptp.2.43.2022.3708>
252. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10437), 2057–2099. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6)
253. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. (2024). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: A systematic analysis for

- the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, 23(10), 973–1003. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7)
254. GBD 2023 Cancer Collaborators. (2025). The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10512), 1565–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01635-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01635-6)
255. Gesesew, H., Berhane, K., Siraj, E. S., Siraj, D., Gebregziabher, M., Gebre, Y. G., Gebreslassie, S. A., Amdeslassie, F., Tesema, A. G., Siraj, A., Aregawi, M., Gezahegn, S., & Tesfay, F. H. (2021). The impact of war on the health system of the Tigray region in Ethiopia: An assessment. *BMJ Global Health*, 6(11), Article e007328. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007328>
256. Giansanti, D. (2025). The future of healthcare is digital: Unlocking the potential of mobile health and e-health solutions. *Healthcare*, 13(7), Article 802. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070802>
257. Gomes Chaves, B., Alami, H., Sonier-Ferguson, B., & Dugas, E. N. (2023). Assessing healthcare capacity crisis preparedness: Development of an evaluation tool by a Canadian health authority. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1231738. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1231738>
258. Gorsky, M., & Manton, J. (2023). The political economy of ‘strengthening health services’: The view from WHO AFRO, 1951–c.1985. *Social Science & Medicine*, 319, Article 115412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115412>
259. Grosjean, L., Sancosme, Y., Morisod, K., François, A., Caitlin, R., Jachmann, A., Grazioli, V. S., & Bodenmann, P. (2025). Experiences of healthcare and administrative staff working with asylum seekers in the current polycrisis context: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 25(620), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12758-x>
260. Guo, F., Huang, Y. S., & Nemoto, M. (2025). Reconceptualizing the balanced scorecard as a communication mechanism in healthcare. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1623204. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1623204>

261. Haenssngen, M. J., Elliott, E. M., Phommachanh, S., Souksavanh, O., Okabayashi, H., & Kubota, S. (2024). Community engagement for stakeholder and community trust in healthcare: Short-term evaluation findings from a nationwide initiative in Lao PDR. *Social Science & Medicine*, 354, 117079. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117079>
262. Haldane, V., & Morgan, G. T. (2021). From resilient to transilient health systems: The deep transformation of health systems in response to the COVID-19 pandemic. *Health Policy and Planning*, 36(1), 134–135. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa168>
263. Hao, Y., Cheng, C., Li, J., Li, H., Di, X., Zeng, X., Jin, S., Han, X., Liu, C., Wang, Q., Luo, B., Zeng, X., & Li, K. (2025). Multimodal integration in health care: Development with applications in disease management. *Journal of Medical Internet Research*, 27, Article e76557. <https://doi.org/10.2196/76557>
264. Haque, U., Naeem, A., Wang, S., Espinoza, J., Holovanova, I., Gutor, T., Bazyka, D., Galindo, R., Sharma, S., Kaidashev, I. P., Chumachenko, D., Linnikov, S., Annan, E., Lubinda, J., Korol, N., Bazyka, K., Zhyvotovska, L., Zimenkovsky, A., & Nguyen, U.-S. D. T. (2022). The human toll and humanitarian crisis of the Russia-Ukraine war: The first 162 days. *BMJ Global Health*, 7(9), Article e009550. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009550>
265. Harrison, R., Chauhan, A., Le-Dao, H., Minbashian, A., Walpola, R., Fischer, S., & Schwarz, G. (2022). Achieving change readiness for health service innovations. *Nursing Forum*, 57(4), 603–607. <https://doi.org/10.1111/nuf.12713>
266. Hayirli, T. C., Stark, N., Hardy, J., Peabody, C. R., & Kerrissey, M. J. (2023). Centralization and democratization: Managing crisis communication in health care delivery. *Health Care Management Review*, 48(4), 292–300. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000377>
267. Henman, P. (2020). Improving public services using artificial intelligence: Possibilities, pitfalls, governance. *Asia Pacific Journal of Public Administration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23276665.2020.1816188>

268. Hoi, N., Kondratskyi, Y., & Kunytska, T. (2025). Public management in the health sector of Ukraine: digital transformation and communication policy in the European integration dimension. *Philosophy and Governance*, (12)(16). <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.12.02>
269. Hosseini-Shokouh, S. M., Ghanei, M., Mousavi, B., Bagheri, H., Bahadori, M., Meskarpour-Amiri, M., & Mehdizadeh, P. (2023). Social disparities and inequalities in healthcare access and expenditures among Iranians exposed to sulfur mustard: A national study using spatio-temporal analysis. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 1406. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10352-7>
- a. <https://doi.org/10.31891/mdes/2023-8-4>
270. Hudon, C., Chouinard, M.-C., Doucet, S., Piccinini-Vallis, H., Fairman, K., Sampalli, T., Zed, J., Brodeur, M., Chênevert, D., Dépelteau, A., Dupont, M., Karam, M., Légaré, F., Luke, A., Macdonald, M., Morvannou, A., Ramsden, V. R., Rodriguez Del Barrio, L., Wong, S. T., . . . Wilhelm, L. (2024). Case management in primary healthcare for people with complex needs to improve integrated care: A large-scale implementation study protocol. *BMJ Open*, 14(8), Article e083783. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083783>
271. Hunter, B. M. (2025). Internationalisation and moral economies in healthcare: NHS exporting and the English patient. *Globalization and Health*, 21(37). <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01122-7>
272. Jittrapirom, P., Marchau, V., van der Heijden, R. E. C. M., & Meurs, H. (2018). Dynamic adaptive policymaking for implementing Mobility-as-a Service (MaaS). *Research in Transportation Business & Management*, 27, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.rtbm.2018.07.001>
273. Jones, L. (2024). Governing healthcare: The uses and limits of governmentality in the National Health Service in England. *Anthropology & Medicine*, 31(1-2), 51–68. <https://doi.org/10.1080/13648470.2023.2242280>
274. Kalita, A., & Croke, K. (2023). The politics of health policy agenda setting in India: The case of the PMJAY program. *Health Systems & Reform*, 9(1), Article 2229062. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2229062>

275. Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2021). Outcomes and critical factors for successful implementation of organizational health literacy interventions: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), Article 11906. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211906>
276. Karpenko, O., Stavytska, S., Artemenko, I., Sidanich, I., & Prozhoha, I. (2021). Improvement of mechanisms for state management of continuous improvement of quality of provision of medical services in Ukraine. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*, 13(2), 64–76. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2021-13-2-64-76>
277. Karsikas, E., Meriläinen, M., Koivunen, K., Tuomikoski, A.-M., & Kanste, O. (2025). The implementation of knowledge management in health and social care organisations as assessed by managers: A descriptive cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39, e70122. <https://doi.org/10.1111/scs.70122>
278. Kartikasari, E. P., Intiasari, A. D., & Aji, B. (2024). The role of leadership in improving the quality of healthcare services at community health centers: A systematic review. *Eduvest - Journal of Universal Studies*, 4(9), 7969–7973. <https://doi.org/10.59188/eduvest.v4i9.1601>
279. Kehr, J. (2023). The moral economy of universal public healthcare: On healthcare activism in austerity Spain. *Social Science & Medicine*, 319, Article 115363. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115363>
280. Kelton, K., Young, J. R., Evans, M. K., Eshera, Y. M., Blakey, S. M., Mann, A. J. D., Pugh, M. J., Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Kimbrel, N. A. (2022). Complementary/integrative healthcare utilization in US Gulf-War era veterans: Descriptive analyses based on deployment history, combat exposure, and Gulf War Illness. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 49, Article 101644. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101644>
281. Khalifeh, R., D’Hoore, W., Saliba, C., Salameh, P., & Dauvrin, M. (2023). Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: A

- qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1273916. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1273916>
282. Khan, M. M., Shah, N., Shaikh, N., Thabet, A., Alrabayah, T., & Belkhair, S. (2025). Towards secure and trusted AI in healthcare: A systematic review of emerging innovations and ethical challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 195, 105780. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105780>
283. Khodayari-Zarnaq, R., Mobasser, K., Ghasemyani, S., Sadeghi-Ghyassi, F., Naghshi, M., & Kabiri, N. (2024). Challenges and weaknesses of leadership and governance-related health policies in Iran: A systematic review. *Archives of Iranian Medicine*, 27(9), 508–521. <https://doi.org/10.34172/aim.28907>
284. Kilbourne, A. M., Geng, E., Eshun-Wilson, I., Sweeney, S., Shelley, D., Cohen, D. J., Kirchner, J. E., Fernandez, M. E., & Parchman, M. L. (2023). How does facilitation in healthcare work? Using mechanism mapping to illuminate the black box of a meta-implementation strategy. *Implementation Science Communications*, 4, 53. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00435-1>
285. Kniazkova, V., Huz, D., Rudinska, O., & Krylenko, V. (2023). Formation of clusters of medical institutions as an administrative tool of management in the industry of health care in the conditions of decentralization. *Economics. Management. Innovations*, 1(32), 4–15. [https://doi.org/10.35433/ISSN2410-3748-2023-1\(32\)-4](https://doi.org/10.35433/ISSN2410-3748-2023-1(32)-4)
286. Kong, H. G. (2023). The historical context of the emergence of Health Systems Science (HSS): Changes in the U.S. healthcare system and medical education from the 1910s to the 2010s. *Korean Journal of Medical History*, 32(2), 623–659. <http://dx.doi.org/10.13081/kjmh.2023.32.623>
287. Korbayram, A., Nuredin, A., Delev, J., & Hoca, E. (2025). *Digitalizing public administration: The benefits of transformation for state and society - An examination of successful implementations and future discussions*. International Vision University.

288. Korenik, D., & Węgrzyn, M. (2020). Public policy timing in a sustainable approach to shaping public policy. *Sustainability*, 12(7), 2677. <https://doi.org/10.3390/su12072677>
289. Kraus, S., et al. Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research. *Journal of Business Research*. 2021. Vol. 123. P. 557-567.
290. Kravchenko, S. O., & Shpachuk, V. V. (2021). Directions of the state policy of healthcare reform in Ukraine. *E Gênero e Interdisciplinaridade*, 2(1), 176–185. <https://www.periodicojs.com.br/index.php/gei/article/view/118>
291. Kruk, M. E., Ling, E. J., Bitton, A., Cammett, M., Cavanaugh, K., Chopra, M., el-Jardali, F., Larson, E., & Katsuma, Y. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*, 357, Article j2323. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2323>
292. Kuhlmann, E., Denis, J.-L., Côté, N., Lotta, G., & Neri, S. (2023). Comparing health workforce policy during a major global health crisis: A critical conceptual debate and international empirical investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), Стаття 5035. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065035>
293. Kuhlmann, E., Falkenbach, M., Brînzac, M. G., Correia, T., Panagioti, M., Rechel, B., Sagan, A., Santric-Milicevic, M., Ungureanu, M.-I., Wallenburg, I., & Burau, V. (2024). Tackling the primary healthcare workforce crisis: Time to talk about health systems and governance—a comparative assessment of nine countries in the WHO European region. *Human Resources for Health*, 22(1), Article 83. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00965-2>
294. Kumar, M. B., Madan, J. J., Achieng, M. M., Limato, R., Ndima, S., Kea, A. Z., Chikaphupha, K. R., Barasa, E., & Taegtmeier, M. (2019). Is quality affordable for community health systems? Costs of integrating quality improvement into close-to-community health programmes in five low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4(4), Стаття e001390. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001390>

295. Kyaw, H. K., Than, K. K., Diaconu, K., & Witter, S. (2023). Community stressors and coping mechanisms in accessing the health system during a double crisis: A qualitative case study from Yangon Region, Myanmar. *International Journal for Equity in Health*, 22(39), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01851-4>
296. Lane, P. J., Clay-Williams, R., Johnson, A., Garde, V., & Barrett-Beck, L. (2021). Creating a healthcare variant CYNEFIN framework to improve leadership and urgent decision-making in times of crisis. *Leadership in Health Services*, 34(4), 454–461. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2021-0013>
297. Lawry, L. L., Korona-Bailey, J., Hamm, T. E., Maddox, J., Janvrin, M., Juman, L., Berezyuk, O., Smolinski, G., Brim, W., & Koehlmoos, T. P. (2025). A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 44(175), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00912-4>
298. Leone, R., Whitaker, J., Homan, Z., Bandekow, L., & Bricknell, M. (2023). Framework for the evaluation of military health systems. *BMJ Military Health*, 169(3), 280–284. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2020-001699>
299. Levitis, J., & O'Brien, C. (2023). *Expanding health coverage through Marketplace facilitated enrollment programs* (Updated January 2024). Urban Institute Health Policy Center; The Commonwealth Fund. <https://www.urban.org/research/publication/expanding-health-coverage-through-marketplace-facilitated-enrollment-programs>
300. Li, L., Liao, S., Yuan, J., Wang, E., & She, J. (2021). Analyzing healthcare facility resilience: Scientometric review and knowledge map. *Frontiers in Public Health*, 9, Article 764069. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.764069>
301. Lilly, K., Kean, B., Hallett, J., Robinson, S., & Selvey, L. A. (2023). Factors of the policy process influencing Health in All Policies in local government: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1010335. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1010335>

302. Lypynska, O. A., Sviridova, S. S., & Balan, O. S. (2023). Quality of providing medical services through the prism of management decisions. *Economic Journal Odessa Polytechnic University*, 3(25), 119–126. <https://doi.org/10.15276/EJ.03.2023.13>
303. Machmuddin, H., Agustang, A., Kahar, F., & Bustan, N. (2015). Improving the quality of primary health services in the perspective of participatory governance. *International Journal of Academic Research*, 7(1).
304. Makarchuk, V. (2024). Methodological principles of public policy development on healthcare staffing [Методологічні засади розвитку публічної політики щодо кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я]. *Economics. Management. Innovations*, 2(35), 17–27. [https://doi.org/10.35433/ISSN2410-3748-2024-2\(35\)-17](https://doi.org/10.35433/ISSN2410-3748-2024-2(35)-17)
305. Manns, B. J., Hastings, S., Marchildon, G., & Noseworthy, T. (2024). Health system structure and its influence on outcomes: The Canadian experience. *Healthcare Management Forum*, 37(5), 340–350. <https://doi.org/10.1177/08404704241248559>
306. Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: Achieving its potential. *The Lancet*, 391(10121), 1718–1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
307. Martini, M., Valchi, L., Massaro, E., Parrella, R., & Orsini, D. (2024). War and health: The devastating impact of conflict on wellbeing and humanitarian crises. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(3), E464–E468. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.3.3330>
308. Martynyuk, O., Busel, S., & Nemchenko, A. (2024). Implementation of international quality standards for health-care services. *Three Seas Economic Journal*, 5(2), 23–30. <https://doi.org/10.30525/2661-5150/2024-2-4>
309. McLeod, K. E., Buxton, J. A., & Martin, R. E. (2024). "A different sense of what we do here, who we are and what we deliver": Provider perspectives on the effects of a change in governance of healthcare services in correctional facilities in

- British Columbia. *Health Services Management Research*, 37(4), 219–226. <https://doi.org/10.1177/09514848231218626>
310. Mehdizadeh, P., Ghanei, M., Pourreza, A., Akbari-sari, A., Mousavi, B., & Darroudi, R. (2022). Healthcare utilization and expenditures among Iranian chemical warfare survivors exposed to sulfur mustard. *Archives of Iranian Medicine*, 25(4), 241–249. <https://doi.org/10.34172/aim.2022.40>
311. Metersky, K., Zanchetta, M. S., Al-Hamad, A., Yasin, Y. M., Tan, V., Tsvygun, K., Podobailo, T., Cosgrove, C., Onushko, B., Falenchuk, O., & Sunak, T. (2025). Unpacking the mystery of the Ontario healthcare system in Canada: Ukrainian temporary migrants and healthcare system navigation. *Canadian Journal of Nursing Research*, 57(4), 558–567. <https://doi.org/10.1177/08445621251374259>
312. Mishra, S., & Gaitonde, R. (2021). Challenges of informed consent during a political crisis: A case study of research with a marginalised group. *Indian Journal of Medical Ethics*, 6(3), 246–248. <https://doi.org/10.20529/JME.2020.130>
313. Missoni, E., & Sen, K. (2025). The challenge of rebuilding Gaza's health system: A narrative review towards sustainability. *Healthcare*, 13(15), Article 1860. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151860>
314. Mohamed, K. S., Abasse, K. S., Abbas, M., Sintali, D. N., Baig, M. M. F. A., & Cote, A. (2021). An overview of healthcare systems in Comoros: The effects of two decades of political instability. *Annals of Global Health*, 87(1), 84, 1–15. <https://doi.org/10.5334/aogh.3100>
315. Monastyrskyi, G., & Demchyshyn, Y. (2024). An efficient network of medical institutions, as mechanism of the implementation of public health care policy at the level of territorial communities. *Ways to reform public administration and management under martial law in Ukraine: Thesis in international scientific conference* (pp. 30–34). 6-7<sup>th</sup> of March 2024, Riga, Republic of Latvia.
316. Mor, N. (2023). Commentary: Developing technical support and strategic dialogue at the country level to achieve primary health care-based health systems beyond the COVID-19 era. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1212271. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1212271>

317. Mountasser, T., & Abdellatif, M. (2023). Digital transformation in public administration: A systematic literature review. *International Journal of Professional Business Review*, 8(10), Article e02372. <https://doi.org/10.26668/businessreview/2023.v8i10.2372>
318. Muinde, J. V. S., & Prince, R. J. (2023). A new universalism? Universal health coverage and debates about rights, solidarity and inequality in Kenya. *Social Science & Medicine*, 319, Article 115258. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115258>
319. Mussie, K. M., Elger, B. S., Kaba, M., Pageau, F., & Wienand, I. (2022). Bioethical implications of vulnerability and politics for healthcare in Ethiopia and the ways forward. *Bioethical Inquiry*, 19(4), 667–681. <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10210-x>
320. Nekoei-Moghadam, M., Amiresmaili, M., & Doosty, F. (2013). Challenges of hospital autonomy in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Public Health*, 42(2), 170–178.
321. Ngongoni, C. N., Wasswa, W., Makubalo, L., Moeti, M., & Chibi, M. (2022). Towards a healthcare innovation scaling framework—The voice of the innovator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), Article 15515. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315515>
322. Nicolet, A., Perraudin, C., Krucien, N., Wagner, J., Peytremann-Bridevaux, I., & Marti, J. (2024). Preferences for innovations in healthcare delivery models in the Swiss elderly population: A latent class, choice modelling study. *European Journal of Public Health*, 34(2), 260–266. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae004>
323. Nilsen, L. G., & Stene, L. E. (2023). Preparing for the unexpected: A comparative study of policies addressing post-terror health reactions in Norway and France. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(13). <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00582-x>
324. Noël Racine, A., Garbarino, J.-M., Massiera, B., & Vuillemin, A. (2022). Modeling the development of local health-enhancing physical activity policies from empirical data and policy science theories. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1213. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031213>

325. Odone, A., Buttigieg, S., Ricciardi, W., Azzopardi-Muscat, N., & Staines, A. (2019). Public health digitalization in Europe: EUPHA vision, action and role in digital public health. *European Journal of Public Health*, 29(Suppl. 3), 28–35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz161>
326. Olawade, D. B., Wada, O. J., David-Olawade, A. C., Kunonga, E., Abaire, O., & Ling, J. (2023). Using artificial intelligence to improve public health: A narrative review. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1196397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1196397>
327. Omaghomi, T. T., Elufioye, O. A., Onwumere, C., Arowoogun, J. O., Odilibe, I. P., & Owolabi, O. R. (2024). General healthcare policy and its influence on management practices: A review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(02), 441–450. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.2.0477>
328. Ong, B. (2024). Public policy transformation in the face of digital disruption in the health sector. *Asian Journal of Multidisciplinary Research*, 1(4), 175–183.
329. Østebø, M. T., Maes, K., Gibb, G., & Henderson, R. (2025). Navigating authoritarian politics: Towards reflexive framing in healthcare research. *Globalization and Health*, 21(20), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01115-6>
330. Ouledi, A., Toyb, M., Aubry, P., & Gauzere, B. A. (2012). Health history and health challenges in the Union of Comoros in 2012. *Médecine et Santé Tropicales*, 22(4), 346–354. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0135>
331. Palm, K., & Persson Fischier, U. (2022). What managers find important for implementation of innovations in the healthcare sector - practice through six management perspectives. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(10), 2261–2271. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.146>
332. Panteli, D., Adib, K., Buttigieg, S., Goiana-da-Silva, F., Ladewig, K., Azzopardi-Muscat, N., Figueras, J., Novillo-Ortiz, D., & McKee, M. (2025). Artificial intelligence in public health: Promises, challenges, and an agenda for policy makers and public health institutions. *The Lancet Public Health*, 10(5), e428–e432. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00036-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00036-2)

333. Paterson, E., Chari, S., McCormack, L., & Sanderson, P. (2024). Application of a human factors systems approach to healthcare control centres for managing patient flow: A scoping review. *Journal of Medical Systems*, 48(62), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10916-024-02071-1>
334. Petrie, D. A. (2025). Integration as innovation in healthcare systems. *Healthcare Management Forum*, 38(2), 76–83. <https://doi.org/10.1177/08404704241292629>
335. Petryk, S., Andrieiev, I., Tishko, D., Kurbanov, A., & Yunger, V. (2023). The effectiveness of quality management strategies in health care organizations: an analysis of quality standards implementation and clinical performance improvement. *Amazonia Investiga*, 12(68), 333–345. <https://doi.org/10.34069/AI/2023.68.08.31>
336. Phiri, S. S., George, N. S., & Iseghehi, L. (2024). Protecting the health of the most vulnerable in the overlooked Democratic Republic of Congo crisis. *Health Science Reports*, 7(8), Article e70011. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70011>
337. Pierce, R. G., Maples, W. J., Krippner, J., Sexton, J. B., Adams, P., Amerson, T., Breslow, A., Clark, D., Paulus, R., & Duffy, M. B. (2021). Results from the National Taskforce for Humanity in Healthcare's integrated, organizational pilot program to improve well-being. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(9), 581–590. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.05.010>
338. Qin, X., Huang, Y.-N., Hu, Z., Chen, K., Li, L., Wang, R. S., & Wang, B.-L. (2023). Human resource management research in healthcare: A big data bibliometric study. *Human Resources for Health*, 21(1), Article 94. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00865-x>
339. Qureshi, N., & Quigley, D. D. (2024). Patient surveys are used most often to assess health care innovations, rigorous methods are less common. *American Journal of Medical Quality*, 39(4), 188–196. <https://doi.org/10.1097/JMQ.000000000000197>
340. Rahmawati, E. (2024). Policy strategies in the implementation of referral health service transformation. *Jurnal Multidisiplin Indonesia*, 3(10), 4446–4457.

341. Rajagopalan, S., Pronovost, P., & Al-Kindi, S. (2023). Implementing a sustainability framework in healthcare: A three-lens framework. *Healthcare, 11*(13), Article 1867. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131867>
342. Ramezani, M., Takian, A., Bakhtiari, A., Rabiee, H. R., Ghazanfari, S., & Mostafavi, H. (2023). The application of artificial intelligence in health policy: A scoping review. *BMC Health Services Research, 23*(1), Article 1416. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10462-2>
343. Ramírez, C., & Durón, R. M. (2025). Almost 80 years after Hiroshima and Nagasaki: Are world governments and healthcare systems ready for a nuclear war? *Journal of Preventive Medicine & Public Health, 58*(1), 227–229. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.577>
344. Ranabhat, C. L., Acharya, S. P., Adhikari, C., & Kim, C.-B. (2023). Universal health coverage evolution, ongoing trend, and future challenge: A conceptual and historical policy review. *Frontiers in Public Health, 11*, Article 1041459. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1041459>
345. Ries, M. (2022). Global key concepts of civil-military cooperation for disaster management in the COVID-19 pandemic—A qualitative phenomenological scoping review. *Frontiers in Public Health, 10*, Article 975667. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.975667>
346. Rogers, N. J. L., Adams, V. M., & Byrne, J. A. (2023). Factors affecting the mainstreaming of climate change adaptation in municipal policy and practice: A systematic review. *Climate Policy, 23*(10), 1327–1344. <https://doi.org/10.1080/14693062.2023.2208098>
347. Rosenberg, M., Amisi, J. A., Szkwarko, D., Tran, D. N., Genberg, B., Luetke, M., Kianersi, S., Namae, J., Laktabai, J., & Pastakia, S. (2020). The relationship between a microfinance-based healthcare delivery platform, health insurance coverage, health screenings, and disease management in rural Western Kenya. *BMC Health Services Research, 20*, 868. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05712-6>

348. Roy, B. (2021). Commercialisation of healthcare in India: Covid-19 and beyond. *Indian Journal of Medical Ethics*, 6(4), 294–301. <https://doi.org/10.20529/IJME.2021.044>
349. Rubbio, I., Bruccoleri, M., Pietrosi, A., & Ragonese, B. (2020). Digital health technology enhances resilient behaviour: Evidence from the ward. *International Journal of Operations & Production Management*, 40(1), 34–67. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-02-2019-0125>
350. Russo, G., Moretta Tartaglione, A., & Cavacece, Y. (2019). Smart healthcare and value co-creation: The service science perspective to healthcare quality improvements. *International Journal of Business Administration*, 10(6), 1–13. <https://doi.org/10.5430/ijba.v10n6.p1>
351. Sabot, P. (2021). Le sain, le soin et les deux sens de la vie [Healthy, care and the two meanings of life]. *Éthique et Santé*, 18(3), 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.08.001>
352. Saeed, A. A., Mohammad Al Zamel, A., Ahmed, A. A.-W. G., Abdeltif Abdelrahman, D. A., Ataa Abdoon, E. F., Mohammed Mousa, N. H., Salim, R. I. A., Mahgoub, S. M. A., Mohammed, S. A. G., & Badi, S. (2025). The struggle for medicine: A valid and reliable cross-sectional study on the impact of war on healthcare access and its consequences for displaced Sudanese citizens. *PLOS Global Public Health*, 5(11), Article e0004867. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004867>
353. Saeed, H., Malik, H., Bashir, U., Ahmad, A., Riaz, S., Ilyas, M., Bukhari, W. A., & Khan, M. I. A. (2022). Blockchain technology in healthcare: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(4), Article e0266462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266462>
354. Sahanenko, S., Popov, M., Holynska, O., Kolisnichenko, N., Davtian, S., & Motyhin, D. (2021). Digital tools of territorial communities in improving the quality of services to the population. *Studies of Applied Economics*, 39(7). <https://doi.org/10.25115/eea.v39i7.5007>

355. Salas-Vallina, A., Gil-Bort, F., & Fernandez-Guerrero, R. (2023). Managing by values in healthcare: Development and validation of the health care values inventory measurement scale. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(1), 105–128. <https://doi.org/10.1002/hpm.3565>
356. Sandal-Wilson, C. (2023). The colonial clinic in conflict: Towards a medical history of the Palestinian Great Revolt, 1936–1939. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 47(1), 12–36. <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09779-0>
357. Scarbrough, H., Sanfilippo, K. R. M., Ziemann, A., & Stavropoulou, C. (2024). Mobilizing pilot-based evidence for the spread and sustainability of innovations in healthcare: The role of innovation intermediaries. *Social Science & Medicine*, 340, Article 116394. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116394>
358. Scattaglia, M., Morandi, M., Vari, M. G., & Bert, F. (2024). Rethinking patient flows in a changing healthcare system: A unified approach. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(2), E251–E255. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.2.3138>
359. Schaub, M. (2024). Violent conflict and the demand for healthcare: How armed conflict reduces trust, instills fear, and increases child mortality. *Social Science & Medicine*, 359, Article 117252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117252>
360. Schulmann, K., Bruen, C., Parker, S., Siersbaek, R., Mac Conghail, L., & Burke, S. (2024). The role of governance in shaping health system reform: A case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018–2023. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 578. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11048-2>
361. Scott, D. C. (2022). Democratizing conscientious refusal in healthcare. *HEC Forum*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10730-022-09502-x>
362. Shestakovska, T., Yushchenko, L., & Venger, I. (2021). Innovative model of health care development regulation. *SocioWorld-Social Research & Behavioral Sciences*, 6(4), 53–61.. <https://doi.org/10.36962/SWD>

363. Silvola, S., Restelli, U., Croce, D., & Basu, D. (2024). Change management for services redesign in healthcare: A conceptual framework. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(3), E410–E433. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.3.3023>
364. Smeets, M., Baldewijns, K., Vaes, B., & Vandenhoudt, H. (2023). Integration of chronic care in a fragmented healthcare system: Comment on "Integration or fragmentation of health care? Examining policies and politics in a Belgian case study." *International Journal of Health Policy and Management*, 12, Article 7143. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7143>
365. Sosada, N., Mierzwa, A., & Syrkiewicz-Świtła, M. (2023). Public health challenges in the context of the influx of refugees from Ukraine to Poland. *Ekonomia - Wroclaw Economic Review*, 29(4), 167–178. <https://doi.org/10.19195/2658-1310.29.4.12>
366. Spanos, S., Leask, E., Patel, R., Datyner, M., Loh, E., & Braithwaite, J. (2024). Healthcare leaders navigating complexity: A scoping review of key trends in future roles and competencies. *BMC Medical Education*, 24(1), Стаття 720. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05689-4>
367. Stepurko T., et al. Patient-centered care in Ukraine: challenges and opportunities during the health care reform. *Health Policy and Planning*. 2021. Vol. 36, Issue 4. P. 455–463.
368. Sujan, M. A., Furniss, D., Anderson, J., Braithwaite, J., & Hollnagel, E. (2019). Resilient Health Care as the basis for teaching patient safety—A Safety-II critique of the World Health Organisation patient safety curriculum. *Safety Science*, 118, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.044>
369. Sukare, B. M., & Abdullahi, A. (2025). Public health policy and administrative governance in Nigeria: Challenges, reforms, and prospects for effective service delivery. *International Journal of African Research and Sustainability Studies*, 9(2), 226–235. <https://doi.org/10.70382/caijarss.v9i2.052>
370. Sutherland, J. M. (2022). Provincial health systems: Are they imploding? [Editorial]. *Healthcare Policy*, 18(1), 6–10

371. Syed, S. B., Leatherman, S., Mensah-Abrampah, N., Neilson, M., & Kelley, E. (2018). Improving the quality of health care across the health system. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(12), 799. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.226266>
372. Takian, A., Rashidian, A., & Kabir, M. J. (2011). Expediency and policy-making: The story of the family health worker in Iran. *Health Policy and Planning*, 26(6), 502–512.
373. Tello, J. E., Barbazza, E., & Waddell, K. (2019). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy*, 124(11), 1140–1151. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>
374. Těšínová, J. K., Dobiášová, K., Jelínková, M., Tulupova, E., & Koščík, M. (2024). Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expectations*, 27(5), Article e14171. <https://doi.org/10.1111/hex.14171>
375. Thomas S., et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief 36. 2020.
376. Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). *Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies*. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://europepmc.org/article/med/32716618>
377. Tin, D., Barten, D. G., Granholm, F., Kovtonyuk, P., Burkle, F. M., & Ciottone, G. R. (2023). Hybrid warfare and counter-terrorism medicine. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 49, 589–593. <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02230-y>
378. Tshering, P. (2021). Health financing. *Bhutan Health Journal*, 7(2), I–II. <https://doi.org/10.47811/bhj.121>
379. Tskhvariashvili, E. (2025). Artificial intelligence and public administration: Innovative approaches in health policy in the context of gender equality and social insurance. *Vectors of Social Sciences*, 10, 26–35.

380. Turcu, C. (2025). Urban greenspace, climate adaptation and health co-benefits: Municipal policy and practice in London. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), Article 409. <https://doi.org/10.3390/ijerph22030409>
381. Ugwu, C. N., Ugwu, O. P.-C., Alum, E. U., Eze, V. H. U., Basajja, M., Ugwu, J. N., Ogenyi, F. C., Ejemot-Nwadiaro, R. I., Okon, M. B., Egba, S. I., & Uti, D. E. (2025). Sustainable development goals (SDGs) and resilient healthcare systems: Addressing medicine and public health challenges in conflict zones. *Medicine*, 104(7), Article e41535. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041535>
382. Unruh, L., & Rice, T. (2025). Private equity expansion and impacts in united states healthcare. *Health Policy*, 155, Article 105266. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105266>
383. Valiotis, G., Buttigieg, S. C., Cicchetti, A., Dang, R., Jamshed, N., Jevtic, M., Magalhães, T., Nies, H., Pferzinger, M., Santana, R., Correia, T., Weller, E., Cande, L., Desson, Z., & Margheri, F. (2025). Defining health management: A conceptual foundation for excellence through efficiency, sustainability and equity. *The International Journal of Health Planning and Management*, 40(3), 788–793. <https://doi.org/10.1002/hpm.3903>
384. Van Vliet-Brown, C. E., Shahram, S., & Oelke, N. D. (2018). Health in All Policies utilization by municipal governments: Scoping review. *Health Promotion International*, 33(4), 713–722. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax008>
385. Varela-Rodríguez, C., García-Casanovas, A., Baselga-Penalva, B., & Ruiz-López, P. M. (2022). Value-based healthcare project implementation in a hierarchical tertiary hospital: Lessons learned. *Frontiers in Public Health*, 9, Article 755166. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.755166>
386. Veresniuk, N., Lavrentii, D., Monastyrskyi, G., Demchyshyn, Y., & Levytska, Y. (2026). Governance and reform in the healthcare system: Key challenges and perspectives. *JANUS.NET, e-journal of International Relations*, 16(2), 382–391. DOI: <https://doi.org/10.26619/1647-7251.DT0226.20>

387. Verulava, T., & Jorbenadze, A. (2022). Development of public health in Georgia: Challenges and policy issues. *Archives of the Balkan Medical Union*, 57(2), 179–184. <https://doi.org/10.31688/ABMU.2022.57.2.07>
388. Waitzberg, R., Allin, S., Grignon, M., Ljungvall, Å., Habimana, K., Kantaris, M., Thomas, S., & Rice, T. (2024). Mitigating the regressivity of private mechanisms of financing healthcare: An assessment of 29 countries. *Health Policy*, 143, Article 105058. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105058>
389. Waring, J., Bishop, S., Clarke, J., & Roe, B. (2023). Becoming active in the micro-politics of healthcare re-organisation: The identity work and political activation of doctors, nurses and managers. *Social Science & Medicine*, 333, Article 116145. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116145>
390. Wernerfelt B. The Resource-Based View of the Firm: Ten Years After. *Strategic Management Journal*. 2020. Vol. 16. P. 171–174.
391. WHO. Universal health coverage (UHC) in Ukraine: progress and challenges. Geneva: World Health Organization, 2023. Режим доступу URL: <https://www.who.int/europe/news/item/06-09-2023-ukraine-staying-the-course-on-universal-health-coverage-amidst-war> (дата звернення - 26.03.2026).
392. Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E., & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research*, 20, Article 666. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05531-1>
393. Wintrup, J. (2023). Health by the people, again? The lost lessons of Alma-Ata in a community health worker programme in Zambia. *Social Science & Medicine*, 319, Article 115257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115257>
394. Witter, S., Bertone, M. P., Baral, S., Gautam, G., Pratap, S. K. C., Pholpark, A., Saputri, N. S., Darmawan, A. B., Toyamah, N., Fillaili, R., de Oliveira Cruz, V., & Sparkes, S. (2025). Political economy analysis of health financing reforms in times of crisis: Findings from three case studies in south-east Asia. *International*

- Journal for Equity in Health*, 24(34), 1–27. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02395-5>
395. World Bank. Ukraine Rapid Damage and Needs Assessment: Health Sector Report. Washington, DC, 2023.
396. Wu, T.-Y., Shih, C.-Y., Jan, C.-F., & Cheng, S.-Y. (2024). Taiwan's community health care evolution: Navigating pandemic challenges and shaping the future. *Journal of the Formosan Medical Association*, 123(11), 5188–5193. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2024.08.009>
397. Wurmb, T. E., Schade, J., Schröder, S.-J., Meybohm, P., Weibel, S., & Kippnich, M. (2024). Adjustment of medical standards in disaster, crises and war: A scoping review of the literature. *BMJ Public Health*, 2(1), Article e001408. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001408>
398. Wypych-Ślusarska, A., Krupa-Kotara, K., Słowinski, J., Yanakieva, A., & Grajek, M. (2025). The impact of polycrisis on healthcare systems—Analyzing challenges and the role of social epidemiology. *Healthcare*, 13(16), Article 1998. <https://doi.org/10.3390/healthcare13161998>
399. Zhang, P., White, J., Schmidt, D. C., Lenz, G., & Rosenbloom, S. T. (2018). FHIRChain: Applying blockchain to securely and scalably share clinical data. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 16, 267–278. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2018.07.004>
400. Zipfel, N., Horreh, B., Hulshof, C. T. J., de Boer, A. G., & van der Burg-Vermeulen, S. J. (2022). The relationship between the living lab approach and successful implementation of healthcare innovations: An integrative review. *BMJ Open*, 12(8), Article e058630. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058630>
401. Zurynski, Y., Herkes-Deane, J., Holt, J., McPherson, E., Lamprell, G., Dammery, G., Meulenbroeks, I., Halim, N., & Braithwaite, J. (2022). How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. *BMJ Open*, 12(5), Article e059207. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059207>

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

## СПИСОК ПРАЦЬ ДЕМЧИШИНА Я. М.

1. Veresniuk, N., Lavrentii, D., Monastyrskyi, G., Demchyshyn, Y., & Levytska, Y. (2026). Governance and reform in the healthcare system: Key challenges and perspectives. *JANUS.NET, e-journal of International Relations*, 16(2), 382–391. URL: <https://janusnet-ojs.autonoma.pt/index.php/janus/article/view/303>. DOI: <https://doi.org/10.26619/1647-7251.DT0226.20>
2. Монастирський, Г., & Демчишин, Я. (2025). Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>.
3. Монастирський, Г., & Демчишин, Я. (2025). Модернізація державної політики охорони здоров'я в умовах сучасних викликів: національний та локальний виміри. *Філософія та управління*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>
4. Демчишин, Я. (2025). Механізми підвищення якості медичного обслуговування в територіальній громаді. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 47, 79–87. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.14>
5. Demchyshyn, Y. (2026). Formation of municipal health policy: An adaptive approach. *Public Management and Policy*, 3(19). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2026.3.03>
6. Демчишин, Я. (2022). Проблема організації роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги територіальної громади в умовах воєнного стану. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: Матеріали доповідей науково-практичної Інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу* (с. 70–73), 10 листопада 2022 року, ЗУНУ, Тернопіль.

7. Демчишин, Я., Маципура, М., & Монастирський, Г. (2023). Вектори та механізми реалізації публічної політики охорони здоров'я територіальних громад в умовах сучасних викликів. В *Наукові тренди постіндустріального суспільства: Матеріали IV Міжнародної наукової конференції* (с. 49–53), 31 березня 2023 року, Суми.
8. Демчишин, Я. (2023). Проблеми медичного обслуговування територіальної громади у період воєнного стану. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*, с. 40–42, 4 травня 2023, ЗУНУ, Тернопіль.
9. Monastyrskiy, G., & Demchyshyn, Y. (2024). An efficient network of medical institutions, as mechanism of the implementation of public health care policy at the level of territorial communities. *Ways to reform public administration and management under martial law in Ukraine: Thesis in international scientific conference* (pp. 30–34). 6-7<sup>th</sup> of March 2024, Riga, Republic of Latvia.
10. Демчишин, Я. (2024). Процеси диджиталізації в управлінні медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та перспективи розвитку. *Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences: Thesis in VI International Scientific and Practical Conference* (с. 85–88). 29<sup>th</sup> of March 2024 Cambridge, UK.
11. Демчишин, Я. (2024). Кластерна організація лікувально-профілактичних закладів територіальної громади: перспективи розвитку в умовах воєнного стану. *Current scientific goals, approaches and challenges: Thesis in I International Scientific and Theoretical Conference* (с. 26–28). March 22, 2024, Riga, Republic of Latvia.
12. Демчишин, Я. (2024). Можливості використання штучного інтелекту у процесах управління медичним обслуговуванням територіальної громади: інновації та перспективи розвитку. *An integrated approach to science modernization: methods, models and multidisciplinary: VIII International*

*Scientific and Practical Conference* (с. 206–209). 9th September, 2024, Вінниця–Відень.

13. Демчишин, Я. (2024). Проблеми управління системою медичного обслуговування територіальної громади в умовах воєнного стану: виклики та підходи до вирішення. *Collection of Scientific Papers «ЛОГОΣ»*, 65–68. <https://doi.org/10.36074/logos-20.09.2024.013>
14. Демчишин, Я. (2025). Проблеми розвитку спроможної мережі лікувально-профілактичних закладів територіальних громад в умовах війни в Україні. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*. 15 травня 2025 року, ЗУНУ, Тернопіль.

## ДОДАТОК Б

Міністерство охорони здоров'я України  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА  
 ДИТЯЧА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**

Вінницька обл. місто Вінниця вул. Київська, 68

Код за ЄДРПОУ 34004453

**Чек-лист оцінювання якості ведення медичної карти стаціонарного хворого  
 форми №003/о № \_\_\_\_\_**

Критерій	0	1	2	Коментар аудитора
1. Титульна частина форми 003/о, адміністративні дані				
2. Анамнез (скарги, анамнез хвороби, життя, епідеміологічний)				
3. Опис стану при надходженні				
4. Коректність первинного діагнозу				
5. Повнота первинного фізикального обстеження (в тому числі АТ, ЧСС, ЧД, SpO <sub>2</sub> , температура)				
6. План обстеження згідно стандартів МОЗ/протоколів				
7. Обґрунтування призначених лабораторних та інструментальних методів обстеження				
8. Інтерпретація лабораторних результатів (у тому числі щоденниках моніторингу стану пацієнта)				
9. Інструментальні дослідження (показання, результати, інтерпретація)				
10. Щоденні записи лікаря (частота, повнота, динаміка)				
11. Якість ведення листа лікарських призначень				
12. Відповідність лікування стандартам та клінічним протоколам МОЗ та іншим нормативним документам				
13. Коректність дозування препаратів (особливо у дітей)				
14. Фіксація реакції на лікування та побічних явищ				
15. Наявність корекції лікування при потребі (ескалація/деескалація)				
17. Відображення динаміки лабораторних показників, оцінка, реакція лікаря				
18. Логічність клінічного мислення (узгодженість діагнозу, обстежень, лікування)				
19. Призначення консультацій суміжних спеціалістів за показаннями				
20. Правильність ведення інфузійної терапії (об'єми, склад, тривалість)				
21. Оцінка та фіксація клінічних ризиків та можливих ускладнень				
22. Наявність і коректність оформлення інформованої згоди				
25. Відповідність призначеного лікування віку пацієнта та його стану, протоколам та чинним стандартам				
26. Відповідність обсягу лабораторних досліджень стандартам для даного діагнозу				
27. Обґрунтованість інструментальних методів та їх вплив на тактику лікування				

28. Оцінка ефективності терапії та комплаєнсу пацієнта до лікування, ескалаційна/деескалаційна тактика фармакотерапії та її обґрунтованість				
30. Охайність та читабельність ведення паперової медичної документації				
31. Юридична коректність паперових медичних записів (дати, час, підписи, термінологія)				
32. Ведення медичної документації в ЕСОЗ (повнота, відповідність, юридична валідність)				
33. Інфекційний контроль				
34. Раціональність антибіотикотерапії (stewardship)				

Сума балів (за 34 критеріями): \_\_\_\_\_

(максимальна оцінка — 68 балів; мінімальна — 0 балів)

**Примітка:**

---



---



---



---



---



---



---

**Коментар:**

---



---



---



---



---



---



---

**Дата:** \_\_\_\_\_

**ПІБ:** \_\_\_\_\_

**Підпис:** \_\_\_\_\_

## ДОДАТОК В

Таблиця В.1

## Аналіз видатків бюджету Горщиківської сільської територіальної громади за період 2022-2025 р.р.

Категорія видатків	2022		2023		2024		2025	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Загальнодержавні функції	7,03	24,96	8,36	22,18	10,64	26,08	13,93	29,24
Економічна діяльність	0,08	0,28	0,56	1,49	0,24	0,59	0,09	0,19
Житлово-комунальне господарство	0,75	2,66	3,29	8,73	2,89	7,08	3,88	8,14
Духовний та фізичний розвиток	0,26	0,92	0,54	1,43	0,36	0,88	0,64	1,34
Освіта	18,26	64,84	22,52	59,75	23,67	58,01	24,1	50,59
Соціальний захист та соціальне забезпечення	1,78	6,32	2,36	6,26	2,99	7,33	5,00	10,49
Охорона навколишнього природного середовища	-	-	0,06	0,16	0,01	0,02	-	-
Всього:	28,16	100,0	37,69	100,00	40,80	100,0	47,64	100,0

Таблиця В.2

## Аналіз видатків бюджету Крижопільської селищної територіальної громади за період 2022-2025 р.р.

Категорія видатків	2022		2023		2024		2025	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Загальнодержавні функції	24,98	15,01	31,91	15,51	38,15	16,61	40,28	15,96
Громадський порядок, безпека та судова влада	0,69	0,41	0,64	0,31	1,50	0,65	6,07	2,40
Економічна діяльність	2,07	1,24	17,21	8,36	7,72	3,36	10,99	4,35
Житлово-комунальне господарство	7,77	4,67	9,48	4,61	14,20	6,18	19,01	7,53
Духовний та фізичний розвиток	10,49	6,30	12,62	6,13	13,71	5,97	14,27	5,65
Освіта	103,81	62,36	114,06	55,43	137,02	59,64	141,36	56,00
Охорона здоров'я	8,39	5,04	10,89	5,29	7,46	3,25	8,80	3,49

## Продовження таблиці В.2

Соціальний захист та соціальне забезпечення	7,12	4,28	8,72	4,24	9,79	4,26	11,23	4,45
Охорона навколишнього природного середовища	1,14	0,69	0,24	0,12	0,20	0,09	0,40	0,16
Всього	166,46	100,0	205,77	100,0	229,75	100,0	252,41	100,0

## Таблиця В.3

## Аналіз видатків бюджету Олевської міської територіальної громади за період 2022-2025 р.р.

Категорія видатків	2022		2023		2024		2025	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Загальнодержавні функції	34,54	10,62	47,84	12,10	45,09	10,41	48,11	9,65
Громадський порядок, безпека та судова влада	1,89	0,58	5,54	1,40	7,92	1,83	3,19	0,64
Економічна діяльність	0,78	0,24	3,32	0,84	3,34	0,77	0,76	0,15
Житлово-комунальне господарство	7,71	2,37	18,68	4,73	10,36	2,39	13,77	2,76
Духовний та фізичний розвиток	12,60	3,88	11,92	3,02	16,21	3,74	21,02	4,21
Освіта	239,42	73,64	262,02	66,28	302,83	69,88	352,21	70,63
Охорона здоров'я	10,50	3,23	14,04	3,44	13,77	3,18	12,61	2,53
Соціальний захист та соціальне забезпечення	18,69	5,75	31,89	8,07	33,76	7,79	47,00	9,42
Охорона навколишнього природного середовища	-	-	0,06	0,02	0,04	0,01	0,04	0,01
Всього	325,13	100,0	395,31	100,0	433,32	100,0	498,71	100,0

## Таблиця В.4

## Аналіз видатків бюджету Боярської міської територіальної громади за період 2022-2025 р.р.

Категорія видатків	2022		2023		2024		2025	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Загальнодержавні функції	89,75	13,70	107,59	13,19	137,18	13,52	235,58	18,18
Громадський порядок, безпека та судова влада	7,11	1,09	19,13	2,35	16,43	1,62	17,28	1,33

Продовження таблиця В.4

Економічна діяльність	24,95	3,81	45,77	5,61	56,02	5,52	31,94	2,46
Житлово-комунальне господарство	81,97	12,51	95,22	11,68	104,08	10,26	176,29	13,60
Духовний та фізичний розвиток	25,10	3,83	30,25	3,71	36,11	3,56	49,72	3,84
Освіта	373,88	57,08	428,21	52,52	559,47	55,14	655,07	50,54
Охорона здоров'я	33,08	5,05	36,23	4,44	49,14	4,84	61,49	4,74
Соціальний захист та соціальне забезпечення	17,17	2,62	50,06	6,14	53,24	5,25	66,68	5,14
Охорона навколишнього природного середовища	1,95	0,30	2,96	0,36	2,01	0,20	2,17	0,17
Всього	654,96	100,0	815,42	100,0	1014,68	100,0	1296,22	100,0

Таблиця В.5

**Аналіз видатків бюджету Вінницької міської територіальної громади за період 2022-2025 р.р.**

Категорія видатків	2022		2023		2024		2025	
	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%	млн.грн.	%
Загальнодержавні функції	396,26	7,89	1032,14	14,88	1018,89	14,02	1780,73	21,00
Громадський порядок, безпека та судова влада	94,57	1,88	149,13	2,15	426,92	5,87	555,19	6,55
Економічна діяльність	1013,68	20,17	1584,51	22,84	1252,06	17,23	796,09	9,39
Житлово-комунальне господарство	736,16	14,65	1112,46	16,03	878,59	12,09	969,22	11,43
Духовний та фізичний розвиток	185,88	3,70	231,58	3,34	262,23	3,61	334,54	3,95
Освіта	2112,74	42,04	2182,35	31,45	2609,66	35,91	3144,66	37,09
Охорона здоров'я	253,99	5,05	231,95	3,34	236,59	3,26	269,67	3,18
Соціальний захист та соціальне забезпечення	231,16	4,60	413,99	5,97	578,05	7,95	625,72	7,38
Охорона навколишнього природного середовища	0,74	0,01	0,49	0,01	3,56	0,05	3,28	0,04
Всього	5025,18	100,0	6938,6	100,0	7266,55	100,0	8479,1	100,0

## ДОДАТОК Г

Таблиця Г.1

**Експертна оцінка рівня фінансової спроможності територіальних громад за підсумками 9 місяців 2025 року (на прикладі окремих територіальних громад Вінницької, Житомирської, Київської, Тернопільської областей)**

Область	Назва територіальної громади	Чисельність наявного населення станом на 01.09.2025, (тис. чол.)	Площа, (км2)	Доходи загального фонду на мешканця, (грн.)	Видатки загального фонду на мешканця, (грн.)	Видатки на утримання апарату управління на мешканця, (грн.)	Капітальні видатки на мешканця, (грн.)	Рівень дотаційності бюджетів, (%)	Частка управлінських видатків, (%)	Частка бюджетних видатків на оплату праці, (%)	Частка капітальних видатків бюджету, (%)	Видатки на культуру, фізкультуру і спорт на мешканця, (грн.)	Частка трансфертів у дохідній частині бюджету, (%)	Частка місцевих податків і зборів у дохідній частині загального фонду бюджету без	Рівень спроможності
Вінницька	Вінницька міська ТГ	399,717	224,6	12 286,4	11 792,0	1 064,4	2 341,2	-8,1%	8,7%	42,3%	16,1%	359,2	12,9%	27,5%	високий
	Городківська сільська ТГ	10,587	463,3	9 765,5	8 523,6	1 606,7	1 887,5	1,9%	16,5%	75,9%	17,8%	411,7	22,5%	20,3%	високий
	Крижопільська селищна ТГ	19,848	416,3	6 413,9	7 936,7	1 196,0	341,6	0,0%	18,6%	73,2%	4,0%	482,6	26,0%	27,1%	оптимальний
	Чечельницька селищна ТГ	13,707	526,5	4 655,4	6 783,9	1 143,5	162,8	19,4%	24,6%	73,6%	2,3%	290,0	40,2%	40,6%	задовільний
	Северинівська сільська ТГ	8,087	221,0	3 249,5	6 648,9	1 142,5	145,8	28,1%	35,2%	88,4%	2,1%	326,8	56,8%	42,4%	низький
Житомирська	Житомирська міська ТГ	239,597	87,4	11 265,1	11 633,3	675,4	1 960,8	-6,3%	6,0%	47,7%	13,7%	199,2	18,2%	26,0%	високий
	Коростенська міська ТГ	67,410	816,6	8 247,4	9 064,9	1 126,2	563,8	0,0%	13,7%	67,7%	5,7%	511,4	22,5%	29,1%	високий
	Новогуйвинська селищна ТГ	20,358	435,5	6 550,4	8 662,6	1 225,7	346,7	-2,1%	18,7%	75,9%	3,8%	471,0	15,6%	22,5%	оптимальний
	Олевська міська ТГ	35,454	148,2	4 133,0	8 556,8	845,5	615,0	20,1%	20,5%	83,5%	6,4%	267,0	54,7%	33,7%	задовільний
	Горщиківська сільська ТГ	2,947	133,4	7 197,8	10 120,3	2 905,0	599,1	4,3%	40,4%	80,6%	5,5%	125,8	19,7%	50,2%	задовільний
	Гришківська селищна ТГ	9,779	215,1	3 650,8	6 973,1	1 252,2	563,1	28,1%	34,3%	76,5%	7,4%	335,2	45,0%	48,0%	низький
Київська	Боярська міська ТГ	56,054	208,0	11 531,7	12 659,7	1 511,8	1 383,4	-7,1%	13,1%	58,8%	9,5%	547,3	30,1%	28,4%	високий
	Ірпінська міська ТГ	92,955	117,3	8 727,0	7 865,2	925,1	2 153,2	2,7%	10,6%	52,4%	20,7%	258,1	20,9%	39,5%	високий
	Пісківська селищна ТГ	7,571	157,5	7 203,2	10 089,4	1 531,2	1 697,6	0,0%	21,3%	72,2%	14,1%	313,9	38,0%	23,5%	оптимальний

*Продовження таблиці Г.1*

	Кожанська селищна ТГ	8,047	335,1	5 731,5	9 636,8	2 081,2	416,5	17,3%	36,3%	65,5%	4,0%	280,2	36,6%	47,9%	задовільний
	Калитянська селищна ТГ	11,409	245,4	4 103,6	7 742,4	1 525,3	692,2	21,7%	37,2%	77,7%	8,0%	231,2	46,0%	45,4%	низький
Тернопільська	Тернопільська міська ТГ	251,716	167,9	9 962,4	10 238,9	823,0	1 505,3	-6,6%	8,3%	51,1%	12,3%	373,2	17,7%	27,9%	високий
	Бучацька міська ТГ	34,088	531,2	4 850,2	8 137,0	1 140,6	713,6	18,6%	23,5%	78,5%	7,9%	471,6	45,9%	31,5%	оптимальний
	Гримайлівська селищна ТГ	8,407	339,9	5 845,2	8 279,0	2 188,9	427,1	14,2%	37,4%	82,2%	4,9%	259,2	34,8%	36,2%	задовільний
	Скала-Подільська селищна ТГ	9,782	184,9	4 161,6	7 068,5	1 173,6	124,4	21,8%	28,2%	74,6%	1,7%	276,7	40,3%	25,3%	низький
	Саранчуківська	5,750	223,0	3 728,6	7 944,5	1 625,0	34,0	27,1%	43,6%	83,6%	0,4%	322,1	47,7%	31,9%	критичний

## ДОДАТОК Д

Таблиця Д.1

**Видатки на охорону здоров'я на 1 мешканця у 2025 році (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ, Горщиківської сільської ТГ)**

Громада	Загальні видатки бюджету, млн грн	Видатки на охорону здоров'я, млн грн	Частка охорони здоров'я, %	Видатки на охорону здоров'я на 1 мешканця, грн
Боярська міська ТГ	1 296,22	61,49	4,74	1 096,98
Вінницька міська ТГ	8 479,10	269,67	3,18	674,65
Крижопільська селищна ТГ	252,41	8,80	3,49	443,37
Олевська міська ТГ	498,71	12,61	2,53	355,67
Горщиківська сільська ТГ	47,64	0,00 / не виокремлено	0,00	0,00

Таблиця Д.2

**Крос-секційний аналіз оцінки фінансової спроможності та видатків на охорону здоров'я у 2025 році (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ, Горщиківської сільської ТГ)**

Показник	Середнє	Медіана	Мінімум	Максимум	Інтерпретація
Доходи на мешканця, грн	8 312,6	7 197,8	4 133,0	12 286,4	Найвищі доходи має Вінницька ТГ, найнижчі — Олевська
Видатки на мешканця, грн	10 213,1	10 120,3	7 936,7	12 659,7	Найвищі видатки на мешканця — у Боярській ТГ
Дотаційність, %	1,84	0,0	-8,1	20,1	Вінницька і Боярська мають найкращу бюджетну автономність
Частка трансфертів, %	28,68	26,0	12,9	54,7	Найбільша залежність від трансфертів — Олевська ТГ
Частка управлінських видатків, %	20,26	18,6	8,7	40,4	Горщиківська ТГ має надмірно високу управлінську частку

Продовження таблиці Д.2

Частка видатків на оплату праці, %	67,68	73,2	42,3	83,5	Найбільше поточне навантаження — Олевська ТГ і Горщиківська ТГ
Частка капітальних видатків, %	8,30	6,4	4,0	16,1	Найвищий інвестиційний потенціал — Вінницька ТГ
Видатки на охорону здоров'я, млн грн	70,51	12,61	0,00	269,67	Абсолютний лідер — Вінницька ТГ
Видатки на охорону здоров'я на 1 мешканця, грн	514,13	443,37	0,00	1 096,98	Лідер за медичними видатками на особу — Боярська ТГ

Таблиця Д.3

**Оцінка індексу управлінської ефективності медичного обслуговування за період 2022-2025 рр. (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ)**

Територіальна громада	2022	2023	2024	2025	Динаміка зміни 2025/2022, %
Вінницька міська ТГ	0,0461	0,0305	0,0298	0,0290	-37,1
Боярська міська ТГ	0,0440	0,0386	0,0421	0,0412	-6,4
Крижопільська селищна ТГ	0,0421	0,0430	0,0265	0,0284	-32,5
Олевська міська ТГ	0,0288	0,0270	0,0249	0,0201	-30,2

Таблиця Д.4

**Аналітичні дані щодо рівня доходу та видатків на охорону здоров'я на 1 мешканця у 2025 році (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ)**

Територіальна громада	Доходи на 1 мешканця, грн	Видатки на охорону здоров'я, млн грн	Населення, тис. осіб	Медичні видатки на 1 мешканця, грн
Вінницька міська ТГ	12 286,4	269,67	399,717	674,7
Боярська міська ТГ	11 531,7	61,49	56,054	1 097,0

Продовження таблиці Д.4

Крижопільська селищна ТГ	6 413,9	8,80	19,848	443,4
Олевська міська ТГ	4 133,0	12,61	35,454	355,7

Таблиця Д.5

**Особливості розподілу місць надання медичних послуг закладами охорони здоров'я у територіальних громадах (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ)**

Територіальна громада	Кількість місць надання медичної допомоги у ЗОЗ	Напрями надання допомоги	Кількість пакетів послуг
Вінницька міська ТГ	106	Первинна, спеціалізована	295
Боярська міська ТГ	11	Первинна, спеціалізована	48
Крижопільська селищна ТГ	6	Первинна, спеціалізована	21
Олевська міська ТГ	5	Первинна, спеціалізована	18
Горщиківська сільська ТГ	1	Первинна	1

Таблиця Д.6

**Ведення електронних медичних записів у ЕСОЗ надавачами послуг різних форм власності за період 2022 - 2025 (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ)**

Територіальна громада	Кількість надавачів в ЕСОЗ	Створено ЕМЗ (всього), млн	Розподіл надавачів, які створили ЕМЗ (за формою власності)				Розподіл частки надавачів від кількості зареєстрованих закладів, які створили ЕМЗ (за формою власності)			
			Приватна	ФОП	Комунальна	Державна	Приватна	ФОП	Комунальна	Державна
Вінницька міська ТГ	336	56,2	36,6%	30,6%	27,2%	5,2%	14,6%	12,2%	11,0%	2,1%
Боярська міська ТГ	12	8,72	9,1%	18,2%	72,7%	-	8,3%	16,7%	66,7%	-
Крижопільська селищна ТГ	8	3,69	-	66,7%	33,3%	-	-	50,0%	25,0%	-
Олевська міська ТГ	12	3,27	40,0%	20,0%	40,0%	-	16,7%	8,3%	16,7%	-

Таблиця Д.7

**Фінансування надавачів медичних послуг у територіальних громадах у 2025 році (з урахуванням валідованих звітів НСЗУ на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ)**

Територіальна громада	Прозвітувало надавачів медичних послуг	Програма медичних гарантій, млрд грн	Державний бюджет, млн грн	Місцеві бюджети, млн грн	Платні послуги, страхові виплати, млн грн	Благодійна допомога, млн грн	Інше, млн
Вінницька міська ТГ	23	3,8	418,3	461,0	143,7	327,2	109,3

*Продовження таблиці Д.7*

Боярська міська ТГ	4	0,3629	47,0	177,0	8,5	102,7	17,2
Крижопільська селищна ТГ	2	0,098	0,412	8,8	3,8	5,2	4,1
Олевська міська ТГ	2	0,774	2,5	11,8	3,4	2,6	4,0

## ДОДАТОК Е

Таблиця Е.1

**Система ключових показників ефективності (КРІ) управління медичним обслуговуванням територіальних громад у 2025 р. (на прикладі Боярської міської ТГ, Вінницької міської ТГ, Крижопільської селищної ТГ, Олевської міської ТГ)**

№	КРІ	Формула розрахунку	Вінницька ТГ	Боярська ТГ	Крижопільська ТГ	Олевська ТГ
1	Індекс фінансової спроможності медичної системи (ІФС)	Доходи на 1 мешканця, грн	12 286,4	11 531,7	6 413,9	4 133,0
2	Частка видатків на охорону здоров'я	Видатки на охорону здоров'я / Загальний бюджет × 100	3,18%	4,74%	3,49%	2,53%
3	Медичні видатки на 1 мешканця	Видатки на охорону здоров'я / Населення	674,7	1 097,0	443,4	355,7
4	Індекс управлінської ефективності медичного обслуговування (ІУЕМО)	(Видатки на охорону здоров'я / Бюджет) × (1 – частка управлінських витрат)	0,0290	0,0412	0,0284	0,0201
5	Коефіцієнт бюджетної автономії	100 – частка трансфертів	87,1%	69,9%	74,0%	45,3%
6	Коефіцієнт інвестиційного потенціалу	Частка капітальних видатків бюджету	16,1%	9,5%	4,0%	6,4%
7	Коефіцієнт адміністративної ефективності	100 – частка управлінських видатків	91,3%	86,9%	81,4%	79,5%
8	Коефіцієнт медичної доступності	Кількість місць надання допомоги / 10 тис. населення	2,65	1,96	3,02	1,41

*Продовження таблиці Е.1*

<b>9</b>	Коефіцієнт різноманітності медичних послуг	Кількість пакетів НСЗУ / Кількість місць надання допомоги	2,78	<b>4,36</b>	3,50	3,60
<b>10</b>	Індекс цифрової зрілості медичної системи	Кількість ЕМЗ / Кількість надавачів	<b>167,3 тис.</b>	726,7 тис.	461,3 тис.	272,5 тис.
<b>11</b>	Кількість пакетів НСЗУ	Абсолютний показник	<b>295</b>	48	21	18
<b>12</b>	Кількість місць надання медичної допомоги	Абсолютний показник	<b>106</b>	11	6	5

**ДОДАТОК Ж**  
**ДОДАТОК Ж.1**



**КОРОСТЕНСЬКА РАЙОННА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ**  
**ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ**  
**КОРОСТЕНСЬКА РАЙОННА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ**  
**ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

вул. Грушевського, 60/2, м. Коростень, Житомирська область, 11500 тел. (04142) 5-00-11

E-mail: [krda@krstrda.zht.gov.ua](mailto:krda@krstrda.zht.gov.ua), web: [www.korostenska-rda.gov.ua](http://www.korostenska-rda.gov.ua)

Код ЄДРПОУ 04053513

*11.05.2026* № *02-8/2222*

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Дисертаційне дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням у територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» є актуальним та має вагомим науково-практичне значення в умовах реформування системи охорони здоров'я та реалізації процесів децентралізації в Україні. Розширення повноважень органів місцевого самоврядування у сфері забезпечення населення якісними та доступними медичними послугами потребує впровадження сучасних механізмів публічного управління, здатних забезпечити ефективне функціонування системи медичного обслуговування на рівні територіальних громад.

У роботі обґрунтовано теоретичні та практичні підходи до формування механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади як складової реалізації державної політики охорони здоров'я. Особливу увагу приділено застосуванню ситуаційного підходу в управлінні, удосконаленню координації діяльності органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я, впровадженню цифрових технологій, оптимізації маршрутів пацієнтів, а також розвитку спроможної мережі медичних закладів.

Практичне значення мають запропоновані автором рекомендації щодо використання програмно-цільового підходу до планування розвитку сфери охорони здоров'я, удосконалення системи оцінювання доступності та якості медичних послуг, посилення міжсекторальної взаємодії та підвищення

ефективності управлінських рішень у сфері медичного обслуговування населення.

Окремі результати та положення дисертаційного дослідження впроваджено у діяльність Олевської та Горщиківської територіальних громад Коростенського району Житомирської області під час розроблення та реалізації заходів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, використано пропозиції щодо підвищення рівня координації між первинною та спеціалізованою медичною допомогою, удосконалення управління медичними послугами та застосування інструментів оцінювання ефективності системи медичного обслуговування.

Реалізація запропонованих у дисертації підходів сприяла вдосконаленню управління розвитком системи медичного обслуговування територіальних громад, підвищенню ефективності використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів, а також узгодженню місцевих управлінських рішень із пріоритетами державної політики у сфері охорони здоров'я.

Голова



Олег РЯБОЙ

## ДОДАТОК Ж.2



**БОЯРСЬКА МІСЬКА РАДА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ  
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

вул. М. Грушевського, 39, м. Боярка, Київська обл., 08150, тел.: (067)204-09-95  
E-mail: mailer@mistoboyarka.gov.ua , код ЄДРПОУ 36263776

від 07.05 2016р. № 02-10/3159-16 На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

**За місцем вимоги**

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління  
медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі  
реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття  
наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»**

Дисертаційне дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» виконане на актуальну наукову проблематику та вирізняється вагомою теоретичною і практичною значущістю. Отримані автором наукові результати, узагальнення та практичні рекомендації мають прикладний характер і можуть бути ефективно використані у діяльності органів місцевого самоврядування, а також закладів охорони здоров'я різних рівнів.

Суттєвий практичний інтерес становить розроблений автором комплексний підхід до удосконалення механізмів управління медичним обслуговуванням територіальних громад, що базується на поєднанні програмно-цільового методу та стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я. Запропоновані підходи орієнтовані на підвищення результативності управлінських рішень, оптимізацію розподілу ресурсів та забезпечення узгодженості між локальними потребами громади і цілями державної політики охорони здоров'я.

Окремі положення дисертаційного дослідження знайшли практичне застосування у діяльності органу місцевого самоврядування Боярської міської територіальної громади, а також підпорядкованих йому підприємств, установ та закладів, де використано окремі положення наукової новизни дисертації, що стосуються підвищення ефективності

управління медичним обслуговуванням територіальної громади. Зокрема, проаналізовано позиції та підходи до раціоналізації використання фінансових ресурсів і кадрового потенціалу, посилення координації між рівнями надання медичної допомоги, а також удосконалення системи моніторингу доступності та якості медичних послуг.

Практична реалізація запропонованих автором рішень сприяє підвищенню адаптивності закладів охорони здоров'я до сучасних викликів, зокрема в умовах правового режиму воєнного стану, зростання навантаження на медичну систему та обмеженості ресурсного забезпечення. Водночас це створює передумови для формування стійкої та ефективної системи медичного обслуговування на рівні територіальної громади.

Запропоновані та обґрунтовані автором підходи, що ґрунтуються на принципах відкритості, прозорості, міжсекторальної взаємодії та людиноорієнтованості, сприяють удосконаленню стратегічного розвитку системи охорони здоров'я територіальної громади, підвищенню рівня довіри населення до медичних інституцій та забезпеченню сталого розвитку медичного обслуговування у довгостроковій перспективі.

**Керуюча справами**



**Ганна САЛАМАТІНА**

## ДОДАТОК Ж.3


**ОЛЕВСЬКА МІСЬКА РАДА  
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

вул. Володимирська, 2, м. Олевськ, Житомирська область, 11001, тел./факс (041-35)2-11-52;  
e-mail: olevsk\_miskrada@ukr.net

*08.05.2026 № 1998*

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Дисертаційна робота Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» характеризується високим рівнем актуальності та науково-практичної значущості. Це зумовлено тим, що в умовах децентралізації територіальні громади набули розширених повноважень у сфері організації та забезпечення доступності й якості медичних послуг, що, у свою чергу, потребує формування ефективних механізмів публічного управління на місцевому рівні. Раціональна організація медичного обслуговування виступає ключовим чинником збереження здоров'я населення, підвищення рівня соціальної захищеності та формування спроможної системи охорони здоров'я громади.

Науково-практичну цінність становлять результати дослідження автора, спрямовані на формування цілісного механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади як складової реалізації державної політики охорони здоров'я з урахуванням ситуаційного підходу. Обґрунтовано інструментарій підвищення ефективності управлінської діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, зокрема шляхом впровадження цифрових технологій, удосконалення системи управління маршрутами пацієнтів, розвитку спроможної мережі закладів охорони здоров'я та посилення міжсекторальної взаємодії.

Практичне впровадження окремих положень дисертаційного дослідження здійснено у діяльності Олевської територіальної громади, де при розробленні програм розвитку охорони здоров'я використано пропозиції щодо застосування програмно-цільового підходу до планування медичних послуг, підвищення рівня координації між первинною та спеціалізованою ланками медичної допомоги, а також впровадження інструментів оцінювання доступності та якості медичного обслуговування населення.

Реалізація запропонованих автором підходів сприяла системному вдосконаленню управління розвитком медичного обслуговування територіальної громади, підвищенню ефективності прийняття управлінських рішень, узгодженню локальних стратегічних пріоритетів із цілями державної політики охорони здоров'я та забезпеченню більш раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів.

Міський голова



Сергій ЛИСИЦЬКИЙ

## ДОДАТОК Ж.4



**ГОРЩИКІВСЬКА СІЛЬСЬКА РАДА  
КОРОСТЕНСЬКОГО РАЙОНУ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ**  
11560, с.Горщик, вул.Центральна,31, тел. +380969742062  
[gorshik11560@ukr.net](mailto:gorshik11560@ukr.net) Код ЄДРПОУ 04347930

Вих.320/03-22 від 08.05.2026 р.

### ДОВІДКА

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Дисертаційна робота Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» характеризується високим рівнем актуальності та науково-практичної значущості. Це зумовлено тим, що в умовах децентралізації територіальні громади набули розширених повноважень у сфері організації та забезпечення доступності й якості медичних послуг, що, у свою чергу, потребує формування ефективних механізмів публічного управління на місцевому рівні. Рациональна організація медичного обслуговування виступає ключовим чинником збереження здоров'я населення, підвищення рівня соціальної захищеності та формування спроможної системи охорони здоров'я громади.

Науково-практичну цінність становлять результати дослідження автора, спрямовані на формування цілісного механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади як складової реалізації державної політики охорони здоров'я з урахуванням ситуаційного підходу. Обґрунтовано інструментарій підвищення ефективності управлінської діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, зокрема шляхом впровадження цифрових технологій, удосконалення системи управління маршрутами пацієнтів, розвитку спроможної мережі закладів охорони здоров'я та посилення міжсекторальної взаємодії.

Практичне впровадження окремих положень дисертаційного дослідження здійснено у діяльності Горщиківської територіальної громади, де при розробленні програм розвитку охорони здоров'я використано пропозиції щодо застосування програмно-цільового підходу до планування медичних послуг,

підвищення рівня координації між первинною та спеціалізованою ланками медичної допомоги, а також впровадження інструментів оцінювання доступності та якості медичного обслуговування населення.

Реалізація запропонованих автором підходів сприяла системному вдосконаленню управління розвитком медичного обслуговування територіальної громади, підвищенню ефективності прийняття управлінських рішень, узгодженню локальних стратегічних пріоритетів із цілями державної політики охорони здоров'я та забезпеченню більш раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів.

**Сільський голова**



**Олексій ТУРОВСЬКИЙ**

## ДОДАТОК Ж.5



ОЛЕВСЬКА МІСЬКА РАДА

Житомирської області

РАДОВЕЛЬСЬКИЙ СТАРОСТИНСЬКИЙ ОКРУГ (С.РАДОВЕЛЬ)

Вул. Київська,1, с.Радовель, Житомирська обл., 11025, тел:0967557943

Email: radaradovel@gmail.com ЄДРПОУ 04343620

Від 16.04. 2026 року

### ДОВІДКА

**Про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Результати дисертаційного дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», впроваджені у діяльність Радовельського старостинського округу(Олевської міської ради)з метою підвищення ефективності функціонування системи медичного обслуговування територіальної громади.

У межах практичного впровадження використано авторські розробки щодо формування комплексного механізму управління медичним обслуговуванням на місцевому рівні, що передбачає: інтеграцію стратегічного та програмно-цільового планування у сфері охорони здоров'я; удосконалення організаційної структури управління закладами охорони здоров'я; запровадження системи моніторингу результативності надання медичних послуг; посилення взаємодії органів місцевого самоврядування з закладами охорони здоров'я та іншими суб'єктами реалізації державної політики охорони здоров'я.

Наукові рекомендації автора використано під час удосконалення механізмів фінансового забезпечення та контролю якості медичних послуг.

Практичне застосування результатів дослідження сприяло підвищенню прозорості управлінських процесів, покращенню координації між закладами охорони здоров'я, зміцненню кадрової та ресурсної спроможності громади у сфері охорони здоров'я.

Запропоновані наукові положення забезпечують системний підхід до управління медичним обслуговуванням та створюють основу для довгострокового розвитку локальної системи охорони здоров'я відповідно до стратегічних пріоритетів державної політики.

Староста Загорулько Світлана Миколаївна

## ДОДАТОК Ж.6



УКРАЇНА

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ  
 Коомунальне некомерційне підприємство  
**ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ДИТЯЧА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ**  
 Вінницької обласної Ради  
 21032, Україна, м. Вінниця, вул. Київська, 68, ☎/☎: 66-62-80, ☎: 66-41-28,

e-mail: [vocdil@ukr.net](mailto:vocdil@ukr.net)

## ДОВІДКА

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Результати дисертаційного дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», впроваджено у діяльність КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної ради» з метою удосконалення системи управління якістю медичного обслуговування та підвищення ефективності внутрішнього клінічного аудиту.

У межах практичного впровадження використано розроблений у процесі дослідження інструментарій оцінювання якості ведення медичної документації та клінічного процесу, зокрема чек-лист із 34 критеріїв оцінки якості ведення медичної карти стаціонарного хворого (форма №003/о), який охоплює: повноту збору анамнезу та первинного огляду; обґрунтованість діагностики та відповідність лікування клінічним протоколам МОЗ; коректність дозування лікарських засобів та раціональність антибіотикотерапії; дотримання принципів інфекційного контролю; юридичну валідність та якість ведення медичної документації в паперовій формі та в ЕСОЗ; оцінку ефективності терапії та динаміки стану пацієнта.

Запровадження даного інструменту дозволило систематизувати внутрішній контроль якості медичної допомоги, підвищити відповідність клінічної практики чинним стандартам та протоколам, а також посилити управлінський вплив керівництва закладу на результати лікувального процесу.

Практичне застосування розробленої системи оцінювання сприяло: підвищенню рівня клінічної відповідальності медичних працівників; покращенню якості ведення медичної документації; зниженню ризиків клінічних та юридичних ускладнень; впровадженню принципів доказовості та раціональної фармакотерапії; зміцненню системи управління якістю медичного обслуговування на рівні територіальної громади.

Використання результатів дослідження забезпечило підвищення прозорості та керованості процесів надання медичної допомоги, що відповідає стратегічним завданням реалізації державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Директор КНП «ВОКДІЛ ВОР»

10.11.2025г.



Людмила БРОВІНСЬКА

## ДОДАТОК Ж.7



УКРАЇНА

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ  
 Комунальне некомерційне підприємство  
**ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ДИТЯЧА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ**  
 Вінницької обласної Ради

21032, Україна, м. Вінниця, вул. Київська, 68, ☎/📠: 66-62-80, 📠: 66-41-28,

e-mail: [vocdil@ukr.net](mailto:vocdil@ukr.net)

## ДОВІДКА

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Дисертаційне дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» виконане на актуальну тему, а отримані наукові положення, висновки та практичні рекомендації мають прикладне значення для органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я, в тому ж числі.

Практичний інтерес становить запропонований автором комплекс заходів щодо удосконалення механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади на засадах програмно-цільового підходу та стратегічного планування. Зокрема, у діяльності КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня Вінницької обласної Ради» використовуються напрацювання автора щодо впровадження інструментів підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я, оптимізації використання фінансових і кадрових ресурсів, удосконалення координації між первинною та спеціалізованою ланками медичної допомоги, а також запровадження системи моніторингу якості та доступності медичних послуг.

У практичному застосуванні запропоновані підходи дозволяють не лише підвищити спроможність закладу охорони здоров'я реагувати на кризові виклики, зокрема в умовах воєнного стану та зростання навантаження на систему охорони здоров'я, але й формувати підґрунтя для сталого розвитку локальної системи медичного обслуговування.

Прогнозиції автора щодо управління медичним обслуговуванням на засадах прозорості, відкритості, партнерської взаємодії з громадськістю та пацієнтоорієнтованості сприяють удосконаленню стратегічного вектора розвитку системи охорони здоров'я територіальної громади у довгостроковій перспективі.

Директор КНП «ВОКДІ ВОР»

09.03.2026р.



Людмила БРОВІНСЬКА

## ДОДАТОК Ж.8



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«КРИЖОПІЛЬСЬКА ОКРУЖНА ЛІКАРНЯ  
ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ»  
(КНП «Крижопільська ОЛІЛ»)**

вул. Данила Нечая, 10, селище Крижопіль, Тульчинський район, Вінницька область, 24600

тел.(04340) 2-12-99 <https://www.kryzholil.com/>,

e-mail: [kryzhopol\\_OLIL@i.ua](mailto:kryzhopol_OLIL@i.ua), [kryzhopol\\_OLIL@ukr.net](mailto:kryzhopol_OLIL@ukr.net)

Розрахунковий рахунок UA 713204780000026000924859759

ПАТ АБ «УКРГАЗБАНК» МФО 320478

Код ЄДРПОУ 01982560

від *13.09.2026* № *01/602*

На №

від

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Дисертаційна робота Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» є актуальною, оскільки територіальні громади в умовах децентралізації набули ключових повноважень у сфері забезпечення доступності та якості медичних послуг населенню. Ефективне управління медичним обслуговуванням є визначальним чинником збереження здоров'я мешканців громади, підвищення їх соціальної захищеності та формування спроможної локальної системи охорони здоров'я. Водночас без узгодженого механізму реалізації державної політики охорони здоров'я на місцевому рівні неможливо забезпечити сталий розвиток громади.

В умовах російсько-української війни значна частина територіальних громад зазнала руйнувань медичної інфраструктури, кадрових втрат, зростання навантаження на систему охорони здоров'я, а також суттєвого збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб. Це зумовлює необхідність удосконалення управлінських механізмів організації медичного обслуговування, підвищення ефективності використання ресурсів, забезпечення безперервності надання медичної допомоги та впровадження сучасних інструментів моніторингу якості медичних послуг.

Практичний інтерес мають напрацювання автора щодо формування механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади як

складової реалізації державної політики охорони здоров'я з урахуванням ситуаційного підходу, а також виокремлення інструментів підвищення ефективності управлінської діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, в тому числі виділені підходи до детермінації ролі цифровізації. Зокрема, у діяльності Крижопільської територіальної громади при розробці програм розвитку громади використано пропозиції щодо впровадження програмно-цільового підходу до планування медичних послуг, удосконалення координації між первинною та спеціалізованою ланками медичної допомоги, а також запровадження інструментів оцінювання доступності та якості медичного обслуговування населення.

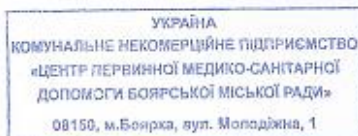
Реалізація запропонованих положень дозволила комплексно підійти до планування розвитку системи охорони здоров'я громади, підвищити результативність управлінських рішень, узгодити стратегічні цілі розвитку медичного обслуговування із завданнями державної політики охорони здоров'я та забезпечити більш раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів громади.

В.о. директора



Тарас КУБАЛЬ

## ДОДАТОК Ж.9



## БОЯРСЬКА МІСЬКА РАДА

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ  
БОЯРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»**

вул. Молодіжна, 1, м. Боярка, Фастівського р-ну, Київської обл., 08150  
Тел.063-355-93-04 ( E-mail: btspsmsd@gmail.com Код ЄДРПОУ 44146863)

10.04.2026 № 01-17/162

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

## ДОВІДКА

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Результати дисертаційного дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», впроваджені у діяльність Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги Боярської міської ради» з метою підвищення ефективності функціонування системи медичного обслуговування територіальної громади.

У межах практичного впровадження використано авторські розробки щодо формування комплексного механізму управління медичним обслуговуванням на місцевому рівні, що передбачає: інтеграцію стратегічного та програмно-цільового планування у сфері охорони здоров'я; удосконалення організаційної структури управління закладами охорони здоров'я; запровадження системи моніторингу результативності надання медичних послуг; посилення взаємодії органів місцевого самоврядування з закладами охорони здоров'я та іншими суб'єктами реалізації державної політики охорони здоров'я.

Наукові рекомендації автора використано під час удосконалення механізмів фінансового забезпечення та контролю якості медичних послуг.

Практичне застосування результатів дослідження сприяло підвищенню прозорості управлінських процесів, покращенню координації між закладами охорони здоров'я, зміцненню кадрової та ресурсної спроможності громади у сфері охорони здоров'я.

Запропоновані наукові положення забезпечують системний підхід до управління медичним обслуговуванням та створюють основу для довгострокового розвитку локальної системи охорони здоров'я відповідно до стратегічних пріоритетів державної політики.

Довідка видана за місцем вимоги

**З повагою,  
Директор**



**Олександр АЗАРОВ**

## ДОДАТОК Ж.10

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЦЕНТР СЛУЖБИ КРОВІ «БІОФАРМА ПЛАЗМА»  
(ТОВ «ЦСК «БІОФАРМА ПЛАЗМА»)  
Поштова адреса: 02000, м. Київ, вул. Івана Мазепи, 1  
Юридична адреса: 09100, Київська обл., м. Біла Церква, вул. Київська, 37-В  
e-mail: [kviv.arsenalna.donor@biopharma.ua](mailto:kviv.arsenalna.donor@biopharma.ua)

Телефон: +38 (099) 474-93-87 – Діана

IBAN UA 40 300528 0000026006000010256  
АТ "ОТП БАНК"  
Код ЄДРПОУ 41805628  
ПІН 418056223017, Виряг № № 2123014500424

### ДОВІДКА

**про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Результати дисертаційного дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», мають практичне значення та впроваджені у діяльність ТОВ «ЦСК «БІОФАРМА ПЛАЗМА».

У процесі практичної діяльності використано авторські підходи до формування цілісного механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади, що передбачає поєднання стратегічного планування, програмно-цілового бюджетування, інструментів оцінювання результативності та моніторингу якості медичних послуг.

Запропоновані в дисертації рекомендації щодо оптимізації управління мережею закладів охорони здоров'я, посилення координації між суб'єктами реалізації державної політики охорони здоров'я, удосконалення процесів прийняття управлінських рішень на засадах доказовості та цифровізації, впровадження індикаторів оцінки доступності та ефективності медичного обслуговування, використані при розробці та реалізації заходів з удосконалення системи охорони здоров'я територіальної громади.

Практичне застосування результатів дослідження сприяло підвищенню інституційної спроможності органів місцевого самоврядування у сфері управління медичним обслуговуванням, більш раціональному використанню фінансових ресурсів, покращенню організаційної взаємодії між управлінськими структурами та закладами охорони здоров'я, посиленню пацієнтоорієнтованості системи медичного обслуговування.

Реалізація наукових положень дисертаційного дослідження дозволила підвищити узгодженість місцевих управлінських рішень із стратегічними пріоритетами державної політики охорони здоров'я та сформуванню передумови для сталого розвитку системи медичного обслуговування територіальної громади в умовах сучасних викликів.

**Виконавчий директор**  
**ТОВ «ЦСК «Біофарма Плазма»**  
27.04.2026р.



**Світлана ФЕДИНА**

## ДОДАТОК Ж.11



ПП «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР «РАДОВЕЛЬ»  
 Ліцензія МОЗ України від 28.08.2021 року  
 Код ЄДРПОУ 43884261  
 Вул. Миколи Хоречка, 4, с. Радовель,  
 Коростенський (Олевський) р-н,  
 Житомирська обл., 11025  
 Тел: +38044 299 3131,  
 E-mail: radowell.medcenter@gmail.com,  
 www.radowell-medcenter.com

## ДОВІДКА

**Про впровадження результатів дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Дисертаційне дослідження Демчишина Ярослава Михайловича на тему: «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я» виконане на актуальну тему, а отримані наукові положення, висновки та практичні рекомендації мають прикладне значення для органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я.

Практичну цінність має проведене автором дослідження, присвячене діяльності закладів охорони здоров'я територіальної громади та ролі органів місцевого самоврядування у ефективній системі медичного обслуговування населення. У межах дослідження проаналізовано ефективність взаємодії між органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я на локальному рівні. Особливу увагу приділено питанням забезпечення доступності та якості медичних послуг, розвитку кадрового потенціалу, оптимізації медичної інфраструктури та підвищення рівня пацієнтоорієнтованості системи.

Напрацювання автора щодо удосконалення механізму управління медичним обслуговуванням територіальної громади в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я були використані на приватному підприємстві «Медичний центр «Радовель» під час вдосконалення нормативно-правового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, а також при оновленні інструментарію стратегічного та програмно-цільового планування розвитку місцевої системи охорони здоров'я.

Запропоновані положення сприяли підвищенню узгодженості управлінських рішень із пріоритетами державної політики охорони здоров'я, посиленню інституційної спроможності громади у сфері медичного обслуговування та формуванню довгострокової стратегії розвитку системи охорони здоров'я територіальної громади загалом.

Медичний директор

ПП «Медичний центр «Радовель» \_\_\_\_\_

Терещенко Н.Д.

Видано 26.06.2025 року

## ДОДАТОК Ж.12

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор ЗВО з науково-педагогічної та  
навчальної роботи  
Національного медичного університету  
ім. О.О. Богомольця

проф. Олег ВЛАСЕНКО  
«23» березня 2026 р.

АКТ

впровадження результатів дисертаційного дослідження у навчальний процес

- Назва впровадження:** «Аналіз механізмів публічного управління медичним обслуговуванням територіальної громади у процесі реалізації публічної політики охорони здоров'я»
- Ким запропоновано, адреса, виконавці:**  
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу Західноукраїнського національного університету (м. Тернопіль, вул. Львівська 11, 46000), Демчишин Ярослав Михайлович.  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (м.Вінниця, вул. Пирогова 56, 21000), Демчишин Ярослав Михайлович.
- Джерело інформації:** Demchyshyn, Y., Veresniuk, N., Lavrentii, D., Monastyrskiy, G., & Levytka, Y. (2026). Governance and reform in the healthcare system: Key challenges and perspectives. *JANUS.NET, e-journal of International Relations*, 16(2), 382–391. URL: <https://janusnet-ojs.autonoma.pt/index.php/janus/article/view/303>. DOI: <https://doi.org/10.26619/1647-7251.DT0226.20>;  
Демчишин, Я., & Монастирський, Г. (2025). Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>; Демчишин, Я., & Монастирський, Г. (2025). Модернізація державної політики охорони здоров'я в умовах сучасних викликів: національний та локальний виміри. *Філософія та управління*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>; Демчишин, Я. (2025). Механізми підвищення якості медичного обслуговування в територіальній громаді. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 47, 79–87. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.14>; Demchyshyn, Y. (2026). Formation of municipal health policy: An adaptive approach. *Public Management and Policy*, 3(19). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2026.3.03>
- Базова установа, яка проводить впровадження:** Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
- Форма впровадження:** окремі положення дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти ОПП «Менеджмент у сфері охорони здоров'я» (у тематику занять ОК «Економічні основи сфери охорони здоров'я», ОК «Інформаційно-комунікаційні системи та цифрова трансформація охорони здоров'я»), ОНП «Менеджмент медичної сфери» (ОК «Економічні основи сфери охорони здоров'я», ОК «Інформаційно-комунікаційні системи та цифрова трансформація охорони здоров'я»).
- Ефективність впровадження:** Ефективність впровадження виявляється у підвищенні рівня професійної підготовки здобувачів вищої освіти через інтеграцію сучасних концепцій публічного управління медичним обслуговуванням, що забезпечує формування практично спрямованих компетентностей у сфері управління системою охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

«23» березня 2026 р.

Завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я  
доктор медичних наук, професор

Начальник відділу навчально-методичної роботи,  
ліцензування та акредитації, PhD, доцент,  
доцент кафедри медичної і біологічної  
фізики та інформатики

В.Д. Парій

І.І. Кучеренко

## ДОДАТОК Ж.13



ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор ЗВО з науково-педагогічної роботи  
та післядипломної освіти  
Вінницького національного медичного  
університету ім. М. І. Пирогова

проф. Олександр НАЗАРЧУК  
05 2026 р.


## АКТ

впровадження результатів дисертаційного дослідження у навчальний процес


- Назва впровадження:** «Аналіз механізмів публічного управління медичним обслуговуванням територіальної громади у процесі реалізації публічної політики охорони здоров'я»
- Ким запропоновано, адреса, виконавці:**  
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу Західноукраїнського національного університету (м. Тернопіль, вул. Львівська 11, 46000), Демчишин Ярослав Михайлович.  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (м.Вінниця, вул. Пирогова 56, 21000), Демчишин Ярослав Михайлович.
- Джерело інформації:** Demchyshyn, Y., Veresniuk, N., Lavrentii, D., Monastyrskyi, G., & Levytska, Y. (2026). Governance and reform in the healthcare system: Key challenges and perspectives. JANUS.NET, e-journal of International Relations, 16(2), 382–391. URL: <https://janusnet-ojs.autonoma.pt/index.php/janus/article/view/303>. DOI: <https://doi.org/10.26619/1647-7251.DT0226.20>; Демчишин, Я., & Монастирський, Г. (2025). Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05>; Демчишин, Я., & Монастирський, Г. (2025). Модернізація державної політики охорони здоров'я в умовах сучасних викликів: національний та локальний виміри. *Філософія та управління*, 7–8(11–12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>; Демчишин, Я. (2025). Механізми підвищення якості медичного обслуговування в територіальній громаді. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 47, 79–87. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.14>; Demchyshyn, Y. (2026). Formation of municipal health policy: An adaptive approach. *Public Management and Policy*, 3(19). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2026.3.03>
- Базова установа, яка проводить впровадження:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра менеджменту та маркетингу.
- Форма впровадження:** у навчальний процес здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти ОПП «Менеджмент в охороні здоров'я» (у тематику занять ОК «Менеджмент закладу охорони здоров'я», ОК «Організація, економіка та фінансування охорони здоров'я»).
- Ефективність впровадження:** Ефективність впровадження полягає у підвищенні якості підготовки здобувачів вищої освіти шляхом інтеграції сучасних підходів до публічного управління медичним обслуговуванням, що сприяє формуванню практично орієнтованих компетентностей у сфері публічного управління системою охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

«08» 05 2026 р.

Відповідальний за впровадження:

 д.е.н. Юлія ГОЛОВЧУК

В.о. завідувача кафедри менеджменту та маркетингу  
Вінницького національного медичного  
університету ім. М.І. Пирогова

 д.е.н. Юлія ГОЛОВЧУК

## ДОДАТОК Ж.14



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46009; тел./факс +380 (352) 51-75-75;  
www.wunu.edu.ua; rektor@wunu.edu.ua; ідентифікаційний код за ЄДРПОУ 33680120

**ДОВІДКА**

**про впровадження у навчальний процес результатів наукового дослідження Демчишина Ярослава Михайловича «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я»**

Основні положення та отримані результати дисертаційного дослідження Демчишина Ярослава Михайловича «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я», поданого на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», впроваджені у навчальний процес Західноукраїнського національного університету при поглибленні змістового наповнення та розробці управлінських ситуацій з дисциплін: «Основи публічного управління», «Управління соціально-економічним розвитком в умовах європейської інтеграції», «Управління наданням публічних послуг в умовах цифровізації», «Місцеве самоврядування», «Муніципальний менеджмент» в рамках підготовки здобувачів вищої освіти за освітньою програмою «Публічне управління та адміністрування» на першому рівні вищої освіти за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування».

**Проректор з науково-педагогічної роботи**



**Віктор ОСТРОВЕРХОВ**

Виконавець:  
Руслан АВГУСТИН  
0673542042

ЗУНУ  
№ 126-26/1225 від 18.05.2026



## ДОДАТОК К



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА ЧАСТИНА**

46009, Україна, м. Тернопіль, вул. Львівська, буд. 5А, тел. (0352) 51-75-52

№ 21/15 - 2026

« 21 » 04 20 26 року

## ДОВІДКА

## про участь у виконанні науково-дослідних робіт

Видана ДЕМЧИШИНУ Ярославу Михайловичу про участь у виконанні науково-дослідних робіт Західноукраїнського національного університету. Зокрема, у 2023-2023 роках він долучилася до підготовки госпдоговірної НДР «Розроблення програми підвищення ефективності управління розвитком територіальної громади в умовах сучасних загроз» (державний реєстраційний номер 0122U200784). Також Демчишин Я.М. бере участь у підготовці науково-дослідної роботи, яка виконується у 2023-2027 роках професорсько-викладацьким персоналом, докторантами, аспірантами та здобувачами наукового ступеня кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ в межах основного робочого часу «Менеджмент та публічне управління в умовах трансформацій» (державний реєстраційний номер 0123U103562) в розробці розділу «Управління медичним обслуговуванням в територіальній громаді в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я».

Начальник науково-дослідної частини Віта СЕМАНЮК

