

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ПРАВОРЧУК ЄВГЕН ОЛЕГОВИЧ

Допускається до захисту:
завідувач кафедри політології
та державного управління
д.політ.н., професор
_____ Чальцева О.М.
«_____» _____ 20__ р.

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ НА
РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Науковий керівник:
Прямухіна Н.В.
д.е.н, професор кафедри
політології та державного управління,

Оцінка: _____ / _____ / _____

(бали/за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____

Вінниця 2025

АНОТАЦІЯ

Праворчук Є. О. Державне управління медичними закладами на регіональному рівні – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття наукового ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування. Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2025.

У кваліфікаційній роботі досліджено теоретичні, методологічні та прикладні аспекти державного управління медичними закладами на регіональному рівні в Україні. Розкрито зміст і структуру державного управління у сфері охорони здоров'я, визначено його ключові принципи, функції та організаційно-правові механізми. Особливу увагу приділено аналізу державної політики у галузі медицини на рівні регіонів з урахуванням вітчизняного досвіду та практики країн Європейського Союзу. Обґрунтовано методологічні підходи до оцінювання ефективності управління медичними закладами, зокрема за критеріями результативності, доступності та якості медичних послуг.

На основі аналізу інституційної структури органів влади у сфері охорони здоров'я виявлено основні проблеми координації між державними, регіональними та місцевими інституціями. Проведено оцінку фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів на прикладі суб'єкта первинної медичної допомоги – ФОП Праворчук Є. О. Встановлено, що ефективність державного управління у медичній сфері обмежується недосконалістю розподілу повноважень, нерівномірністю фінансування та недостатнім рівнем цифровізації управлінських процесів.

У роботі запропоновано напрями вдосконалення державного управління медичними закладами на регіональному рівні, серед яких: поглиблення процесів децентралізації, посилення автономії закладів охорони здоров'я, розвиток цифрової інфраструктури, впровадження системи електронного врядування та використання кращих європейських практик управління. Реалізація запропонованих заходів сприятиме підвищенню ефективності управлінських

рішень, зміцненню кадрового потенціалу та забезпеченню сталого розвитку регіональної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: державне управління, охорона здоров'я, регіональна політика, медичні заклади, децентралізація, цифровізація, ефективність управління.

Бібліограф.: 118 найм.

ABSTRACT

Pravorchuk Ye. O. Public Administration of Medical Institutions at the Regional Level– Qualification Research Paper.

Qualification work for the degree of Master's Degree in speciality 0413 Management and administration. Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2025.

The qualification paper explores the theoretical, methodological, and applied aspects of public administration of medical institutions at the regional level in Ukraine. The content and structure of public administration in the healthcare sector are revealed, and its key principles, functions, and organizational and legal mechanisms are defined. Particular attention is paid to the analysis of state policy in the field of medicine at the regional level, taking into account domestic experience and the practices of the European Union member states. Methodological approaches to assessing the efficiency of medical institutions' management are substantiated, particularly according to the criteria of effectiveness, accessibility, and quality of medical services.

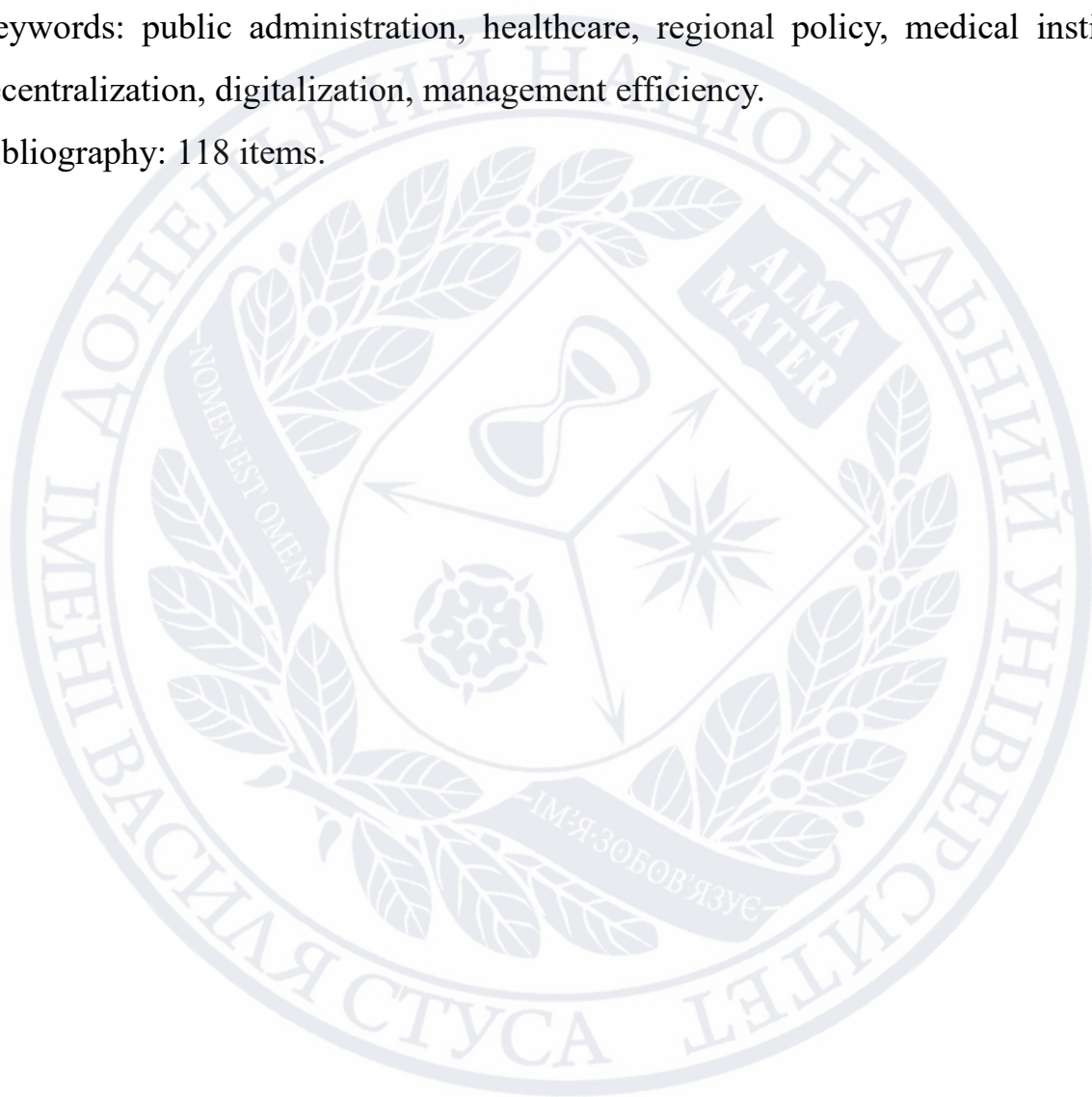
Based on the analysis of the institutional structure of public authorities in the healthcare sector, the main problems of coordination between state, regional, and local institutions have been identified. The study provides an assessment of the financial, personnel, and material-technical support of medical institutions using the example of a primary healthcare provider – FOP Pravorchuk Ye. O. It is determined that the efficiency of public administration in the medical sphere is constrained by imperfect distribution of powers, uneven financing, and insufficient digitalization of management processes.

The paper proposes directions for improving public administration of medical institutions at the regional level, including deepening decentralization processes,

strengthening the autonomy of healthcare institutions, developing digital infrastructure, implementing e-governance systems, and applying the best European management practices. The implementation of the proposed measures will contribute to enhancing the effectiveness of management decisions, strengthening human resource potential, and ensuring the sustainable development of the regional healthcare system.

Keywords: public administration, healthcare, regional policy, medical institutions, decentralization, digitalization, management efficiency.

Bibliography: 118 items.



ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ.....	12
1.1. Організація державного управління у сфері охорони здоров'я.....	12
1.2. Державна політика в галузі медицини на рівні регіонів: вітчизняний та зарубіжний досвід	19
1.3. Методологічні підходи до оцінювання ефективності управління медичними закладами.....	29
Висновки до розділу 1.....	38
РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	40
2.1. Інституційна структура органів влади у сфері управління медичними закладами на регіональному рівні	40
2.2 Аналіз фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів	52
2.3. Проблеми взаємодії державних та місцевих органів влади у процесі управління.....	58
Висновки до розділу 2.....	67
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	70
3.1. Напрями децентралізації та посилення автономії регіональних медичних закладів	70
3.2. Перспективи використання цифрових технологій та електронного врядування у медичній сфері	76
3.3. Можливості імплементації кращих європейських практик у систему регіонального медичного управління.....	83
Висновки до розділу 3.....	88
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ	94
ДОДАТКИ	108

Список скорочень:

KPI – Key Performance Indicator (ключовий показник ефективності)

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

КНП – Комунальне некомерційне підприємство

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

МТБ – Матеріально-технічна база

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОВА – Обласна військова адміністрація

ОМС – Органи місцевого самоврядування

ПДФО – Податок на доходи фізичних осіб

ПМГ – Програма медичних гарантій

ПМД – Первинна медична допомога

ФАП – Фельдшерсько-акушерський пункт

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасні умови розвитку системи охорони здоров'я України вимагають переосмислення підходів до державного управління медичними закладами, особливо на регіональному рівні, де відбувається безпосереднє надання медичних послуг населенню. Зміни у законодавстві, впровадження медичної реформи, фінансова децентралізація, вплив пандемій та військової агресії російської федерації створили нові виклики для органів публічного управління, що обумовлює потребу у вдосконаленні механізмів управління в медичній сфері.

Управління медичними закладами на рівні регіонів набуло особливого значення у зв'язку з делегуванням частини управлінських повноважень органам місцевого самоврядування, а також з підвищенням ролі територіальних громад у забезпеченні ефективності та якості медичного обслуговування. У цьому контексті *актуальними* стають питання забезпечення належного стратегічного планування, моніторингу якості медичних послуг, ефективного розподілу фінансових ресурсів та кадрової політики у медичних установах. Незважаючи на позитивні зрушення, що спостерігаються у процесі реалізації медичної реформи, досі існує низка проблем, пов'язаних із недостатньою координацією між різними рівнями влади, слабкою інституційною спроможністю органів місцевого самоврядування, неефективністю управлінських рішень, а також нерівномірністю доступу до медичних послуг у регіонах.

Проблематика державного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема на регіональному рівні, активно досліджується як вітчизняними, так і зарубіжними науковцями. У фокусі їхньої уваги перебувають питання ефективності управлінських механізмів, децентралізації управління медичними закладами, кадрового забезпечення, фінансування та якості надання медичних послуг.

Стан теоретичної розробки теми. Серед вітчизняних дослідників слід відзначити праці О. Макогона, В. Рудого, О. Гунька, які досліджують особливості функціонування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації, акцентуючи

увагу на ролі органів місцевого самоврядування у забезпеченні ефективної медичної інфраструктури на регіональному рівні. Особливу увагу приділено питанням стратегічного управління, використання інструментів програмно-цільового методу, міжмуніципального співробітництва, а також публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Вагомий внесок у розробку методології управління медичними закладами зроблено в рамках досліджень Інституту стратегічних досліджень МОЗ України, який аналізує результати реформування первинної та вторинної ланки медичної допомоги, а також функціонування Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

Зарубіжна наукова думка представлена ґрунтовними дослідженнями М. Портера (США), який запровадив концепцію value-based healthcare, що передбачає оцінку результативності медичних послуг через призму створеної цінності для пацієнта. К. Сальгадо (Іспанія) досліджує регіональні моделі управління охороною здоров'я та ефекти автономії у прийнятті рішень. У працях А. Saltman (Швеція), R. Busse (Німеччина) порушуються питання політики децентралізації у медичній сфері, варіативності моделей управління в європейських країнах, а також ролі регіонів у формуванні стратегій охорони здоров'я.

Незважаючи на наявність широкого кола досліджень, спостерігається дефіцит комплексного аналізу ефективності управлінських механізмів саме на рівні регіону в умовах гібридних викликів та кризових ситуацій. Зокрема, актуальними залишаються питання адаптації зарубіжного досвіду до українських реалій, впровадження цифрових інструментів управління та нових моделей фінансування, які б враховували як загальнонаціональні пріоритети, так і регіональні особливості.

Дослідження, присвячене удосконаленню системи державного управління медичними закладами на регіональному рівні України, відповідає сучасним науковим і практичним запитам та має високу актуальність як для академічного середовища, так і для державної політики у сфері охорони здоров'я.

Мета роботи – визначити ефективність існуючих підходів до державного управління медичними закладами на рівні регіону та розробити рекомендації щодо їх удосконалення для забезпечення доступності та якості медичних послуг.

Завдання кваліфікаційної роботи:

- 1) з'ясувати теоретико-методологічні засади державного управління у сфері охорони здоров'я;
- 2) проаналізувати нормативно-правове забезпечення, організаційну структуру та функціонування медичних закладів на регіональному рівні;
- 3) оцінити ефективність існуючих управлінських практик у регіональних медичних закладах;
- 4) визначити основні проблеми і виклики, що постають перед органами державної влади у процесі управління медичною інфраструктурою на місцях;
- 5) обґрунтувати напрями удосконалення державної політики та інструментів управління медичними закладами на регіональному рівні.

Об'єктом дослідження є система державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – механізми, інструменти та організаційні форми державного управління медичними закладами на регіональному рівні.

Методи дослідження. *Метод аналізу і синтезу* застосовується для вивчення правових основ функціонування системи медичних закладів на регіональному рівні, та дослідження існуючих практик управління ними; *порівняльний аналіз* дозволив виявити відмінності в підходах до державного управління системою регіональних закладів медицини шляхом порівняння досвіду розвинених зарубіжних країн та України; *системний підхід* – використовується для дослідження ролі медичних закладів як частини регіональної системи охорони здоров'я; *інституційний метод* – застосовується при вивченні взаємодії державних і недержавних інституцій в регулюванні системою регіональних медичних закладів; *метод аналізу статистичних даних та експертне опитування* – застосовується для аналізу економічного ефекту державного управління закладами медицини на регіональному рівні.

Наукова гіпотеза дослідження. Ефективність державного управління медичними закладами на регіональному рівні в Україні безпосередньо залежить від ступеня інституціоналізації механізмів стратегічного планування, міжсекторальної взаємодії та ресурсного забезпечення, а також від рівня адаптації регіональних управлінських практик до децентралізованої моделі охорони здоров'я, що передбачає посилення автономії закладів, цифровізацію управлінських процесів та посилення впливу органів місцевого самоврядування на формування політики у сфері медичних послуг.

Наукова новизна дослідження полягає в обґрунтуванні та розробленні концептуальної моделі державного управління медичними закладами на регіональному рівні, що інтегрує сучасні механізми стратегічного планування, інструменти фінансово-економічного регулювання, цифрові системи моніторингу якості медичних послуг та механізми міжсекторної координації, що дозволяє підвищити ефективність, прозорість і стійкість регіональної системи охорони здоров'я.

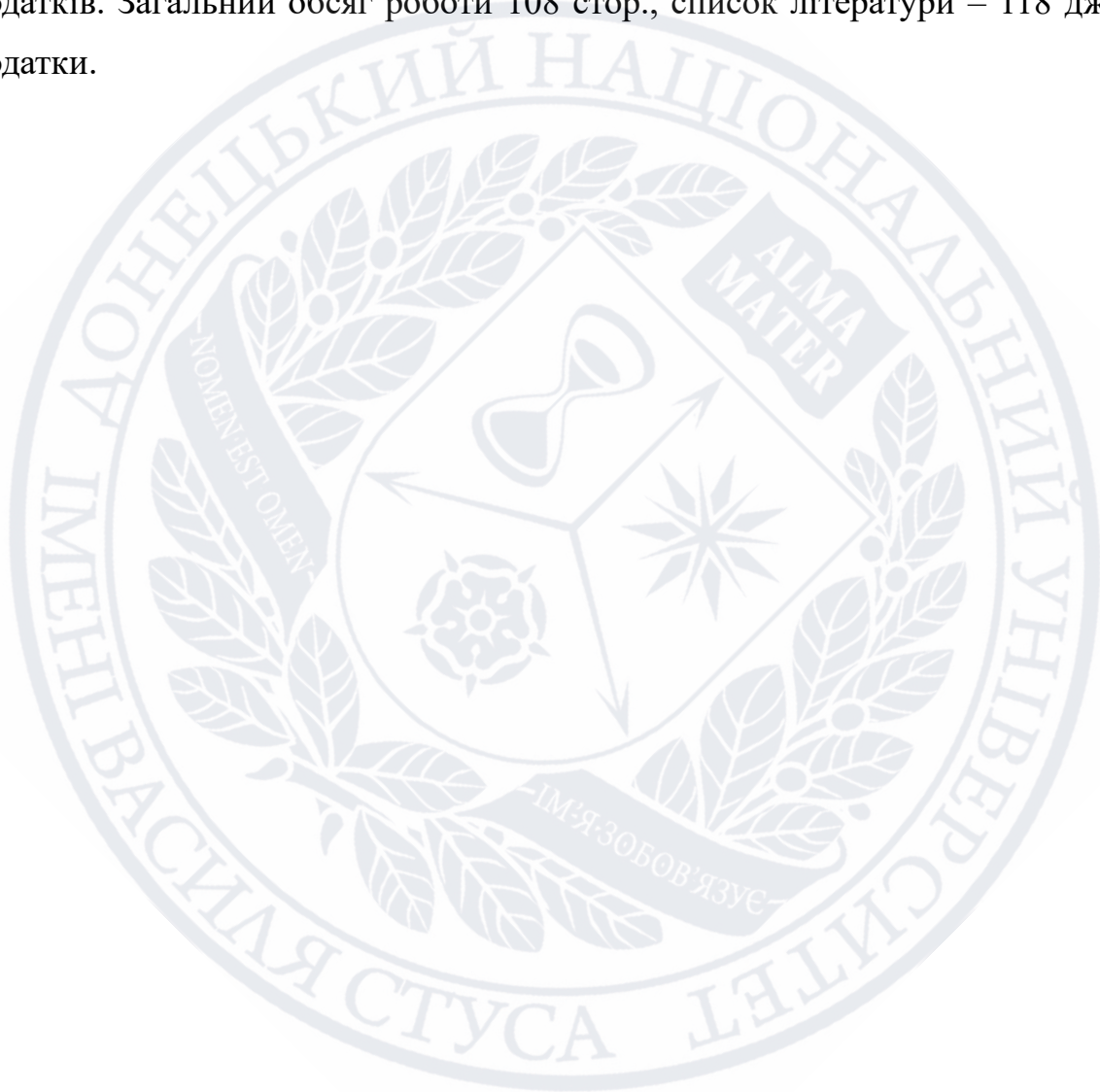
Науково-практична значущість дослідження полягає в тому, що обґрунтовані у роботі підходи до вдосконалення державного управління медичними закладами на регіональному рівні можуть бути використані органами державної влади, обласними військовими адміністраціями, департаментами охорони здоров'я та керівництвом медичних закладів для підвищення ефективності стратегічного планування та ресурсного забезпечення, оптимізації мережі медичних установ, впровадження цифрових інструментів моніторингу якості медичних послуг, а також формування управлінських рішень, спрямованих на зміцнення спроможності регіональних систем охорони здоров'я в умовах реформування та кризових викликів.

Зв'язок з науковими темами. Кваліфікаційна (магістерська) робота виконана в межах розробки науково-дослідної теми кафедри політології та державного управління: 0123U101423 (2023-2028) «Публічна політика і державне управління в умовах війни та повоєнного відновлення України».

Апробація результатів дослідження відбулася на Міжнародній науково-практичній конференції «Стратегічні імперативи сучасного менеджменту в

контексті реалізації глобальних цілей сталого економічного розвитку». Світ наукових досліджень. Випуск 45 (21-22.10.2025). Назва тез: «Державна політика в галузі медицини на рівні регіонів: вітчизняний та зарубіжний досвід» [119] (Додаток А).

Структура роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 108 стор., список літератури – 118 джерел, 2 додатки.



РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

1.1. Організація державного управління у сфері охорони здоров'я

Державне управління у сфері охорони здоров'я є однією з ключових складових публічного управління, що безпосередньо впливає на рівень соціальної безпеки, добробут громадян та стабільність суспільного розвитку. Його сутність полягає в організованій діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, спрямованій на створення умов для збереження і зміцнення здоров'я населення, забезпечення доступності й якості медичних послуг, а також реалізації права людини на охорону здоров'я, гарантованого ст. 49 Конституцією України.

У науковій літературі державне управління в медичній сфері трактується як *система інституційних, організаційних та правових заходів*, що визначають політику держави у галузі охорони здоров'я та забезпечують її реалізацію на практиці. Як зазначає Н. Колісніченко, «під публічним управлінням у сфері охорони здоров'я слід розуміти комплекс тенденцій, які змінюють систему охорони здоров'я та управління нею, зокрема інформаційну культуру, здатність збирання даних, використання і аналізу показників, управлінські індикатори та їх застосування у практичній діяльності» [1, с. 40]. Це визначення підкреслює, що сутність управління виходить далеко за межі адміністративного регулювання, охоплюючи також інформаційно-аналітичні та стратегічні аспекти.

В основі сучасної моделі державного управління у сфері охорони здоров'я лежать такі ключові принципи:

- верховенство права і гарантування прав людини, що означає орієнтацію всієї політики на забезпечення права громадян на охорону здоров'я;
- єдність державної політики при збереженні децентралізації у її реалізації на місцях;

- економічна ефективність і прозорість фінансування, зокрема через механізми державних фінансових гарантій;
- відповідальність органів влади та закладів охорони здоров'я за результати діяльності;
- адаптивність та гнучкість, особливо в умовах криз (пандемія COVID-19, воєнний стан).

Особливістю сучасного українського контексту є поєднання централізованого формування політики (на рівні Верховної Ради, Кабінету Міністрів і МОЗ) з децентралізованою практичною реалізацією на регіональному рівні. Це дозволяє враховувати місцеві потреби, але водночас породжує ризики неузгодженості й дублювання функцій. Як відзначає Р. Шевчук, «ефективність реформування охорони здоров'я залежить від якісної комунікаційної взаємодії між центральними і місцевими органами влади, медичною спільнотою та громадянським суспільством» [2, с. 112].

Таким чином, сутність державного управління у сфері охорони здоров'я полягає у *створенні та функціонуванні багаторівневої системи інституцій і механізмів, здатних забезпечити баланс між соціальною орієнтованістю, економічною ефективністю та відповідністю міжнародним стандартам у галузі медицини.*

Нормативно-правова база є фундаментом організації державного управління охороною здоров'я в Україні. Вона визначає принципи функціонування системи, права і гарантії громадян, а також обов'язки держави та органів місцевого самоврядування у сфері медичного забезпечення.

Ключове положення щодо права людини на охорону здоров'я закріплене у Конституції України, стаття 49 якої проголошує, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [3]. Це положення формує базис для подальшого законодавчого регулювання та конкретизації державних гарантій.

Основним законодавчим актом у цій сфері виступає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р., зі змінами), який

визначає принципи організації медичної допомоги, систему охорони здоров'я, порядок фінансування та права й обов'язки пацієнтів і медичних працівників [4]. Цей закон відіграє роль базового «каркасу», на який спираються інші нормативні акти.

Окреме значення має Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017 р.), що започаткував принцип «гроші йдуть за пацієнтом» та заклав підґрунтя для діяльності Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [5]. Саме цей документ став основою реформи фінансування медичної сфери, яка з 2018 р. суттєво змінила взаємовідносини між державою, медичними закладами та пацієнтами.

До нормативної основи також належать Бюджетний кодекс України, який визначає порядок фінансування медичних закладів з державного та місцевих бюджетів і Закон України «Про місцеве самоврядування», що наділяє органи місцевого рівня повноваженнями щодо створення та утримання комунальних медичних закладів.

Важливим інструментом державного регулювання стали підзаконні акти МОЗ України: накази, методичні рекомендації, стандарти медичної допомоги. Зокрема, наказ МОЗ № 504 від 28.03.2020 р. запровадив уніфіковані клінічні протоколи, що сприяє підвищенню якості та уніфікації медичних послуг.

Таким чином, нормативно-правова база в сфері охорони здоров'я в Україні є багаторівневою: від конституційних норм і законів до підзаконних актів і місцевих рішень. Її розвиток відображає трансформацію медичної системи, що переходить від моделі централізованого управління до більш гнучкої, орієнтованої на потреби пацієнтів.

Органи державного управління у сфері охорони здоров'я формують складну багаторівневу систему, яка забезпечує стратегічне планування, фінансування та контроль у галузі.

На законодавчому рівні головну роль відіграє Верховна Рада України, яка приймає закони та визначає правові засади функціонування медичної сфери. Її

профільний Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування здійснює законопроектну діяльність і парламентський контроль [6].

Кабінет Міністрів України реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, визначає стратегічні напрями розвитку галузі, затверджує державні програми та контролює діяльність МОЗ.

Центральним виконавчим органом є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), яке відповідає за формування політики у сфері охорони здоров'я, стандартизацію медичних послуг, організацію ліцензування медичної практики, а також координацію державних програм у сфері профілактики та лікування.

Особливу роль у сучасній системі відіграє Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Цей орган адмініструє Програму медичних гарантій, укладає договори з медичними закладами та оплачує надані ними послуги. Звіт НСЗУ за 2023 рік свідчить, що більше ніж 90 % закладів первинної медичної допомоги вже фінансуються саме за договорами з цим органом [7].

Крім того, функції контролю та нагляду здійснюють Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Центр громадського здоров'я МОЗ України, а також інші спеціалізовані структури.

На регіональному рівні органами управління виступають департаменти чи управління охорони здоров'я обласних, міських і районних державних адміністрацій. Вони координують роботу закладів охорони здоров'я на відповідній території, розробляють регіональні програми та забезпечують їх фінансування.

Важливим є і місцевий рівень управління, де органи самоврядування як власники комунальних медичних закладів приймають рішення щодо їх фінансування, кадрової політики та розвитку інфраструктури [8].

Таким чином, організація державного управління у сфері охорони здоров'я характеризується багаторівневістю та розподілом повноважень між законодавчою, виконавчою владою і місцевим самоврядуванням. Така модель дозволяє поєднати стратегічне планування з урахуванням регіональних

особливостей, але водночас створює ризики дублювання функцій і недостатньої координації між різними рівнями.

Ефективність державного управління у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від налагоджених механізмів взаємодії між органами влади різних рівнів. Такі механізми забезпечують координацію стратегічного планування, фінансування та контролю діяльності медичних закладів, дозволяють уникати дублювання функцій і підвищувати якість медичних послуг.

На *центральному рівні* взаємодія здійснюється через системи законодавчого регулювання, постанови Кабінету Міністрів та накази Міністерства охорони здоров'я. Законодавча база визначає стратегічні пріоритети, фінансові рамки та стандарти надання медичних послуг. Водночас виконавчі органи – МОЗ і НСЗУ – реалізують політику на практиці: МОЗ координує розробку програм та стандартів, а НСЗУ контролює фінансування медичних закладів на основі Програми медичних гарантій [5].

На *регіональному та місцевому рівнях* механізми взаємодії будуються через департаменти (управління) охорони здоров'я обласних, міських та районних державних адміністрацій. Ці органи забезпечують адаптацію державних програм до місцевих умов, організовують координацію роботи медичних закладів, розподіл бюджетних коштів та моніторинг їх ефективного використання [9].

Окремим інструментом взаємодії є *координаційні ради та комісії*, які збирають представників МОЗ, НСЗУ, місцевих органів влади та громадських організацій для обговорення проблем охорони здоров'я, оцінки виконання державних програм та прийняття спільних рішень. Наприклад, регіональні ради з охорони здоров'я здійснюють контроль за впровадженням програм вакцинації, епідеміологічного нагляду та профілактики хронічних захворювань.

Важливим механізмом взаємодії є *електронні інформаційні системи*, що забезпечують обмін даними між різними органами влади та медичними закладами. В Україні це реалізовано через систему *eHealth*, яка дозволяє

здійснювати електронне направлення пацієнтів, відстежувати фінансування та отримувати аналітичні дані для прийняття управлінських рішень [10].

Особливістю сучасної системи є також *публічно-приватне партнерство та участь громадських організацій* у прийнятті рішень. Це дозволяє враховувати потреби пацієнтів та медичних працівників, підвищує прозорість управлінських процесів та забезпечує додаткові ресурси для реалізації програм охорони здоров'я [8].

Отже, механізми взаємодії органів влади у сфері охорони здоров'я поєднують законодавчі та нормативні інструменти, координаційні органи, інформаційні системи та інституції публічно-приватного партнерства. Така багаторівнева структура забезпечує ефективне виконання державних програм, контроль за якістю надання медичних послуг і адаптацію політики до регіональних особливостей.

Ефективність взаємодії органів влади у сфері охорони здоров'я визначає не лише потенціал системи, а й чітко виявляє її проблемні аспекти. Незважаючи на наявність законодавчих та координаційних механізмів, система державного управління стикається з низкою структурних, фінансових і організаційних труднощів.

По-перше, недостатня координація між центральними і регіональними органами влади залишається серйозною проблемою. Часто централізовані рішення МОЗ не враховують специфіку окремих регіонів, що призводить до формального виконання державних програм без реального покращення доступу та якості медичних послуг [9, с. 43].

По-друге, фінансова нестабільність та дефіцит ресурсів обмежує можливості регіональних органів охорони здоров'я. Хоча запровадження НСЗУ і механізму «гроші йдуть за пацієнтом» покращило розподіл коштів, фінансування закладів первинної та вторинної ланки залишається нерівномірним, особливо у сільських районах [7].

По-третє, кадрові проблеми та низький рівень мотивації медичних працівників ускладнюють реалізацію державної політики. Регіони з нестачею

лікарів і медсестер змушені адаптувати державні програми до реальної кадрової спроможності, що знижує ефективність управління [8].

По-четверте, проблеми інформаційного забезпечення та цифровізації ускладнюють координацію та контроль. Хоча система eHealth значно покращила облік пацієнтів і фінансування, у багатьох закладах первинної ланки використовуються застарілі локальні бази даних або немає доступу до мережі, що зменшує ефективність електронної взаємодії [10].

По-п'яте, правова та нормативна невизначеність у деяких аспектах децентралізації створює конфлікти між органами місцевого самоврядування та центральними органами влади. Це проявляється у питаннях власності на медичні заклади, розподілу бюджетних коштів та контролю за їх використанням.

Серед інших проблем дослідники питання управління в сфері охорони здоров'я, зокрема, Н. Колісниченко, відзначають:

- низький рівень громадського контролю та участі пацієнтів у прийнятті рішень;
- дублювання функцій між різними органами;
- складності адаптації міжнародних стандартів до національного та регіонального контексту.

Таким чином, попри наявні механізми взаємодії, організація державного управління у сфері охорони здоров'я залишається уразливою до проблем координації, фінансування, кадрового забезпечення та інформаційного супроводу [1].

Аналіз державного управління у сфері охорони здоров'я України свідчить, що його сутність полягає у формуванні та реалізації політики, яка забезпечує соціально орієнтоване, ефективне та доступне медичне обслуговування населення. Система управління характеризується багаторівневою структурою: від законодавчої діяльності Верховної Ради та стратегічного планування Кабінету Міністрів до практичної реалізації через МОЗ, НСЗУ та регіональні органи влади.

Наявні механізми взаємодії органів влади, такі як координаційні ради, електронні інформаційні системи та інститути публічно-приватного партнерства, створюють умови для скоординованого управління, підвищують прозорість фінансування та якість медичних послуг. Разом із тим існують значні проблеми: недостатня координація між рівнями влади, фінансова нестабільність, кадрові дефіцити, обмежене використання цифрових інструментів та правова невизначеність у сфері децентралізації.

Попри наявні виклики, існує системне прагнення до оптимізації управлінських процесів, удосконалення нормативно-правової бази та цифровізації медичних послуг. Визнання та подолання цих проблем є передумовою підвищення ефективності управління, що забезпечить досягнення стратегічних цілей державної політики у сфері охорони здоров'я та створить основу для застосування методологічних підходів до оцінювання ефективності управління медичними закладами на регіональному рівні.

1.2. Державна політика в галузі медицини на рівні регіонів: вітчизняний та зарубіжний досвід

Державна політика в галузі охорони здоров'я на регіональному рівні є складовою частиною національної системи охорони здоров'я, яка забезпечує реалізацію стратегічних цілей держави у сфері здоров'я населення на місцях. Вона охоплює комплекс нормативних, організаційних, фінансових та кадрових заходів, спрямованих на забезпечення доступності медичних послуг, підвищення їх якості та оптимізацію витрат.

Сутність регіональної політики полягає у адаптації державних програм та стратегій до конкретних соціально-економічних умов регіонів, враховуючи демографічну ситуацію, рівень захворюваності, кадровий потенціал медичних закладів та інфраструктуру. Такий підхід дозволяє забезпечити адресність

державної допомоги, уникнути нерівномірності в доступі до медичних послуг та підвищити ефективність використання ресурсів [11, с. 55].

Головними завданнями державної політики на регіональному рівні є:

1. Підтримка та розвиток медичної інфраструктури, включно з модернізацією лікарень, амбулаторій та лабораторних центрів.
2. Забезпечення якісної та своєчасної медичної допомоги, зокрема через стандартизацію процесів лікування та профілактичних заходів.
3. Оптимізація ресурсів та фінансування, що реалізується через механізми державних субвенцій, програм медичних гарантій та публічно-приватне партнерство.
4. Контроль та оцінка ефективності діяльності медичних закладів, включаючи моніторинг показників здоров'я населення, якості послуг і рівня задоволеності пацієнтів [9].

Важливою характеристикою регіональної політики є система взаємодії центральних і місцевих органів влади. Центральні органи (МОЗ, Кабінет Міністрів, НСЗУ) визначають стратегічні пріоритети, затверджують стандарти та фінансові рамки, тоді як регіональні департаменти та органи місцевого самоврядування забезпечують реалізацію цих програм з урахуванням місцевих особливостей [12].

Сутність політики на регіональному рівні також включає підвищення ролі громадськості та професійних асоціацій у процесі прийняття рішень. Громадські організації та пацієнтські спільноти виступають важливими суб'єктами моніторингу та контролю за якістю медичних послуг, що забезпечує прозорість та підзвітність управлінських рішень [8].

З огляду на міжнародний досвід, ефективна регіональна політика у сфері охорони здоров'я передбачає баланс централізованого управління та децентралізації, що дозволяє поєднати єдині стандарти та регіональну адаптацію програм [13]. У країнах Європейського Союзу та Канаді така модель демонструє високу ефективність у забезпеченні доступу до медичних послуг і контролі за їх якістю, що може стати орієнтиром для України.

Таким чином, сутність державної політики на регіональному рівні полягає у створенні системи управлінських, фінансових та соціально-організаційних заходів, здатних забезпечити реалізацію національних стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я із врахуванням регіональних особливостей.

Основними завданнями державної політики в галузі медицини виступають:

- розробка та реалізація національних і регіональних стратегій розвитку охорони здоров'я;
- забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, у тому числі через реформу фінансування медичних послуг;
- підвищення якості та безпеки медичної допомоги;
- формування кадрового потенціалу галузі;
- розвиток інфраструктури охорони здоров'я на регіональному рівні;
- інтеграція у європейський простір охорони здоров'я та врахування міжнародних стандартів у медичній практиці.

Виходячи з цього – державна політика у сфері охорони здоров'я розглядається як комплекс взаємопов'язаних заходів, що реалізуються через механізми державного управління та спрямовані на досягнення стратегічної мети – забезпечення високого рівня здоров'я нації як важливого чинника соціально-економічного розвитку.

Регіональний рівень виступає ключовою ланкою у забезпеченні доступності та ефективності медичних послуг, адже саме тут відбувається безпосередня взаємодія між органами влади та населенням. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в регіонах здійснюється через комплекс організаційно-правових, фінансових та управлінських механізмів. Класифікацію цих механізмів наведено на рис. 1.1.



Рисунок 1.1. Комплекс механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в регіонах

Джерело: [14].

1. Інституційні механізми. До них належить діяльність органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, які відповідають за розробку та впровадження регіональних програм охорони здоров'я, управління комунальними закладами охорони здоров'я, а також координацію роботи з Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ). Важливу роль відіграють департаменти охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій.

2. Нормативно-правові механізми. Реалізація політики ґрунтується на Конституції України, Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992), «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017), а також на регіональних програмах і стратегіях розвитку охорони здоров'я. Місцеві ради мають право ухвалювати власні рішення у межах делегованих повноважень, що дозволяє адаптувати державну політику до специфіки конкретного регіону.

3. Фінансово-економічні механізми. Основним інструментом виступає Програма медичних гарантій, що реалізується через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Фінансування медичних послуг здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що дозволяє регіональним закладам отримувати кошти залежно від обсягу наданих послуг. Додатковими джерелами фінансування виступають місцеві бюджети, міжнародна технічна допомога та партнерські проєкти.

4. Організаційно-управлінські механізми.

На рівні регіонів впроваджуються системи моніторингу стану здоров'я населення, управління медичними кадрами, цифровізації процесів (eHealth), а також заходи щодо оптимізації мережі медичних закладів. Зокрема, реформування госпітальних округів дозволяє забезпечити ефективний розподіл ресурсів і підвищити доступність спеціалізованої медичної допомоги.

5. Соціально-комунікаційні механізми.

До цього блоку належать механізми взаємодії органів влади з громадськістю, пацієнтськими організаціями, професійними асоціаціями лікарів. Такі механізми сприяють прозорості ухвалення рішень та врахуванню інтересів місцевих громад у сфері охорони здоров'я [14].

Отже, реалізація регіональної політики в Україні у сфері охорони здоров'я має комплексний характер та поєднує державні стандарти з урахуванням особливостей розвитку кожного регіону. Важливою умовою її ефективності є децентралізація управління, що дозволяє забезпечити автономію закладів охорони здоров'я та більшу відповідальність місцевої влади за стан здоров'я населення.

Регіональний вимір реалізації державної політики в Україні має специфічний характер, адже саме на місцевому рівні відбувається практичне впровадження реформ та адаптація державних стандартів до потреб громад. В Україні напрацьовано значний досвід реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у різних регіонах. У різних областях і територіальних громадах реалізуються програми, що спрямовані на підвищення доступності та якості медичної допомоги. Зокрема, заслуговує на увагу довід київської, Львівської, Дніпропетровської областей:

- В Київській області у 2021 р. була реалізована *Програма розвитку та фінансування закладів охорони здоров'я Київської області на 2021–2023 роки*, яка передбачала модернізацію медичного обладнання та підтримку центрів первинної медико-санітарної допомоги [15];

- У Львівській області з 2019 р. діє *Регіональна програма онкологічної допомоги населенню Львівщини*, спрямована на ранню діагностику та доступ до сучасних методів лікування. Вона стала прикладом комплексного підходу до профілактики та лікування онкологічних захворювань [16].
- Дніпропетровська область. В ній реалізується Програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2021–2025 роки», яка передбачає заходи з боротьби із серцево-судинними захворюваннями, розвиток телемедицини та підтримку сільських амбулаторій [17].

Створюються та реалізуються програми і на нижчих рівнях. Одним з найуспішніших проєктів розвитку на рівні територіальних громад стало створення і реалізація у Баранівській громаді Житомирської області власної програми підтримки сімейної медицини та профілактичних заходів, що відповідає принципам децентралізації та підвищує автономію громад у сфері охорони здоров'я [18].

Серед успішних практик управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні варто згадати проєкт розвитку телемедицини в Полтавській області, що дозволив забезпечити консультування пацієнтів у віддалених селах через онлайн-зв'язок із лікарями обласних закладів [19].

В Україні спостерігається поступове формування ефективних механізмів управління охороною здоров'я на рівні областей та громад, проте, попри позитивні приклади, регіони стикаються з низкою труднощів. В своїх дослідженнях питань управління в галузі регіональної охорони здоров'я Я. Жаліло та О. Шевченко виділяють 4 основні проблеми, які заважають ефективному вирішенні проблем медичного обслуговування населення та реалізації регіональних програм розвитку системи охорони здоров'я:

- недостатнє фінансування місцевих програм, що обмежує їхню сталість;
- нерівномірність розвитку інфраструктури між великими містами та сільськими територіями;
- кадровий дефіцит лікарів та середнього медичного персоналу;

- низький рівень цифровізації медичних процесів у частині громад [20].

Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я.

Аналіз зарубіжних практик свідчить, що моделі організації управління охороною здоров'я на регіональному рівні значно різняться залежно від політичної системи, історичних традицій та рівня соціально-економічного розвитку країн. Найбільш показовими для України є приклади країн Європейського Союзу, США та Канади, які репрезентують різні підходи до балансування централізації та автономії регіонів у сфері медицини.

Моделі управління у країнах ЄС:

Європейські держави демонструють тенденцію до поєднання централізованих стандартів із високим рівнем автономії регіонів. Наприклад, у Німеччині функціонує модель соціального страхування, де органи регіонального рівня (земельні міністерства охорони здоров'я) та самоврядні страхові каси координують діяльність лікарень і забезпечують фінансування медичних послуг. Значну роль у встановленні стандартів відіграє Федеральний спільний комітет (G-BA), що визначає тарифи та протоколи лікування [21].

У Польщі система охорони здоров'я також базується на страхових засадах, однак управління здійснюється здебільшого через Національний фонд охорони здоров'я, який має регіональні відділення. Це дозволяє адаптувати політику до потреб окремих воєводств, хоча дослідники відзначають проблеми з нерівномірним кадровим забезпеченням і фінансуванням між регіонами [22].

Модель управління у США:

Система охорони здоров'я у США характеризується високим рівнем децентралізації. Хоча федеральний уряд встановлює загальні рамки (наприклад, програми Medicare і Medicaid), саме штати визначають пріоритети розвитку, механізми фінансування та стандарти роботи регіональних лікарень. Такий підхід забезпечує гнучкість у врахуванні місцевих особливостей, проте спричиняє значні відмінності у доступності та якості медичних послуг між різними територіями [23].

Модель управління у Канаді:

Канада використовує змішану модель, у якій федеральний уряд через Canada Health Act встановлює єдині стандарти, тоді як провінції відповідають за організацію медичних закладів, кадрову політику та управління фінансовими потоками. Провінційні уряди мають значну автономію, що дозволяє враховувати місцеві потреби, водночас дотримуючись загальнонаціональних принципів доступності та безоплатності базових медичних послуг [24].

Узагальнені моделі управління системою охорони здоров'я в деяких зарубіжних країнах та Україні наведено в табл. 1.1

Таблиця 1.1

Моделі управління системою охорони здоров'я в деяких зарубіжних країнах та Україні

Країна (регіон)	Основна модель	Рівень децентралізації	Роль регіонів	Джерела фінансування	Досвід для України
ЄС (Німеччина Швейцарія)	Соціально-страхова, децентралізована	Високий	Управління лікарнями, планування кадрів і послуг	Обов'язкове страхування, податки	Поглиблення децентралізації, зміцнення кадрової політики
США	Страхова, конкурентна	Дуже високий	Штати формують власні програми, регулюють Medicaid	Приватне страхування, федеральні та штатні програми	Використати конкуренцію для підвищення якості, але уникати надмірної комерціалізації
Канада	Державне страхування	Високий	Провінції відповідають за лікарні й мережі послуг	Федеральні трансфери, податки	Оптимальне співвідношення центру і регіонів, фінансова підтримка з бюджету
Україна	Змішана (державні гарантії + місцева автономія)	Середній	Управління комунальними ЗОЗ, реалізація госпітальних округів	Держбюджет, місцеві бюджети, НСЗУ	Важливо підвищити реальну автономію регіонів та забезпечити сталі джерела фінансування

Сформовано за джерелами: [25; 26; 27].

Дослідження зарубіжного досвіду свідчить, що для України найбільш цінними є:

- поєднання централізованого встановлення стандартів із регіональною автономією (досвід Канади та Німеччини);
- забезпечення справедливості у розподілі фінансування (уроки Польщі щодо дисбалансів);
- залучення місцевих громад та органів самоврядування до управління системою охорони здоров'я (США, скандинавські країни).

Адаптація зарубіжних практик може сприяти підвищенню ефективності управління медичними закладами в Україні за умови збереження єдиних стандартів якості медичної допомоги та прозорості фінансування.

Системні виклики та перспективи вдосконалення регіональної політики.

Реформа децентралізації в Україні стала однією з ключових у процесі трансформації державного управління, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Передача повноважень на рівень об'єднаних територіальних громад (ОТГ) дала змогу більш гнучко реагувати на потреби населення та враховувати місцеві особливості. З одного боку, це підвищує рівень доступності медичних послуг, дозволяє органам місцевого самоврядування розробляти власні програми охорони здоров'я, залучати додаткові ресурси [28]. З іншого боку, проблема нерівномірності фінансових можливостей громад та відсутність достатньої кадрової бази у сільських територіях створює ризики поглиблення дисбалансів у наданні медичних послуг.

Цифровізація стала одним з найважливіших напрямів модернізації системи охорони здоров'я. В Україні функціонує система eHealth, яка забезпечує електронний документообіг, облік пацієнтів, інтеграцію даних між медичними закладами та страховими механізмами [29]. Це сприяє прозорості фінансування, зменшенню корупційних ризиків і підвищенню якості послуг. Водночас існують виклики, пов'язані з технічним забезпеченням на місцях, захистом персональних даних, недостатнім рівнем цифрової грамотності медичного персоналу. Проте

інтеграція даних і розвиток телемедицини відкривають перспективи для розширення доступу до медичних послуг у віддалених регіонах.

Публічно-приватне партнерство та участь громадськості. Сучасні підходи до організації регіональної політики передбачають активне залучення приватного сектору та громадськості до управління охороною здоров'я. Публічно-приватне партнерство (ППП) дає змогу акумулювати інвестиції, модернізувати медичну інфраструктуру та впроваджувати інноваційні технології [31]. Залучення громадськості через дорадчі органи та інструменти місцевої демократії (громадські слухання, електронні петиції, бюджети участі) підвищує рівень довіри до медичних установ і сприяє формуванню пацієнтоорієнтованої системи [32]. Успішність PPP значною мірою залежить від прозорості регуляторних процедур та гарантій дотримання стандартів якості.

Дослідження державної політики в галузі медицини на рівні регіонів дозволяє зробити наступні висновки:

1. Дослідження вітчизняної практики свідчить, що реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні має подвійний характер: з одного боку, створюються програми, що враховують специфіку місцевих потреб та ресурсів, а з іншого — зберігається значна залежність від центральних органів влади. Такий підхід забезпечує єдність медичної системи, але водночас зумовлює проблеми асиметричності між регіонами.
2. Зарубіжний досвід показує, що ефективність управління значною мірою залежить від ступеня децентралізації та рівня залучення громадськості й приватного сектору. Моделі ЄС, США та Канади демонструють різні механізми балансування між централізацією стандартів і гнучкістю регіональної політики, що може стати орієнтиром для України.
3. Таким чином, перспективи удосконалення української регіональної політики в медицині полягають у поєднанні національних стратегічних цілей із місцевими ініціативами, посиленні фінансової автономії регіонів та запровадженні інноваційних форм партнерства. Це дозволить підвищити

ефективність управління та забезпечити більш рівномірний доступ до медичних послуг.

1.3. Методологічні підходи до оцінювання ефективності управління медичними закладами

Оцінювання ефективності управління медичними закладами – це процес системного вимірювання і аналізу того, наскільки управлінські рішення, структури й ресурси забезпечують досягнення встановлених цілей закладу охорони здоров'я. Моніторинг ефективності покликаний слугувати інструментом як для системного контролю, так і для вдосконалення управлінських процесів.

Моніторинг ефективності дозволяє здійснювати порівняльний аналіз роботи медичних закладів, виявляти слабкі місця управління, оптимізувати використання ресурсів та підвищувати якість і доступність медичних послуг. У контексті викликів (пандемія, воєнний стан тощо) ефективний моніторинг дозволяє оперативно реагувати на зміни зовнішнього середовища і адаптувати управлінські рішення [33]. Крім того, моніторинг і оцінка сприяють підзвітності закладів охорони здоров'я перед громадськістю та державою, стимулюють підвищення стандартів і забезпечення справедливості у доступі до медичних послуг [34].

У процесі оцінювання ефективності управління медичними закладами важливо враховувати багатовимірність та комплексність завдань охорони здоров'я. Система показників повинна поєднувати економічний, соціальний, організаційний та медичний аспекти, оскільки лише їх взаємодія дозволяє створити цілісну картину результативності управління. Систему критеріїв оцінювання ефективності управління медичними закладами наведено на рис. 1.2.



Рисунок 1.2. Критерії та індикатори оцінки ефективності управління медичними закладами

Джерело: розроблено автором за джерелами [22; 35].

1. Економічні критерії:

Економічна ефективність характеризує здатність медичного закладу раціонально використовувати фінансові, матеріальні й трудові ресурси для досягнення максимальної результативності. Основними показниками виступають:

- собівартість медичних послуг – вартість одного стаціонарного дня, середня вартість лікування одного пацієнта;
- співвідношення витрат і результатів, зокрема дозволяє виявити співмірність між обсягом фінансування та досягнутими клінічними результатами;
- продуктивність праці медичного персоналу – середня кількість відвідувань на одного лікаря, кількість операцій на хірурга тощо;
- залучення та ефективність використання інвестицій, зокрема коштів у рамках державно-приватного партнерства чи грантових програм [35; 36].

2. Соціальні критерії:

Соціальна ефективність відображає ступінь задоволення потреб населення у медичній допомозі та рівень довіри до системи охорони здоров'я. Серед ключових індикаторів:

- рівень задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг;

- справедливість у доступі до медичної допомоги незалежно від соціального статусу, місця проживання чи матеріального забезпечення;
- зменшення соціальних нерівностей у сфері здоров'я (наприклад, різниця у рівні смертності між містом і селом);
- стандарти сервісу та комунікації (ввічливість, інформованість пацієнта, дотримання принципів медичної етики).

Важливість соціальних критеріїв зростає в умовах реформ, адже саме вони визначають сприйняття суспільством ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я [37; 38].

3. Організаційні критерії

Організаційна ефективність вимірює здатність управлінської системи медичного закладу адаптуватися до змін, координувати ресурси та забезпечувати якісну роботу персоналу. Основні індикатори включають:

- структуру управління та ієрархію прийняття рішень, їх прозорість і підзвітність;
- кадрову політику — рівень кваліфікації персоналу, наявність системи безперервного навчання, професійної мотивації;
- якість внутрішнього контролю (внутрішні аудити, дотримання стандартів менеджменту якості ISO чи Національної служби здоров'я України);
- інноваційність та цифровізацію управління, що включає впровадження електронних медичних записів, телемедицини та сучасних систем менеджменту [39].

Організаційні критерії особливо важливі для оцінки потенціалу розвитку медичних закладів у довгостроковій перспективі.

4. Медичні критерії

Медична ефективність є найбільш чутливим показником, оскільки безпосередньо стосується результатів лікування та стану здоров'я населення. До неї належать:

- клінічні результати (рівень смертності, ускладнень, кількість повторних госпіталізацій);

- безпека пацієнтів (частота медичних помилок, інфекцій, пов'язаних із наданням допомоги);
- якість лікувального процесу, що визначається дотриманням клінічних протоколів і стандартів;
- ефективність профілактичних заходів, таких як вакцинація, програми скринінгу, раннє виявлення захворювань [40].

Ця група критеріїв має ключове значення, оскільки в підсумку саме стан здоров'я пацієнта є головним результатом функціонування всієї системи управління.

Методологічні підходи до оцінювання ефективності управління медичними закладами охоплюють набір основних концепцій, моделей і процедур, які дозволяють системно вимірювати, аналізувати та порівнювати діяльність цих закладів із заданими критеріями. У контексті України ці підходи включають універсальні моделі адаптації міжнародних стандартів, кваліметричні підходи, комбіновані методи та методи, орієнтовані на конкретні функції або процеси управління.

Розглянемо основні концептуальні підходи до оцінювання ефективності управління медичними закладами. В економічній науці виокремлюють три основні підходи:

- *Кваліметричний підхід* – підхід, за якого оцінювання здійснюється через набір індикаторів, вимірюваних кількісно й якісно, які пізніше узагальнюються за допомогою зважених оцінок. Цей підхід застосовується, зокрема, у методиці стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги (ПМД) [41].
- *Комбіновані методи* – поєднання кількісних і якісних показників, наприклад, фінансових, медичних, організаційних. Наприклад, у дослідженнях багатьох управлінців розглядаються комбіновані методи оцінювання ефективності впровадження ІТ-систем у медичних лабораторіях з використанням прогнозування, аналізу якості даних та економічної доцільності [42].

- *Моделювання та системний аналіз* – використання системних моделей, які дозволяють враховувати взаємозв'язки між складовими управлінської системи, час, витрати ресурсів, ризики. Наприклад, дослідження моделі оцінювання ефективності управління медичним закладом із застосуванням цього підходу в умовах реформування описано у статті «Модель оцінювання ефективності управління медичним закладом в умовах реформування галузі охорони здоров'я» [43].
- *Статистичні та економіко-математичні підходи* – розрахунок трендів, кореляцій, регресій, показників технічної і аллокативної ефективності. Деякі моделі можуть включати аналіз frontier (наприклад, стохастичний фронтір) чи DEA-методи (Data Envelopment Analysis), хоча використання їх в Україні поки що обмежене.
- *Індикаторний підхід* – вибір набору ключових показників (індикаторів) для кожної групи критеріїв (економічні, соціальні, медичні, організаційні) та встановлення нормативів/еталонів для порівняння. Стандартизація цих індикаторів, що здійснена у ПМД-дослідженнях, дозволяє порівнювати заклади між собою та з національним стандартом [41].
- *Порівняльні аналізи* – аналіз результатів між різними госпітальними округами, областями, закладами, що працюють у подібних умовах. Порівняння допомагає виявити фактори, що стримують ефективність управління (регіональні диспропорції, фінансові обмеження) [44].
- *Кейс-методи та контекстуалізований аналіз* – оцінювання з урахуванням місцевої специфіки: соціальних, демографічних, ресурсних умов; адаптація міжнародних моделей до локальних реалій; використання досвіду в умовах кризи або пандемії (зміна пріоритетів, реорганізація управлінських процесів) [44].

Розглянемо детальніше методи та інструменти оцінювання ефективності. Методи та інструменти – це конкретні способи збору даних, аналізу і порівнянь, які забезпечують вимірність і об'єктивність оцінювання управління медичними

зкладами за критеріями, описаними в попередніх пунктах. Нижче розглянуто ключові методи, що застосовуються в Україні та за кордоном.

Статистичні та економіко-математичні методи

Ці методи включають застосування статистичних моделей, регресійного аналізу, кореляцій, трендової оцінки, аналізу варіацій, фронтірних методів (DEA, стохастичний фронтір), моделювання (симуляції) та багаторівневих моделей. Наприклад, метод мультирівневих індикаторів якості (Multilevel Quality Indicators, MQI) застосовується для порівняння якості медичних послуг між медичними закладами і різними регіонами із врахуванням характеристик пацієнтів, провайдерів та територій [45]. В Україні статистичні показники управління здоров'ям (наприклад, витрати, забезпечення ліжками, кількість лікарів) використовуються у звітах МОЗ та Держстату для моніторингу стану галузі [46].

Ці методи корисні тим, що дозволяють виявити залежності між змінними, прогнозувати ефекти від управлінських рішень і порівнювати результативність медичних закладів. Однак вони потребують достовірної статистичної інформації, адекватної вибіркості і стандартів збору даних.

Індикаторний підхід (ключові показники результативності – KPI).

Індикаторний підхід вважається одним із базових для систематичного вимірювання ефективності. KPI – це чітко визначені показники, які відображають важливі аспекти роботи закладів: фінансові, медичні, сервісні тощо. В Україні МОЗ затвердило Методику розробки системи індикаторів якості медичної та реабілітаційної допомоги (Наказ № 175 від 30.01.2025), яка встановлює вимоги до клінічних індикаторів якості та реабілітаційної допомоги [47]. Такі індикатори можуть включати середню тривалість перебування пацієнта в стаціонарі, показники повторної госпіталізації, час очікування, рівень задоволеності пацієнтів, показники інфекцій у стаціонарах тощо.

KPI дозволяє керівникам і регуляторам швидко і відносно просто порівнювати заклади або регіони, ставити цілі, відслідковувати прогрес.

Недоліки – ризик надмірної уваги до кількісних показників, ігнорування якісних аспектів чи контексту закладу (специфіка регіону, випадкові фактори).

Соціологічні методи (опитування пацієнтів і персоналу)

Ці методи дають змогу отримати зворотній зв'язок від користувачів послуг і тих, хто їх надає. Один із прикладів – спільне опитування МОЗ та USAID «Голос пацієнтів» або «Голос медпрацівників» в Україні, яке дозволяє дізнатися про сприйняття якості медичних послуг, про комфорт, сервіс, доступність та інші аспекти, важливі для пацієнтів і працівників системи [48; 49]. Також інструменти зовнішньої оцінки якості в медичному закладі включають анкетування пацієнтів стаціонару, амбулаторії, персоналу, самооцінювання закладів.

Опитування дають можливість враховувати такі показники, як задоволеність, довіра, очікування та досвід пацієнта. Такі методи менш строго кількісні, але важливі для розуміння людської сторони роботи медичних закладів.

Порівняльний аналіз (бенчмаркінг, рейтинги, індекси).

Порівняння між лікарнями або регіонами за ключовими показниками – потужний інструмент для виявлення лідерів та відстаючих. Зокрема, приклад європейської практики: портал Qualitätskliniken.de, де лікарні ранжуються за агрегованим індексом якості з декількох вимірів – медична якість, безпека пацієнтів, задоволеність тощо [50]. В Україні також з'являються проєкти, що порівнюють заклади по сервісу та зворотному зв'язку від пацієнтів (наприклад, інструменти Зовнішньої оцінки якості від МОЗ) [51].

Бенчмаркінг дозволяє закладам вчитися одне в одного, адаптувати кращі практики, ставити цілі щодо поліпшення. Але важливо, щоб при порівнянні враховувався контекст: ресурси, населення, специфіка профілю закладів.

Частину цих методів буде застосовано в розділі 2 дипломної роботи для аналізу фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів.

Розглянемо питання імплементації міжнародних стандартів оцінки ефективності управління закладами охорони здоров'я в Україні.

Одним із ключових напрямів вдосконалення оцінювання ефективності управління медичними закладами є опора на міжнародні стандарти та досвід, що дозволяють формалізувати вимоги до якості, доступності, та результативності медичних систем. Водночас імплементація таких стандартів в Україні стикається з низкою системних перешкод, які обмежують їхню практичну застосовність.

Стандарти ВООЗ і ОЕСР:

ВООЗ та ОЕСР розробили рамкові підходи до оцінювання перформансу систем охорони здоров'я, зокрема через Health System Performance Assessment (HSPA), що охоплює як функції системи (управління, фінансування, кадровий потенціал, надання послуг), так і показники кінцевих результатів – здоров'я населення, рівень реагування, еквівалентність у доступі до послуг та сталість системи [52].

Рамка ВООЗ «Health system performance assessment: A framework for policy analysis» (2022) акцентує увагу на необхідності збирати дані по функціях системи (governance, financing, resource generation, service delivery), та відповідних показниках-результатах. OECD у своєму «Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework» 2024 року додає нові виміри – стійкість (resilience), екологічну складову та акцент на рівності (equity) та персоналізації систем охорони здоров'я [53].

Індикатори якості медичних послуг у країнах ЄС.

У країнах ЄС існують системи, де діють чітко визначені індикатори якості та перформансу: рівень смертності, повторні госпіталізації, час очікування на лікування, показники інфекцій у лікарнях, задоволеність пацієнтів, доступність медичних послуг. Наприклад, у звітах OECD (Health at a Glance) порівнюють країни за такими індикаторами як очікувана тривалість життя, смертність, витрати на охорону здоров'я тощо [54].

Україна має потенціал використати міжнародні рамки, адаптуючи їх до національних умов. Це передбачає:

- інтеграцію стандартів HSPA у систему національного моніторингу;

- формування ключового набору індикаторів, що співвідносяться з міжнародними, але враховують регіональні особливості;
- розвиток цифрової інфраструктури для збору якісної та своєчасної статистики;
- підтримку прозорості та підзвітності у оцінці закладів охорони здоров'я.

Однак, як показують дослідження, існує низка суттєвих проблем, які стримують ефективну імплементацію стандартів:

- обмежена достовірність статистики – низька якість даних, затримки у звітуванні, різні стандарти збору інформації в різних регіонах;
- відсутність єдиної методики оцінювання – існують фрагментарні підходи, різні методології у різних закладах чи адміністративних одиницях, що ускладнює порівняння;
- недостатнє врахування регіональних відмінностей — соціально-економічних, демографічних, ресурсних, інфраструктурних; стандарти часто задаються “з гори” без адаптації до місцевих умов.

Міжнародні стандарти від ВООЗ і ОЕСР становлять важливу основу для формування національних систем оцінювання ефективності, однак для України ключовим є їх адаптація через врахування локальних особливостей і посилення інституційної та статистичної спроможності. Без цих змін ризик того, що впровадження стандартів залишиться формальним, залишається високим.

Виходячи із розглянутих в п. 1.3 питань можна зробити наступні *висновки*:

Оцінювання ефективності управління медичними закладами є невід’ємною складовою сучасної системи охорони здоров’я, оскільки воно забезпечує зворотний зв’язок між державними інституціями, регіональними органами влади та закладами охорони здоров’я. Його значення полягає у виявленні сильних і слабких сторін організаційної діяльності, визначенні відповідності ресурсів досягнутим результатам, а також у формуванні підґрунтя для ухвалення управлінських рішень, спрямованих на підвищення якості та доступності медичних послуг.

У межах наукового дискурсу розглянуто декілька підходів до оцінювання ефективності, серед яких статистичні, економіко-математичні, соціологічні та індикаторні методи. Кожен із них дозволяє виявити різні аспекти результативності управління – від кількісних фінансово-економічних параметрів до якісних показників задоволеності пацієнтів і персоналу. Комплексне застосування таких методів сприяє формуванню багатовимірної картини функціонування медичних закладів, що особливо важливо в умовах регіональної диференціації та децентралізації.

Водночас міжнародні практики (ВООЗ, ОЕСР, країни ЄС) свідчать, що ефективне оцінювання передбачає наявність уніфікованих показників, здатних забезпечити порівнянність даних як у межах країни, так і на міжнародному рівні. Для України особливо актуальним є питання адаптації таких стандартів до національних умов, враховуючи обмеженість достовірної статистики, відсутність єдиної методики оцінювання та суттєві регіональні відмінності.

Таким чином, формування сучасної системи оцінювання ефективності управління медичними закладами в Україні вимагає поєднання науково обґрунтованих методологічних підходів, міжнародних стандартів і локальних особливостей. Це забезпечить підвищення прозорості та результативності державного управління у сфері охорони здоров'я, а також сприятиме розвитку регіональної політики, зорієнтованої на потреби населення.

Висновки до розділу 1

У першому розділі дослідження розкрито теоретико-методологічні основи державного управління медичними закладами в Україні, що дало змогу систематизувати ключові підходи до розуміння сутності, функцій та завдань управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що державне управління у цій сфері є складною багаторівневою системою, де поєднуються функції стратегічного планування, організації, контролю та моніторингу

ефективності надання медичних послуг. При цьому центральну роль відіграє поєднання державних, регіональних і місцевих інституцій, що забезпечує збалансованість управлінських рішень і врахування потреб населення.

З'ясовано, що сучасні наукові підходи до управління медичними закладами ґрунтуються на концепціях публічного адміністрування, нової державної управлінської парадигми та сервісно-орієнтованої моделі держави. Значна увага приділяється принципам результативності, ефективності, прозорості та підзвітності. При цьому особливе значення набуває орієнтація на пацієнта як ключового бенефіціара системи охорони здоров'я, що відповідає міжнародним стандартам належного врядування (good governance).

Окремо акцентовано на методологічних підходах до оцінювання ефективності управління медичними закладами. Серед найбільш поширених виокремлено системний, процесний, результативний та індикативний підходи, кожен з яких має власні переваги та обмеження. У світовій практиці поширеними є стандарти та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), а також національні моделі країн ЄС, які базуються на інтеграції медичних, соціальних і фінансових показників. Разом з тим, в Україні застосування цих підходів ускладнюється низкою проблем, серед яких: обмежена достовірність статистичних даних, відсутність єдиної методики оцінювання, недостатнє врахування регіональної специфіки.

Узагальнення теоретичних та методологічних положень засвідчує, що ефективне державне управління медичними закладами неможливе без комплексного поєднання інституційних, правових, організаційних та інформаційно-аналітичних чинників. Оптимізація методів оцінювання ефективності управління повинна базуватися на міжнародному досвіді, але з урахуванням національних умов та викликів. Таким чином, сформоване наукове підґрунтя створює основу для подальшого аналізу практичних аспектів управління медичними закладами на рівні регіонів України, що буде предметом наступних розділів дослідження.

РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1. Інституційна структура органів влади у сфері управління медичними закладами на регіональному рівні

Система управління медичними закладами в Україні має складну ієрархію, яка поєднує центральні, регіональні та місцеві інституції, але саме на рівні регіонів зосереджується більшість функцій із забезпечення населення медичними послугами. В умовах реформи децентралізації, що розпочалася у 2014 р., значна частина повноважень щодо фінансування, розвитку мережі та управління закладами охорони здоров'я була передана органам місцевого самоврядування, проте регіональний рівень (області та великі міста) залишився ключовою ланкою координації [55].

Мережа закладів охорони здоров'я включає:

- лікувально-профілактичні установи (обласні та районні лікарні, центри первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти);
- реабілітаційні та санаторно-курортні заклади, що перебувають як у комунальній, так і у відомчій власності (наприклад, МОЗ, Міноборони, МВС);
- спеціалізовані медичні центри (онкологічні, кардіологічні, перинатальні), які здебільшого підпорядковуються обласним органам влади;
- відомчі заклади, діяльність яких регулюють відповідні міністерства й відомства.

Станом на 2023 р. в Україні функціонувало близько 2,3 тис. лікарень різних рівнів та понад 1,4 тис. центрів первинної медико-санітарної допомоги, з яких більшість перебуває у власності територіальних громад [56]. Регіональна ієрархія тут відіграє подвійну роль: з одного боку, забезпечує територіальну

доступність медичних послуг, з іншого – призводить до фрагментації управління, адже заклади різних типів підпорядковуються різним інституціям.

Таблиця 2.1

Ієрархія медичних закладів

Рівень закладу / тип	Приклади закладів	Кому підпорядковуються	Особливості та проблеми
Обласний рівень	Обласні клінічні лікарні, спеціалізовані центри (онкологічні, кардіологічні, перинатальні тощо)	Департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій	Координують роботу госпітальних округів; мають розширені функції, але фінансування часто недостатнє; дублювання функцій із НСЗУ.
Районний/міський рівень	Районні та міські лікарні, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	Районні/міські ради та їхні управління охорони здоров'я	Забезпечують базовий рівень спеціалізованої допомоги; залежать від ресурсів місцевих бюджетів; проблеми кадрового забезпечення.
Первинна ланка	Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), амбулаторії, ФАПи	Органи місцевого самоврядування (громади)	Фінансування через НСЗУ; найближчі до населення; нерівномірність розвитку між громадами, особливо у сільській місцевості.
Відомчі заклади	Лікарні Міноборони, МВС, Укрзалізниці, Національної академії медичних наук	Відповідні міністерства та відомства	Поза координацією органів місцевого самоврядування; у кризових ситуаціях виникають проблеми взаємодії.
Реабілітаційні та санаторні заклади	Санаторії, центри реабілітації, профілакторії	Місцеві ради, відомства або МОЗ (залежно від власності)	Значна частина перебуває у відомчій власності; не завжди інтегровані у єдину систему медичного менеджменту.

Джерело: сформовано автором за джерелами [55; 57; 58].

З табл. 2.1 видно, що в Україні існує чотири рівні ієрархічної підпорядкованості закладів охорони здоров'я: державний (міністерства та відомства в підпорядкуванні яких є медичні заклади – МОЗ, Міністерство оборони України, Міністерство Внутрішніх справ, юстиції, тощо); обласний – обласні клінічні лікарні, спеціалізовані медичні центри (онко-, кардіо, нарко- та ін. центри); районний – районні та міські лікарні, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування; місцеве самоврядування (громади) – Центри первинної

медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), амбулаторії, ФАПи, санаторії, центри реабілітації, профілакторії, тощо.

- Обласні лікарні та спеціалізовані медичні центри підпорядковуються департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, які координують їхню роботу та формують регіональні програми розвитку.
- Районні та міські лікарні належать до комунальної власності та управляються відповідними радами (районними, міськими, сільськими/селищними).
- Первинна ланка (ЦПМСД, амбулаторії, ФАПи) знаходиться у власності громад, але водночас інтегрована у госпітальні округи, які координуються на обласному рівні.
- Відомчі заклади (МОЗ, Міноборони, МВС, “Укрзалізниця” тощо) залишаються поза юрисдикцією місцевої влади, що часто ускладнює координацію у кризових ситуаціях.

З одного боку, така багаторівнева підпорядкованість дозволяє враховувати специфіку територій та забезпечує автономність громад у прийнятті рішень щодо розвитку мережі медичних закладів. З іншого боку, відсутність єдиного центру управління на регіональному рівні призводить до розбалансованості. Наприклад, на практиці трапляються випадки дублювання функцій обласних та місцевих органів, а також проблеми з узгодженням фінансування між державним бюджетом, НСЗУ та місцевими бюджетами. За даними Рахункової палати, у 2022 р. понад 15 % лікарень в областях мали дефіцит фінансування для забезпечення мінімальних стандартів надання послуг [59].

Ієрархію та підпорядкованість медичних закладів на регіональному рівні наведено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Ієрархія медичних закладів на регіональному рівні

Тип закладу охорони здоров'я	Орган (рівень) управління	Приклади закладів	Особливості підпорядкування	Переваги	Недоліки
Обласні багатопрофільні лікарні	Обласні ради / обласні держадміністрації	Обласна клінічна лікарня, обласна	Фінансування з обласного бюджету, стратегічне	Концентрація високоспеціалізованої допомоги; ефективне	Перевантаженість; нерівний доступ для віддалених громад

Тип закладу охорони здоров'я	Орган (рівень) управління	Приклади закладів	Особливості підпорядкування	Переваги	Недоліки
		дитяча лікарня	значення для регіону	використання ресурсів	
Районні (міські) лікарні	Районні ради, міські ради	Центральні районні лікарні, міські лікарні	Підпорядкування місцевим органам влади, фінансування з місцевих бюджетів	Близькість до пацієнта; гнучкість у реагуванні на місцеві потреби	Обмежені ресурси; складність у забезпеченні вузькопрофільних спеціалістів
Первинна ланка (ЦПМСД, амбулаторії, ФАПи)	Місцеві громади (територіальні громади)	Центри ПМСД, амбулаторії загальної практики, ФАПи	Фінансування через НСЗУ та місцеві бюджети; підпорядкування громадам	Доступність допомоги; швидке реагування	Залежність від спроможності громади; нерівність між громадами
Реабілітаційні та санаторно-курортні заклади	Обласні ради, МОЗ, профільні міністерства	Обласні реабілітаційні центри, санаторії	Подвійна підпорядкованість (місцеві органи та центральні відомства)	Розвиток спеціалізованих послуг; інтеграція профілактики та лікування	Розпорошення відповідальності; слабкий контроль ефективності
Відомчі медичні заклади	Міністерства (МВС, МО, УЗ тощо)	Військові шпиталі, лікарні МВС, медзаклади «Укрзалізниці»	Централізоване управління відомствами, інколи з власним фінансуванням	Високий рівень спеціалізації; автономність	Відсутність інтеграції з регіональною системою; дублювання функцій
Приватні медичні заклади	Власники (фізичні чи юридичні особи)	Приватні клініки, діагностичні центри	Ліцензування та контроль МОЗ/НСЗУ, повна фінансова автономія	Конкуренція, інноваційність, якість сервісу	Доступність лише для платоспроможних пацієнтів; нерівність у доступі

Джерело: сформовано автором за джерелами [56; 57; 58].

Аналіз ієрархії та підпорядкованості медичних закладів відображеної в табл. 2.2 на регіональному рівні свідчить про багаторівневу та різнорідну структуру управління, яка поєднує елементи державного, комунального, відомчого та приватного секторів. Така система забезпечує широку мережу надання послуг – від первинної допомоги до високоспеціалізованої, – проте водночас формує низку управлінських викликів.

З одного боку, підпорядкованість медичних закладів різним рівням влади дозволяє враховувати специфіку територій і розподіляти повноваження залежно від масштабу закладу: громади відповідають за первинну ланку, регіони – за

спеціалізовану допомогу, центральні органи – за відомчі та стратегічні установи. Це сприяє децентралізації та наближенню медичних послуг до населення.

З іншого боку, надмірна фрагментованість управління призводить до дублювання функцій, різного рівня фінансової спроможності закладів і нерівності у доступі до медичних послуг. Зокрема, громади з низьким бюджетним потенціалом не можуть забезпечити належний розвиток первинної ланки, тоді як обласні лікарні часто перевантажені пацієнтами, яких могли б обслуговувати місцеві медзаклади.

Відомчі та приватні медичні заклади додають гнучкості та конкурентності, проте їхня слабка інтегрованість у регіональну систему охорони здоров'я створює ризик паралельності та низької координації. Це знижує ефективність використання ресурсів у масштабах регіону.

Загалом, існуюча система підпорядкування має як позитивні, так і негативні сторони: вона забезпечує доступність і різноманітність медичних послуг, але потребує удосконалення в напрямі більшої координації, інтеграції та стандартизації управління на регіональному рівні.

Внутрішня структура закладу охорони здоров'я практично на відрізняється від класичної організаційної моделі комунального закладу і включає:

- керівника (головного лікаря, генерального директора);
- заступників із медичної частини, економічних та адміністративних питань;
- функціональні підрозділи (відділення, лабораторії, діагностичні служби);
- адміністративні служби (економічна, кадрова, бухгалтерська).

Запровадження нових форм господарювання (комунальні некомерційні підприємства – КНП), як результату реформи системи охорони здоров'я, змінило акценти в управлінні: зросла роль фінансово-економічних підрозділів, а керівники отримали більше повноважень щодо кадрової та фінансової політики [57].

Регіональні органи влади (департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, обласні ради, великі міста обласного значення)

виконують критично важливі управлінські функції у медичній сфері. Нижче – аналіз їхніх повноважень щодо стратегічного планування розвитку мережі закладів, фінансування та матеріально-технічного забезпечення, контролю за якістю й доступністю медпослуг, а також взаємодії з НСЗУ, МОЗ, міжнародними та недержавними партнерами.

Регіональні органи влади несуть відповідальність за адаптацію державних стратегій до місцевих умов. Зокрема, Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року передбачає, що обласні та місцеві органи збирають і аналізують дані закладів охорони здоров'я для ухвалення обґрунтованих рішень щодо розвитку мережі закладів (наприклад, реорганізації або трансформації у державні некомерційні підприємства) [60]. За Стратегією МОЗ, до кінця 2025 року має бути забезпечено перетворення закладів під управлінням МОЗ і інших центральних органів у державні некомерційні підприємства, які укладатимуть договори з НСЗУ, що сприятиме єдиному медичному простору в регіонах [61].

Фінансові ресурси у регіонах надходять з кількох джерел: державний бюджет (через програму медичних гарантій), обласні бюджети, бюджети територіальних громад, іноді – міжнародні проекти. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає, що НСЗУ укладає договори з усіма закладами, які надають послуги, передбачені Програмою медичних гарантій, що прямо впливає на фінансування комунальних медичних закладів [5]. МОЗ започаткувало заходи стратегічного планування та практичне впровадження інформаційних систем у закладах для підвищення якості медичної допомоги та управління ресурсами, що також включає потребу в матеріально-технічному забезпеченні (лікарні, обладнання, модернізація інфраструктури).

Обласні органи влади беруть участь у контролі за якістю медичної допомоги, координуючи виконання державних стандартів, здійснюючи моніторинг виконання угод із НСЗУ, аналізуючи здібність закладів забезпечити доступність послуг, особливо у сільських місцевостях. Закон України № 2206-

VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» дає регіональним органам влади повноваження щодо забезпечення матеріально-технічної бази, координації дій між органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я для підвищення доступності послуг [62]. Крім того, МОЗ здійснює зовнішній контроль якості медичної допомоги як пріоритет, що передбачає регулярний моніторинг, звітність і стандартизацію процедур [63].

Регіональні органи влади функціонують у співпраці з НСЗУ (Національна служба здоров'я України) в рамках Програми медичних гарантій: вони повинні забезпечити, щоб заклади регіону відповідали вимогам для укладення угод із НСЗУ, координувати трансформацію закладів у державні чи комунальні некомерційні підприємства [61]. МОЗ встановлює загальні стандарти, методичні вказівки, законодавчі рамки: наприклад, стратегічні документи, накази про зміни в управлінні. Також регіональні органи часто залучають міжнародну технічну допомогу або недержавні організації у проектах щодо модернізації, підвищення якості та доступності – наприклад використання донорських коштів чи програм розвитку охорони здоров'я на рівні громади.

Розглянемо ситуацію з розвитком регіональної системи медичних закладів, що склалась у Хмельницькій області станом на кінець 2024 р.

Система охорони здоров'я у Хмельницькій області упродовж 2022–2024 рр. розвивалася в умовах значних викликів, пов'язаних із воєнним станом та трансформацією механізмів фінансування. Ключовим інструментом залишалася Програма медичних гарантій (ПМГ), яка забезпечувала стабільність фінансування медичних закладів та доступність послуг для населення. У 2022 р. у Хмельницькій області було законтрактовано 134 надавачі медичних послуг за ПМГ у другому кварталі [64]. У 2023 р. ця кількість зросла до 171 закладу, що свідчить про стабілізацію та розширення мережі [65]. У 2024 р. остаточні дані ще не були узагальнені, однак відомо, що в області функціонувало 16 закладів, де надавали допомогу при пологах, та два інфарктні центри [66]. Це демонструє адаптивність системи охорони здоров'я та збереження її ключових напрямів.

Щодо фінансування медичних закладів. У 2022 р. заклади області отримали понад 1 млрд грн лише за другий квартал [64]. Це стало можливим завдяки запровадженню спрощеної моделі виплат у межах воєнного стану. У 2023 р. фінансування значно зросло – понад 5 млрд грн було спрямовано на оплату медичних послуг [65]. У 2024 р. очікувані обсяги фінансування склали близько 6,7 млрд грн [67].

Окрім коштів НСЗУ, важливу роль відігравали й місцеві бюджети. Зокрема, обласний бюджет Хмельницької області покривав витрати на утримання закладів, оплату енергоносіїв, закупівлю обладнання та співфінансування капітальних проєктів, що підтверджується паспортами бюджетних програм Департаменту охорони здоров’я Хмельницької ОВА на 2024 рік [68]. Додатковими джерелами виступали централізовані закупівлі МОЗ та міжнародна технічна допомога, зокрема проєкти з оснащення закладів обладнанням для утилізації медичних відходів [69]. Окремі дані щодо кількості та фінансування закладів охорони здоров’я у хмельницькому регіоні наведено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Кількість закладів і фінансування охорони здоров’я у Хмельницькій області
(2022-2024 рр.)

	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Кількість закладів охорони здоров’я (од.)	134	171	часткові дані: 16 пологових, 2 інфарктні центри
Обсяги фінансування закладів охорони здоров’я (млрд грн)	1,0+	5,0+	≈6,7

Джерело: [65].

З табл. 2.3 видно, що упродовж 2022–2024 рр. система закладів охорони здоров’я Хмельниччини демонструвала тенденцію до зростання не зважаючи на стан війни в Україні. Кількість закладів, що працювали за Програмою медичних гарантій, збільшилася, а фінансування зросло майже в сім разів від воєнного 2022 р. до 2024 р. Основним джерелом фінансування залишалася НСЗУ, проте

важливим доповненням виступали місцеві бюджети та міжнародні проєкти. Це свідчить про ефективність багатоканального фінансування та адаптивність регіональної системи охорони здоров'я.

Останні роки стали важливим етапом трансформації інституцій охорони здоров'я в Україні, адже вони продемонстрували низку успіхів, які підтверджують спроможність галузі до модернізації та інтеграції в європейський медичний простір.

Одним із ключових напрямів стало формування спроможних госпітальних округів, що сприяло концентрації ресурсів та покращенню доступності спеціалізованої допомоги. У Хмельницькій області госпітальний округ об'єднав понад 20 закладів інтенсивного лікування, що дозволило оптимізувати маршрути пацієнтів та покращити якість медичних послуг [70]. Це рішення особливо важливе в умовах воєнного часу, коли своєчасне надання допомоги відіграє вирішальну роль.

Вагомим результатом стала також діяльність центрів первинної медичної допомоги (ЦПМД). У Хмельницькій області створено понад 60 таких центрів та амбулаторій, які забезпечують виконання принципу «гроші йдуть за пацієнтом» [71]. Оптимізація мережі дозволила уникнути дублювання функцій і водночас зберегти доступність базових медичних послуг у сільській місцевості. Для прикладу, у громадах області було відкрито нові амбулаторії, які отримали службові автомобілі для сімейних лікарів, що забезпечує ефективність виїздів до пацієнтів.

Значним здобутком є залучення інвестицій та міжнародної технічної допомоги. Хмельницькі медичні заклади отримали обладнання для діагностики, апарати штучної вентиляції легень, системи для утилізації відходів у межах співпраці з Європейським Союзом та ПРООН [72]. У результаті модернізації, зокрема, у Хмельницькій обласній клінічній лікарні вдалося створити сучасні умови для лікування важкохворих пацієнтів.

Не менш важливим є впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка підвищила прозорість і якість управління у медичній

сфері. У Хмельницькій області понад 1,3 млн мешканців підписали декларації з лікарями первинної ланки [73]. Пацієнти активно користуються електронними рецептами та направленнями, що не лише спрощує взаємодію між пацієнтом і лікарем, а й зменшує корупційні ризики. Узагальнені дані щодо ефективності діяльності органів влади в питаннях управління функціонуванням системи медичних закладів наведено в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Приклади успіхів функціонування інституцій системи охорони здоров'я у
Хмельницькій області

Напрямок	Приклад реалізації	Результат
Розвиток госпітальних округів	Об'єднання понад 20 закладів інтенсивного лікування у Хмельницькому госпітальному окрузі	Оптимізація маршрутів пацієнтів, доступність високоспеціалізованої допомоги
Створення ЦПМД та оптимізація мережі	Понад 60 центрів і амбулаторій первинної допомоги в області	Доступність ПМД у громадах, забезпечення сімейних лікарів автотранспортом
Інвестиції та міжнародна допомога	Проекти ЄС, ПРООН, USAID у лікарнях області	Нове обладнання для діагностики, інтенсивної терапії, утилізації відходів
Впровадження eHealth	1,3 млн декларацій мешканців області з лікарями, електронні рецепти та направлення	Підвищення прозорості, зручність для пацієнтів, контроль бюджетних витрат

Джерело: сформовано автором за джерелами [71; 72; 73;].

Таким чином, успішна реалізація реформ у сфері охорони здоров'я у Хмельницькій області підтверджує, що поєднання державної політики, місцевих ініціатив і міжнародної допомоги створює передумови для стійкого розвитку галузі. Успіхи в організації госпітальних округів, розбудові первинної медичної допомоги, модернізації інфраструктури та цифровізації стали прикладом ефективності інституційної трансформації.

Поряд із успіхами реалізації реформи охорони здоров'я існує ряд проблем і недоліків у формуванні та діяльності інституційної структури системи охорони здоров'я України. Попри досягнення останніх років, інституційна структура системи охорони здоров'я України має низку проблем, які гальмують її ефективність та інтеграцію у європейський простір.

Однією з ключових проблем є фрагментарність управління та дублювання повноважень. У сфері охорони здоров'я функції поділені між Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, обласними та місцевими органами влади. Часто це призводить до дублювання функцій та суперечливих рішень. Наприклад, у Хмельницькій області обласна військова адміністрація відповідає за утримання закладів охорони здоров'я, тоді як НСЗУ фінансує їх за договорами. У результаті виникають конфлікти щодо пріоритетності фінансування капітальних видатків та поточних витрат [74].

Іншою проблемою є недостатня координація між рівнями влади. Рішення щодо оптимізації мережі лікарень чи відкриття нових відділень часто ухвалюються без належного узгодження між центральним та місцевим рівнями. Це створює ризик неефективного використання ресурсів. У деяких громадах Хмельниччини нові амбулаторії залишалися недоукомплектованими через несвоєчасне фінансування або відсутність лікарів [71].

Важливим обмеженням розвитку є дефіцит фінансування на регіональному рівні. Хоча основні видатки здійснює НСЗУ, значна частина витрат (утримання приміщень, енергоносії, обладнання) покладається на місцеві бюджети. В умовах війни ці бюджети часто недоотримують доходи, що змушує місцеву владу скорочувати видатки на медицину або відкладати інвестиційні проєкти [75].

Суттєвою проблемою залишаються кадрові труднощі у департаментах охорони здоров'я. У багатьох регіонах спостерігається нестача кваліфікованих управлінських кадрів. Зокрема, у Хмельницькій області кадрові ротації у департаменті охорони здоров'я призводили до затримок у впровадженні програм модернізації та освоєнні коштів міжнародної допомоги.

Окремо варто зазначити слабкість моніторингу якості послуг та регіональних відмінностей. Хоча система eHealth збирає статистику, не всі показники інтегровані, а контроль за якістю наданих послуг здійснюється нерегулярно. Це створює дисбаланс між різними регіонами. Наприклад, у

Хмельницькій області забезпеченість медичними послугами в містах є значно вищою, ніж у віддалених громадах, що фіксується у звітах НСЗУ [76].

Деякі з існуючих проблем управління медичними закладами наведені в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Основні проблеми інституційної структури системи охорони здоров'я України

Проблема	Приклад прояву	Наслідки
Фрагментарність управління та дублювання повноважень	Поділ відповідальності між МОЗ, НСЗУ та місцевою владою у Хмельницькій області	Неефективне використання ресурсів, конфлікт пріоритетів
Недостатня координація між рівнями влади	Відкриття амбулаторій у громадах без належного узгодження з МОЗ	Недоукомплектованість кадрами та обладнанням
Обмеженість фінансування	Дефіцит місцевих бюджетів під час війни	Відкладення інвестицій у медичну інфраструктуру
Кадрові проблеми	Ротації у департаментах охорони здоров'я Хмельницької ОВА	Затримки у реалізації програм і проєктів
Слабкий моніторинг якості	Відмінності у доступності медпослуг між містом і сільськими громадами області	Нерівність у якості надання послуг

Сформовано автором за джерелами [71; 74; 75; 76;].

Таким чином, інституційна структура української системи охорони здоров'я потребує подальшого вдосконалення. Подолання фрагментарності управління, посилення координації між рівнями влади, забезпечення стабільного фінансування, кадрове підсилення та розбудова системи моніторингу є ключовими завданнями для забезпечення рівного доступу населення до якісних медичних послуг.

Отже, дослідження інституційної структури органів влади у сфері управління медичними закладами на регіональному рівні дає можливість зробити наступні висновки:

- Інституційна структура органів влади у сфері управління медичними закладами на регіональному рівні в Україні має подвійний характер: з одного боку, вона забезпечує функціонування системи через чіткий розподіл повноважень між центральними органами (МОЗ, НСЗУ) та місцевими

адміністраціями й органами самоврядування; з іншого – характеризується фрагментарністю й дублюванням управлінських функцій. Наявність кількох рівнів прийняття рішень дозволяє більш гнучко реагувати на потреби регіонів, однак ускладнює координацію та узгодження стратегічних пріоритетів.

- На прикладі Хмельницької області видно, що позитивним аспектом є розвиток спроможних госпітальних округів, оптимізація мережі центрів первинної медичної допомоги та залучення міжнародної допомоги. Водночас обмеженість фінансування з місцевих бюджетів, кадровий дефіцит у департаментах охорони здоров'я та слабкий моніторинг якості медичних послуг знижують ефективність управління.

Таким чином, інституційна структура управління медичними закладами на регіональному рівні перебуває у процесі трансформації. Її подальший розвиток потребує посилення координації між рівнями влади, підвищення фінансової спроможності громад, кадрового підсилення органів управління та вдосконалення системи контролю за якістю надання медичних послуг. Це дозволить забезпечити більш рівний доступ населення до медичної допомоги та підвищити результативність реформ у сфері охорони здоров'я.

2.2 Аналіз фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я України пріоритетом стає підвищення ефективності первинної медичної допомоги та оптимізація ресурсів. Важливим аспектом є аналіз діяльності приватних медичних практик, які функціонують за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Серед таких практик розглянемо приватну медичну установу ФОП Праворчук Євген Олегович, це сімейний лікар в м. Хмельницький, який обслуговує пацієнтів амбулаторії № 10 Центру ПМСД №1 за адресою вул. Молодіжна, 9. Аналіз діяльності цієї медичної установи

здійснювався на підставі інформації отриманої від керівника та власника установи Праворчука Є.О.

ФОП Праворчук Є. О. є приватною медичною практикою, що надає послуги сімейного лікаря в межах ПМД. Структура управління є простою та централізованою: керівником і основним лікарем є сам Праворчук Євген Олегович. Установа включає два кабінети прийому, один маніпуляційний кабінет та рецепцію. Така організаційна структура є типовою для приватних практик невеликого масштабу, де ключовою ланкою є лікар-ініціатор.

Приміщення амбулаторії знаходиться в доброму стані, після проведеного капітального ремонту у 2023 році. Обладнання, здебільшого придбане в 2023 році, відповідає стандартам ПМД. Основні види обладнання включають електрокардіограф, отоскоп, пульсоксиметр; лабораторні обстеження проводяться через приватну лабораторію. Автотранспорту немає, що обмежує виїзди до пацієнтів.

У штаті ФОП налічується 5 працівників: 3 лікарі та 2 медсестри. Відсоток лікарів у колективі становить 67%, середнього медичного персоналу – 33%. Середня укомплектованість штатних посад – 80–85%, оскільки вакантною залишається одна посада медсестри.

Лікарі мають високу кваліфікацію: один – другої категорії, два інших – лікар-спеціаліст. Основною проблемою кадрового забезпечення є дефіцит досвідчених медсестер, що впливає на робочий процес і якість обслуговування пацієнтів. Для подолання цих труднощів проводяться співбесіди, розглядаються кандидати з інших регіонів, організовуються внутрішні навчання та обмін досвідом. Перспективним заходом є перепідготовка кадрів та підвищення кваліфікації шляхом участі у тренінгах МОЗ та акредитованих курсах підвищення кваліфікації для медичних працівників.

Навантаження на лікарів є значним: станом на 2025 р. три сімейні лікарі уклали 4 300 декларацій, з яких 1 725 припадають на Праворчука Є.О. Відповідно до рейтингу лікарів Хмельницького за відгуками пацієнтів, ФОП Праворчук посідає 5 місце, що свідчить про високу оцінку його роботи пацієнтами [77]

Основне джерело фінансування установи – НСЗУ. Додатково ФОП надає платні послуги, що дозволяє підтримувати фінансову стабільність та забезпечувати розвиток матеріально-технічної бази. Дохідна частина установи формується за рахунок Державного фінансування від НСЗУ. Сума залежить від кількості укладених декларацій та тарифів, визначених у Програмі медичних гарантій. НСЗУ встановлює тариф на одного пацієнта для сімейного лікаря в межах Програми медичних гарантій (2025 р.). За офіційними даними, базова ставка складає приблизно 370 грн на рік за декларацію дорослого пацієнта та близько 550 грн за дитину. Окрім того, ФОП Праворчук Є. О. має додатковий дохід від реалізації платних послуг, які не входять до Програми медичних гарантій, а також послуги за програмою, якщо вони надаються на бажання пацієнта або в умовах підвищеного комфорту. До таких послуг які надає досліджувана установа належать: медичне обслуговування заходів та надання медичних послуг вдома. Ціни на надання таких послуг встановлюється ФОП на договірній основі.

Обсяги надходжень установи в період 2022-2024 рр. наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

Динаміка доходів ФОП Праворчук Є. О. у 2024 рр. (тис грн)

	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2023- 2022	2024- 2023	$\frac{2024 - 2023}{2024} \%$	$\frac{2025 - 2024}{2025} \%$
Доходи, отримані за рахунок НСЗУ	1100	1280	1720	180	440	16,4	34,4
Доходи, отримані від надання платних послуг	14,5	16	18	1,5	2	10,3	12,5
Частка платних послуг у доходах ФОП	1,32	1,25	1,0	-0,1	-0,2	-5,2	-16,3

Джерело: За даними ФОП Праворчук

З даних табл. 2.6 видно, що доходи досліджуваної установи у періоді з 2022 р. (перший рік діяльності установи) мають чітко виражену тенденцію до зростання. У 2024 р., приріст доходів ФОП склав 16 % відносно рівня 2022 р., у 2025 р приріст склав 35 %, що свідчить про ефективне управління медичним

закладом. Поряд з цим, частка доходів від надання платних послуг у доходах підприємства дуже незначна (від 1,3 до 1 % від основної доходної статті) і має тенденцію до зниження.

Враховуючи той факт, що доходи, отримані за рахунок НСЗУ формуються за рахунок кількості укладених договорів на обслуговування пацієнтів, у установи є резерв для підвищення дохідної частини. Станом на 2024 р. у ФОП укладено 4,3 тис. декларацій, що в середньому на 1 лікаря складає 1,43 тис. при нормі 1,8 тис.

Витратна частина бюджету за даними установи у 2024 р. склала приблизно 0,83 млн грн. Основні статті витрат:

- Оренда приміщення: $15\,000 \text{ грн/міс} \times 12 \text{ міс} = 180\,000 \text{ грн/рік}$.
- Лабораторні послуги: $5\,000 \text{ грн/міс} \times 12 \text{ міс} = 60\,000 \text{ грн/рік}$.
- Комунальні послуги: $5\,000 \text{ грн/міс} \times 12 \text{ міс} = 60\,000 \text{ грн/рік}$.
- Зарплата працівників: $40\,000 \text{ грн/міс} \times 12 \text{ міс} = 480\,000 \text{ грн/рік}$.
- Амортизація обладнання: Орієнтовно 20 000 грн/рік.
- Інші витрати (медикаменти, канцелярія, страхування тощо): Орієнтовно 30 000 грн/рік.

Окрім того, ФОП Праворчук Є.О. сплатило у 2023 р. податків на суму:

- Єдиний соціальний внесок (22% від мінімальної заробітної плати) в сумі 21,1 тис. грн;
- Податок на доходи фізичних осіб (ПДФО) (18% від чистого доходу) в сумі 77 тис грн:

$$(1280 \text{ тис грн} - 830 \text{ тис. грн} - 21 \text{ тис грн}) * 0,18 = 77,22 \text{ тис. грн}$$

- Військовий збір (5% від чистого доходу).

$$(1280 \text{ тис грн} - 830 \text{ тис. грн} - 21 \text{ тис грн} - 77 \text{ тис грн}) * 0,05 = 17,6 \text{ тис грн}$$

Після сплати всіх податків в розпорядженні власника ФОП залишилось чистого прибутку в сумі 335 тис грн. Це ті кошти які підприємство може витратити на розширення поля діяльності, додаткового обладнання, тощо. За даними власника ці кошти накопичуються для придбання в найближчому майбутньому УЗД-апарату, залучення лікаря ультразвукової діагностики що

дозволить суттєво збільшити обсяг надання платних послуг, розширення штату ще одним лікарем загальної практики та підтримування перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу. Ці заходи дозволять збільшити спектр послуг, покращити якість медичного обслуговування та підвищити конкурентоспроможність установи в місті.

Розглянемо управлінські та організаційні аспекти діяльності досліджуваного підприємства.

Для ФОП з компактною структурою характерні такі проблеми управління:

- Високе навантаження на керівника, що поєднує роль управлінця та основного лікаря;
- Обмежена кадрова база, особливо дефіцит середнього медичного персоналу;
- Вузька фінансова основа, що обмежує можливість інвестицій у розвиток;
- Ризики управлінських рішень, оскільки всі ключові рішення приймає один керівник.

Ці проблеми можливо вирішити шляхом залучення до управління професійного менеджера з відповідною освітою, але обмеженість фінансових ресурсів не дозволяє реалізувати цей шлях.

У ФОП Праворчук Є.О. для ведення обліку медичної інформації використовується електронна система eHealth, що дозволяє:

- вести електронні медичні картки пацієнтів;
- формувати статистику відвідувань;
- контролювати виконання декларацій та звітність для НСЗУ;
- виписувати електронні рецепти та направлення на лабораторні обстеження, тощо.

Проблемним управлінським моментом в частині використання ІТ технологій є відсутність єдиної програми обміну інформацією з вище стоячими органами управління медичною галуззю (місцевими, регіональними), що вимагає великих витрат, насамперед, часу, матеріальних ресурсів, тощо.

Перепідготовка кадрів здійснюється через участь у програмах МОЗ, акредитованих курсах підвищення кваліфікації та внутрішніх тренінгах. Це

дозволяє підтримувати високий рівень професійної компетентності, особливо для медсестер, які залишаються дефіцитними.

ФОП Праворчук Євген Олегович є прикладом приватної медичної практики, що успішно інтегрується у систему ПМД України. Основними викликами залишаються: дефіцит медсестер, високе навантаження на керівника та обмежені фінансові ресурси для розвитку матеріально-технічної бази. Використання електронних систем обліку, планування перепідготовки персоналу та інвестиції у нове обладнання дозволяють забезпечити сталий розвиток практики та високу якість надання медичних послуг.

Аналіз фінансового, кадрового та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів (на прикладі ФОП Праворчук Є. О.) дозволяє виділити управлінські проблеми які проявляються на прикладі медичних установ приватної форми власності, а саме:

1. Кадровий дефіцит та плинність персоналу. Основною проблемою є недостатня укомплектованість середнього медичного персоналу (нестача медсестер). Це створює додаткове навантаження на лікарів, знижує якість надання послуг та може спричиняти зростання професійного вигорання персоналу.
2. Обмеженість фінансових ресурсів. Попри стабільні надходження від НСЗУ, бюджет практики залишається напруженим через значну частку постійних витрат (заробітна плата, оренда, комунальні послуги). Це обмежує можливість розвитку (закупівля нового обладнання, залучення спеціалістів, розширення спектра послуг).
3. Висока залежність від одного джерела фінансування. Основна частка доходів формується за рахунок договору з НСЗУ, а платні послуги мають допоміжний характер. Це створює фінансові ризики у разі зміни державної політики або тарифів на медичні послуги.
4. Недостатня диверсифікація джерел доходів. Відсутність системної роботи із залучення додаткових ресурсів (міжнародних грантів, співпраці з громадами,

благодійних проєктів) знижує стійкість медичної практики до зовнішніх викликів.

5. Організаційні ризики управління малою структурою. Для невеликих ФОП характерна відсутність розподілу управлінських функцій: керівник одночасно виконує ролі менеджера, адміністратора та практикуючого лікаря. Це створює перевантаження та знижує ефективність управлінських процесів.
6. Обмежені можливості матеріально-технічної модернізації. Попри задовільний стан приміщення та базове обладнання, відсутність автотранспорту, власної лабораторії та спеціалізованої діагностичної техніки обмежує можливість розвитку практики та конкуренцію з більшими приватними центрами.
7. Недостатня інтеграція інформаційних систем. Хоча облік пацієнтів ведеться через eHealth і НСЗУ, бракує внутрішніх ІТ-рішень для оптимізації управлінського обліку (фінансів, статистики звернень, моніторингу задоволеності пацієнтів), що знижує управлінську прозорість.
8. Проблеми підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів. Лікарі змушені інвестувати власний час і ресурси у професійний розвиток, при цьому відсутні системні програми підтримки з боку установи. Це може призводити до відтоку спеціалістів у більші медичні центри або за кордон.

Таким чином, головними управлінськими викликами для досліджуваного підприємства є кадровий дефіцит, фінансова вразливість через обмежене коло джерел доходів, слабка диверсифікація матеріально-технічної бази та недостатня інституціоналізація управлінських процесів.

2.3. Проблеми взаємодії державних та місцевих органів влади у процесі управління

Взаємодія державних та місцевих органів влади є ключовим чинником ефективності системи публічного управління. В умовах децентралізації та реформування адміністративно-територіального устрою особливої актуальності

набуває питання узгодженості дій різних рівнів влади задля забезпечення якісного надання публічних послуг, раціонального використання ресурсів та підвищення довіри громадян до органів управління.

Разом з тим, практика демонструє низку проблем у цьому процесі: дублювання повноважень, недостатню координацію, суперечності у нормативно-правовій базі, а також обмеженість фінансових і кадрових ресурсів на місцях. Аналіз таких проблем є необхідною передумовою для вироблення механізмів ефективного партнерства державних і місцевих інституцій, спрямованого на зміцнення демократичного врядування та сталий розвиток територіальних громад.

Науковці та практики, які займаються питаннями управління системою медичних закладів на регіональному рівні, виділяють 5 основних проблем, що негативно впливають на ефективність взаємодії державних та місцевих органів влади в процесі управління галуззю. Це проблема *фрагментарності управління та дублювання повноважень органів різних рівнів, недостатня координація дій між рівнями влади, обмеженість фінансування на регіональному рівні, кадрові проблеми у департаментах охорони здоров'я та слабкий моніторинг якості послуг та регіональних відмінностей* [78; 79].

Розглянемо детальніше проблеми взаємодії державних та місцевих органів влади у процесі управління медичними закладами на місцевому рівні та причини, які впливають на ефективність управління.

1. Фрагментарність управління та дублювання повноважень

У сфері управління медичними закладами в Україні відбувається накладання функцій між центральним і регіональним рівнями: МОЗ формує політику та нормативи, НСЗУ виступає єдиним державним замовником і платником за послуги в межах Програми медичних гарантій (ПМГ), тоді як обласні державні (військові) адміністрації (ОВА) та органи місцевого самоврядування відповідають за утримання майна закладів, комунальні послуги, частину інвестицій і управління мережею. Такий інституційний дизайн часто спричиняє фрагментарність управління: *стратегічні та фінансові рішення*

ухвалюються на різних рівнях за різними логіками та часовими горизонтами, що породжує дублювання повноважень і конфлікти відповідальності [5; 80; 81].

Фрагментарність управління своїм джерелом насамперед має неузгодженість нормативно-правових актів щодо питань управління як системою охорони здоров'я в цілому (про що йшлося в розділі 1), так і маличними закладами, зокрема. Правовий статус ПМГ закріплено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який делегує НСЗУ роль замовника і платника медичних послуг. Механізм укладання договорів між НСЗУ і надавачами визначено постановою КМУ №410 (2018), що переводить взаємини «держава—заклад» у контрактну площину [81]. В той же час, за Законом «Про місцеве самоврядування в Україні» та за нормами Бюджетного кодексу, органи місцевого самоврядування, зокрема ОВА, несуть видатки на утримання закладів, енергоносії, капітальні ремонти та розвиток інфраструктури (у межах повноважень та наявних місцевих ресурсів) [80; 82]. Водночас формування «спроможної мережі» та госпітальних округів регламентовано постановою КМУ №174 (2023) і її подальшими змінами (№1305 від 15.11.2024), що додає ще один «шар» правил, інколи без синхронізації з місцевими бюджетними циклами [83; 84]. У підсумку виникає *подвійне підпорядкування*: за медичну послугу платять централізовано (НСЗУ), а за «стіни й інфраструктуру» відповідають місцеві бюджети, що не завжди мають ресурс виконати вимоги до матеріальної бази, яка закладена в умовах контрактів.

Для прикладу. Наслідком такої фрагментації стала ситуація на Хмельниччині: Департамент охорони здоров'я та реабілітації Хмельницької ОВА затверджує паспорти бюджетних програм на рік (наприклад, наказ №88 від 12.01.2024), де деталізовано місцеві видатки на утримання/розвиток закладів. Однак ці паспорти існують окремо від контрактних умов ПМГ і графіків виплат НСЗУ (онлайн-дашборди «Укладені договори» та «Оплати...»), що створює «несуміщені календарі» – кошти на послуги надходять за правилами ПМГ, тоді як капітальні потреби (ремонти, енергоефективність, оновлення обладнання) залежать від рішень місцевих рад і наявності співфінансування [85; 86].

Практичний наслідок – відтермінування модернізацій (особливо енергоємних), навіть якщо у закладу є чинний договір із НСЗУ.

У практиці громад Хмельниччини траплялися кейси, коли заплановані покупки діагностичного обладнання «зависали» через різні тлумачення, хто має профінансувати придбання: громада (як власник КНП), обласний бюджет чи централізовані/проектні кошти. Поки тривала координація, закупівля переносилася на наступний рік, а заклад продовжував надавати послуги за ПМГ без потрібного оновлення техніки [85; 87].

Наслідки фрагментації:

- Затримки в реалізації рішень (ремонти, переоснащення) через різні бюджетні цикли та джерела фінансування.
- Ризик нецільового або дубльованого фінансування (коли одна проблема вирішується одночасно різними програмами без координації).
- Нерівність доступу: заклади у фінансово спроможніших громадах швидше виконують інфраструктурні вимоги й отримують кращі результати за пакетами ПМГ; вразливі громади відстають, попри формальну наявність контракту з НСЗУ.

2. Недостатня координація між рівнями влади.

Недостатня координація між центральним (МОЗ, НСЗУ), регіональним (обласні державні адміністрації) та місцевим рівнями (органи місцевого самоврядування, КНП громад) проявляється у відсутності сталих і формалізованих механізмів погодження рішень, різних календарях бюджетного планування та неузгодженні цілей політики з реальними спроможностями громад. Нормативна рамка задає паралельні «вектори»: НСЗУ *контрактує й оплачує* послуги за Програмою медичних гарантій (ПМГ), МОЗ *визначає стандарти, мережеві підходи та вимоги* (зокрема до первинної ланки), тоді як місцева влада *відповідає за утримання майна, комунальні послуги, окремі капітальні видатки та організацію мережі* на своїй території [5; 80; 88]. Додатковим чинником стала постанова КМУ №174 (2023) про формування спроможної мережі госпітальних кластерів (округів), оновлена у 2024 р., що

встановлює цільову архітектуру мережі, але не завжди синхронізована з місцевими бюджетними циклами й кадровими обмеженнями на місцях [83; 89]. У підсумку виникають організаційні «розриви»: об'єкти будуються і відкриваються без повного забезпечення, а пакети НСЗУ контрактуються без своєчасного підтягування матеріально-технічної бази.

Регуляторні передумови неузгодженості. Закон «Про державні фінансові гарантії...» закріплює роль НСЗУ як єдиного платника за медичні послуги [5]. Водночас Закон «Про місцеве самоврядування» (ст. 32) і Бюджетний кодекс (ст. 89, 91) покладають на громади/області значний спектр видатків на утримання закладів (приміщення, енергоносії, ремонти, обладнання), які не охоплюються контрактом з НСЗУ. Паралельно постанова №174 визначає «цільовий» профіль мережі (кластеризація, маршрутизація), вимагаючи від територій оперативних рішень щодо профілів відділень, перепрофілювань і концентрації послуг. Відсутність інтегрованого механізму спільного планування між цими рівнями призводить до ситуації, коли будівництво чи модернізація і контракткування пакетів *відбуваються у різній логіці та в різний час*.

У Хмельниччині області ця неузгодженість проявилась при відкритті нових медичних закладів. У 2019–2024 рр. у Хмельницькій області регулярно відкривалися нові амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (Жданівська, Бабчинецька, Якушинецька громади тощо), з повідомленнями про введення в експлуатацію й оснащення [90; 91; 92]. Паралельно область та громади отримували автомобілі підвищеної прохідності для сімейних лікарів, що розширювало географічну доступність ПМД [93; 94; 95]. Однак у ряді громад фактичне забезпечення кадрами й обладнанням відставало від темпів будівництва та відкриття, через що нові приміщення деякий час залишалися частково недоукомплектованими (наприклад, об'єкти добудовано, але не всі робочі місця лікарів закриті; діагностичні потужності вводяться поетапно). Такий дисбаланс є типовим для України загалом: ще у 2018–2019 рр. Рахункова палата фіксувала системні затримки із завершенням і повним введенням у дію сільських амбулаторій, збудованих за держсубвенцією (зведено лише близько

17% від плану на той момент), що прямо вказувало на проблеми координації між державним і місцевим рівнями та слабку проєктну підготовку [96].

Наслідки недостатньої координації:

- Зниження фактичної спроможності мережі: нові або відремонтовані об'єкти не одразу перетворюються на повноцінні точки надання послуг (брак кадрів/оснащення).
- Втрати ефективності державних витрат: фінансування ПМГ (центрального рівень) не дає повного ефекту без синхронних місцевих інвестицій у базу.

3. Обмеженість фінансування на регіональному рівні.

Модель фінансування охорони здоров'я в Україні розділяє потоки: оплата медичних послуг здійснюється централізовано через Програму медичних гарантій (ПМГ), де НСЗУ виступає єдиним державним замовником і платником [5], тоді як місцеві бюджети відповідають за утримання майна закладів (будівлі, комунальні послуги, ремонти, частина обладнання) відповідно до норм Бюджетного кодексу (ст. 89, 91) та законодавства про місцеве самоврядування [88]. У воєнних умовах ця двоканальна система натрапляє на вузькі місця: *власні доходи окремих громад знизилися або відновлюються повільно, тоді як комунальні видатки й енергоносії дорожчають і займають більшу частку у видатках*, «виштовхуючи» капітальні інвестиції на другий план. У підсумку заклади можуть мати чинні контракти з НСЗУ, але не мати ресурсів для своєчасного підтримання й модернізації матеріально-технічної бази.

На практиці це означає, що навіть за стабільного фінансування медичних послуг через НСЗУ, інфраструктурна спроможність (будівлі, енергомодернізація, стерилізаційне та лабораторне обладнання тощо) залежить від рішень і можливостей громад та областей.

Поточна динаміка доходів і структури видатків місцевих бюджетів. Аналітичні огляди щодо виконання місцевих бюджетів у 2022-2024 рр. фіксують неоднорідну картину: у 2022 р. номінальні доходи загального фонду місцевих бюджетів зросли порівняно з 2021 р. завдяки ПДФО, однак відбувся просідання окремих джерел (орендна плата за землю тощо), а інфляційний чинник

спотворював «реальне» відновлення [97]. У 2023 р. власні доходи в середньому зросли на ~11% (порівняно з 2022 р.), проте структурно громади утримували високі частки поточних видатків і лише поступово поверталися до капітальних інвестицій після різкого їх скорочення у 2022 р. [98]. Дослідження також фіксують, що у громадах, які пережили бойові дії чи окупацію, власні доходи 2022-2023 рр. істотно не дотягували до рівня 2021 р., що посилювало дефіцити на утримання інфраструктури [93]. Окремо підкреслюється зростання частки видатків на енергоносії у структурі місцевих бюджетів через підвищення цін і тарифних обмежень на ринку електроенергії, що збільшувало витрати бюджетної сфери.

Наслідком обмеженості фінансування на регіональному рівні для Хмельницької області стала несинхронність джерел і календарів. Департамент охорони здоров'я та реабілітації Хмельницької ОВА щороку затверджує паспорти бюджетних програм (напр., наказ №88 від 12.01.2024), де деталізуються місцеві видатки (утримання, комунальні послуги, окремі придбання, ремонти). Однак ці документи формуються в іншому циклі, ніж контракти НСЗУ та їх фінансування (які відображені в дашбордах e-Health/НСЗУ – укладені договори та оплати), що призводить до ситуацій, коли *надання послуг профінансовано*, але *місцевий бюджет не встигає профінансувати* ремонт та придбання обладнання в тому ж бюджетному періоді [99; 100].

Іншим наслідком став енергетичний тиск на поточні видатки. За даними профільних аналітик з місцевих бюджетів, частка комунальних послуг та енергоносіїв у видатках громад у 2023 р. зросла порівняно з довоєнними роками, що напряду впливало на можливість фінансувати капремonti та великі закупівлі [98]. Додатковий фон створюють коливання цін на ринку електроенергії, які періодично піднімали стелю граничних цін, збільшуючи навантаження на бюджетні установи (лікарні, амбулаторії). Для медичних закладів Хмельниччини це означало, що рахунки за енергоносії «з'їдали» значну частину видатків, через що окремі громади відкладали модернізації (наприклад,

оновлення діагностичного обладнання або енергоефективні заходи в амбулаторіях).

Наслідки обмеження фінансування. Обмеженість фінансування на регіональному рівні має структурний характер: навіть за стабільного фінансування послуги через ПМГ, інфраструктурна спроможність закладів (а отже – якість і повнота послуги) залежить від місцевого ресурсу. Воєнні шоки 2022-2024 рр. проявилися у перекосах на користь поточних видатків (оплата енергоносіїв, комунальні послуги), тоді як капітальні проєкти (ремонти, обладнання, енергоефективність) часто переносилися. Це породжує ефект відкладеної модернізації: мережа формально зберігається й навіть розширюється, однак без належної матеріально-технічної підтримки її фактична пропускна здатність і якість послуг залишаються нижчими від цільових параметрів. Для пацієнтів це означає застарілу інфраструктуру, довші маршрути та черги, а для персоналу – зростання навантаження і вигорання.

4. Слабкий моніторинг якості послуг та регіональних відмінностей.

На центральному рівні НСЗУ забезпечує контрактну дисципліну Програми медичних гарантій (ПМГ) і розгортає масштабну систему публічної звітності: дашборди щодо укладених договорів, оплат, електронних рецептів і направлень, карт місць надання послуг (у т.ч. первинної допомоги) та ін. Це дозволяє в режимі майже реального часу відстежувати «де» і «скільки» послуг надається та ким саме [101]. МОЗ і КМУ визначають мережеві параметри («спроможна мережа» госпітальних кластерів і маршрутизації пацієнтів) постановою №174, що задає цільову архітектуру розміщення потужностей і профілів закладів [83]. На регіональному і місцевому рівнях ОВА й органи місцевого самоврядування забезпечують інфраструктуру, кадри і щоденну організацію доступу до послуг. Координація між цими рівнями *ефективна в частині обліку обсягів і місць надання послуг* (операційні метрики НСЗУ) та формального планування мережі (рамка №174), але *обмежена в оцінці якості та рівності доступу* (час/відстань доїзду, надійність маршрутизації, черги,

результативність лікування з урахуванням ризиків), що важливо для прийняття управлінських рішень на місцях [101].

Центральний рівень (НСЗУ) детально збирає і публікує операційні дані: укладені договори за ПМГ, карта місць ПМД з розрізом лікарів і лімітів декларацій, карта місць за пакетами спеціалізованої допомоги та низку інших панелей (оплати, скарги, реєстри в ЕСОЗ). Це дає сильну основу для контрактного моніторингу та фінансової прозорості.

Регіональний/місцевий рівні переважно спираються на наявні карти та зведені показники, але не мають уніфікованих метрик територіальної доступності і якості, які дозволили б формалізувати управлінські рішення: де саме посилювати первинку, як коригувати маршрути, де розміщувати виїзні прийоми або мобільні бригади тощо. Це створює інформаційний розрив: *центр «бачить» виконання контрактів і обсяги*, а регіони – *відчувають проблеми фактичної доступності*, які не повністю відображені на публічних панелях.

Потенціал взаємодії рівнів управління в питанні моніторингу якості послуг використано не повністю, що залишає простір для підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я. По-перше, через те, що центральні інструменти фокусуються на «виконанні контрактів», а не на порівняльній якості та рівності доступу по територіях; вони не містять стандартного «набору територіальних КРІ», обов'язкового для регіонального планування [102]. По-друге, регуляторна рамка №174 хоча і визначає архітектуру мережі, але не вшита у спільний з НСЗУ цикл даних про travel-time/черги/outcomes; через це ОВА/ОМС мають загальне бачення цілей, але обмежені в операційному інструментарії для точкового вирівнювання доступу. По-третє, локальні бюджети і кадрові можливості часто не синхронізовані з потребами, які проявляє аналітика: навіть коли проблема ідентифікована, перехід від діагнозу до дії може відкладатися на наступні бюджетні періоди (це вже проявлялося у попередніх підпунктах).

Дослідження проблем взаємодії державних та місцевих органів влади у процесі управління медичними закладами дозволяє зробити висновок про те, що

багаторівнева система управління публічними послугами в Україні характеризується інституційною фрагментарністю: стратегічні рішення та фінансування послуг зосереджені на центральному рівні, тоді як утримання інфраструктури, кадрові питання та щоденна організація лежать на регіональних і місцевих органах. Нечіткі «лінії розмежування» та паралельні календарі планування породжують дублювання повноважень і управлінські розриви, особливо помітні у сферах з високою міжвідомчою залежністю (насамперед охорона здоров'я).

Недостатня координація між рівнями влади посилюється фінансовими обмеженнями місцевих бюджетів та кадровими ризиками у профільних департаментах. У результаті навіть за наявності модернізаційних ініціатив і контрактних механізмів оплати послуг їх практична віддача знижується: капітальні інвестиції відкладаються, інфраструктура старіє, а регіональні диспропорції доступу й якості послуг зберігаються. Це підриває довіру громадян до реформ і знижує ефективність реалізації державної політики на місцях.

Отже, ключовою причиною виявлених проблем низької ефективності державного управління медичними закладами є не стільки брак інструментів, скільки недостатня узгодженість між ними на різних рівнях управління.

Висновки до розділу 2

Аналіз стану та проблем державного управління медичними закладами на регіональному рівні, зокрема структури органів влади у цій сфері, проблеми взаємодії цих органів, результативність і ефективність системи управління медичними закладами на регіональному рівні дозволяє зробити наступні висновки:

1. На ефективність управління медичними закладами великий вплив має подвійний характер моделі управління. Центральний рівень (МОЗ, НСЗУ) визначає правила та оплачує послуги за ПМГ, тоді як ОВА та ОМС

забезпечують інфраструктуру, комунальні видатки, окремі інвестиції та щоденну організацію доступу. Модель створює потенціал гнучкості, але за відсутності усталених процедур координації породжує фрагментарність і накладання повноважень.

2. В існуючій системі управління медичними закладами ефективність суттєво знижена через невідповідність потреб закладу та наявної інфраструктури. Навіть за чинних контрактів НСЗУ заклади часто працюють у режимі «часткової спроможності», бо місцеві бюджети не встигають/не можуть синхронно профінансувати ремонти, обладнання чи енергоефективність. Управлінські рішення затримуються на стику різних бюджетних календарів та відповідальних суб'єктів.
3. Значно знижують ефективність системи управління фінансові обмеження. Воєнний стан змістив видатки громад у бік поточних (енергоносії, комунальні послуги), звузивши простір для капітальних інвестицій. Це уповільнює модернізацію, підвищує експлуатаційні ризики та збільшує вартість відкладених рішень у середньостроковій перспективі.
4. Управління системою медичних закладів ускладнено матеріально-технічними дисбалансами. Нерівномірний стан будівель і обладнання між центрами та периферією поглиблює різницю у спроможності надавати послуги, ускладнює маршрути пацієнтів і збільшує навантаження на опорні заклади.
5. Проблему ефективного надання послуг населенню, і, відповідно, ефективністю державного управління медичною галуззю в цілому та на рівні медичних установ створюють регіональні диспропорції. Концентрація вузьких спеціалістів і технологій у великих містах на тлі слабшої спроможності периферії формує стійку різницю у фактичній доступності та своєчасності допомоги, підвищує непрямі витрати пацієнтів і знижує довіру до реформ.
6. Величезною проблемою управління медичними закладами є недостатня координація рівнів управління. Різностремовані бюджетні цикли, паралельні

процедури погодження та відсутність єдиних «матриць відповідальності» за ключові компоненти (інфраструктура, обладнання, транспорт, маршрути, кадри) зумовлюють управлінські розриви та втрати ефективності.

7. Поряд з цим, в системі управління є її сильні сторони. Дуже позитивно на процес управління медичними установами на всіх рівнях вплинули процеси цифровізації галузі. eHealth/аналітика НСЗУ забезпечили прозорість контрактів, обсягів і географії надання послуг, створивши якісну базу для оперативного моніторингу та фінансової дисципліни.

Отже, на ефективність управління системою медичних закладів впливає велика кількість факторів і обмежень – фінансових, кадрових, інфраструктурних та координаційних дія яких за рахунок синергетичного ефекту стримують реалізацію потенціалу медичної реформи та ускладнює процес управління складним та неузгодженим, що негативно впливає на ефективність всієї системи управління.

Підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я та безпосередньо медичними установами потребує комплексного вирішення озвучених проблем.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1. Напрями децентралізації та посилення автономії регіональних медичних закладів

Попередній розділ визначив вектори прикладання зусиль органів державного управління направлені на підвищення ефективності управління медичними закладами через вирішення проблем фрагментарності повноважень між рівнями влади, розриву між фінансуванням послуги та утриманням інфраструктури, диспропорцій у кадровому та матеріально-технічному забезпеченні, а також недостатньої координації й браку уніфікованих метрик якості та рівності доступу. Сукупна дія цих чинників уповільнює модернізацію мережі, знижує ефективність використання ресурсів і відтворює територіальні відмінності у доступі до медичної допомоги.

Відповідно розділ 3 спрямований на формування практично орієнтованих рішень. Тут пропонуються узгоджені напрями децентралізації та посилення автономії закладів, інструменти фінансового вирівнювання, мережеві механізми планування й спільних закупівель, а також система показників «доступність – якість», покликана перевести управління з рівня намірів на рівень вимірюваних результатів.

На нашу думку, однією з найбільших проблем управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні і, відповідно, управління медичними закладами є відсутність чіткого розмежування повноважень органів управління різних рівнів, як наслідок – дублювання окремих управлінських функцій, відсутність конкретного відповідального за реалізацію рішень, тощо.

У сучасній моделі управління охороною здоров'я в Україні поєднано централізоване фінансування послуг за Програмою медичних гарантій (НСЗУ) із децентралізованою відповідальністю за інфраструктуру та операційне забезпечення на рівні області, громад. Європейські огляди децентралізації в

охороні здоров'я підкреслюють, що практична дієвість такої конструкції залежить від інституційного «розведення» ролей (хто за що відповідає) і від наявності формалізованих механізмів міжрівневої координації [103]. Актуальні міжнародні звіти для України також пропонують рухатися у напрямі зміцнення субнаціонального управління та мережевої організації допомоги (кластеризація, маршрутизація) з опорою на вимірювані результати.

Заходи, необхідні для вдосконалення системи управління системою закладів охорони здоров'я в контексті децентралізації з метою підвищення ефективності механізмів управління наведено на рис. 3.1

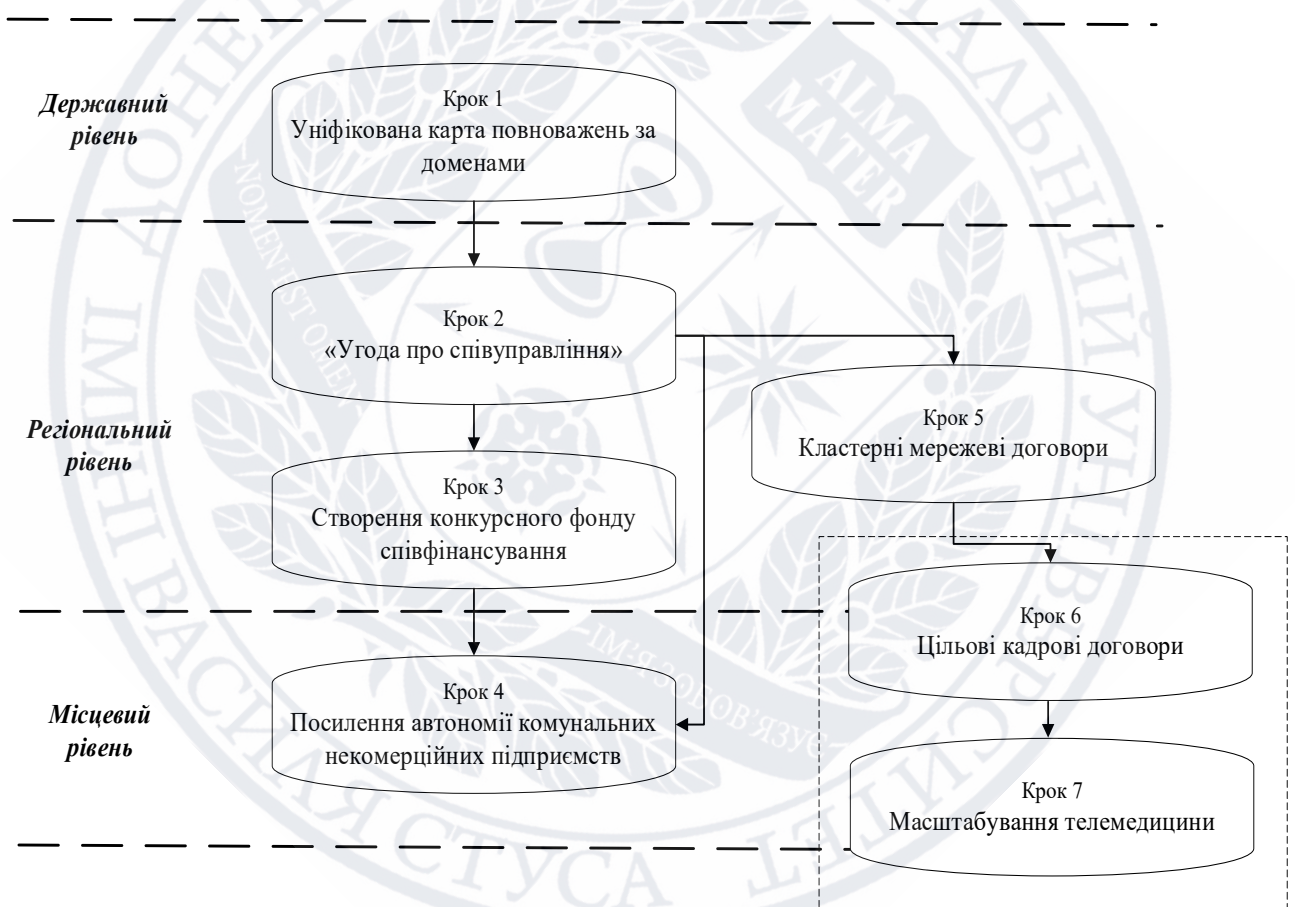


Рисунок 3.1. Вдосконалення системи управління системою закладів охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

Розглянемо кроки, необхідні для вдосконалення системи управління системою закладів охорони здоров'я в контексті децентралізації з метою підвищення ефективності механізмів управління.

Першим кроком, який має бути здійснено на державному рівні, необхідно провести узгодження та затвердження на рівні регіону уніфіковану карту повноважень за ключовими сферами діяльності (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Уніфікована карта (матриця) повноважень (зразок).

Домени	Відповідальний	Співвиконавець	Джерело фінансування	Квартальні «вікна» виконання (терміни)
Послуга				
Інфраструктура				
Операційна логістика				
Моніторинг якості (доступності)				

В табл. 3.1 під «послугою» мається на увазі кадри, клінічні протоколи, пакети ПМГ (Програма медичних гарантій), маршрутизація; «інфраструктура» – будівлі, безпека, енергоефективність, медичне обладнання; «операційна логістика» – транспорт, стерилізація, лабораторія, телемедицина. Для кожного домену (повноваження) фіксуються «відповідальний», «співвиконавець», «джерело фінансування» (оплати НСЗУ, місцевий бюджет, МТД (міжнародна технічна допомога), гранти, енергосервіс та квартальні «вікна» виконання. Така карта має бути інтегрована у річні плани ОВА/ОМС і фінплани медичної установи (комунального некомерційного підприємства (КНП), а також узгоджена з вимогами мережевої архітектури (госпітальні кластери, маршрути), визначеної постановою КМУ №174 від 28.02.2023.

Другим кроком вдосконалення системи управління має стати «Угода про співуправління» між ОВА, ОМС і КНП яка має щорічно укладатись. Це не повинно юридично змінювати наявні державні контракти НСЗУ, але має конкретизувати спільні дії субнаціональних рівнів і закладів. Ця угода має містити наступні компоненти:

– Матриця відповідальності (ОВА–ОМС–КНП × домени спроможності);

- KPI (5–7 індикаторів на рік), прив’язані до доступності (median travel-time; median queue days; частка направлень, виконаних ≤ 14 днів), якості (повторні госпіталізації на 30-й день для обраних нозологій; охоплення скринінгами), операційної ефективності (час «потреба–поставка»; частка закупівель за рамковими угодами; економія енергоресурсів) і безпеки;
- Квартальний календар робіт/закупівель із синхронізацією бюджетних циклів області й громад;
- Порядок ревізій (addendum) при зміні цін/ризиків;
- Публічна звітність (квартальні огляди, обов’язкове оприлюднення).
- Компакт слугує процедурною «надбудовою» над контрактами НСЗУ, які забезпечують оплату послуг за ПМГ і публічну аналітику (дашборди щодо договорів, оплат, карт місць надання послуг).

Остання компонента є категоричною вимогою світового банку [104].

Третім кроком реформування системи управління медичними закладами на рівні регіону має стати створення при ОВА конкурсного фонду співфінансування МТБ на умовах 1:1 (область : громада) з можливим «третім плечем» (МТД, гранти). Пріоритетом має стати енергоефективність, критична діагностика, безпека, «вузькі місця» доступу у периферійних громадах. Конкурси на право участі у співфінансуванні мають проводитись доволі часто (2–3 рази на рік), з обов’язковою прив’язкою до вимог пакетів ПМГ (щоб інвестиції безпосередньо посилювали спроможність послуги) і до маршрутизації в межах госпітальних кластерів. Частота конкурсів обумовлена необхідністю запобігання створення умов для запобігання формуванню корупційних схем.

Четвертий крок – посилення автономії комунальних некомерційних підприємств галузі охорони здоров’я. інституціоналізувати корпоративне управління в КНП: шляхом створення наглядових рад із представників власника, громади, професійної спільноти, пацієнтів; комітету з аудиту та якості, які мають здійснювати внутрішній контроль закупівель, політики комплаєнсу. Контракт керівника закладу має містити додаток із KPI (доступність/якість/закупівлі/безпека) і, що важливо – передбачати бонуси

залежно від виконання. Порівняльні дослідження децентралізації наголошують, що саме управлінська автономія закладів у поєднанні з підзвітністю за результат сприяє ефективності й стійкості змін, а значить підвищує ефективність управління медичними закладами.

П'ятим кроком реформування системи управління медичними закладами на регіональному рівні має стати укладання кластерних мережеских договорів між опорною лікарнею та периферійними закладами (ФАП, сільські медичні амбулаторії, «Пересувні» медичні кабінети, та ін.), які визначають розподіл ролей і спільні закупівлі (рамкові угоди на витратні матеріали, лабораторію, стерилізацію, енергосервіси). Централізована закупівельна група при опорному закладі (можливо при ОВА) веде каталоги стандартних позицій та контролює строки та якість поставок. Подібні підходи розглядаються в міжнародних рекомендаціях як інструменти підвищення ефективності та уніфікації стандартів між закладами [104].

В ефективності системи управління будь-якою галуззю велику роль відграють кадри. Тому для підвищення ефективності управління медичними закладами на регіональному та місцевому рівнях необхідно здійснити шостий крок – запровадити на рівні області цільові договори для дефіцитних спеціальностей (сімейні лікарі для сільських ТГ, анестезіологія, кардіологія, реабілітація) з локальними стимулами (житло, доплати від ОМС, оплачувана безперервна освіта, ротації між опорною та периферійними лікарнями, наставництво). Такий підхід відповідає міжнародній практиці посилення субнаціональної спроможності й забезпечує узгодженість кадрової політики з мережевою організацією допомоги.

Сьомий крок: масштабування телеметрії у практику первинної медичної ланки – телемедичні консультації (ПМД – вузький спеціаліст) і мобільні бригади (скринінги, УЗД, кардіоогляди) для периферійних ТГ у межах кластерів із фіксацією сесій (виїздів) у Компактах (угодах про співуправління між обласною владою (ОВА), органами місцевого самоврядування (громадами) та медичними закладами (КНП)). Міжнародні огляди децентралізації підкріплюють тезу, що

доступність і результативність зростають, коли субнаціональний рівень має інструменти гнучко перерозподіляти пропозицію послуг у просторі й часі [105].

Розглянемо можливі аспекти впливу на ефективність управління медичними закладами внаслідок поглибленої, строго детермінованої децентралізації системи управління.

Аспект 1. *Процесуальна ефективність*. Карта повноважень і Компакти зменшують транзакційні витрати узгодження, синхронізують «вікна» фінансування та переводять співпрацю у ритм квартальних рішень. Це відповідає підходам «управління результатом» (results-based governance), які в політиках ВООЗ та Світового банку трактуються як умова ефективних реформ.

Аспект 2. *Фінансова ефективність*. Кластерні спільні закупівлі та рамкові угоди знижують ціни і час постачання; енергомодернізація зменшить питому вартість утримання будівель. Публічні дашборди НСЗУ забезпечать прозорість оплат і дозволять коригувати локальні інвестиції в обладнання саме там, де послуга реально фінансується.

Аспект 3. *Операційна спроможність*. Кадрові інструменти (цільові договори, ротації), телемедицина і мобільні бригади розвантажать опорні заклади, скоротять черги та маршрут до спеціаліста для периферійних ТГ. У літературі з децентралізації ці заходи класифікують як субнаціональні «підсилювачі рівності доступу» [106].

Аспект 5. *Результати для пацієнтів*. Зниження медіанного часу подорожі до місця надання послуги і медіанні тривалості очікування, ширше охоплення скринінгами. Такі наслідки узгоджуються з логікою мережевої реорганізації та державних пакетів, які прив'язують оплату до спроможності виконувати стандарти.

Поглиблення реформи децентралізації та поглиблення автономії медичних закладів запропоноване вище, безумовно стикнеться з ром перешкод і труднощів, серед яких найвагомішими будуть:

- нерівна спроможність громад. Існує ризик недофінансування частки співфінансування слабшими ТГ;

- кадрові обмеження та інституційна інерція. Брак компетенцій для підготовки Компактів і роботи з даними, відсутність типових шаблонів документів, програм навчання для ОМС і КНП, програм методичного супроводу департаменту та партнерів;
- закупівельні затримки і правові оскарження;
- волатильність доходів і цін;
- комунікаційні ризики – опір змінам з боку персоналу КНП та громади.

Описані напрями децентралізації – від карт повноважень і щорічних угод про співуправління до фонду співфінансування МТБ, кластерних закупівель, корпоративного посилення автономії КНП, телемедицини та кадрових контрактів – утворюють узгоджений інструментарій, що переводить багаторівневе управління з площини «паралельних зусиль» у режим керованої кооперації з вимірюваними результатами. Вони співзвучні академічним підходам до децентралізації й рекомендаціям міжнародних інституцій для України: посилення субнаціональної спроможності, мережеве планування послуг, прозора підзвітність і управління на підставі даних. Впровадження вказаних механізмів у межах 12–18 місяців здатне забезпечити помітний прогрес за показниками доступності, якості та ефективності використання ресурсів на регіональному рівні.

3.2. Перспективи використання цифрових технологій та електронного врядування у медичній сфері

У контексті регіонального рівня управління медичною сферою в цілому та медичними закладами зокрема, цифрові рішення доцільно розглядати не як окремі ІТ-проекти, а як цілісну інфраструктуру управління, що поєднує дані, процеси і підзвітність. Електронне врядування в медицині має забезпечувати безперервний цикл «дані – рішення – дія – оцінка» для всіх учасників – від департаментів охорони здоров'я та органів місцевого самоврядування до

керівників КНП і пацієнтів. Ключовою передумовою є узгоджені цифрові інтерфейси між існуючими державними сервісами (ЕСОЗ/eHealth, інструменти НСЗУ) та регіональними модулями, що закривають прогалини управління доступністю, якістю та ефективністю використання ресурсів.

Питання шляхів розгортання цифрової інфраструктури, її перспективи і вплив на ефективність системи управління медичними закладами на регіональному рівні стане темою цієї частини роботи.

Застосування цифрових технологій у системі управління медичними закладами на регіональному та державному рівні є одним із ключових напрямів модернізації сфери охорони здоров'я. Передусім важливу роль відіграє Електронна система охорони здоров'я, яка виступає базовою цифровою платформою для реєстрації медичних закладів, лікарів, пацієнтів, а також для ведення електронної медичної документації. На її основі реалізуються такі інструменти, як *електронна медична картка пацієнта, електронні рецепти та електронні направлення*, що дозволяє уніфікувати надання послуг, забезпечити прозорість процесів і створити основу для підвищення якості управлінських рішень.

Варто зазначити, що на регіональному рівні значний акцент робиться на впровадженні систем моніторингу діяльності комунальних некомерційних підприємств. Такі цифрові рішення дають змогу збирати дані щодо фінансових потоків, кадрового забезпечення, рівня матеріально-технічної бази та завантаженості медичних працівників. Це створює можливості для оперативного контролю за роботою закладів, формування прозорої звітності та прийняття обґрунтованих рішень органами місцевого самоврядування та обласними військовими адміністраціями.

На державному рівні ключовим інструментом є інформаційні ресурси Національної служби здоров'я України, які забезпечують адміністрування Програми медичних гарантій, укладання договорів із закладами охорони здоров'я, фінансування наданих послуг та контроль їх якості. Важливою складовою цього процесу виступають аналітичні панелі та цифрові дашборди,

що дозволяють оцінювати показники ефективності (KPI), аналізувати доступність первинної медичної допомоги та спеціалізованих послуг, а також прогнозувати майбутні потреби населення у медичному забезпеченні.

Серед інших напрямів цифровізації слід виокремити телемедицину, яка особливо актуальна для віддалених населених пунктів і функціонує на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, інтегрованих із центральними лікарнями. Також дедалі ширше застосовуються системи електронного документообігу, які спрощують адміністративні процедури, та бази даних кадрового обліку, що дозволяють планувати потреби у спеціалістах та оптимізувати кадрову політику.

Запровадження регіонального Дашборда «доступність-якість» відкриває для органів управління й керівників закладів охорони здоров'я можливість перейти від реактивних рішень до планово-цільового управління, у якому кожен крок обґрунтований даними та підлягає регулярній оцінці. На відміну від наявних публічних панелей, що здебільшого відображають обсяги контракування та виплат за Програмою медичних гарантій, регіональний Дашборд зосереджується на показниках, безпосередньо пов'язаних із досвідом пацієнта та операційною спроможністю мережі: медіанним часом доїзду до місця надання послуги (median travel-time), медіанною тривалістю очікування на прийом (median queue days), часткою направлень, виконаних у визначені строки, охопленням скринінгами, укомплектованістю кадрами, показниками безпеки, а також геопросторовим зв'язком «місце проживання – місце послуги» [107]. Таким чином, Дашборд стає інтегрованим інструментом управління, який поєднує в одному «вікні» дані з ЕСОЗ/eHealth, публічних дашбордів НСЗУ та внутрішньої звітності закладів і органів місцевого самоврядування.

Сутність Дашборда полягає не лише в консолідації інформації, а у вбудуванні цієї інформації в цикл прийняття рішень. На рівні методології кожен індикатор має «паспорт» із чітким визначенням, джерелом, частотою оновлення та пороговими значеннями, які запускають управлінські дії (наприклад, перевищення порогу очікування у 14 днів упродовж двох звітних періодів ініціює перерозклад слотів, дистанційні консультації або виїзний прийом) [108].

Технологічно Дашборд спирається на стандартизовані інтерфейси обміну (API/HL7 FHIR) для отримання агрегованих показників без доступу до персональних даних, що забезпечує інтеоперабельність із медичними інформаційними системами й державними реєстрами та зменшує транзакційні витрати на інтеграцію [109]. Організаційно його робота закріплюється регламентом квартальних оглядів: координаційні наради департаменту охорони здоров'я, представників громад і керівників КНП розглядають «дефіцитні точки» за даними Дашборда та ухвалюють короткий перелік рішень із визначенням відповідальних і строків виконання; наступний огляд оцінює зміни за тими ж показниками.

Перспективи підвищення ефективності управління у зв'язку з впровадженням Дашборда проявляються у кількох вимірах. По-перше, формується керована адресність рішень: геоаналітика (travel-time) та дані про черги дозволяють спрямовувати інтервенції (телемедичні сесії, виїзні бригади, подовження годин прийому, пріоритетні закупівлі обладнання) саме в ті громади та за тими послугами, де очікувана віддача найбільша. У результаті зростає ефективність використання ресурсів, а територіальні розриви в доступі зменшуються в прогнозований спосіб [108]. По-друге, підвищується керованість кадрової політики: видимість укомплектованості та навантаження за спеціальностями на рівні кластерів дає змогу запроваджувати цільові контракти, ротації та наставництво там, де кадровий дефіцит безпосередньо генерує «вузькі місця» доступу; це переводить кадрові рішення з реактивного в планово-проактивний режим. По-третє, зростає операційна стійкість системи: окремі панелі Дашборда, присвячені інцидентам безпеки, скасованим прийомам і енергоспоживанню, дозволяють швидко приймати рішення щодо забезпечення безперервності надання послуг у кризові періоди (резервні джерела живлення, перерозподіл графіків, переведення частини прийомів у дистанційний формат) [111].

Ключовим перспективним наслідком є трансформація автономії закладів у підзвітність за результат: набори KPI Дашборда згодом віддзеркалюються в

«угодах про співуправління» між областю, громадами та КНП і в контрактах керівників закладів (модель бонус), що формує стабільний стимул до зниження медіанної тривалості очікування, підвищення охоплення скринінгами та забезпечення рівномірної доступності послуг. Водночас дашбордні показники, знеособлені й оприлюднені у вигляді публічних оглядів, підвищують прозорість для населення, створюють «м'яку конкуренцію» між закладами й підвищують довіру до управлінських рішень [107].

Для успішного запуску Дашборда достатньо поетапної реалізації. На стартовій хвилі (0-3 місяці) визначається «ядро» з 10-15 індикаторів (доступ, черги, скринінги, кадрова заповнюваність), налаштовуються інтеграції з ЕСОЗ/НСЗУ та готуються методичні описи показників. На другій хвилі (3-6 місяців) підключаються модулі закупівель та інфраструктури, проводяться пілоти в одному-двох кластерах з повним управлінським циклом «дані – рішення – оцінка». На третій хвилі (6-12 місяців) інструмент масштабують на всю область, вводяться публічні панелі вибраних індикаторів, а КРІ Дашборда офіційно включаються до щорічних планів департаменту та закладів, що забезпечує сталість процесу. Технологічною передумовою залишається дотримання інтероперабельності профілі FHIR, (уніфіковані довідники, контроль ролей і доступів), а організаційною – формалізація квартальних оглядів і зв'язок показників із рішеннями та відповідальними [107; 110].

Очікуваний ефект у середньостроковій перспективі (12-18 місяців) може бути зафіксований у вигляді вимірюваних зрушень: скорочення median queue days у пріоритетних спеціальностях; збільшення частки направлень, виконаних у визначений строк; зниження median travel-time у периферійних громадах; зростання охоплення скринінгами у групах ризику; скорочення часу «потреба – поставка» у закупівлях і економія на стандартизованих позиціях завдяки спільним рамковим угодам; підвищення енергоефективності об'єктів за рахунок цільового інвестування. Сукупно це означає перехід до керованої траєкторії покращення доступу та якості, коли цифрові дані не тільки відображають стан системи, а й щокварталу визначають зміст управлінських рішень.

Отже, перспективи впровадження регіонального Дашборда «доступність – якість» полягають у створенні сталого механізму узгодження даних, рішень і відповідальності між усіма рівнями управління. Інструмент надає можливість системно скорочувати часові та територіальні розриви в доступі, підвищувати результативність профілактичних і лікувальних програм, раціоналізувати використання ресурсів і посилювати підзвітність автономних закладів. За умови дотримання стандартів інтегрованості та формалізації управлінського циклу Дашборд стає не додатковою «вітриною», а центральним елементом електронного врядування у сфері охорони здоров'я регіону.

Ще одним перспективним напрямом підвищення ефективності управління медичними закладами шляхом впровадження ІТ технологій є розвиток системи е-направлень у поєднанні з централізованим електронним розкладом (е-розклад) на рівні госпітального кластера, за допомогою якого направлення автоматично «знаходить» найближчий доступний слот відповідного рівня допомоги і профілю спеціаліста. На відміну від локальних систем запису у відокремлених закладах, яка давно діє в медичних установах (особливо приватних), кластерний е-розклад працює як єдиний пул потужностей: усі амбулаторні, діагностичні та процедурні слоти опорної лікарні та периферійних КНП агрегуються в одному інтерфейсі, доступному для сімейних лікарів, диспетчерів і, у визначеному обсязі, для пацієнтів через персональний кабінет. Е-направлення виступає «ключем» до цього пулу, містячи стандартизований код послуги, пріоритет, строк виконання та мінімальний набір клінічних атрибутів, потрібних для маршрутизації. Ця система відносно недавно почала впроваджуватись в практику управління медичними закладами державної форми власності [107; 111].

Розглянемо які перспективи цей шлях відкриває для підвищення ефективності системи управління медичними закладами на регіональному рівні. Передусім, централізований е-розклад зменшує фрагментацію ресурсів, перетворюючи розпорошені потужності на керований кластерний пул. Це дає можливість динамічно балансувати завантаження між закладами: коли в опорній

лікарні виникає «вузьке місце», система пропонує найближчий периферійний слот із дотриманням часових і клінічних вимог. По-друге, у поєднанні з е-направленнями формується прозорий ланцюг «призначено – заброньовано – відвідано», який автоматично фіксує відмови, no-show, перенесення, що різко підвищує якість управлінської аналітики щодо причин затримок і втрат потужності [108] чим вказує на шляхи для підвищення ефективності управління. По-третє, е-розклад створює підстави для керованого скорочення черг: порогові значення median queue days вбудовуються у правила маршрутизації, а перевищення порогів автоматично тригерить управлінські дії (подовження годин, відкриття «вечірніх» змін, залучення телемедицини, виїзні бригади), які закріплюються у відповідних «угодах про співуправління» між ОВА–ОМС–КНП. По-четверте, інструмент посилює пацієнтоорієнтованість: підтвердження бронювання, нагадування, електронні згоди та повідомлення про перенесення в одному каналі зменшують no-show і покращують досвід отримання послуги.

На шляху цього напряму цифровізації системи медичних закладів існують досить потужні бар'єри для впровадження, серед яких різний рівень цифрової готовності медичної інформаційної системи, опір персоналу до зміни практик запису, фрагментація довідників і можливі колізії в пріоритезації. Ці перешкоди мінімізуються поетапністю розгортання, використанням типових довідників і профілів FHIR (швидкі ресурси інтероперабельності в охороні здоров'я), короткими тренінгами для слот-менеджерів і ПМД, а також чіткими політиками ескалації (хто і коли має право «ручного» втручання). Важливо закріпити правила у кластерних стандартах та «угодах про співуправління», що підсилює виконуваність рішень і забезпечує сталість процесу.

Отже, інтеграція е-направлень із централізованим е-розкладом на рівні кластера є перспективним інструментом підвищення ефективності управління: вона перетворює розрізнені черги на керований ресурс, забезпечує адресний розподіл потоку пацієнтів, прискорює прийняття рішень і робить результати вимірюваними у кварталному циклі. За умови дотримання стандартів інтероперабельності та закріплення SLA (угода про рівень сервісу) і KPI в

офіційних документах системи охорони здоров'я інструмент створює стабільну основу для подальшої цифрової модернізації регіонального рівня.

Крім наведених цифрових технологій управління системою закладів охорони здоров'я, необхідно згадати створені і нещодавно впроваджені в систему управління в Україні перспективні технології, зокрема – масштабування телемедицини з “сервісними угодами” (SLA) у Компактах, розширення е-рецепта та е-відшкодування («Доступні ліки»), Е-контрактування з НСЗУ з регіональними “додатками за результат” (KPI-доплати), Е-закупівлі кластера (рамкові угоди, каталоги, контроль виконання), Е-паспорт закладу й інвентар МТБ з сенсорами енергоефективності, тощо. Ці та інші технології за умови широкого впровадження та динамічного розвитку матимуть суттєвий вплив на ефективність управління медичними установами насамперед на регіональному та місцевому рівнях.

3.3. Можливості імплементації кращих європейських практик у систему регіонального медичного управління

У контексті побудови стійкої та результатноорієнтованої системи охорони здоров'я на регіональному рівні доцільним є цілеспрямоване запозичення перевірених європейських підходів, здатних швидко підвищити керованість мережі, прозорість рішень і рівність доступу. Йдеться не про механічне копіювання моделей, а про їх інституційну адаптацію до українських умов через чіткі угоди між учасниками, стандарти даних та регламентовані управлінські цикли.

Адаптація кращих європейських практик до українського регіонального контексту доцільна передусім як спосіб перетворити різномірну мережу на керовану систему з чіткими правилами взаємодії, вимірюваними результатами та передбачуваними управлінськими циклами. Йдеться не про механічне запозичення «моделей», а про інституційну трансляцію конкретних інструментів,

уже випробуваних у країнах Європи, у правове й організаційне поле області та госпітальних кластерів. Логіка такої імплементації проста: спершу формалізуються ролі й відповідальність сторін, потім закріплюються спільні показники доступності та якості, а далі цифрові сервіси і закупівельні механізми підпорядковуються цим показникам і живлять їх даними. У результаті координація між обласною адміністрацією, органами місцевого самоврядування і комунальними некомерційними підприємствами набуває характеру «керованої кооперації», де кожне управлінське рішення має цифровий слід і підлягає квартальній оцінці.

Центральним інструментом такого переходу виступають *угоди про співуправління* (Health Compacts) – щорічні рамкові договори в межах госпітального кластера, що закріплюють матрицю відповідальності за послуги, кадри, інфраструктуру, телемедицину та дані, а також короткий перелік ключових показників (KPI) і поквартальний календар управлінських дій. За своєю природою ці угоди не замінюють державних контрактів із НСЗУ, а створюють процедурний «міст» між оплатою послуг і щоденною організацією мережі на місцях, переводячи координацію з площини ситуативних домовленостей у режим формалізованих зобов'язань і регулярних оглядів на основі даних. Європейська практика підтверджує ефективність такої договірної рамки: в Англії Integrated Care Systems (ICS) є законодавчо усталеними партнерствами NHS та місцевого самоврядування, де спільні плани, визначені «на рівні місця» (place-based partnerships), поєднуються з публічною підзвітністю і можливістю делегування функцій та бюджетів під спільно визначені цілі доступності та якості [112; 113].

У Португалії *програмні контракти* між госпіталями та державою фіксують на рік обсяги, показники результативності та фінансові умови, завдяки чому управління переходить на перспективне планування з подальшою оцінкою фактичного виконання [114]. Обидва приклади демонструють: поєднання контрактації «за результат» із чіткою інституційною відповідальністю створює передумови для швидких і прогнозованих змін.

Імплементація таких угод в Україні має спиратися на вже наявну цифрову інфраструктуру – державну електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ/eHealth) і публічні панелі НСЗУ – та на визначені урядом підходи до електронного врядування в медицині (оновлена Концепція е-здоров'я). Це дозволяє наповнювати угоди достовірними даними без додаткового звітного навантаження: показники доступності (медіанний час доїзду, медіанна тривалість очікування, частка направлень, виконаних у встановлені строки) та якості (повторні госпіталізації за обраними нозологіями, охоплення скринінгами, інциденти безпеки, безперервність надання послуг у кризові періоди) можуть автоматично формуватися на основі інтегрованих потоків із ЕСОЗ, МІС закладів і регіональних модулів аналітики [107]. Саме така інтеграція забезпечує головну перевагу договорів: кожне управлінське рішення – від подовження годин прийому у вузьких спеціальностях до запуску телемедичних «вікон» або оголошення рамокних закупівель – безпосередньо прив'язане до порогових значень КРІ і фіксується в поквартальному календарі.

Другою практикою, цікавою для імплементації в систему управління медичними закладами України, є *стандартизоване е-направлення та централізоване е-бронювання*. У європейській практиці англійська служба NHS e-Referral Service (e-RS) забезпечує електронне направлення з прямим бронюванням у доступний слот відповідного профілю, тріаж і зміну запису, а також єдиний стандарт опису процесу – Booking and Referral Standard [115].

В Італії регіональні «єдині центри бронювання» (CUP) інтегрують розклади кількох закладів і забезпечують запис на прийом до спеціаліста та діагностику через веб-інтерфейс і контакт-центри; система працює у зв'язці з електронними рецептами, що підвищує керованість потоку й зменшує черги [116]. Для українського кластера поєднання е-направлень із єдиним пулом слотів означає, що угода про співуправління може безпосередньо «керувати чергою»: якщо медіанна тривалість очікування перевищує визначений поріг упродовж двох звітних періодів, запускаються зафіксовані в угоді дії – перерозподіл потоків між локаціями, подовження прийому, підключення

телемедицини, виїзні бригади. Така процедура робить скорочення черг керованим і вимірюваним процесом, а не одноразовою кампанією.

Третій напрямок управлінський інновацій, які варто імплементувати в українську практику управління медичними закладами – *спільні рамкові закупівлі* й каталоги специфікацій у межах кластера. Данія створила для госпітального сектору міжрегіональну агенцію Amgros, що централізує закупівлі лікарських засобів і виробів, забезпечуючи економію масштабу, прозорість і контроль якості поставок [117]. Норвезький оператор Sykehusinnkjøp HF виконує аналогічну функцію для державних лікарень, стандартизуючи процедури, лоти і цифрові процеси. Для України це означає, що річний календар угоди про співуправління може синхронізувати хвилі закупівель між закладами, уніфікувати технічні вимоги та відстежувати траєкторію «потреба – контракт – поставка – введення в експлуатацію». Ефект – зниження цін на типові позиції, скорочення часу поставки, а відтак і швидше досягнення цільових показників доступу та якості, для яких планувались ці інвестиції.

Суттєву частину договорів доцільно присвятити *інтероперабельності даних* і безпеці доступів. Хоча національні політики та профілі ЕСОЗ задають базові правила обміну, саме на рівні кластера визначається практична «дисципліна даних»: спільні довідники, паспорти індикаторів, ролі та журналювання, порядок анонімізації для публічних оглядів. У цьому сенсі угода про співуправління – місце, де цифрові вимоги перетворюються на зобов'язання сторін і, головне, на управлінські рішення. Регулярні (квартальні) огляди за участі департаменту, представників громад і керівників КНП мають не лише фіксувати динаміку KPI, а й ухвалювати коригувальні дії: переналаштування розкладів, перенесення ресурсів між закладами, оголошення рамкових закупівель, тимчасові кадрові підсилення. У наступному кварталі ці дії обов'язково зіставляються з цільовими показниками, що формує «замкнений» цикл планування і відповідальності [107].

Перспективи ефекту від імплементації досвіду деяких країн в управлінні системою охорони здоров'я в цілому та на рівні регіонів можна підсумувати у трьох вимірах:

По-перше, підвищується *процесуальна ефективність*: завдяки уніфікованим ролям, спільним метрикам і ритму квартальних рішень скорочується час «від проблеми до дії», зменшуються транзакційні витрати координації, а управлінська відповідальність стає персоніфікованою (через включення KPI угоди до контрактів керівників закладів).

По-друге, зростає *адресність інвестицій* і вирівнюється доступ до послуг медичних закладів: геоаналітика (медіанний час доїзду) та керовані черги дозволяють спрямовувати ресурси на «білі плями» у периферійних громадах; телемедицина та виїзні формати стають не додатком, а інструментом, «прив'язаним» до порогових значень метрик.

По-третє, посилюється *стійкість і довіра*: частина агрегованих показників стає предметом публічних оглядів; система демонструє прогнозованість сервісу навіть за умов зовнішніх обмежень, оскільки угода містить сервісні угоди (SLA) щодо безперервності та маршрутизації в кризових ситуаціях [107].

Очевидно, що на шляху впровадження постануть певні перешкоди – нерівна цифрова готовність закладів, можливі оскарження закупівель, волатильність цін і бюджетів. Саме тому процес імплементації зарубіжного досвіду має передбачати поетапність, типізовані інтеграції (FHIR-профілі та єдині довідники), календар «хвиль» закупівель і механізм addendum для швидких корекцій без втрати ритму. Ключовим запобіжником є короткий, стабільний перелік «ядрових» показників (10–15 KPI) із щорічним переглядом, що не допускає «зоопарку метрик» і зберігає керованість системи.

У підсумку впровадження механізму угоди про співуправління – це не додатковий шар бюрократії, а практичний інструмент переходу від реактивного управління до планово-цільового, і, як наслідок, підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Європейські приклади – англійські ICS із партнерськими рамками та публічною

підзвітністю і португальські програмні контракти з річними зобов'язаннями – демонструють керованість і відтворюваність такого підходу. Українська специфіка, яка полягає в поєднанні централізованого фінансування за програмою медичних гарантій і децентралізованої відповідальності за інфраструктуру (платить один – відповідає інший), сприяє імплементації зарубіжного досвіду управління галуззю: саме на рівні області й кластера інструмент договорів дозволяє «звести» ці два світи у єдиний управлінський цикл. За наявності політичної волі та мінімальної організаційної спроможності процес імплементації можливо розпочати вже протягом одного бюджетного циклу; при цьому очікувані результати – зниження медіанної тривалості очікування, зростання частки направлень, виконаних у строк, скорочення часу «потреба – поставка» в закупівлях та економія на стандартизованих позиціях — підлягають фіксації на публічних панелях, що додатково підвищує довіру громад до управлінських рішень.

Висновки до розділу 3

Сукупний аналіз можливостей вдосконалення за трьома напрямками – децентралізація й посилення автономії закладів, цифрові технології та електронне врядування, а також імплементації кращих європейських практик – показує, що підвищення ефективності регіонального управління неможливе через поодинокі ініціативи. Результат з'являється тоді, коли інституційні зміни (розмежування повноважень, автономія КНП, договірна координація між рівнями влади) поєднані з цифровими інструментами (дані, інтегровані в цикл рішень) і процедурною дисципліною (регулярні огляди, спільні KPI, публічна підзвітність). Саме така тріада забезпечує перехід від реактивного стилю «гасіння пожеж» до планово-цільового управління на рівні області та госпітальних кластерів.

У площині децентралізації ключовий висновок полягає в тому, що автономія закладів має супроводжуватися угодами про співуправління між ОВА,

громадами й КНП, які фіксують матрицю відповідальності, «ядро» показників і поквартальний календар дій. Без такої рамки децентралізація ризикує залишитися організаційною, а не результатною – із розмитою відповідальністю та різночитаннями повноважень. Натомість договори переводять автономію у підзвітність за вимірювані результати (доступність, своєчасність, якість, стійкість), узгоджують пріоритети інвестицій та задають ритм управлінським рішенням.

Цифрова компонента забезпечує «кровообіг» цієї моделі. Регіональний Дашборд «доступність–якість», інтегрований з ЕСОЗ/НСЗУ та МІС, формує єдине інформаційне тло для квартальних оглядів і прив’язує рішення до даних: median queue days, median travel-time, охоплення скринінгами, повторні госпіталізації, укомплектованість штатів, час «потреба – поставка» тощо. Е-направлення та централізоване е-бронювання в межах кластера перетворюють розрізнені черги на керований ресурс: система балансуватиме потоки, відкриватиме «вечірні» зміни, підключатиме телемедицину та виїзні бригади там, де це необхідно. У результаті цифровізація виходить за межі обліку і стає інфраструктурою управлінських дій.

Європейські практики додають перевірені механізми реалізації цієї логіки. Англійські Integrated Care Systems демонструють, як партнерські угоди та публічні огляди забезпечують спільні плани й підзвітність на рівні «place»; португальські програмні контракти показують, як контракти «на рік» з чіткими показниками переводять систему на прогнозоване планування; датські й норвезькі централізовані закупівлі італійські CUP (єдині центри бронювання) дають приклади організації пулів потужностей і економії масштабу. Їхня цінність для України – у процедурних рішеннях, які можна адаптувати вже зараз: від формату Компакту й календаря закупівель до публічного звітування та SLA для безперервності послуг.

Узгоджена «архітектура дії» для регіону впливає безпосередньо з розглянутих у розділі питань. По-перше, необхідно закріпити інституційну рамку: ухвалити типовий Компакт із матрицею ролей і коротким «ядром» KPI, відобразивши їх у контрактах керівників КНП і планах департаменту. По-друге,

запустити цифрове ядро управління регіонального і місцевого рівня: регіональний дашборд, е-направлення з кластерним е-бронюванням, мінімальні інтеграції за FHIR/API, регламент квартальних оглядів «дані – рішення – дія – оцінка». По-третє, синхронізувати ресурси з цілями: рамкові закупівлі та каталоги, що прив'язані до розривів доступності, і телемедичні/мобільні формати як регулярний, а не епізодичний інструмент вирівнювання.

Очікуваний ефект реформування системи управління медициною на регіональному та місцевому рівнях для пацієнта та системи конкретний і вимірюваний: скорочення медіанної тривалості очікування в пріоритетних профілях, зменшення часу доїзду для периферійних громад за рахунок телемедицини та виїздів, зростання охоплення скринінгами в «дефіцитних» громадах; для управління – скорочення циклу «потреба – поставка», більша частка стандартизованих закупівель, стабілізація кадрових показників за рахунок керованих ротацій/наставництва. Ключовим є не лише *досягнення цільових значень, а сталість ритму*: щоквартальні огляди з публічними агрегованими індикаторами та коригувальними діями.

У впровадженні запропонованих елементів реформування системи управління існують складнощі і ризики – нерівна цифрова спроможність, процедурні оскарження закупівель, бюджетна волатильність – керовані за умови поетапності, єдиних довідників і профілів обміну, короткого стабільного «ядра» KPI та механізму addendum у Компактах для швидких корекцій. Вирішальним чинником успіху буде досягнення синергетичного ефекту: коли інституційна рамка, цифрова інфраструктура та європейські процедури працюють у зв'язці, підсилюючи одна одну.

Таким чином, у розділі 3 обґрунтовано реалістичну, поетапну траєкторію переходу регіонального управління медичною системою України до керованої кооперації, де автономія закладів поєднується з підзвітністю за результат, цифрові дані – з управлінськими рішеннями, а європейські практики – з українськими інституційними умовами. Саме в такому поєднанні формується спроможність системи стабільно підвищувати доступність і якість допомоги попри ресурсні обмеження та зовнішні виклики.

ВИСНОВКИ

Дослідження державного управління медичними закладами на рівні регіону України дозволило комплексно розкрити особливості функціонування цієї системи, виявити ключові проблеми її організації та визначити напрями вдосконалення, здатні забезпечити стале підвищення ефективності надання медичних послуг населенню.

Державне управління сферою охорони здоров'я в сучасних умовах набуває нових змістових акцентів. Воно є багаторівневою і багатофункціональною системою, яка поєднує стратегічні, організаційні та контрольні елементи. Центральним її завданням виступає створення збалансованого управлінського механізму, що враховує потреби різних груп населення, забезпечує їх доступ до якісних медичних послуг та відповідає міжнародним стандартам good governance. На теоретико-методологічному рівні підтверджено актуальність застосування підходів публічного адміністрування, сервісно-орієнтованої моделі держави, а також принципів результативності, прозорості та підзвітності. Водночас важливим висновком стало визнання пріоритету пацієнтоцентричності як основи управлінських рішень у системі охорони здоров'я.

Аналіз функціонування регіонального рівня державного управління показав наявність низки системних проблем, які істотно знижують ефективність діяльності медичних закладів. Зокрема, подвійний характер моделі управління, що передбачає розмежування функцій між центральним і регіональним рівнями, хоча й створює потенціал для гнучкості, на практиці часто породжує фрагментарність і накладання повноважень. Наявні інституційні дисбаланси ускладнюють планування, реалізацію та моніторинг управлінських рішень.

Особливо гостро проявляються фінансові та інфраструктурні обмеження. Місцеві бюджети не завжди здатні забезпечити належне матеріально-технічне оновлення комунальних закладів, що призводить до зниження їхньої спроможності навіть за умов чинних контрактів з НСЗУ. У воєнний період ці

проблеми поглиблюються, адже лівова частка видатків спрямовується на поточні потреби, залишаючи обмежені ресурси для капітальних інвестицій. Така ситуація не лише сповільнює модернізацію, але й підвищує ризики накопичення «відкладених» проблем у середньостроковій перспективі.

Важливою проблемою є регіональні диспропорції у забезпеченні доступності та якості послуг. Концентрація спеціалізованих кадрів та високотехнологічного обладнання у великих містах формує нерівномірність у наданні допомоги населенню периферійних громад. Це підвищує непрямі витрати пацієнтів і знижує загальну довіру до медичної реформи. Крім того, недостатня координація між органами влади різних рівнів, відсутність єдиної матриці відповідальності за ключові ресурси (інфраструктуру, обладнання, кадри, транспорт) зумовлюють управлінські розриви та втрати ефективності.

Разом із тим, у системі управління медичними закладами на регіональному рівні наявні й позитивні зміни. Процеси цифровізації, впровадження eHealth та інструментів аналітики НСЗУ створили якісне підґрунтя для прозорості контрактних відносин, оперативного моніторингу та фінансової дисципліни. Це доводить, що навіть за умов обмежених ресурсів управлінська система може отримувати відчутні переваги за рахунок інноваційних інструментів та підвищення рівня підзвітності.

У третьому розділі роботи доведено, що вдосконалення державного управління медичними закладами можливе лише за умови комплексного підходу, який поєднує інституційні, цифрові компоненти та європейські підходи. Оптимізація управлінських механізмів передбачає одночасне зміцнення автономії закладів, впровадження угод про співуправління між ОВА, громадами і КНП, формування чіткої матриці відповідальності та спільних показників ефективності. Важливим напрямом визначено створення цифрової інфраструктури управління, що базується на інтегрованих даних, регіональних дашбордах і системах електронного бронювання. Це дозволить забезпечити синхронізацію управлінських рішень із реальними потребами пацієнтів.

Вартий уваги й досвід європейських країн, імплементація якого сприятиме підвищенню ефективності української системи охорони здоров'я. Практика інтегрованих систем догляду у Великій Британії, централізовані закупівлі у Скандинавських країнах, програмні контракти у Португалії та Італії демонструють ефективність поєднання інституційних угод, прозорих процедур і публічної підзвітності. Для України їхня цінність полягає у можливості адаптації процедурних механізмів, які забезпечують сталість управлінського процесу навіть за умов нестабільності та обмеженості ресурсів.

Таким чином, узагальнені результати дослідження дають підстави стверджувати, що майбутнє державного управління медичними закладами на регіональному рівні полягає у створенні цілісної, прозорої та результативної системи, яка ґрунтується на принципах співуправління, цифрової інтеграції та орієнтації на потреби пацієнта. Реформування повинно мати поетапний і системний характер, а успіх залежатиме від здатності досягти синергетичного ефекту між інституційною рамкою, цифровою інфраструктурою та кращими міжнародними практиками. Саме в такому поєднанні забезпечується стійкість системи охорони здоров'я, підвищується її ефективність і створюються умови для гарантування права громадян на якісну та доступну медичну допомогу, що відповідає європейським стандартам.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Колісніченко Н. Г. Публічне управління у сфері охорони здоров'я: сучасні тенденції та виклики. *Вісник НАДУ при Президентові України*. 2022. № 3. С. 37–44.
2. Шевчук Р. М. Комунікаційні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2021. № 2. С. 109–117.
3. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр> (дата звернення 17.09.2025).
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 17.09.2025).
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 17.09.2025).
6. Верховна Рада України. Комітет з питань здоров'я нації. URL: <https://komzdrav.rada.gov.ua> (дата звернення 17.09.2025).
7. Звіт про діяльність Національної служби здоров'я України за 2023 рік. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/report-2023-ua-web-1-1.pdf> (дата звернення 17.09.2025).
8. Кузьменко О. В. Роль органів місцевого самоврядування у розвитку системи охорони здоров'я в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9. № 5. С. 79–88.
9. Мельник А. Ф., Василенко І. П. Регіональне управління охороною здоров'я: виклики та перспективи. *Ефективність державного управління*. 2019. Вип. 3. С. 41–49.
10. Е-Health в Україні: офіційний портал. URL: <https://ehealth.gov.ua>
11. Лук'яненко В. І., Шевченко О. П. Регіональна політика у сфері охорони здоров'я: теорія та практика. *Вісник публічного управління*. 2020. № 4. С. 50–60.

12. Департамент охорони здоров'я м. Києва. Офіційний сайт. URL: <https://health.kyivcity.gov.ua>
13. World Health Organization. *Regional Health Policies and Decentralization: Lessons from Europe*. Geneva: WHO, 2018. URL: <https://www.euro.who.int/en> (дата звернення 17.09.2025).
14. Калашнікова Л. В. Регіональна політика у сфері охорони здоров'я: напрями та механізми реалізації. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2019. № 4. С. 85–92.
15. Київська обласна рада. *Програма розвитку та фінансування закладів охорони здоров'я Київської області на 2021–2023 роки*. 2021. URL : <https://kor.gov.ua> (дата звернення 17.09.2025).
16. Львівська обласна рада. (2020). *Регіональна програма онкологічної допомоги населенню Львівщини*. <https://lvivoblrada.gov.ua>
17. Дніпропетровська обласна рада. (2021). *Програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2021–2025 роки»*. URL : <https://oblrada.dp.gov.ua> (дата звернення 17.09.2025).
18. Житомирський центр розвитку місцевого самоврядування. (2020). *Практики громад у сфері охорони здоров'я*. URL : <https://decentralization.gov.ua> (дата звернення 17.09.2025).
19. Полтавська ОДА. (2021). *Розвиток телемедицини в Полтавській області*. URL : <https://poltava.gov.ua> (дата звернення 17.09.2025).
20. Децентралізація і формування політики регіонального розвитку в Україні : Наукова доповідь. Київ : НІСД, 2020. 153 с.
21. Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882–897.
22. Smarżewska D., Wereda W. S., Jończyk, J. A. (). Assessment of the Health Care System in Poland and Other OECD Countries Using the Hellwig Method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. 19(24). 16733. DOI:10.3390/ijerph192416733.

- 23.Ridic, G., Gleason, S., & Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio Medica*, 24(2), 112–120. DOI:10.5455/msm.2012.24.112-120.
- 24.Marchildon, G. P. (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(1), 1–179.
- 25.World Health Organization. (1995). Cocaine use: the largest global study ever undertaken. *World Health*, 48 (4), 25. World Health Organization.
- 26.Шипов, Ю. (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>
- 27.Монастирський Л, Демчишин Я. Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України. *Публічне управління і політика*. 2025. № 7-8. С. 1-12.
- 28.Ilyniak S. Decentralization in Ukraine: Reorganizing Core–Periphery Relations?. *Urban Planning*. 2024. Vol. 9. pp.1-14. DOI: <https://doi.org/10.17645/up.7642>
- 29.Malakhov K. S. Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. Article 1283224. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1283224
- 30.Aleksandrenko H., Kravchenko A., Zinchenko T. Digital health intervention reconnects war-affected people with providers of health services in Ukraine. *Oxford Open Digital Health*. 2025. Vol. 2, Issue 1. DOI: 10.1093/oodh/oqaf001
- 31.Hellowell M., Kovalchuk V., Dzhygyr Y. Private provision of health services in Ukraine: A qualitative study. *Health Policy*. 2025. In Press. DOI: 10.1016/j.healthpol.2025.105158
- 32.OECD-OPSI. The Public Private Collaboration model, eZdorovya, and the transformation of the healthcare system in Ukraine. OECD Observatory of Public Sector Innovation, 2021. URL: <https://oecd-opsi.org/innovations/the-public-private-collabroation-model-ezdorovya-and-the-transformation-of-the-healthcare-system-in-ukraine/> (дата звернення 19.09.2025).

33. Korobchynska N., Khaletska A. Monitoring and evaluation in the field of health care in the system of local self-government. *Teória a prax verejnej správy : recenzovaný zborník príspevkov...*, 2023. С. 211–220. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/31722>
34. Shirin Alsadat Hadian, Reza Rezayatmand, Nasrin Shaarbafchizadeh, Saeedeh Ketabi & Ahmad Reza Pourghaderi, Hospital performance evaluation indicators: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 2024. Vol. 24, Article 10940. DOI:10.1186/s12913-024-10940-1 .
35. Ali Imani, Roghayeh Alibabayee, Mina Golestani, Koustuv Dalal Key Indicators Affecting Hospital Efficiency: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 2022. Vol. 10, Article 830102. DOI:10.3389/fpubh.2022.830102.
36. Gao H., Chen H., Feng J., та інші Balanced scorecard-based performance evaluation of Chinese county hospitals in underdeveloped areas. *J. of International Medical Research*. 2018. Vol. 46(3). DOI:10.1177/0300060518757606.
37. Alessandra Buja та ін. Are hospital process quality indicators influenced by socio-demographic health determinants. *Eur. J. Public Health*. 2015. Vol. 25, Iss. 5. С. 759-765. DOI:10.1093/eurpub/cku253.
38. Husak I., та інші Quality control in healthcare: foreign experience and lessons for Ukraine. *RFI Scientific Papers*. 2024. № 03. DOI:10.33763/npndfi2024.03.147.
39. Chmielewska M. та ін. Evaluating Organizational Performance of Public Hospitals using the McKinsey 7-S Framework. *BMC Health Services Research*. 2022. Vol. 22, DOI:10.1186/s12913-021-07402-3.
40. Raffaele Merola, Maria Vargas Economic Indicators, Quantity and Quality of Health Care Resources Affecting Post-surgical Mortality. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2024. p. 613-620. DOI:10.1007/s44197-024-00249-x.
41. Надутий К. О., Лехан В. М., Толстанов О. К. Методичні підходи до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги. *Український медичний часопис*. 2019. № 3 (131). Т. 2. С. 1-5. DOI:10.32471/umj.1680-3051.131.157991

- 42.Селезньова Г.О. Іполітова І.Я. Оцінювання ефективності системи управління підприємством. *Ефективна економіка*. 2020. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.3.52
- 43.Дума, О. І., Курчаба, О. В. Модель оцінювання ефективності управління медичним закладом в умовах реформування галузі охорони здоров'я. *Таврійський науковий вісник. Серія: Економіка*. 2024. № 19(27). DOI:10.32782/2708-0366/2024.19.27
- 44.Stovban M. P., Stovban I. V., Vasilyev A. G., Hbur Z. V. Дослідження ефективності взаємодії медичних закладів у межах одного госпітального округу в різних регіонах України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3, с. 74-81. DOI:10.11603/1681-2786.2020.3.11626
- 45.Martin Roessler, Claudia Schulte, Uwe Repschläger, Dagmar Hertle, Danny Wende. Multilevel Quality Indicators (MQI): Methodology and Monte Carlo evidence. 2022. *ArXiv preprint*. DOI:10.48550/arXiv.2206.13168
- 46.Бурджіо Д. Статистичні показники менеджменту стану здоров'я. *Журнал європейської економіки*. 2017. № 3. С. 281-288.
- 47.Методика розробки системи індикаторів якості медичної та реабілітаційної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 175 від 30.01.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0361-25> (дата звернення 18.09.2025).
- 48.МОЗ із USAID запускають всеукраїнське опитування пацієнтів. 2023. URL: <https://moz.gov.ua/uk/moz-iz-usaid-zapuskajut-vseukrainske-opituvannja-pacientiv> (дата звернення 18.09.2025).
- 49.МОЗ і USAID проводять опитування «Голос медпрацівників». 2025. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/76462-moz-i-usaid-provodyat-opituvannya-golos-medpratsivnikov> (дата звернення 18.09.2025).
- 50.Haeske-Seeberg H., Piwernetz K. Benchmarking of public hospitals using the example of “4QD-Qualitätskliniken.de”. *Фокус III*. 2011.Том 105. Випуск 5. Р. 401-403.

- 51.Головня О. та ін. Зовнішня оцінка якості в медичному закладі: інструменти самооцінки. Київ: МОЗ України, 2022. 69 с.
- 52.Health system performance assessment: a framework for policy analysis / Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat, Josep Figueras, editors (Health Policy Series, No. 57).
- 53.OECD. *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*. OECD Health Policy Studies, 2024. DOI:10.1787/107182c8-en.
- 54.OECD/WHO European Observatory. *Assessing Health System Performance: Proof of Concept for a HSPA Dashboard of Key Indicators*. Policy Brief, 2023. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/assessing-health-system-performance-proof-of-concept-for-a-hspa-dashboard-of-key-indicators> (дата звернення 20.09.2025).
- 55.Децентралізація в охороні здоров'я: сучасний стан та перспективи. Аналітична записка НІСД, 2021. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/decentralizatsiya-v-okhoroni-zdorovya-suchasnyy-stand-ta-perspektyvy> (дата звернення 17.09.2025).
- 56.МОЗ України. Медична статистика 2023. URL: <https://moz.gov.ua/statistika> (дата звернення 19.09.2025).
- 57.Селіванова І. А. Зміни в провадженні господарської діяльності Державними та комунальними закладами охорони Здоров'я як елемент медичної реформи в Україні. *Право та інноваційне суспільство*. 2021. № 2 (17). С. 207- 216.
- 58.Камінська, Т. В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. *Економічний вісник НТУУ "Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського"*. 2022. № 23. С. 83-89. DOI:10.20535/2307-5651.23.2022.264635.
- 59.Рахункова палата України. Інформаційне повідомлення на виконання рішення Рахункової палати від 24.01.2023 № 2–1. URL : <http://www.rp.gov.ua/FinControl/FinReactions/?id=1526> (дата звернення 17.09.2025).

- 60.МОЗ. Стратегічне планування та практичне впровадження інформаційних систем у закладах для підвищення якості медичної допомоги та управління ресурсами. URL : <https://moz.gov.ua/uk/strategichne-planuvannya-ta-praktichne-vprovadzhennya-informacijnih-sistem-u-zakladi-dlya-pidvishennya-yakosti-medichnoyi-dopomogi-ta-upravlinnya-resursami> (дата звернення 19.09.2025).
- 61.Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 34-р, 2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-p> (дата звернення 19.09.2025).
- 62.Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України. № 2206-VIII від 14.11.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2206-19> (дата звернення 19.09.2025).
- 63.МОЗ. Ефективний контроль якості медичної допомоги є пріоритетом МОЗ. Новина від 18.01.2024. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/efektivnij-kontrol-jakosti-medichnoi-dopomogi-e-prioritetom-moz> (дата звернення 19.09.2025).
- 64.Дані щодо виплат у II кварталі 2022 року, у т.ч. Хмельницька область. Національна служба здоров'я України. URL : <https://nszu.gov.ua> (дата звернення 19.09.2025).
- 65.Офіційний звіт щодо фінансування ПМГ у Хмельницькій області, 2023 р. НСЗУ. URL : <https://nszu.gov.ua> (дата звернення 19.09.2025).
- 66.Дані по пакетах (пологи, інфаркт) у Хмельницькій області, 2024 р. НСЗУ. URL : <https://nszu.gov.ua> (дата звернення 19.09.2025).
- 67.Повідомлення про очікувані обсяги фінансування охорони здоров'я у 2024 р. Хмельницька обласна військова адміністрація. URL : <https://adm-km.gov.ua> (дата звернення 19.09.2025).
- 68.Паспорт бюджетної програми Департаменту охорони здоров'я Хмельницької ОВА, 2024 р. URL : <https://www.adm-km.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/pasporty-biudzhethnykh-prohram/932-pasporty-biudzhethnykh-prohram-na-2024-rik> (дата звернення 19.09.2025).
- 69.Проекти міжнародної технічної допомоги у медичних закладах Хмельниччини, 2023–2024 рр. Перелік зареєстрованих проєктів з планами

- закупівель. URL : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/mizhnarodna-dopomoga/pereliki-zareyestrovanih-proektiv-z-planami-zakupivel> (дата звернення 19.09.2025).
70. Госпітальні округи: хто вирішує долю лікарень? Роз'яснює Міністерство охорони здоров'я. URL : <https://auc.org.ua/novyna/gospitalni-okrugy-hto-vyrishuye-dolyu-likaren-rozyasnyuye-ministerstvo-okhorony-zdorovya> (дата звернення 19.09.2025).
71. Звіт національної служби здоров'я України. 2024. . URL : <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-nszu-2024-final-2.pdf?1758270082> (дата звернення 19.09.2025).
72. Медичні заклади Хмельниччини отримали сучасне обладнання та транспорт у межах спільного проєкту МОЗ та Світового Банку. МОЗУ. URL : <https://moz.gov.ua/uk/medichni-zakladi-adm-km-nichchini-otrimali-suchasne-obladnannya-ta-transport-u-mezhah-spilnogo-proyektu-moz-ta-svitovogo-banku> (дата звернення 19.09.2025).
73. Статистика поданих декларацій про вибір лікаря первинної медичної допомоги. Дані про декларації та електронні сервіси у Хмельницькій області. Офіційний портал eHealth. URL : <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/declar-stats> (дата звернення 19.09.2025).
74. Про затвердження Розподілу обов'язків між Міністром охорони здоров'я України, першим заступником Міністра, заступниками Міністра та Державним секретарем Міністерства і Порядку взаємозаміщення Міністра охорони здоров'я України та заступників Міністра на час їх тимчасової відсутності. Наказ МОЗУ № 229. URL : <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Розподіл%20обов%27язків%20№%20299%20Від%2021.02.2024.pdf> (дата звернення 19.09.2025).
75. Уряд ухвалив зміни до Програми медичних гарантій. Хмельницька ОВА. URL : <https://www.adm-km.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/72402-uriad-ukhvalyv-zminy-do-prohramy-medychnykh-harantii> (дата звернення 19.09.2025).

- 76.Офіційний портал eHealth та НСЗУ. Дані про доступність послуг у містах та громадах Хмельниччини. URL : <https://adm-km.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/33832-nszu-informuie-dostupnist-pervynnoi-medychnoi-dopomohy-na-seli> (дата звернення 19.09.2025).
- 77.VSIM.ua. (2025). *Рейтинг лікарів Хмельницького за відгуками пацієнтів*. URL : <https://vsim.ua/Zdorovya/rejting-likariv-hmelnitskogo-za-vidgukami-patsientiv-infografika-119075> (дата звернення 20.09.2025).
- 78.Романюк Н. Є., Романюк Л. М., Мартинишин Т. В., Панчишин Н. Я., Слободян Н. О. Перспективи та проблеми якісного управління в системі громадського здоров'я України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 1. С. 93–99. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.1.15351>.
- 79.Камінська Т. В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. *Економічний вісник НТУУ «Київський політехнічний інститут»*. 2022. № 23. С. 83–89.
- 80.Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/280/97-вр?utm> (дата звернення 19.09.2025).
- 81.Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Постанова КМУ №410 від 25.04.2018. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/410-2018-п?utm> (дата звернення 19.09.2025).
- 82.Питання, порушені місцевими органами влади під час проведення виїзних нарад та круглих столів в областях України. Мінфін. URL : <https://mof.gov.ua/uk/news/pitannja-porusheni-miscevimi-organami-vladi-pid-chas-provedennja-viiznih-narad-ta-kruglih-stoliv-v-oblastjah-ukraini?utm> (дата звернення 19.09.2025).
- 83.Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Постанова КМУ №174 від 28.02.2023. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/174-2023-п?utm> (дата звернення 19.09.2025).

84. Про внесення змін до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж. Постанова КМУ №1305 від 15.11.2024. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1305-2024-п?utm> (дата звернення 19.09.2025).
85. Хмельницька ОВА: наказ Департаменту охорони здоров'я та реабілітації №88 (17.01.2024) і пакет паспортів бюджетних програм на 2024 р. URL : <https://www.adm-km.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/pasporty-biudzhethnykh-prohram/932-pasporty-biudzhethnykh-prohram-na-2024-rik> (дата звернення 19.09.2025).
86. НСЗУ: дашборд «Укладені договори про медичне обслуговування населення» (по регіонах/закладах). URL : <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts> (дата звернення 19.09.2025).
87. Мінфін: матеріали виїзних нарад з органами місцевої влади щодо проблем фінансування (координаційні питання і пріоритети видатків). URL : <https://mof.gov.ua/uk/news/pitannja-porusheni-miscevimi-organami-vladi-pid-chas-provedennja-viiznih-narad-ta-kruglih-stoliv-v-oblastjah-ukraini> (дата звернення 19.09.2025).
88. Бюджетний кодекс України, ст. 89 (видатки місцевих бюджетів); ст. 91 (інші видатки місцевих бюджетів). URL : <https://i.factor.ua/ukr/law-52/section-286/article-38250/?srsltid=AfmBOoqim2J-sDqhfnwLqnYp10lq604XgL-gyU-q8oSibV5BmVmpH-h6&utm> (дата звернення 19.09.2025).
89. Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж. URL : https://ips.ligazakon.net/document/kp230174?an=13&ed=2023_02_28 (дата звернення 19.09.2025).
90. Хмельницька ОДА/ОВА: відкриття амбулаторій ПМД (Жданівська громада, 2019). URL : <https://adm-km.gov.ua/news/ostanni-novyny/20073-na-vinnychchyni-zapratsiuvala-persha-v-oblasti-novozbudovana-suchasna-ambulatoriia-zahalnoi-praktyky-simeinoi-medytsyny> vin.gov.ua (дата звернення 23.09.2025).

91. Хмельницька ОДА/ОБА: відкриття амбулаторії (Бабчинецька громада, 2020).
URL : <https://adm-km.gov.ua/news/ostanni-novyny/30914-na-vinnychchyni-u-babchynetskii-oth-zapratsiuvala-nova-suchasna-ambulatoriia-zahalnoi-praktyky-simeinoi-medytsyny> vin.gov.ua (дата звернення 23.09.2025).
92. Повідомлення про відкриття амбулаторії (Летичівська громада, 2021). URL :
<https://www.mistonadbugom.com.ua/public/article/na-vinnichchini-zapracyuvala-shche-odna-novozbudovana-ambulatoriya> mistonadbugom.com.ua (дата звернення 23.09.2025).
93. Хмельницька ОБА: передача автомобілів для ЦПМСД/амбулаторій (2024).
URL : <https://www.vin.gov.ua/news/ostanni-novyny/67463-11-tsentriv-pervynnoi-medyko-sanitarnoi-dopomohy-vinnychchyny-otrymaly-avtomobili-natalia-zabolotna-u-siuzheti-trk-vinnychchyna> vin.gov.ua (дата звернення 23.09.2025).
94. Сюжет/повідомлення: автомобілі для сімейних лікарів Хмельниччини (2024).
URL : <https://www.youtube.com/watch?v=thYWpEqhDew> YouTube (дата звернення 23.09.2025).
95. Новинні повідомлення: автомобілі та оснащення амбулаторій Хмельниччини (2024). URL : <https://www.ukr.net/news/details/80740834.html>
<https://www.ukr.net/> (дата звернення 23.09.2025).
96. Рахункова палата: результати аудиту субвенції на сільську медицину — «збудовано лише 17%» від плану (системні затримки та недовведення об'єктів). URL : <https://rp.gov.ua/PressCenter/News/?id=717> rp.gov.ua (дата звернення 23.09.2025).
97. Децентралізація: «Аналіз виконання місцевих бюджетів за 2022 рік» (структура доходів/втрати по землі). URL :
<https://decentralization.ua/news/16105> (дата звернення 23.09.2025).
98. Децентралізація: «Аналіз місцевих бюджетів за 2023 рік» (структура видатків, зростання частки енергоносіїв). URL : <https://decentralization.ua/news/17747>
(дата звернення 25.09.2025).

99. НСЗУ — дашборд «Оплати надавачам медичної допомоги за ПМГ». URL : <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay> edata.e-health.gov.ua (дата звернення 25.09.2025).
100. НСЗУ — «Аналітичні панелі (дашборди)» (укладені договори, карта оплат, тощо). URL : <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard> edata.e-health.gov.ua
101. НСЗУ / eHealth. Аналітичні панелі (дашборди). URL : <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення 23.09.2025).
102. КМУ. Сторінка акта №174 на сайті Уряду. URL : <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174> (дата звернення 23.09.2025).
103. Decentralization in Health Care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. URL : <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes> (дата звернення 23.09.2025).
104. Бреденкамп К., Дейл Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я. та ін. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. *Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро і Світовий банк*. 2022. URL : <https://iris.who.int/handle/10665/366374> Financing Reform Progress and Future Directions. URL : <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf> (дата звернення 23.09.2025).
105. Sapkota S. et al. The impact of decentralisation on health systems (systematic review, *BMJ Glob Health* 2023. №8 (12). doi: 10.1136/bmjgh-2023-013317
106. Lekhan V., Rudy V., Shevchenko M., Kaluski D., Richardson E. Ukraine: health system review. *Health Syst Transit*. 2015. № 17(2). P.1-154.
107. Малахов К.С. Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. *International Journal of Telerehabilitation*. 2023. №15(2).

108. AMER. Аналіз поточної політики розвитку ЕСОЗ в Україні, 2022. URL : https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf (дата звернення 23.09.2025).
109. HL7 FHIR — огляд стандарту. URL : <https://www.hl7.org/fhir/overview.html> (дата звернення 23.09.2025).
110. МОЗ. Концепція розбудови електронної охорони здоров'я в Україні. URL : <https://moz.gov.ua/uk/koncepciya-rozbudovi-elektronnoyi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini> (дата звернення 23.09.2025).
111. НСЗУ/eHealth. Аналітичні панелі (дашборди): контракти, оплати, карти послуг/ПМД. URL : <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення 25.09.2025).
112. NHS England. Integrated Care Systems: Design Framework (2021). URL : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0642-ics-design-framework-june-2021.pdf> (дата звернення 25.09.2025).
113. HFMA. Summary of Integrated Care Systems: Design Framework (2021). URL : <https://www.hfma.org.uk/system/files/summary-of-integrated-care-systems---design-framework-june-2021.pdf> (дата звернення 25.09.2025).
114. Braz C., Cabral S. A macro approach to the relative efficiency of the Portuguese health system. *Banco de Portugal Economic Studies*, 2023. Vol. IX, No. 4.
115. NHS England / NHS Digital. NHS e-Referral Service (e-RS) та Booking and Referral Standard (BaRS). URL : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/information-standards/governance/latest-activity/standards-and-collections/dapb4060-booking-and-referral-standard-bars> (дата звернення 25.09.2025).
116. Regione Emilia-Romagna. CUP — Centro Unico di Prenotazione (єдиний центр бронювання). URL : <https://www.auslromagna.it/servizi/cup> (дата звернення 25.09.2025).
117. Vogler S. Payer Policies to Support Innovation and Access to Medicines in the WHO European Region. *World Health Organization*. 2022. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587880> (дата звернення 26.09.2025).

118. Праворчук Є.О. Державна політика в галузі медицини на рівні регіонів: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Світ наукових досліджень* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Випуск 45. 21-22.10. 2025. URL: <https://www.economy-confer.com.ua/full-article/6454/>



ДОДАТКИ

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ НА РІВНІ РЕГІОНІВ: ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

09.10.2025 10:31

Автор: **Праворчук Євген Олегович**, магістрант, **Донецький національний університет імені Василя Стуса**

[16. Державне управління;]

Державна політика в галузі охорони здоров'я на регіональному рівні є складовою частиною національної системи охорони здоров'я, яка забезпечує реалізацію стратегічних цілей держави у сфері здоров'я населення на місцях. Сутність регіональної політики полягає у адаптації державних програм та стратегій до конкретних соціально-економічних умов регіонів, враховуючи демографічну ситуацію, рівень захворюваності, кадровий потенціал медичних закладів та інфраструктуру. Такий підхід дозволяє забезпечити адресність державної допомоги, уникнути нерівномірності в доступі до медичних послуг та підвищити ефективність використання ресурсів [1, с. 55].

Важливою характеристикою регіональної політики є система взаємодії центральних і місцевих органів влади. Центральні органи (МОЗ, Кабінет Міністрів, НСЗУ) визначають стратегічні пріоритети, затверджують стандарти та фінансові рамки, тоді як регіональні департаменти та органи місцевого самоврядування забезпечують реалізацію цих програм з урахуванням місцевих особливостей. Політика на регіональному рівні також включає підвищення ролі громадськості та професійних асоціацій у процесі прийняття рішень. Громадські організації та пацієнтські спільноти виступають важливими суб'єктами моніторингу та контролю за якістю медичних послуг, що забезпечує прозорість та підзвітність управлінських рішень [2]. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в регіонах здійснюється через комплекс механізмів: інституційних, нормативно-правових, фінансово-економічних, організаційно-управлінських та соціально-комунікаційних.

До інституційних механізмів належить діяльність органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, які відповідають за розробку та впровадження регіональних програм охорони здоров'я, а також координацію роботи з Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ). Нормативно-правові механізми демонструють єдність законодавчих актів, регіональних програмах і стратегій розвитку охорони здоров'я. В частині фінансово-економічних механізмів основним інструментом є Програма медичних гарантій, що реалізується через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Фінансування медичних послуг здійснюється за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що дозволяє регіональним закладам отримувати кошти залежно від обсягу наданих послуг. Організаційно-управлінські механізми працюють через системи моніторингу стану здоров'я населення, управління медичними кадрами, цифровізації процесів (eHealth), а також заходи щодо оптимізації мережі медичних закладів. До блоку соціально-комунікаційних механізмів належить взаємодія органів влади з громадськістю, пацієнтськими організаціями, професійними асоціаціями лікарів, що сприяє прозорості ухвалення рішень та врахуванню інтересів місцевих громад у сфері охорони здоров'я [3].

В Україні напрацьовано значний досвід реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у різних регіонах. Заслужовує на увагу довід Київської, Львівської, Дніпропетровської областей: у Київській області у 2021 р. реалізована Програма розвитку та фінансування закладів охорони здоров'я Київської області на 2021-2023 роки, яка передбачала модернізацію медичного обладнання та підтримку центрів первинної медико-санітарної допомоги [4]; у Львівській області з 2019 р. діє Регіональна програма онкологічної допомоги населенню Львівщини, спрямована на ранню діагностику та доступ до сучасних методів лікування. Вона стала прикладом комплексного підходу до профілактики та лікування онкологічних захворювань [5]; у Дніпропетровській області реалізується Програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2021–2025 роки», яка передбачає заходи з боротьби із серцево-судинними захворюваннями, розвиток телемедицини та підтримку сільських амбулаторій [6].

Моделі організації управління охороною здоров'я на регіональному рівні в зарубіжних країнах різняться залежно від політичної системи, історичних традицій та рівня соціально-економічного розвитку країн. Найбільш показовими для України є приклади країн Європейського Союзу, США та Канади, які репрезентують різні підходи до балансування централізації та автономії регіонів у сфері медицини.

У Польщі система охорони здоров'я також базується на страхових засадах, однак управління здійснюється здебільшого через Національний фонд охорони здоров'я, який має регіональні відділення. Це дозволяє адаптувати політику до потреб окремих воєводств, хоча дослідники відзначають проблеми з нерівномірним кадровим забезпеченням і фінансуванням між регіонами [7].

Система охорони здоров'я у США характеризується високим рівнем децентралізації. Хоча федеральний уряд встановлює загальні рамки (наприклад, програми Medicare і Medicaid), саме штати визначають пріоритети розвитку, механізми фінансування та стандарти роботи регіональних лікарень. Такий підхід забезпечує гнучкість у врахуванні місцевих особливостей, проте спричиняє значні відмінності у доступності та якості медичних послуг між різними територіями.

Канада використовує змішану модель, у якій федеральний уряд через Canada Health Act встановлює єдині стандарти, тоді як провінції відповідають за організацію медичних закладів, кадрову політику та управління фінансовими потоками. Провінційні уряди мають значну автономію, що дозволяє враховувати місцеві потреби, водночас дотримуючись загальнонаціональних принципів доступності та безоплатності базових медичних послуг. [8]

Висновки. Дослідження вітчизняної практики свідчить, що реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні має подвійний характер: з одного боку, створюються програми, що враховують специфіку місцевих потреб та ресурсів, а з іншого – зберігається значна залежність від центральних органів влади. Такий підхід забезпечує єдність медичної системи, але зумовлює проблеми асиметричності між регіонами. Зарубіжний досвід показує, що ефективність управління значною мірою залежить від ступеня децентралізації та рівня залучення громадськості й приватного сектору. Механізми балансування між централізацією стандартів і гнучкістю регіональної політики можуть стати орієнтиром для України.

Перспективи удосконалення української регіональної політики в медицині полягають у поєднанні національних стратегічних цілей із місцевими ініціативами, посиленні фінансової автономії регіонів та запровадженні інноваційних форм партнерства. Це дозволить підвищити ефективність управління та забезпечити більш рівномірний доступ до медичних послуг.

Список літератури:

1. Лук'яненко В. І., Шевченко О. П. Регіональна політика у сфері охорони здоров'я: теорія та практика. Вісник публічного управління. 2020. № 4. С. 50–60.
2. Кузьменко О. В. Роль громадських організацій у розвитку системи охорони здоров'я. Аспекти публічного управління. 2021. Т. 9. № 5. С. 79–88.
3. Калашнікова, Л. В. (2019). Регіональна політика у сфері охорони здоров'я: напрями та механізми реалізації. Державне управління та місцеве самоврядування, (4), 85–92.
4. Київська обласна рада. (2021). Програма розвитку та фінансування закладів охорони здоров'я Київської області на 2021–2023 роки. <https://kor.gov.ua>
5. Львівська обласна рада. (2020). Регіональна програма онкологічної допомоги населенню Львівщини. <https://lvivoblrada.gov.ua>
6. Дніпропетровська обласна рада. (2021). Програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2021–2025 роки». <https://oblrada.dp.gov.ua>
7. Smarżewska, D., Wereda, W. S., Jończyk, J. A. (2022). Assessment of the Health Care System in Poland and Other OECD Countries Using the Hellwig Method. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(24), 16733. DOI:10.3390/ijerph192416733.
8. Ridic, G., Gleason, S., Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. Materia Socio Medica, 24(2), 112–120. DOI:10.5455/msm.2012.24.112-120.

Науковий керівник: Прямухіна Наталія Валентинівна, доктор економічних наук, професор, Донецький національний університет імені Василя Стуса

ДЕКЛАРАЦІЯ

про дотримання академічної доброчесності

Я, _____

Повністю вказується ПІБ та статус (освітня (освітньо-наукова) програма – для здобувачів вищої освіти, назва кваліфікаційної роботи)

що нижче підписалась/підписався, розуміючи та підтримуючи загальновизнані засади справедливості, доброчесності та законності,

ЗОБОВ'ЯЗУЮСЬ:

дотримуватися принципів та правил академічної доброчесності, що визначені законодавством України, локальними нормативними актами Донецького національного університету імені Василя Стуса, положеннями, правилами, умовами, визначеними іншими суб'єктами, та не допускати їх порушення.

ПІДТВЕРДЖУЮ:

що мені відомі положення статті 42 Закону України «Про освіту»;
що у даній роботі не представляла/представляв чийсь роботи повністю або частково як свої власні. Там, де я скористалася/скористався працею інших, я зробила/зробив відповідні посилання на джерела інформації;
що дана робота не передавалась іншим особам і подається вперше, не порушує авторських та суміжних прав закріплених статтями 21-25 Закону України «Про авторське право та суміжні права», а дані та інформація не отримувались в недозволений спосіб.

УСВІДОМЛЮЮ:

що ця робота може бути перевірена університетом на плагіат або інші порушення академічної доброчесності, в тому числі з використанням спеціалізованих сервісів;

що у разі порушення академічної доброчесності, до мене можуть бути застосовані процедури, передбачені законодавством України та Кодексом академічної доброчесності та корпоративної етики Донецького національного університету імені Василя Стуса, іншими локальними нормативними актами університету, та я можу бути притягнута/притягнутий до академічної відповідальності.

(дата)

(підпис)

