

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ТОКАР ПЕТРО ЮРІЙОВИЧ

Допускається до захисту:
завідувач кафедри політології та
державного управління д.політ.н.,
професор

Чальцева О.М.
“ ” 2025 р.

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ
ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ НА ПРИКЛАДІ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Кваліфікаційна робота

Науковий керівник:
Іваницька О.П., професор кафедри
політології та державного управління,
д.і.н., професор

Оцінка: ____ / ____ / ____
(бали/за шкалою ЕКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	11
1.1. Сутність, принципи та суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	11
1.2. Механізми та теоретичні підходи до формування публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	17
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПРАКТИКИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	25
2.1. Нормативно-правове та інституційне забезпечення публічного управління та оцінка їхньої ефективності.....	25
2.2. Особливості функціонування системи публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області.....	29
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.....	39
3.1. Проблеми, чинники та механізми реалізації, що впливають на ефективність публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області.....	39
3.2. Пропозиції щодо підвищення результативності публічного управління охороною здоров'я: управлінські, організаційні та кадрові аспекти.....	45
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	56

АНОТАЦІЯ

Токар П. Ю. Публічне управління у сфері охорони здоров'я: концептуальні засади формування та імплементації державної політики (на прикладі Чернівецької області) – 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.

Сфера охорони здоров'я є однією з найважливіших складових системи публічного управління, що безпосередньо впливає на якість життя населення та соціальну стабільність держави. Сучасні виклики, зумовлені реформами, децентралізацією та воєнним станом, потребують оновлення підходів до формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях. Метою дослідження є визначення концептуальних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я та обґрунтування шляхів підвищення ефективності реалізації державної політики на прикладі Чернівецької області.

У роботі застосовано системний, структурно-функціональний, компаративний, статистичний та контент-аналіз. Отримані результати дозволили визначити ключові проблеми державного управління у сфері охорони здоров'я, охарактеризувати специфіку регіональної імплементації політики та запропонувати практичні рекомендації щодо вдосконалення управлінських механізмів.

Наукова новизна полягає в уточненні понятійного апарату публічного управління охороною здоров'я, розробленні концептуальної моделі регіонального управління та систематизації механізмів реалізації державної політики у цій сфері.

Ключові слова: публічне управління, державна політика, охорона здоров'я, регіональне управління, Чернівецька область, ефективність.

Бібліограф.: 50 найм.

ANNOTATION

Tokar Petro Yuriiovych. Public Governance in the Healthcare Sector: Conceptual Foundations of the Formation and Implementation of State Policy (on the Example of Chernivtsi Region) – Qualification scientific work (manuscript).

Master's thesis for obtaining the degree of Master in Public Management and Administration. Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2025.

The healthcare sector is one of the key components of the public governance system, directly influencing the quality of life and social stability of the state. Modern challenges caused by reforms, decentralization, and martial law require renewed approaches to the formation and implementation of state policy in healthcare at both national and regional levels. The purpose of the study is to identify the conceptual foundations of public governance in healthcare and to substantiate ways to improve the effectiveness of state policy implementation based on the example of the Chernivtsi region.

The study applies system, structural-functional, comparative, statistical, and content analysis methods. The results identify key problems of public administration in healthcare, reveal the specific features of regional policy implementation, and propose practical recommendations for improving management mechanisms.

The scientific novelty lies in clarifying the conceptual framework of healthcare governance, developing a conceptual model of regional management, and systematizing mechanisms for the implementation of state policy in this field.

Key words: public governance, state policy, healthcare, regional management, Chernivtsi region, efficiency.

Bibliography: 50 items.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ЦПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

ПМСД – Первинна медико-санітарна допомога

ПУОЗ – Публічне управління у сфері охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ОТГ – об'єднана територіальна громада

РДОЗ – регіональна державна охорона здоров'я / регіональна система охорони здоров'я (залежно від вашого контексту)

ЕНР – електронна медична картка (Electronic Health Record)

eHealth – електронна система охорони здоров'я України

ККД – коефіцієнт кадрової достатності

ППЕУ – індекс публічної ефективності управління

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку українського суспільства ефективне державне управління в сфері охорони здоров'я має ключове значення. Досвід країн, які пережили трансформаційні процеси та періоди невизначеності, демонструє вирішальну роль державної політики в охороні здоров'я та вплив її ефективного впровадження на соціальне благополуччя та загальний розвиток суспільства. Зі зростанням впливу глобалізації та інших глобальних тенденцій, ще більшої важливості набуває розробка моделей управління, які пом'якшують негативні наслідки, підвищують ефективність управління охороною здоров'я, а також забезпечують доступність і якість медичних послуг для населення.

Державне управління в охороні здоров'я є одним з інструментів соціального управління та реалізації стратегічної політики, який відіграє першорядну роль у покращенні стану здоров'я населення та підтримці довіри громадськості до державних інституцій. На етапі поточних реформ та процесів децентралізації в Україні ефективність механізмів регіонального управління має особливе значення. Лише завдяки добре структурованій системі державного управління, що ґрунтується на науково обґрунтованих принципах та адаптована до регіональних потреб, система охорони здоров'я може досягти своїх соціальних цілей та сприяти сталому соціально-економічному розвитку.

Це визначає суспільний вимір актуальності обраної теми.

Актуальність теми визначається зростанням значення ефективних механізмів державного управління у забезпеченні доступу громадян до якісних медичних послуг в умовах децентралізації та реформування системи державного управління в Україні.

З наукової точки зору, дослідження є актуальним через недостатню розробленість концептуальних та методологічних підходів до розуміння специфіки формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я як на національному, так і на регіональному рівнях. Швидка трансформація суспільних відносин, впровадження медичних реформ та

необхідність прийняття управлінських рішень на основі доказів вимагають нових теоретичних інтерпретацій та оновлених моделей управління.

З точки зору суспільства, дослідження має практичне значення для підвищення ефективності та прозорості системи управління охороною здоров'я, зміцнення потенціалу регіонального управління та підвищення довіри громадськості до закладів охорони здоров'я. З огляду на постійні проблеми, пов'язані з фінансуванням охорони здоров'я, доступністю та координацією між державною та місцевою владою, розробка ефективних механізмів управління на регіональному рівні (особливо в Чернівецькій області) є нагальним та практично значущим завданням для сталого соціально-політичного розвитку України.

Стан теоретичної розробки теми. Проблема державного управління в секторі охорони здоров'я розглядалася в наукових працях як українських, так і зарубіжних науковців. Українські дослідники, зокрема В. Бакуменко, Н. Нижник, В. Тертичка та О. Оболенський, аналізували теоретичні та інституційні аспекти державного управління та його адаптації до системи охорони здоров'я. Зарубіжні автори, такі як М. Кікбуш, Т. Боссерт, К. Солтман та Дж. Фігерас, досліджували моделі управління охороною здоров'я, роль децентралізації та механізми забезпечення ефективності політики.

Незважаючи на значний науковий внесок, питання реалізації державної політики охорони здоров'я на регіональному рівні в Україні залишається недостатньо вивченим. Зокрема, бракує комплексного аналізу механізмів управління, інституційної взаємодії та ефективності управління в конкретних регіонах, таких як Чернівецька область.

Мета кваліфікаційної роботи — визначити специфіку державної політики сфери охорони здоров'я на рівні Чернівецької області задля виявлення системних проблем цієї галузі та розробити науково обґрунтовані рекомендації щодо підвищення ефективності управлінських процесів.

Для досягнення автором мети були сформульовані *завдання дослідження*:

1. Розкрити теоретичні засади публічного управління у сфері охорони

здоров'я та визначити його ключові принципи, функції й суб'єкти;

2. Систематизувати концептуальні підходи до формування державної політики у сфері охорон здоров'я;

3. Проаналізувати нормативно-правове та інституційне забезпечення публічного управління охороною здоров'я в Україні;

4. Визначити особливості реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні, зокрема в Чернівецькій області;

5. Оцінити ефективність існуючих механізмів публічного управління охороною здоров'я та виявити основні проблеми їх застосування;

6. Узагальнити вітчизняний і зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я;

7. Обґрунтувати напрями вдосконалення державної політики та розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності управлінських процесів у Чернівецькій області.

Об'єкт дослідження — процес публічного управління у сфері охорони здоров'я як складова системи державного управління в Україні.

Предмет дослідження — концептуальні засади формування та імплементації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також механізми підвищення ефективності публічного управління на регіональному рівні (на прикладі Чернівецької області).

Методи дослідження. У роботі використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, зокрема:

- аналіз і синтез — для узагальнення теоретичних підходів до сутності публічного управління у сфері охорони здоров'я; дослідники, що застосовували ці методи в цій сфері: Т. Парсонс, Г. Мінцберг, Д. Істон, аналітичні групи WHO Health Systems Framework.

- індукцію та дедукцію — для формування логічних висновків щодо тенденцій розвитку управлінських рішень; дослідники: Ч. Ліндблом, Г. Саймон, українські науковці Н. Нижник, В. Пархоменко.

- системний і структурно-функціональний методи — для дослідження

взаємозв'язків між інституціями, суб'єктами та механізмами управління; дослідники: Л. фон Берталанфі, Н. Луман, у сфері охорони здоров'я — Р. Салтман, Б. Тревер, European Observatory on Health Systems and Policies.

- компаративний метод — для порівняння українського та зарубіжного досвіду у сфері охорони здоров'я; дослідники: М. Олсон, Р. Хейлз, аналітичні центри OECD, European Observatory.

- контент-аналіз — для вивчення нормативно-правової бази та стратегічних документів; дослідники: К. Кріппендорф, у сфері health policy — дослідницькі центри RAND Health, WHO, European Commission.

- моделювання — для розроблення пропозицій щодо вдосконалення механізмів публічного управління в Чернівецькій області; дослідники: Дж. Форрестер (системна динаміка), П. Мейкпорт, аналітичні моделі Світового банку, ВООЗ.

- метод статистичного аналізу — для оцінки результативності реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; дослідники: А. Донбедіан (якість медичних систем), Т. Маккіон, статистичні служби Eurostat, OECD, WHO.

Наукова гіпотеза дослідження — передбачити ефективність публічного управління у сфері охорони здоров'я яка залежить від узгодженості державної та регіональної політики, наявності дієвих управлінських механізмів, а також рівня взаємодії органів влади, медичних установ і громадськості.

Наукова новизна дослідження - уточнено зміст поняття «публічне управління у сфері охорони здоров'я» з урахуванням сучасних реформ та децентралізаційних процесів; удосконалено підхід до класифікації механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; набуло подальшого розвитку обґрунтування ролі регіонального рівня у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я; запропоновано концептуальну модель підвищення ефективності публічного управління охороною здоров'я на прикладі Чернівецької області; розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення управлінських процесів на регіональному рівні через інтеграцію державних, комунальних і приватних ініціатив.

Науково-практична значущість дослідження. Результати дослідження можуть бути використані: органами державної влади та місцевого самоврядування для вдосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; департаментами охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, зокрема Чернівецької ОДА, для підвищення ефективності управлінських рішень; у навчальному процесі під час викладання дисциплін «Публічне управління та адміністрування», «Державна політика у сфері охорони здоров'я», «Менеджмент у соціальній сфері».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: Кваліфікаційна (магістерська) робота виконана в рамках тематичного плану НДР Донецького національного університету імені Василя Стуса ініціативного фундаментального дослідження кафедри політології та державного управління: «Публічна політика і державне управління в умовах війни та повоєнного відновлення України» (реєстраційний номер 0123U101423).

Апробація результатів дослідження. Результати кваліфікаційної роботи були представлені на IX International Scientific and Practical Conference, Oxford, October 10, 2025; Tokar P.Yu., Prymush M.V. Concepts and paradigms of public health policy: theoretical understanding and interdisciplinary approaches. Національні інтереси України, 2025, 7(12): 546-553; Довідки про впровадження результатів кваліфікаційного (магістерського) дослідження від керівників закладів охорони здоров'я: ОКНП “Чернівецький обласний стоматологічний центр”, ОКНП “Чернівецький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф”, ОКНП «Чернівецький обласний медичний центр соціально значущих хвороб».

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та джерел. Повний обсяг роботи - 61 сторінка друкованого тексту. Основний зміст викладений на 55 сторінках. Список використаних джерел та літератури містить 50 найменувань.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, принципи та суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я є складною багаторівневою системою діяльності державних, муніципальних та громадських інститутів, спрямованою на забезпечення права громадян на охорону здоров'я, створення умов для збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення [3, с. 97]. Його сутність полягає в цілеспрямованому впливі органів публічної влади на процеси формування, реалізації та контролю державної політики у галузі охорони здоров'я. Цей вплив здійснюється через нормативно-правові, організаційні, економічні та інформаційні механізми, що мають забезпечити ефективне функціонування системи охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб і стратегічних цілей держави [30, с. 232].

Сутність публічного управління в охороні здоров'я відображає взаємозв'язок між владними інститутами та суспільством, який ґрунтується на принципах демократичності, підзвітності, відкритості й участі громадян у прийнятті рішень [45, с. 110]. Управління у цій сфері має забезпечувати баланс між інтересами держави, медичної спільноти та громадян, що отримують послуги. Таким чином, воно є не лише адміністративним процесом, а й формою реалізації суспільного договору щодо забезпечення конституційного права людини на медичну допомогу [11, с. 90].

Одним із ключових завдань публічного управління є забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів, трансформації економічних відносин і зростання соціальних очікувань. Це передбачає координацію дій різних суб'єктів — від центральних органів виконавчої влади до місцевих органів самоврядування, медичних закладів і громадських організацій. Публічне управління виступає посередником між політичними рішеннями та практичною діяльністю медичної

системи, забезпечуючи реалізацію державної політики у конкретних управлінських діях [20, с. 87].

Принципи публічного управління у сфері охорони здоров'я формують теоретико-методологічну основу цієї діяльності. Основними з них є:

1. Принцип законності – усі рішення, дії та процедури повинні відповідати Конституції та законам України, а також міжнародним нормам у галузі охорони здоров'я.
2. Принцип пріоритету прав людини – забезпечення права кожного громадянина на доступ до якісних медичних послуг незалежно від соціального статусу, статі чи місця проживання.
3. Принцип справедливості та рівності – створення рівних умов для надання медичних послуг усім верствам населення, включно з уразливими групами.
4. Принцип децентралізації – розподіл повноважень між центральними й місцевими органами влади з метою підвищення ефективності управлінських рішень і наближення послуг до населення.
5. Принцип прозорості та підзвітності – відкритість діяльності органів управління, можливість громадського контролю за прийнятими рішеннями.
6. Принцип наукової обґрунтованості – використання доказових підходів, сучасних методів аналізу та моніторингу для формування політики.
7. Принцип партнерства та участі громадськості – залучення громадських організацій, професійних асоціацій і представників громад до процесу ухвалення рішень.

Дотримання цих принципів дозволяє підвищити ефективність функціонування системи охорони здоров'я, забезпечити довіру громадян до влади й створити передумови для стабільного розвитку медичної галузі [26, с. 139].

Суб'єктами публічного управління у сфері охорони здоров'я виступають усі інституції, що наділені відповідними повноваженнями у сфері формування, реалізації та контролю державної політики. Залежно від рівня компетенції та

функціонального призначення, їх умовно поділяють на три групи:

1. Центральні органи публічної влади, до яких належать Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Міністерство фінансів, Міністерство соціальної політики та інші відомства, що беруть участь у розробленні нормативних актів і стратегічних документів.

2. Органи місцевого самоврядування – обласні, районні та міські ради, виконавчі комітети, департаменти охорони здоров'я, які забезпечують реалізацію державної політики на місцях, координують роботу медичних закладів і контролюють ефективність використання бюджетних ресурсів.

3. Недержавні суб'єкти публічного управління, до яких належать громадські організації, професійні асоціації медиків, благодійні фонди, а також приватні медичні установи, які діють у партнерстві з державними органами [2, с. 40].

Особливу роль у сучасних умовах відіграє Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка стала основним агентом реалізації державної політики у сфері фінансування медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Саме вона забезпечує укладання договорів із медичними закладами, контроль за якістю надання послуг та ефективним використанням бюджетних коштів [43, с. 114].

У децентралізації особливе значення мають органи місцевого самоврядування, які отримали розширені повноваження щодо управління комунальними медичними закладами, визначення пріоритетів розвитку охорони здоров'я на території громад, а також організації профілактичних програм. У Чернівецькій області, як і в інших регіонах, місцева влада стає безпосереднім суб'єктом управління, що дозволяє адаптувати національну політику до реальних потреб населення [15, с. 137].

Важливою тенденцією сучасного публічного управління є розвиток публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, яке сприяє залученню додаткових ресурсів, інноваційних технологій і управлінських

практик. Участь приватного сектору в реалізації державних програм дає змогу підвищити якість послуг, розширити мережу медичних закладів та створити конкурентне середовище [34, с. 12].

Сучасна модель публічного управління в охороні здоров'я повинна поєднувати стратегічне планування на державному рівні з гнучкістю місцевого самоврядування, прозорими механізмами фінансування та ефективним моніторингом результатів. Роль держави полягає не лише у контролі, а й у створенні сприятливих умов для розвитку системи, у тому числі шляхом нормативного забезпечення, цифровізації управлінських процесів та стимулювання кадрового потенціалу [13, с. 101].

Публічне управління у сфері охорони здоров'я є цілісним процесом, що охоплює формування політики, її реалізацію, контроль та оцінювання результатів. Його ефективність визначається узгодженістю дій між усіма суб'єктами, дотриманням принципів відкритості, законності, науковості та орієнтації на потреби громадян [48, с. 125]. Сучасна трансформація системи охорони здоров'я в Україні вимагає переосмислення ролі держави як гаранта конституційного права на медичну допомогу та розвитку інститутів публічного управління, здатних забезпечити стійкість, справедливість і якість медичних послуг для кожного громадянина [22, с. 45].

Подальший розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я вимагає системного осмислення взаємозв'язків між державними інститутами, медичною інфраструктурою, ринком медичних послуг та громадянським суспільством. В умовах сучасних викликів — воєнних дій, демографічних змін, зростання хронічних захворювань, старіння населення, міграційних процесів та економічної нестабільності — держава повинна забезпечити адаптивність і стійкість системи охорони здоров'я. Ці процеси неможливі без удосконалення публічного управління, яке має формувати стратегічні напрями розвитку, координувати діяльність на всіх рівнях та забезпечувати належну якість медичної допомоги [44, с. 10].

Ключовим аспектом сучасного публічного управління є формування

політики, що ґрунтується на доказах (evidence-based policy). Для цього впроваджуються механізми постійного моніторингу, збору статистичних даних, оцінки ефективності програм і клінічних результатів [50, с. 113]. Такий підхід дозволяє оптимізувати розподіл фінансових ресурсів, зменшити неефективні витрати та забезпечити прозорість прийняття рішень. Застосування цифрових технологій, зокрема електронної системи охорони здоров'я (eHealth), значно розширює можливості аналізу даних, забезпечує оперативність управлінських рішень та підвищує рівень підзвітності [36, с. 130].

Важливим напрямом розвитку є реформування фінансово-економічного механізму сфери охорони здоров'я. Перехід від утримання закладів до моделі фінансування за результатами дозволив підвищити конкурентоспроможність медичних установ, стимулювати підвищення якості послуг і забезпечити рівні можливості для пацієнтів. Разом із цим виникає потреба в удосконаленні механізмів контролю якості, проведенні акредитації, оцінці відповідності клінічним протоколам та впровадженні управління ризиками у сфері медичних послуг [10, с. 112].

Особливої уваги заслуговує роль кадрів у системі охорони здоров'я. Ефективність публічного управління значною мірою залежить від рівня підготовки, компетентності та мотивації медичного персоналу. Тому державна політика повинна включати розвиток системи безперервної освіти, запровадження сучасних стандартів підготовки кадрів, а також створення умов для професійного зростання. Кадровий дефіцит у регіонах, зокрема сільських, потребує комплексних рішень — від фінансових стимулів до удосконалення логістики та інфраструктури [1, с. 115].

Не менш важливим є розвиток системи громадського здоров'я, яка охоплює профілактику захворювань, пропаганду здорового способу життя, соціально-епідеміологічний моніторинг та реагування на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я населення. Пандемія COVID-19 продемонструвала необхідність ефективної взаємодії між органами влади, лабораторними центрами, закладами охорони здоров'я та населенням. Тому публічне управління має забезпечувати

оперативну координацію, готовність до кризових ситуацій та здатність до швидкого прийняття рішень у динамічних умовах [38, с. 135].

Важливим інструментом підвищення ефективності є правове забезпечення діяльності у сфері охорони здоров'я. Удосконалення законодавства, гармонізація його з європейськими стандартами, адаптація до рекомендацій ВООЗ та інших міжнародних організацій є основою для створення сучасної системи управління. Правові механізми мають чітко визначати повноваження органів влади, гарантії пацієнтів, стандарти медичної практики та відповідальність за порушення [6, с. 81].

Додатковою складовою є впровадження принципів належного врядування (good governance), що поєднує прозорість, участь громадськості, ефективність, відповідальність та інклюзивність. Реалізація цих принципів дає змогу забезпечити довіру суспільства до управлінських рішень, зменшити корупційні ризики та підвищити якість політики у сфері охорони здоров'я [27, с. 103].

У сучасних умовах особливого значення набуває розвиток системи стратегічного планування. Стратегічні документи — державні програми, концепції, регіональні плани розвитку охорони здоров'я — мають базуватися на довгострокових прогнозах, враховувати демографічні й епідеміологічні тенденції, визначати пріоритети та індикатори їх досягнення. Такий підхід забезпечує узгодженість дій усіх суб'єктів та дозволяє формувати системні рішення, спрямовані на зміцнення здоров'я населення [32, с. 72].

Не можна оминати увагою і питання взаємодії між державою та громадянським суспільством. Громадські організації активно беруть участь у захисті прав пацієнтів, просуванні реформ, контролі якості медичних послуг. Вони виступають повноцінними партнерами у прийнятті управлінських рішень, особливо в питаннях доступності медичних послуг, реабілітації військовослужбовців, розвитку паліативної допомоги та підтримки уразливих груп населення [41, с. 191].

Подальше удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я передбачає комплексний підхід, спрямований на підвищення

ефективності управлінських механізмів, розвиток партнерства, посилення кадрового потенціалу, модернізацію інфраструктури та забезпечення детального моніторингу результатів. Успішна реалізація цих завдань є запорукою стійкого розвитку сфери охорони здоров'я та гарантією забезпечення конституційного права громадян України на медичну допомогу на належному рівні [17, с. 33].

1.2. Механізми та теоретичні підходи до формування публічного управління у сфері охорони здоров'я

Механізми та теоретичні підходи до формування публічного управління у сфері охорони здоров'я розглядаються сьогодні як складна багатовимірна система, що поєднує інституційні, організаційні, правові, економічні та соціальні інструменти впливу на функціонування системи охорони здоров'я та забезпечення її ефективності [4, 560]. Сучасна література підкреслює, що публічне управління в галузі охорони здоров'я виходить за рамки традиційного державного адміністрування та дедалі більше спирається на міжсекторальну взаємодію, залучення громадськості, партнерство держави та приватного сектору, інтеграцію інформаційних технологій та доказовий підхід до прийняття рішень [12, с. 36]. Теоретичні засади формування управлінських механізмів у цій сфері ґрунтуються на концепціях «належного врядування», «нового публічного менеджменту», «держави добробуту», «сіткового управління», «ціннісно-орієнтованого управління охороною здоров'я» та «публічної політики», кожна з яких пропонує власне бачення оптимальної взаємодії суб'єктів і процесів [33, с. 12].

Одним із ключових механізмів сучасного управління охороною здоров'я є стратегічне планування, яке базується на довгостроковому прогнозуванні демографічних тенденцій, захворюваності, потреб у медичних послугах та ресурсах [46, с. 24]. У літературі підкреслюється, що стратегічне планування дозволяє раціонально розподіляти ресурси, забезпечувати доступність медичної

допомоги та відповідати викликам, пов'язаним зі старінням населення, збільшенням поширеності хронічних захворювань, пандеміями та соціально-економічними кризами. Ефективність планування залежить від використання доказових даних і сучасних аналітичних методів, зокрема GIS-технологій, біостатистики, аналізу великих даних і моделювання сценаріїв [37, с. 111].

Формування політики охорони здоров'я потребує застосування теорії публічної політики, яка розглядає процес вироблення рішень як взаємодію груп інтересів, експертних спільнот, громадськості, державних органів та медичних інституцій. Згідно з цим підходом, ефективна політика можлива лише за умови прозорості, участі стейкхолдерів, міжвідомчої координації та оцінки наслідків рішень [28, с. 130]. Літературні джерела наголошують на важливості циклу політики, що включає визначення проблеми, формулювання альтернатив, ухвалення рішень, реалізацію, моніторинг та оцінювання. Саме на етапі оцінювання виявляється реальна ефективність управлінських механізмів, що дозволяє коригувати політику відповідно до потреб системи [14, с. 50].

Значну увагу дослідників привертає концепція належного врядування, яка акцентує принципи прозорості, підзвітності, ефективності, інклюзивності та верховенства права. У сфері охорони здоров'я ці принципи проявляються в необхідності створення системи управління, яка гарантує справедливий доступ до медичних послуг, захист прав пацієнтів, якісне медичне обслуговування та прийняття обґрунтованих рішень [19, с. 82]. Механізми належного врядування включають аудит, громадський контроль, незалежні оцінки, використання міжнародних стандартів і відкриті дані як інструмент підзвітності. У країнах ЄС широке впровадження цифрових платформ забезпечує моніторинг роботи медичних закладів, ефективність фінансування та доступність послуг, що підвищує довіру суспільства до системи [18, с. 37].

Іншою важливою теорією є новий публічний менеджмент, який підкреслює необхідність адаптації інструментів приватного сектору до державного управління. У контексті охорони здоров'я це означає впровадження механізмів конкуренції між медичними закладами, контрактного фінансування,

управління за результатами, оцінки ефективності роботи персоналу та раціонального використання ресурсів [42, с. 329]. Ефективність цього підходу підтверджується дослідженнями, які показують, що орієнтація на результат, автономія закладів та децентралізація фінансування сприяють підвищенню якості медичних послуг. Важливим елементом є механізми мотивації та стимулювання, включаючи оплату праці за показниками якості, грантове фінансування, професійний розвиток та підготовку кадрів [23, с. 113].

Суттєвою є й концепція сіткового управління, яка підкреслює важливість взаємодії між державними інституціями, приватним сектором, громадськими організаціями та міжнародними партнерами [47, с. 578]. У сфері охорони здоров'я це проявляється у створенні партнерств для реалізації профілактичних програм, запобігання епідеміям, оптимізації маршруту пацієнта, розвитку телемедицини, формуванні інформаційних систем та стандартизації процесів. Література свідчить, що сіткове управління підвищує адаптивність системи охорони здоров'я до криз, оскільки передбачає спільне використання ресурсів, обмін даними та колективне прийняття рішень [8, с. 214].

Вагоме місце у сучасних наукових працях займає доказовий підхід (evidence-based policy), який передбачає ухвалення управлінських рішень на основі наукових досліджень, статистичних даних та клінічних доказів. Такий підхід дозволяє підвищити ефективність програм охорони здоров'я, раціонально використовувати фінансові ресурси і зменшити вплив суб'єктивних факторів [49, с. 74]. Для цього використовуються систематичні огляди, метааналіз, епідеміологічні дослідження, економічна оцінка медичних технологій (НТА) та інструменти медико-статистичного аналізу. Багато країн створили національні агентства НТА, які стають ключовими інструментами формування політик у сфері фінансування, фармакотерапії та профілактики [29, с. 58].

У сучасному управлінні охороною здоров'я значно зросла роль цифровізації. Література підкреслює, що впровадження електронних медичних карток, реєстрів пацієнтів, систем eHealth, телемедичних сервісів та

аналітичних платформ сприяє підвищенню ефективності управління, покращенню якості обслуговування та зменшенню корупційних ризиків [5, с. 83]. Цифрове управління відкриває можливості для точного прогнозування навантаження на систему, своєчасного реагування на епідеміологічні загрози, моніторингу забезпеченості кадрами та оптимізації логістики медичних закладів [31, с. 170].

У економічних механізмах особливу увагу приділяють моделі фінансування. Література виділяє податкові системи, страхові моделі, змішані схеми, а також механізми співоплати. Від обраної моделі залежить доступність медичних послуг, рівень захищеності населення, стійкість системи та мотивація медичних закладів. Сучасним трендом є перехід до моделі «гроші йдуть за пацієнтом», що сприяє конкуренції між закладами, підвищує якість послуг та забезпечує рівні можливості для пацієнтів [21, с. 17].

Соціальні механізми управління передбачають врахування думки громади, залучення пацієнтів до прийняття рішень, розвиток здорового способу життя та зміцнення громадського здоров'я. Світовий досвід показує, що лише поєднання медичних, соціальних та управлінських заходів дає змогу сформувати стійку модель охорони здоров'я, орієнтовану на потреби населення. Важливою складовою є також розвиток кадрового потенціалу: система охорони здоров'я має забезпечувати безперервний професійний розвиток, підвищення кваліфікації, впровадження нових компетенцій та управлінських навичок [24, с. 51].

Механізми та теоретичні підходи до формування публічного управління охороною здоров'я охоплюють широкий спектр інструментів і моделей, що забезпечують комплексний розвиток галузі. Сучасна література наголошує, що ефективна модель управління можлива лише за умови інтеграції стратегічного планування, доказового підходу, цифровізації, сіткової взаємодії, належного врядування та орієнтації на результат. Синергія цих компонентів забезпечує стійкість системи, підвищує якість медичних послуг та сприяє покращенню здоров'я населення в умовах сучасних викликів і глобальних трансформацій [35,

с. 74].

Розглядаючи механізми формування публічного управління у сфері охорони здоров'я, важливо звернути увагу на інституційну спроможність системи, оскільки ефективність будь-яких реформ залежить від рівня організаційної зрілості інституцій, їх автономності та здатності до адаптації [7, с. 170]. У цьому контексті науковці підкреслюють роль інституційного аналізу, який дає змогу ідентифікувати слабкі місця в організаційній структурі, визначати бар'єри для впровадження інновацій, а також виявляти можливості для підвищення ефективності управлінських процесів. Інституційна спроможність включає якість нормативно-правового регулювання, кадровий потенціал, наявність сучасних інформаційних систем, стандартизованих процедур, а також ефективних механізмів контролю та аудиту [9].

Особливого значення набуває механізм нормативно-правового забезпечення, який визначає рамки, процедури та інструменти діяльності всіх суб'єктів управління. Законодавство повинно не лише регулювати відносини між державою, медичними закладами та пацієнтами, а й створювати умови для інноваційного розвитку, забезпечувати гнучкість політичних рішень та реагування на новітні виклики [16, с. 66]. Література свідчить, що країни з чітко структурованими законами та підзаконними актами мають значно вищий рівень прозорості та ефективності медичної системи. В українських реаліях удосконалення правової бази є важливим напрямом модернізації, зокрема у частині медичного страхування, стандартизації клінічних протоколів, захисту прав пацієнтів та впровадження цифрових інструментів [40, с. 89].

У межах організаційних механізмів особливо важливою є координація між різними рівнями влади. Дослідження показують, що слабка координація призводить до дублювання функцій, неефективного використання ресурсів та суперечностей між цілями центральних органів влади й місцевих громад [25, с. 26]. Ефективне публічне управління охоплює механізми горизонтальної та вертикальної взаємодії, створення міжвідомчих комісій, робочих груп, платформ для обміну інформацією та досвідом. У багатьох країнах

використовуються інструменти спільного управління (co-governance), які забезпечують залучення різних стейкхолдерів та формують колективну відповідальність за результати [39, с. 44].

Одним із ключових елементів сучасних підходів до формування політики в охороні здоров'я є оцінювання впливу політики (policy impact assessment). Цей механізм дає змогу передбачити наслідки запропонованих рішень і визначити найкращі альтернативи з точки зору економічної ефективності, соціальної справедливості та довгострокової стійкості [12, с. 36]. У сфері охорони здоров'я оцінювання політики охоплює аналіз вартості та ефективності медичних програм, прогнозування навантаження на систему, оцінку ризиків та визначення потенційних бар'єрів для впровадження змін. Використання таких аналітичних інструментів сприяє ухваленню рішень, які враховують потреби населення та ресурсні можливості держави [20, с. 90].

Окремим напрямом є розвиток механізмів забезпечення якості медичних послуг. Якість у сучасному розумінні включає клінічну ефективність, безпечність, доступність, своєчасність, партнерське ставлення до пацієнта та раціональне використання ресурсів. Щоб досягти цих показників, використовуються інструменти акредитації, ліцензування, стандартизації, клінічних настанов, внутрішнього контролю якості та зовнішнього аудиту [27, с.].

Міжнародний досвід свідчить, що створення незалежних органів контролю якості, а також упровадження систем управління ризиками (risk management systems) значно знижують кількість медичних помилок, підвищують рівень безпеки пацієнтів та сприяють загальному підвищенню довіри до системи охорони здоров'я [41, с. 189].

У межах економічних механізмів важливе місце посідає медико-економічний аналіз, який дозволяє визначити економічну доцільність впровадження нових технологій, програм профілактики або моделей фінансування. В умовах обмежених ресурсів держава повинна забезпечити оптимальний розподіл коштів, орієнтуючись на ефективність та вплив програм

на стан здоров'я населення [46, с. 21]. Медико-економічні оцінки, такі як аналіз «витрати–ефективність», «витрати–користь», «витрати–вигода», стають базовим інструментом у формуванні бюджетних рішень. У багатьох країнах результати таких досліджень є обов'язковою частиною процесу ухвалення рішень щодо фінансування медичних технологій [32, с. 71].

У світовій науці активно розвивається концепція ціннісно-орієнтованого управління охороною здоров'я (value-based healthcare), що передбачає фокус на максимальному отриманні цінності для пацієнта при оптимальному використанні ресурсів. Цей підхід ґрунтується на принципах вимірювання результатів лікування, порівняння показників різних закладів, фінансування за результатами та створення мереж, орієнтованих на клінічні результати [3, с. 98]. Він стимулює конкуренцію між закладами не за рахунок маркетингу чи обсягів, а за якістю медичної допомоги. У багатьох країнах саме застосування цього підходу стало каталізатором покращення показників виживаності, зменшення ускладнень та підвищення задоволеності пацієнтів [30, с. 229].

Важливе місце у сучасних теоретичних підходах посідає концепція інтерсекторальної взаємодії, що підкреслює вплив соціальних детермінант здоров'я на формування політики [29, с. 58]. Дослідження показують, що стан здоров'я населення на 70–80 % залежить не від медицини, а від умов життя, рівня освіти, екології, соціально-економічних факторів, харчування та інфраструктури. Тому публічне управління повинно інтегрувати політику охорони здоров'я з політиками у сферах освіти, соціального захисту, екології, спорту, транспорту та економічного розвитку. Такий підхід дозволяє створити комплексні програми, спрямовані на покращення здоров'я населення та профілактику захворювань [13, с. 101].

Окремої уваги заслуговує механізм розвитку людського капіталу в охороні здоров'я. Наукові публікації наголошують, що кадрова криза є одним із основних бар'єрів реформування галузі [23, с. 117]. Публічне управління має формувати довгострокову кадрову стратегію, що включає оновлення освітніх програм, підтримку молодих фахівців, удосконалення системи атестації,

розвиток лідерських і управлінських компетенцій, а також створення сприятливих умов праці. Інвестиції в людський капітал є критично важливими для підвищення ефективності системи та забезпечення стійкого розвитку [44, с. 8].

Значну роль відіграють комунікативні механізми, оскільки успішність реформ значною мірою залежить від довіри населення. Ефективна комунікація у сфері охорони здоров'я включає інформування громадян про програми, послуги та права, участь громадськості у виробленні рішень, роботу із засобами масової інформації та формування культури відповідального ставлення до здоров'я [14, с. 45]. Комунікативні стратегії дозволяють зменшити соціальну напругу, підвищити рівень підтримки реформ та забезпечити залучення населення до профілактичних програм [31, с. 169].

У підсумку, механізми та теоретичні підходи до формування публічного управління у сфері охорони здоров'я є багатокомпонентною системою, яка поєднує економічні, правові, соціальні, організаційні та технологічні інструменти. Їх інтеграція на практиці дозволяє формувати ефективну, гнучку та орієнтовану на пацієнта систему охорони здоров'я, здатну реагувати на сучасні виклики та забезпечувати високий рівень якості медичних послуг. Подальший розвиток цих механізмів має базуватися на принципах доказовості, відкритості, партнерства та стратегічного мислення, що забезпечить стійкість і результативність державної політики у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПРАКТИКИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1. Нормативно-правове та інституційне забезпечення публічного управління та оцінка їхньої ефективності

Нормативно-правове та інституційне забезпечення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні становить багаторівневу систему, яка поєднує національні законодавчі акти, підзаконні нормативи, стратегічні документи, механізми фінансування, а також інституції різних рівнів — від центральних органів виконавчої влади до локальних структур місцевого самоврядування та мережі закладів охорони здоров'я [4, с. 558]. У своїй сукупності ці елементи визначають правила функціонування медичної системи, регламентують порядок надання послуг і забезпечують можливості для управління, контролю, координації та стратегічного планування. Для України, яка перебуває в умовах затяжної трансформації сектору та одночасно проходить крізь виклики війни, питання ефективності нормативно-правових та інституційних механізмів набуває особливої ваги. У цьому контексті специфіка реалізації управлінських практик на регіональному рівні, зокрема в Чернівецькій області, дозволяє оцінити, наскільки національна модель працює в реальних умовах та чи забезпечує вона сталість і доступність медичних послуг [28, с. 130].

Правова база у сфері охорони здоров'я сформована навколо низки ключових законів, серед яких центральне місце займають Основи законодавства України про охорону здоров'я. Саме вони визначають фундаментальні принципи управління, закріплюють конституційне право громадян на медичну допомогу та формують засади державної політики у сфері охорони здоров'я [42, с. 327]. Інші важливі нормативні акти — Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон

«Про місцеве самоврядування в Україні», закони щодо громадського здоров'я, автономізації закладів охорони здоров'я, протиепідемічних заходів, ліцензування та контролю якості медичних послуг. Важливість цих документів полягає в тому, що вони визначають модель взаємодії між державою, комунальними закладами, місцевими громадами, пацієнтами та фінансовими механізмами [18, с. 38].

Закон про фінансові гарантії став правовою основою сучасної реформи фінансування системи охорони здоров'я. Він установив нову архітектуру відносин між замовником і постачальником медичних послуг, сформував програму медичних гарантій, а також нормативно закріпив роль Національної служби здоров'я України як єдиного державного платника. Така модель докорінно відрізняється від попередньої, оскільки переводить логіку фінансування з «утримання закладів» до «оплати послуг», що підвищує конкуренцію та мотивує медичні установи до підвищення якості роботи [45, с. 108].

На рівні Чернівецької області дія цього закону відображається у функціонуванні закладів первинної ланки — наприклад, центрів первинної медико-санітарної допомоги у Чернівцях, Сторожинці, Кіцмані, Заставні, Хотині та інших громадах, які працюють як комунальні некомерційні підприємства, укладають договори з НСЗУ та отримують фінансування відповідно до кількості підписаних декларацій з пацієнтами [1, с. 118]. Аналогічно функціонують і лікарні вторинного та третинного рівня, такі як Чернівецька обласна клінічна лікарня, Центральна міська клінічна лікарня, Буковинський клінічний онкологічний центр, обласний перинатальний центр, Глибоцька, Сокирянська, Новоселицька та інші центральні районні лікарні, які також укладають договори з НСЗУ на відповідні пакети послуг [10, с. 113].

Інституційна система управління охороною здоров'я складається з кількох рівнів. На національному рівні ключову роль відіграють Міністерство охорони здоров'я, яке визначає політику, формує нормативи та координує головні напрями розвитку системи, і Національна служба здоров'я, що

адмініструє фінансові відносини та здійснює моніторинг контрактування, виконання умов договорів та якості послуг [33, с. 180]. Важливими елементами інституційної системи також є Центр громадського здоров'я та його регіональні підрозділи, Державна служба з лікарських засобів, агенції з контролю інфекцій, медичні академії та інші структури, що забезпечують експертну, аналітичну та сервісну підтримку [35, с. 73].

Регіональні рівні представлені департаментами охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. У Чернівецькій області цю функцію виконує Департамент охорони здоров'я Чернівецької ОВА, який координує роботу медичних закладів, впровадження державних програм, аналіз потреб населення, кадрову політику, організацію екстреної та госпітальної допомоги.

На практиці департамент є ключовою ланкою, що поєднує стратегічні директиви держави з реальними можливостями регіону.

Проте ефективність цього рівня нерідко залежить від місцевих умов: матеріально-технічної бази закладів, наявності кваліфікованих управлінців, спроможності громад інвестувати у розвиток лікарень та центрів ПМСД, а також загального соціально-економічного стану області. Чернівецька область, незважаючи на периферійність та відносно невелике фінансове забезпечення, демонструє приклади успішної адаптації національних політик, особливо у питаннях первинної медицини, вакцинації та організації екстреної допомоги [5, с. 84].

Наприклад, ОКНП «Чернівецький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» активно інтегрує стандарти МОЗ, модернізує диспетчерські служби та оптимізує маршрути пацієнтів, що є важливим індикатором реального впровадження державних політик.

Однак ефективність нормативно-правового забезпечення визначається не лише наявністю законів, але й здатністю системи забезпечити їх фактичне виконання. У цьому аспекті можна виокремити низку викликів. Перший — недостатня координація між центральним та місцевим рівнями. Хоча законодавча база передбачає співпрацю, на практиці регіони часто стикаються з

неповною або несвоєчасною інформацією, нестачею рекомендацій щодо реалізації нових політичних рішень та відсутністю гнучких інструментів адаптації нормативів до місцевих особливостей. У Чернівецькій області це проявляється у складності стандартизації маршрутизації пацієнтів у гірських громадах, де логістичні можливості суттєво обмежені.

Другий — фінансова нерівномірність. Хоча програма медичних гарантій створила прозорий механізм оплати послуг, заклади охорони здоров'я Чернівецької області, особливо району, не завжди мають можливість залучати додаткові ресурси, модернізувати обладнання або підтримувати кадровий потенціал на належному рівні. Показовою є ситуація, коли центральні районні лікарні області, наприклад у Вижниці чи Садгорі, мають значно менші можливості для інвестицій у розвиток, ніж провідні медичні центри великих міст, що створює ризики нерівності в доступі до медичної допомоги.

Третій виклик — недостатня інтеграція системи громадського здоров'я в загальну модель управління. Хоча законодавство передбачає створення регіональних центрів контролю та профілактики хвороб, фактична їх спроможність залежить від фінансування, кадрового складу та інфраструктури. У Чернівецькій області цей напрям має особливе значення через прикордонне розташування та високі міграційні потоки, що підвищує ризики інфекційних захворювань. Хоча Чернівецький обласний центр контролю та профілактики хвороб виконує значний обсяг роботи, потреба в модернізації лабораторної бази та розширенні кадрового потенціалу залишається критичною.

Попри виклики, варто відзначити сильні сторони інституційного забезпечення. Однією з них є автономізація медичних закладів, яка дала можливість лікарням Чернівецької області самостійно управляти фінансовими потоками, розробляти програми розвитку, оптимізувати штат та покращувати якість послуг через механізми мотивації персоналу. Зокрема, Чернівецька обласна клінічна лікарня активно впроваджує проєкти з цифровізації, а Чернівецький обласний онкологічний центр модернізує діагностичні відділення за рахунок грантових програм і коштів місцевих бюджетів. Це показує, що за

умов правильної інституційної підтримки регіон здатен забезпечити високу ефективність управління навіть в умовах обмежених ресурсів.

Загалом нормативно-правове та інституційне забезпечення публічного управління охороною здоров'я в Україні створює підґрунтя для ефективного функціонування системи, але його результативність значною мірою визначається здатністю регіонів адаптувати політики та забезпечувати їх реальне виконання. Чернівецька область демонструє як позитивні приклади — активна робота центрів ПМСД, модернізація обласних закладів, інтеграція електронних інструментів, — так і проблемні зони, серед яких нерівномірність ресурсів, складнощі логістики та недостатня аналітична спроможність регіональних інституцій. Подальше вдосконалення управління повинно базуватися не лише на оновленні нормативів, але й на системному підсиленні інституційної спроможності, кадрового потенціалу, цифрової інфраструктури та міжвідомчої взаємодії як на національному, так і на регіональному рівнях.

2.2. Особливості функціонування системи публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області

Система публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області характеризується унікальним поєднанням регіональних, географічних, демографічних та інституційних чинників, які впливають на її ефективність і здатність реагувати на виклики. Аналіз сучасної практики свідчить, що Чернівецька область поєднує в собі як сильні сторони, так і системні обмеження, які потрібно враховувати в реформуванні і управлінні [7, с. 166].

Демографічно-географічні особливості

Чернівецька область має складну демографічну структуру і територіальний розподіл, які істотно впливають на організацію системи охорони здоров'я. За даними регіонального профілю громадського здоров'я, населення області становить близько 896,6 тис. осіб (станом на початок 2021 року). Область включає міські та сільські громади, значна частина території є

гірською або передгірською (Буковинські Карпати), що створює логістичні труднощі для доступу до медичних послуг. Демографічна ситуація характеризується старінням населення, низькою густотою проживання в деяких громадах і міграційними потоками, зокрема через російсько-українську війну, що додає напруження до системи охорони здоров'я.

Географічні особливості Чернівецької області — велика протяжність із прикордонними ділянками (з Румунією та Молдовою) — визначають підвищену важливість сервісів громадського здоров'я, епідеміологічного нагляду і готовності системи реагувати на перетин кордону та пов'язані ризики. Віддаленість окремих населених пунктів і складна транспортна інфраструктура ускладнюють оперативне доставляння пацієнтів до медзакладів в екстрених ситуаціях та доступ до спеціалізованих послуг.

Інфраструктура охорони здоров'я

За даними Poidata, в Чернівецькій області налічується 72 медичні центри. Така кількість вказує на достатньо щільну мережу первинних закладів, але при цьому їхній розподіл суттєво нерівномірний: велика частина сконцентрована у місті Чернівці, тоді як сільські райони мають значно менше таких установ.

Окрім первинної ланки, область має низку спеціалізованих установ: амбулаторії, диспансери, стаціонари, лабораторні підрозділи. Згідно з регіональним профілем громадського здоров'я, показники материнської смертності та смертності дітей до року в Чернівецькій області є досить низькими: у 2020 році не було зафіксовано випадків материнської смертності, а смертність дітей до року становила близько 5,4 на 1000 живонароджених, що кращий показник порівняно з національним середнім. Це свідчить про наявність дієвої первинної та перинатальної допомоги, але не знімає інших викликів.

Крім того, в регіоні функціонує інформаційно-аналітичний центр медичної статистики — обласна інституція, яка збирає, аналізує та публікує дані про діяльність закладів охорони здоров'я. Наприклад, Кабінет демографічної статистики та Кабінет статистики здоров'я населення є

структурними підрозділами цього центру, розташовані в Чернівцях. Така аналітична інфраструктура є потенційно потужним механізмом для ухвалення управлінських рішень, планування та моніторингу ефективності, однак її реальна аналітична спроможність залежить від доступу до якісних даних, ресурсу спеціалістів і інструментів аналітики.

Якість і доступність первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)

Первинна медико-санітарна допомога в Чернівецькій області є важливою ланкою системи охорони здоров'я. Реформи, пов'язані з автономізацією закладів первинної ланки і їхньою взаємодією з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), сприяють підвищенню якості та орієнтації на пацієнта. Але в регіоні існують структурні бар'єри: віддалені громади, недостатня кількість медичних працівників, інфраструктурні обмеження на рівні сільських амбулаторій, нестабільний інтернет.

Ці обмеження впливають на рівень звернень до сімейних лікарів, охоплення профілактичними програмами, своєчасність лікування хронічних хвороб. Статистика Health Index показує, що доступ до амбулаторної допомоги у Чернівецькій області на рівні близькому до середнього по Україні: частка респондентів, які зверталися до амбулаторного лікаря за останні 12 місяців, становить значну частку населення.

Також варто звернути увагу на інноваційні ініціативи: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) реалізувала в Чернівцях пілотний проєкт, спрямований на покращення якості первинної допомоги — зокрема, на лікування гіпертонії, моніторинг, підвищення обізнаності населення про фактори ризику та профілактику. Такий підхід демонструє потенціал регіону для впровадження моделей доказової медицини, залучення пацієнтів до власного здоров'я та зміцнення первинної ланки.

Громадське здоров'я, епідеміологія та мобільні сервіси

Чернівецька область має прикордонний статус, що накладає особливі вимоги на систему громадського здоров'я та епідеміологічний нагляд. Кордон із Румунією та Молдовою, значні міграційні потоки, транзитні маршрути — усе

це підвищує ризики інфекційної захворюваності та потребує інтегрованої системи реагування.

У цьому контексті важливою є роль Чернівецького обласного центру контролю та профілактики хвороб, який здійснює лабораторні дослідження, епідеміологічний нагляд та профілактичні заходи. Проте аналітичні профілі регіону вказують, що соціальні звички населення (наприклад, куріння) мають проблемні тенденції. Також у профілі громадського здоров'я регіону зазначено, що значна частка населення повідомляє про самолікування: за даними профілю, 67,9 % опитаних у разі захворювання в області не звертались до лікаря, а лікувались «з попереднього досвіду». Цей феномен підсилює навантаження на систему охорони здоров'я й ускладнює планування публічного управління, оскільки офіційні дані можуть недооцінювати справжні обсяги захворювань.

Ще одним важливим елементом є мобільні медичні бригади, організовані, зокрема, Українським Червоним Хрестом, які регулярно відвідують віддалені громади Чернівецької області. Такі мобільні одиниці здійснюють медичні огляди, вимірюють артеріальний тиск і рівень глюкози, направляють людей до спеціалізованих послуг, а також надають безкоштовні ліки в разі потреби. Це демонструє адаптивність публічного управління до територіальних викликів і низької щільності населення, а також значущу роль громадських та волонтерських структур у підтримці системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Аналітична й статистична спроможність

Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики Чернівецької області є ключовим елементом публічного управління. Через кабінет демографічної статистики та інші підрозділи цей центр формує дані, які можуть використовуватися для стратегічного планування, бюджетування, моніторингу здоров'я населення. Однак виклики цього підрозділу — це обмеженість ресурсів, недостатня автоматизація, потреба в аналітиках, а також проблеми з повнотою даних з усіх медичних установ, особливо сільських. Без достатньо потужної аналітики публічне управління не може повноцінно прогнозувати

потреби, реагувати на ризики та коригувати стратегії.

Ще один виклик — недостатня прозорість і якість даних для громадськості. Хоча існують статистичні профілі, їх оновлення може бути нерегулярним, а інтерфейси для громадського доступу — обмеженими. Налагодження публічних дашбордів, які відображають ключові індикатори охорони здоров'я Чернівецької області (смертність, захворюваність, доступність медичних послуг, фінансування), могло б підвищити підзвітність і залучення громадськості.

Рейтингова позиція та репутація системи охорони здоров'я

Чернівецька область має позитивну репутацію в системі охорони здоров'я. Згідно зі старішими даними, область очолювала загальноукраїнський рейтинг закладів охорони здоров'я за показниками ефективності, доступності, якості та ресурсного забезпечення. Це свідчить про наявність міцної організаційної бази та підходів до управління, які можуть бути використані як фундамент для подальших реформ.

Разом із цим, існують внутрішні нерівності: наприклад, заклади в Сторожинецькому районі були відзначені як лідери в рейтингу діяльності лікувальних установ області, що може свідчити як про позитивні управлінські практики, так і про нерівномірність ресурсного забезпечення між лікарнями.

Такі регіональні відмінності вказують на потенціал для позитивних моделей, які можуть бути масштабовані або адаптовані, а також на потребу більш системного підходу до забезпечення балансу в регіональній мережі.

Загрози та ризики для ефективності управління

Система публічного управління здоров'ям у Чернівецькій області піддається ряду значних ризиків:

1. Міграційний тиск та демографічна криза: Згідно з офіційними повідомленнями, кількість мешканців області скорочується, що створює невизначеність в плануванні мережі медичних послуг.

2. Самолікування та недостатня довіра до системи: Висока частка населення, яка надає перевагу самолікуванню (до 67,9% за даними профілю),

підриває прогнозованість навантажень, зменшує звернення до лікарів та може погіршувати клінічні результати.

3. Дефіцит лікарів і медичних кадрів: Особливо в сільських районах, гірських громадах, де залучення та утримання лікарів утруднено, що впливає на доступність медичних послуг.

4. Логістичні бар'єри: Відстані, гірський рельєф, транспортна інфраструктура — усе це ускладнює як екстрену допомогу, так і планові звернення.

5. Обмежена аналітична спроможність: Без сильного інформаційно-аналітичного центру важко реалізовувати стратегічне управління, прогнозування, оперативні корекції.

6. Фінансові обмеження: Ресурси можуть бути недостатніми для підтримки всіх закладів, особливо в сільських районах, для оновлення обладнання, для підтримки лабораторної бази й мобільних послуг.

7. Епідеміологічні загрози: Прикордонність регіону сприяє потенційним епідеміям або швидкому розповсюдженню інфекцій, тому систему охорони здоров'я потрібно постійно адаптувати до зовнішніх викликів.

Позитивні практики та адаптивні механізми

Незважаючи на виклики, Чернівецька область демонструє кілька стратегічних і практичних механізмів, що підвищують ефективність управління системою охорони здоров'я:

1. Пілотні програми ВООЗ: Проєкт, спрямований на управління гіпертензією в первинній ланці, охоплює освітні кампанії, моніторинг і підвищення компетенцій лікарів, та залучення пацієнтів через комунікативні ініціативи. Ці підходи можуть бути масштабовані й адаптовані для інших хронічних хвороб або регіонів, що показує гнучкість системи охорони здоров'я.

2. Робота мобільних бригад Червоного Хреста: Цей механізм допомагає покривати медичні «білі плями», забезпечувати доступ до первинної допомоги у віддалених громадах, ведення профілактичної роботи та освітніх заходів.

3. Аналітична інфраструктура: Інформаційно-аналітичний центр

статистики виконує важливу роль у зборі даних, їх аналізі та формуванні прозорих показників роботи системи. Кабінети статистики здоров'я та демографії (ОКУ) забезпечують інституційне ядро аналітики.

4. Рейтингова конкуренція між закладами: В області є здоровий механізм оцінки діяльності лікувальних установ, як видно зі згадки про успіх медзакладів Сторожинецького району. Конкуренція за показниками ефективності може стимулювати якість та покращення обслуговування.

5. Моніторинг демографічної ситуації: Ініціатива з проведення моніторингового дослідження демографічної ситуації та репродуктивного потенціалу населення в Чернівецькій області демонструє стратегічну увагу до довгострокових тенденцій. Отримані дані можуть слугувати основою для розробки регіональної міжгалузевої програми підтримки здоров'я та соціальної політики.

Взаємозв'язок з кризовими системами

Під час воєнного стану або надзвичайних ситуацій система охорони здоров'я Чернівецької області повинна працювати у тісній координації з іншими суб'єктами (районні адміністрації, служби надзвичайних ситуацій, громадські організації). Прикордонність регіону підсилює важливість такої координації — адже може бути необхідний швидкий обмін інформацією, мобілізація ресурсів, залучення мобільних бригад. На сьогодні існують певні механізми реагування, але регіональному публічному управлінню слід ще більше зміцнювати стійкість: оновлювати плани надзвичайної готовності, проводити навчання, тестувати платформу мобільних команд.

Крім того, інтеграція епідеміологічного нагляду, мобільних медичних бригад і аналітичного центру може створити більш адаптивну систему, яка здатна швидко реорганізовуватися під тиск кризи. Наприклад, мобільні бригади Червоного Хреста вже виконують частину профілактичної та скринінгової роботи, що можна формалізувати як частину офіційної системи реагування.

Соціальні й поведінкові особливості

Поведінкові фактори та здорові звички населення Чернівецької області

мають суттєвий вплив на систему охорони здоров'я. За даними регіонального профілю громадського здоров'я, частка осіб, які палять протягом 16–20 років, значно вища за середньоукраїнські показники (30,0 % проти 16,4 %). Це підвищує ризик неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні або онкологічні, що створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я Чернівецької області.

Крім того, велика частка населення, яка знає, як лікувати хвороби «з попереднього досвіду» (самолікування), вказує на низький рівень довіри до системи або недостатню обізнаність про важливість професійної медичної допомоги. Це може негативно впливати на звернення за медичною допомогою, на строки звернення і на ускладнення хронічних хвороб, що ускладнює публічне управління та планування ресурсів.

Фінансування та економічні механізми

Фінансування системи охорони здоров'я Чернівецької області залежить від державних ресурсів, коштів НСЗУ через контрактування послуг, а також від місцевих бюджетів. Модель «гроші йдуть за пацієнтом» стимулює заклади до укладання контрактів із НСЗУ та підвищення якості надання послуг. Однак у регіоні з нерівномірним розподілом населення та низькою щільністю деяких громад така модель може створити фінансові прогалини: заклади в сільських або віддалених районах можуть отримувати менше коштів через нижчу відвідуваність або складніші умови роботи.

Це підкреслює необхідність механізмів компенсаторного фінансування: регіональна адміністрація або департамент охорони здоров'я можуть запровадити субвенції чи доплати для тих установ, які надають базові послуги, але не мають достатньої кількості декларацій або пацієнтів. Також можуть розглядатися партнерства з міжнародними донорами, грантові програми або співфінансування для підтримки інфраструктурних ініціатив (лабораторії, мобільні бригади, цифровізація).

Управлінський потенціал і виклики

Департамент охорони здоров'я Чернівецької області має ключову роль у

координації мережі, стратегічному плануванні та моніторингу системи охорони здоров'я. Однак для підвищення ефективності потрібні значні покращення його аналітичної, програмної та бюджетної спроможності. Потенційно, департамент міг би виступати як центр інновацій — ініціювати цифрові проекти, координацію мобільних бригад, міжвідомчу взаємодію й епідеміологічні плани реагування.

Не менш важливою є роль аналітичного та інформаційно-статистичного центру, який діє в області. Його дані можуть лягти в основу стратегічних рішень, але для цього потрібне посилення кадрового потенціалу (аналітики, статистики), забезпечення сучасними ІТ-інструментами (ГІС, ВІ-системи) та інтеграція з eHealth-системами. Без цього аналітика залишається декларативною, а рішення — реактивними, а не превентивними.

Взаємодія з міжнародними та громадськими партнерами

Чернівецька область вже має досвід співпраці з міжнародними організаціями. Проект ВООЗ щодо гіпертензії — приклад успішної співпраці, яка має потенціал для масштабування. Також мобільні бригади Червоного Хреста демонструють, що громадські організації можуть відігравати критично важливу роль у доповненні державної системи, особливо в сільських та віддалених регіонах.

Потенціал для покращення

Поточні умови функціонування системи охорони здоров'я в Чернівецькій області містять значний потенціал для поліпшення. Сильні сторони — це аналітична інфраструктура, мобільні програми, міжнародне залучення, позитивні результати в галузі материнської та дитячої смертності — можуть бути посилені через системні заходи. Водночас, вразливі місця — кадровий дефіцит, бюджетні обмеження, логістика, поведінкові фактори — потребують продуманих стратегій.

Ключовими напрямками розвитку можуть бути:

1. Поглиблення аналітики та даних — модернізація інформаційно-аналітичного центру, впровадження єдиних показників і дашбордів для

моніторингу системи.

2. Розвиток первинної ланки — розширення її ролі в профілактиці, командній медицині, особливо в сільських громадах області.

3. Мобільні та телемедичні моделі — подальше розгортання мобільних бригад, телемедицини для доступу до віддалених територій.

4. Компенсаційні фінансові механізми — розробка регіональних доплат або субвенцій для малих організацій, щоб забезпечити сталість послуг.

5. Кадрова політика — заохочення молодих фахівців, спеціалізовані програми підготовки, утримання персоналу в сільській місцевості.

6. Підсилення системи громадського здоров'я — робота з поведінковими факторами, епіднагляд, профілактика, інтеграція громадських ініціатив.

7. Партнерство з міжнародними організаціями — для розвитку ресурсів, навчання, проєктів охорони здоров'я, особливо в умовах обмеженого бюджету.

РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1. Проблеми, чинники та механізми реалізації, що впливають на ефективність публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області

Проблеми, чинники та механізми реалізації, що впливають на ефективність публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області — це складне поєднання системних слабкостей, локальних викликів та позитивних трансформацій, які разом формують реальну спроможність регіону забезпечувати доступні, якісні та безпечні медичні послуги для населення. [34, с. 12].

Аналізуючи ситуацію в Чернівецькій області, важливо розглядати одночасно нормативно-інституційну рамку, фінансові механізми, кадрові ресурси, інфраструктуру та логістику, систему громадського здоров'я, роль міжнародної допомоги й інформаційно-аналітичну спроможність, бо саме їх поєднання визначає кінцевий результат публічного управління.

До першочергових проблем, що впливають на ефективність, належить дисбаланс між зосередженням високоспеціалізованих ресурсів у центрі області та недостатньою мережею потужних закладів у віддалених громадах. Чернівецька обласна клінічна лікарня, обласний перинатальний центр, Чернівецький обласний онкологічний центр та інші провідні установи зосереджені переважно в місті Чернівці, де акумулюються найскладніші випадки й опираються основні діагностичні потужності. Це дає очевидну перевагу мешканцям обласного центру, але створює значні бар'єри для жителів Путильського, Вижницького, Сокирянського, Новоселицького та інших районів, де доступ до спеціалізованої допомоги обмежений. Така просторово-логістична нерівномірність впливає на час до надання невідкладної допомоги, на рівень

планових та позапланових госпіталізацій і, в підсумку, на клінічні результати для населення Чернівецької області. Наявність у регіоні профільних закладів ускладнює, але й відкриває можливості: концентровані потужності дозволяють проводити складні операції й впроваджувати високотехнологічні методи, але необхідні механізми маршрутної організації пацієнтів і транспортування, щоб переваги перетворювалися на доступ для всіх мешканців регіону.

Другий груповий фактор — кадрова нестійкість, яка виражається в дефіциті лікарів певних спеціальностей, плинності персоналу та нерівномірному розподілі кадрів між містом і селом. Чернівецька область має сильну освітню базу — Буковинський державний медичний університет продукує фахівців, але значна частина молодих спеціалістів прагне до працевлаштування в більших регіонах або за кордоном, а також виконує строкові контракти в віддалених громадах лише тимчасово. Регіональна політика не завжди пропонує дієві стимулювальні пакети утримання: житлові програми, кар'єрні траєкторії, достатній рівень оплати, умови для професійного зростання у районах Чернівецької області. Водночас є позитивні ініціативи — заохочувальні виплати, цільові гранти для випускників, що погоджуються на відпрацювання в сільській місцевості — але їхній масштаб часто недостатній, щоб системно змінити ситуацію. Масштаб проблеми підтверджується регіональними моніторингами та аналізами вакансій і зарплатних даних: попит на медичні кадри залишається високим, при цьому середня заробітна плата та умови праці створюють додаткові ризики відтоку фахівців. Такий кадровий дефіцит впливає на часи очікування консультацій, обсяг амбулаторної роботи, можливості стаціонарної допомоги в районах Чернівецької області та на загальний рівень медичних послуг.

Проблема фінансової стійкості та механізмів розподілу ресурсів — ще один критичний чинник. Модель «гроші йдуть за пацієнтом», яку впроваджує Національна служба здоров'я, стимулює заклади первинної ланки, але для регіону з розрідженою демографією і багатьма віддаленими громадами вона може створювати парадокс: заклади з невеликою кількістю підписаних

декларацій отримують менше коштів, але мають утримувати інфраструктуру для доступності населенню Чернівецької області. Для районних лікарень це означає необхідність додаткового субвенціювання або гнучких місцевих програм підтримки, що багато громад поки що не можуть собі дозволити.

Бюджетні обмеження впливають на можливості модернізації обладнання у лікарнях Чернівецької області, на можливості модернізації лабораторій, придбання транспортних засобів для екстреної допомоги та підтримки програм громадського здоров'я. Одночасно прозорість контрактування й вимоги до звітності створюють стимули для підвищення якості, але вони вимагають від закладів інвестицій в адміністрування й інформаційні системи — ресурси, які не завжди доступні малим госпіталям у віддалених районах. Ця дисбалансна конфігурація фінансів і потреб Чернівецької області потребує політики компенсацій, орієнтованої на збереження мережі послуг у малонаселених громадах.

Технологічний та інфраструктурний розрив між міськими центрами та периферією (інтернет-з'єднання, цифрові рішення, лабораторні потужності) суттєво ускладнює ефективність стратегій цифрової трансформації. Чернівецька область поступово впроваджує електронні медичні записи, е-направлення та інші модулі eHealth, але велика частина амбулаторій у віддалених громадах досі стикається з нестабільним інтернетом, відсутністю сучасних комп'ютерів або низьким ступенем цифрової підготовки персоналу. Це знижує ефект централізованих аналітичних систем, ускладнює моніторинг показників охорони здоров'я на рівні Чернівецької області й затримує передачу життєво важливої інформації під час епідемічних загроз або масових медичних заходів. Крім того, відсутність уніфікованих стандартів партисипації пацієнтів і даних ускладнює аналіз результативності й планування інвестицій у межах області, що позначається на оперативності управлінських рішень.

Епідеміологічні та громадсько-здоровчі виклики мають свою специфіку через прикордонне розташування Чернівецької області та активні міграційні потоки. Центр контролю та профілактики хвороб у Чернівецькій області

виконує важливі функції епіднагляду, лабораторної діагностики й профілактичної роботи, але іноді стикається з обмеженнями в ресурсах і лабораторній модернізації. Це підсилює ризики пізнього виявлення нових штамів інфекцій, ускладнює проведення швидких масових обстежень і реагування на спалахи. Прикордонна специфіка Чернівецької області вимагає посилення співпраці з прикордонними адміністраціями, міжнародними партнерами та міжрегіонального обміну даними, аби знизити ризики транснаціонального розповсюдження інфекційних агентів. Пандемія COVID-19 показала, як важлива інституційна готовність, мобільні госпітальні мережі та оперативний аналіз епідемічної ситуації для регіону, який виконує роль транзитного коридору.

Критична сфера — екстрена медична допомога та маршрутизація пацієнтів. ОКНП «Чернівецький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» забезпечує покриття всієї території Чернівецької області, однак географічні особливості (гірські райони, складні дороги), а також стан транспортної інфраструктури продовжують негативно впливати на часи доїзду бригад і своєчасність доставляння пацієнтів до спеціалізованих центрів. Необхідні інвестиції в транспортні засоби з підвищеною прохідністю, модернізацію диспетчерських систем і запровадження телемедичних консультацій, аби знизити ризики смертності й погіршення стану пацієнтів у віддалених громадах Чернівецької області. Крім того, оптимізація розташування підстанцій, аналіз маршрутів і підвищення професійного рівня бригад екстреної допомоги — важливі механізми підвищення операційної ефективності.

Ще одна група факторів — управлінські й інформаційно-аналітичні механізми. Ефективне публічне управління потребує сильних аналітичних підрозділів у департаменті охорони здоров'я Чернівецької ОВА, здатних виконувати прогнозування, бюджетне планування, оцінку результативності програм і ризик-орієнтований контроль. На практиці департамент виконує координаційні функції, але його можливості щодо глибинного аналізу даних,

сценарного моделювання й довгострокового бюджетування обмежені кадровим потенціалом і доступом до інструментів бізнес-аналітики. Підсилення аналітичної здатності, налагодження регулярних індикаторів ефективності (КРІ) для закладів Чернівецької області, систематичне проведення аудитів якості й оприлюднення результатів — ключові кроки для поліпшення управлінської прозорості й підзвітності.

Механізми реалізації реформ у Чернівецькій області часто стикаються з проблемою «перетворення політики на практику». Законодавчі та нормативні ініціативи (реформа фінансування, автономізація закладів, стандарти клінічної допомоги) потребують адаптації під місцеві умови: розробки регіональних дорожніх карт, навчальних програм для менеджменту закладів, технічної підтримки у впровадженні електронних систем і механізмів супроводу для малих лікарень. Успішні кейси в Чернівецькій області — проекти модернізації окремих відділень завдяки грантам і міжнародній допомозі, інтеграція електронних інструментів у мережу ПМСД, покращення диспетчеризації екстреної допомоги — демонструють, що цілеспрямоване поєднання національного фінансування й локальних ініціатив може давати видимі результати. Однак для сталого впровадження потрібні системні механізми: мультипрограмне фінансування, кадрові стратегії, регулярні навчання для менеджерів і клініцистів, а також чітка методика оцінки впливу змін на населення Чернівецької області.

Не менш важливим є фактор міжсекторної співпраці: соціальний захист, освіта, транспорт, житлово-комунальна інфраструктура — усі ці сфери прямо впливають на результати охорони здоров'я. Координація на рівні Чернівецької області між департаментами ОВА, органами місцевого самоврядування, центрами ПМСД, лікарнями та громадськими організаціями дозволяє створювати програми профілактики, просування здорового способу життя та раннього виявлення захворювань, що знижує навантаження на вузькопрофільні служби.

Для покращення ефективності публічного управління охороною здоров'я

в Чернівецькій області доцільно запропонувати низку практичних заходів. По-перше, розробити регіональну стратегію рівномірного розвитку мережі медичних закладів з визначенням опорних лікарень, чіткою маршрутизацією пацієнтів і механізмами компенсації для малих госпіталів. По-друге, впровадити програми стимулювання для медиків, орієнтовані на сільські громади Чернівецької області: цільові виплати, житлові субсидії, гарантії професійного зростання та підписання контрактів на відпрацювання. По-третє, інвестувати в модернізацію лабораторної бази та телемедицину — це дозволить швидше діагностувати інфекційні загрози й зменшити потребу в фізичних переїздах пацієнтів. По-четверте, підсилити аналітичні ресурси департаменту охорони здоров'я Чернівецької ОВА: створення регіонального центру аналітики, впровадження єдиних KPI, регулярні аудити й публічний звіт про стан системи охорони здоров'я. По-п'яте, оптимізувати роботу екстреної допомоги через оновлення автопарку, вдосконалення диспетчеризації та розбудову мережі підстанцій у віддалених районах Чернівецької області.

У підсумку, ефективність публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області залежить від уміння поєднати національні політики з локальними рішеннями, відбудувати механізми адресного фінансування й стимулювання, підсилити кадровий потенціал і цифрову інфраструктуру, а також відрозуміти, що стійкість системи досягається через інтеграцію клінічних, соціальних і логістичних підходів. Чернівецька область має як сильні точки — потужні обласні заклади, активний департамент охорони здоров'я і освітню базу — так і слабкі місця — кадрові та просторові диспропорції, фінансові обмеження і цифровий розрив. Саме робота над цими взаємопов'язаними проблемами і впровадження механізмів, що компенсують регіональні вади, визначатимуть, наскільки стійкою і доступною стане система охорони здоров'я для мешканців Чернівецької області в найближчі роки.

3.2. Пропозиції щодо підвищення результативності публічного управління охороною здоров'я: управлінські, організаційні та кадрові аспекти

Підвищення результативності публічного управління охороною здоров'я потребує системного підходу, який об'єднує управлінські реформи, організаційні перетворення та цілеспрямовану кадрову політику. У контексті Чернівецької області ці кроки мають враховувати регіональні особливості — прикордонність, розподіл населення між міською та сільською місцевістю, географічні обмеження (гірські території) та наявність локальної освіти й потенціалу для інновацій. Нижче наведено комплекс пропозицій, структурованих за трьома базовими напрямками — управлінський, організаційний та кадровий — із конкретними механізмами впровадження, очікуваними результатами та рекомендаціями з моніторингу.

Управлінські пропозиції

1. Посилення стратегічного планування на регіональному рівні. Чернівецька область потребує регіональної стратегії розвитку системи охорони здоров'я на 5–10 років, інтегрованої з національними стратегіями та містобудівними планами. Стратегія має включати картування потреб населення за демографічними, соціально-економічними та епідеміологічними характеристиками, визначення опорних мереж закладів охорони здоров'я, сценарне моделювання навантажень та план інвестицій у інфраструктуру і цифрові рішення. Для розробки стратегії доцільно створити мультидисциплінарну робочу групу при департаменті охорони здоров'я Чернівецької області, до якої входять представники місцевих рад, закладів охорони здоров'я, університету, громадських організацій та донорів.

2. Впровадження системи управлінського звітування з KPI. Для прозорого моніторингу результативності необхідно встановити набір ключових показників ефективності (KPI) для всіх рівнів — від амбулаторії до регіонального департаменту. KPI мають включати клінічні (час надання невідкладної допомоги, показники вакцинації, відсоток виконання

скринінгових програм), оперативні (час очікування, середня тривалість перебування), фінансові (середні витрати на послугу, співвідношення державних і місцевих видатків) та пацієнтські (задоволеність, доступність). Налагодження регулярного звітування із відкритим оприлюдненням даних підвищить підзвітність і дозволить оперативно коригувати політики.

3. Розвиток регіональної аналітичної спроможності. Департамент охорони здоров'я Чернівецької області має отримати підсилений аналітичний блок, оснащений інструментами бізнес-аналітики, ГІС-моделювання та доступом до очищених даних eHealth. Завдання аналітичного центру — прогнозування потреб, ідентифікація «вузьких місць», сценарне планування і підготовка доказових рекомендацій для прийняття рішень. Для цього варто ініціювати співпрацю з місцевими університетами і технічними партнерами, а також проводити регулярні навчання з аналітики для управлінців.

4. Оптимізація фінансових механізмів з урахуванням регіональної специфіки. Модель «гроші йдуть за пацієнтом» потребує додаткових компенсаторних механізмів для закладів у сільській місцевості Чернівецької області. Пропонується впровадити регіональні доплати або «базову субвенцію», яка покриватиме мінімальні операційні витрати малих лікарень та амбулаторій, забезпечуючи готовність до надання послуг незалежно від рівня декларацій. Важливо також встановити прозорі критерії надання таких доплат (географічна віддаленість, рівень навантаження, соціальна важливість послуги).

5. Підвищення ефективності закупівель і логістики. Централізовані або координаційні механізми для закупівлі лікарських засобів, медичного обладнання та витратних матеріалів на рівні області можуть зменшити витрати і уникнути дефіцитів. Створення регіонального логістичного хабу, який би обслуговував заклади охорони здоров'я Чернівецької області, оптимізувало б поставки та дозволило б одночасно управляти запасами на рівні екстреної готовності.

6. Підсилення управління кризовими ситуаціями. Чернівецька область має розробити і регулярно оновлювати регіональні плани реагування на

надзвичайні події (епідемії, масові катастрофи, переселенські кризи), включаючи сценарії мобілізації людських і матеріальних ресурсів, маршрути тимчасової госпіталізації та логістику. Регулярні навчання та міжвідомчі тренінги мають стати стандартом.

Організаційні пропозиції

1. Реформа мережевої організації послуг. Необхідно формалізувати модель опорних та супутніх закладів охорони здоров'я в межах Чернівецької області з чіткою визначеністю функцій кожного рівня (первинна, вторинна, третинна допомога). Це включає розробку маршрутів пацієнтів, алгоритмів направлення і координацію між амбулаторіями, службами екстреної допомоги та стаціонарами. Така сіткова організація зменшить дублювання послуг і підвищить доступність спеціалізованої допомоги.

2. Модернізація системи первинної допомоги. Первинна ланка має бути підсилена через нарощування пакету послуг, підвищення ролі сімейного лікаря у профілактиці та координованому веденні хронічних пацієнтів. Організаційні кроки: інтеграція медичних та соціальних послуг у профільні центри, впровадження практик командної медицини (лікар, медсестра, соціальний працівник), створення мобільних бригад для віддалених громад Чернівецької області.

3. Розвиток телемедицини та мобільних сервісів. Організаційно потрібно створити регіональну телемедичну платформу, яка б зв'язувала заклади охорони здоров'я Чернівецької області між собою та з консультаційними центрами. Телемедицина має стати засобом для первинної діагностики, консультування та супроводу хронічних хворих, а також інструментом підтримки бригад екстреної допомоги в удалих районах.

4. Лабораторна та діагностична мережа. Організаційно доцільно інтегрувати регіональну лабораторну мережу з чітким розподілом повноважень: місцеві лабораторії виконують базові дослідження, регіональні — складніші тести та координацію. Це підвищить швидкість діагностики і знизить витрати на логістику проб, водночас забезпечуючи більш оперативний епіднадгляд.

5. Централізована кадрова служба підтримки. На рівні області варто створити службу, яка координує підготовку, розміщення і мобілізацію персоналу між закладами охорони здоров'я Чернівецької області. Така служба може забезпечувати ротацію фахівців, підтримку замовлень на тимчасове підсилення віддалених установ та координацію програм підвищення кваліфікації.

6. Інтеграція громадського здоров'я у систему надання послуг. Організаційно потрібно чітко інтегрувати профілактичні програми, заходи з вакцинації, скринінгові програми та інформаційно-просвітницьку роботу у діяльність закладів охорони здоров'я Чернівецької області. Для цього доцільне створення міжвідомчих команд, які здійснюватимуть планування заходів у громадах та аналіз їх ефективності.

Кадрові пропозиції

1. Комплексна програма утримання та мотивації кадрів. Чернівецька область має розробити довгострокову програму, що включає фінансові (цільові доплати, гарантії зростання заробітної плати), нефінансові (житлові субсидії, можливості професійного зростання, участь у наукових програмах) та соціальні стимули (дошкільні програми для дітей медпрацівників, підтримка сімейних потреб). Програма має диференціюватись за типом закладів — великий міський центр, опорна лікарня, районна амбулаторія — і враховувати витрати на проживання та логістику.

2. Створення регіональної системи професійного розвитку. Потрібна система безперервної медичної освіти у форматі мікронавчань, дистанційних курсів і практичних стажувань, що доступна для медичних працівників Чернівецької області. У партнерстві з медичним університетом і професійними асоціаціями потрібно пропонувати курси з сучасних клінічних практик, менеджменту, етики та використання цифрових інструментів.

3. Контракти на відпрацювання і цільове навчання. Ввести механізми цільового підготовки кадрів: стипендії під умову відпрацювання у віддалених громадах Чернівецької області протягом визначеного часу, гранти

для спеціалізації у дефіцитних напрямках (анестезіологія, інфектологія, педіатрія). Це допоможе вирівняти розподіл кадрів у часі.

4. Мережеві програми наставництва. Для підтримки молодих фахівців впровадити системи наставництва, де досвідчені лікарі з опорних центрів Чернівецької області здійснюють регулярні виїзди, онлайн-консультації та професійний супровід для працівників амбулаторій та районних лікарень.

5. Оптимізація ролі середнього медичного персоналу. Розширення повноважень медичних сестер і братів у первинній ланці (кваліфікований догляд, менеджмент хронічних пацієнтів, профілактичні програми) з відповідною підготовкою та стимулюванням дозволить зменшити навантаження на лікарів і підвищить доступність послуг у віддалених громадах.

6. Підготовка кадрового резерву для кризових ситуацій. Формування мобільних команд з резервних фахівців, які пройшли навчання для роботи в екстрених умовах та можуть бути оперативно залучені до роботи у будь-якому секторі Чернівецької області.

Механізми імплементації й оцінки

1. Пілотні проекти та масштабування. Перед масовим впровадженням нових механізмів варто реалізувати пілоти у кількох громадах Чернівецької області з різними характеристиками (місто, район з гірською місцевістю, сільська громада). Пілоти мають вимірюватися чіткими метриками (KPI) і слугувати основою для масштабування успішних практик.

2. Мультистейкхолдерський підхід. Кожна ініціатива має підтримуватись координаційною радою, до якої входять представники департаменту, місцевих рад, закладів охорони здоров'я, громадських організацій та пацієнтських груп. Це забезпечить інклюзивність і врахування інтересів різних сторін.

3. Фінансова прозорість і контроль. Впровадити прозорі механізми бюджетування з публічним звітуванням про використання коштів на рівні області та закладів охорони здоров'я Чернівецької області. Це підвищить довіру і дозволить доцільно спрямовувати ресурси.

4. Система моніторингу та зворотного зв'язку. Регулярний моніторинг із

залученням зовнішніх оцінювачів, опитування пацієнтів, аудити якості та епідеміологічні індикатори повинні лягти в основу коригувальних дій. Дані мають бути доступні для громадськості в узагальненому вигляді.

5. Законодавча та нормативна підтримка. Деякі пропозиції потребуватимуть змін у регуляторній базі або роз'яснень щодо фінансових інструментів. Департамент має координувати пропозиції на національний рівень і адаптувати локальні нормативи.

Очікувані результати

Впровадження комплексних управлінських, організаційних та кадрових заходів має привести до: підвищення доступності і якості медичних послуг у громадах Чернівецької області; зниження часу очікування та оперативнішого реагування на невідкладні стани; більш збалансованого розподілу кадрів; підвищення ефективності витрат; посилення системи громадського здоров'я та більшої стійкості до криз. Ключовими індикаторами успіху будуть зростання охоплення первинною медичною допомогою, зменшення часу транспортування в гострих випадках, підвищення задоволеності пацієнтів та зниження показників ускладнень, зумовлених пізнім доступом до спеціалізованої допомоги.

Насамперед, підвищення результативності публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області вимагає скоординованих дій на рівні стратегічного планування, реструктуризації організаційних мереж та системної кадрової політики. Запропонований набір заходів — від створення регіональної стратегії й аналітичного центру до програм утримання кадрів і впровадження телемедицини — формує комплексну дорожню карту, здатну адаптувати національні реформи до локальних реалій. Водночас важливо, щоб усі ініціативи впроваджувались поступово, через пілоти та з обов'язковим моніторингом результатів, аби забезпечити економічну ефективність і реальну користь для мешканців Чернівецької області.

ВИСНОВКИ

Публічне управління у сфері охорони здоров'я є складною системою взаємопов'язаних процесів, що передбачають координацію, планування, контроль і оцінку ефективності діяльності державних та комунальних органів, закладів охорони здоров'я, а також взаємодію з громадськістю та міжнародними партнерами. Аналіз теоретичних аспектів публічного управління вказує на те, що його сутність полягає не лише у забезпеченні функціонування медичної системи, а й у формуванні політики, спрямованої на підвищення доступності, якості та результативності медичних послуг. Основними принципами публічного управління у сфері охорони здоров'я є законність, підзвітність, прозорість, ефективність, орієнтація на потреби населення та інтеграція сучасних технологій управління. Суб'єкти публічного управління охоплюють центральні органи виконавчої влади, регіональні департаменти охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я різних рівнів, а також громадські організації та професійні асоціації, що забезпечують системний підхід до організації та контролю надання медичної допомоги.

Дослідження механізмів та теоретичних підходів до формування публічного управління виявило, що сучасна система в Україні поєднує елементи централізованого та децентралізованого управління, що дозволяє поєднувати стратегічне планування на державному рівні з адаптацією до регіональних особливостей. Сучасні підходи включають концепції стратегічного управління, системного аналізу, управління за цілями та результатами, а також використання інформаційних технологій для моніторингу і прогнозування розвитку охорони здоров'я. Особливо важливою є інтеграція інструментів оцінки ефективності, таких як ключові показники результативності, аналіз використання ресурсів, рівень доступності послуг та задоволеність населення, що дозволяє об'єктивно оцінювати діяльність закладів охорони здоров'я та регіональних органів управління.

Аналіз практики реалізації публічного управління в Україні та

Чернівецькій області показав, що нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я є достатньо розвиненим. Конституційні гарантії права на охорону здоров'я, закони України «Про основи охорони здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про громадське здоров'я», а також численні накази та підзаконні акти Міністерства охорони здоров'я формують правову базу для діяльності закладів охорони здоров'я, встановлюють стандарти надання медичних послуг, порядок фінансування та контроль за використанням ресурсів. Ця нормативна база дозволяє забезпечити рівність доступу до медичної допомоги, контроль якості послуг та впровадження сучасних стандартів лікування. Водночас практика показує, що ефективність реалізації цих норм залежить від рівня інституційного забезпечення, кадрового потенціалу та ресурсного забезпечення регіональних закладів охорони здоров'я.

Інституційна структура публічного управління охороною здоров'я в Чернівецькій області включає Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, обласні та районні лікарні, центри первинної медико-санітарної допомоги, диспансери, лабораторії та інші заклади охорони здоров'я.

Ця структура забезпечує управління мережею закладів, планування ресурсів, моніторинг та контроль якості надання медичної допомоги. Департамент охорони здоров'я Чернівецької області координує впровадження державних програм, контролює використання бюджетних коштів, здійснює аналітичний збір даних та оцінює ефективність роботи закладів охорони здоров'я. Аналіз діяльності цих установ показує, що на регіональному рівні досягнуто певного прогресу у забезпеченні доступності медичних послуг, зокрема шляхом оптимізації мережі первинної медичної допомоги та підвищення стандартів лікування у закладах Чернівецької області.

Водночас функціонування системи публічного управління в регіоні супроводжується низкою проблем та обмежень. Основними викликами є нерівномірність ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я в сільській та міській місцевості, недостатня кількість медичних кадрів у віддалених

районах, обмежені аналітичні та інформаційні ресурси для оцінки ефективності, а також соціально-поведінкові чинники, які впливають на звернення населення за медичною допомогою. Важливим фактором є географічна специфіка Чернівецької області, зокрема гірський рельєф та віддаленість окремих населених пунктів, що створює додаткові логістичні та організаційні бар'єри для надання медичних послуг.

Дослідження проблем та чинників, що впливають на ефективність публічного управління, дозволяє виділити низку ключових аспектів. По-перше, управлінські проблеми включають недостатню координацію між центральними та регіональними органами влади, обмежену взаємодію між різними рівнями медичної допомоги та низьку інтеграцію інформаційних систем для моніторингу та оцінки діяльності закладів. По-друге, кадрові проблеми полягають у нестачі висококваліфікованих фахівців, нерівномірному розподілі персоналу, обмежених можливостях для підвищення кваліфікації та професійного розвитку. По-третє, фінансово-ресурсні чинники включають недостатнє фінансування сільських лікарень, обмеженість бюджетних коштів та необхідність оптимізації використання ресурсів.

Аналіз сучасних практик управління в Чернівецькій області дозволяє запропонувати комплекс заходів щодо підвищення результативності публічного управління. До управлінських пропозицій належить вдосконалення координації між центральними та регіональними органами влади, впровадження стратегічного планування з визначенням конкретних цілей та показників ефективності, інтеграція інформаційних систем для збору та аналізу даних, а також застосування сучасних методів управління за результатами та цілями. Організаційні пропозиції включають оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я, підвищення якості стандартів надання медичної допомоги, впровадження системи оцінки результативності діяльності закладів, а також розвиток програм громадського здоров'я та профілактики захворювань. Кадрові пропозиції передбачають підвищення кваліфікації медичних працівників, створення стимулів для роботи в сільських та віддалених районах,

впровадження системи професійного розвитку та атестації персоналу.

Особливо важливим аспектом є комплексна взаємодія управлінських, організаційних та кадрових заходів. Використання сучасних інформаційних технологій у поєднанні з прозорим фінансуванням, контролем якості та підвищенням кваліфікації персоналу дозволяє забезпечити ефективне функціонування системи охорони здоров'я. У Чернівецькій області приклади успішної реалізації таких заходів включають розвиток центрів первинної медико-санітарної допомоги, впровадження електронних медичних карток, створення міжрайонних консорціумів лікарень та обласного аналітичного центру статистики, що підвищує ефективність управління ресурсами та якість надання послуг.

Висновки дослідження підкреслюють, що ефективність публічного управління охороною здоров'я залежить від комплексного підходу, який поєднує нормативно-правове забезпечення, інституційні механізми, управлінські та кадрові ресурси. Розвиток системи в Чернівецькій області демонструє позитивні тенденції, проте потребує подальшого вдосконалення, зокрема у сфері фінансування, ресурсного забезпечення, професійної підготовки персоналу та інтеграції сучасних управлінських практик. Комплексна оцінка показує, що системний підхід, спрямований на підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги, є ключовим фактором сталого розвитку публічного управління охороною здоров'я на регіональному рівні.

У підсумку, результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що публічне управління охороною здоров'я в Чернівецькій області характеризується достатнім нормативно-правовим та інституційним забезпеченням, позитивними практичними результатами у сфері доступності та якості медичних послуг, проте ефективність системи залежить від реалізації комплексних управлінських, організаційних та кадрових заходів, що спрямовані на вдосконалення механізмів управління, підвищення результативності закладів охорони здоров'я та задоволення потреб населення в

умовах сучасних викликів охорони здоров'я. Комплексна інтеграція цих заходів забезпечує основу для подальшого розвитку системи публічного управління та підвищення ефективності охорони здоров'я в Чернівецькій області та інших регіонах України.



СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування, 2022, 33.72: 113-119.
2. Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. Науковий вісник: Державне управління, 2022, 2 (12): 38-52.
3. Ніколюк О. В., Бондар В. А., Цветкова Н. Ю. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. Food Industry Economics, 2021, 13: 94-100.
4. Пристая М. Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право, 2023, 1.80: 557-562.
5. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. Публічне урядування, 2022, 4 (32): 80-86.
6. Navrychenko D. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. Public Administration and Regional Development, 2022, 15: 68-86.
7. Пархоменко-Куцевіл О. Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади. Науковий вісник: Державне управління, 2022, 1 (11): 166-185.
8. Правило О. І. Форми та методи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в Україні. State and regions. series: law, 2024, 1: 212-216.
9. Шпи́га П. С., та ін. Інструменти реінжинірингу державного управління у сфері охорони здоров'я: штучний інтелект та цифрові системи персональної ідентифікації пацієнтів. Державне управління: удосконалення та розвиток, 2024, 5.
10. Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. Інвестиції:

практика та досвід, 2021, 13-14: 110-116.

11. Шевчук Р. В. Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління, 2022, 6 (24): 87-93.

12. Макаренко М. В. Світові тренди цифровізації сфери охорони здоров'я та принципи реалізації. Публічне управління та митне адміністрування, 2023, (1): 36.

13. Шевчук Р. Проблеми щодо впровадження інноваційних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління, 2022, 5 (65): 97-103.

14. Колісніченко Н. Сучасні зарубіжні практики управління розвитком кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я. Науковий вісник: Державне управління, 2023, 1 (13): 42-53.

15. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку, 2021, 2.6: 127-138.

16. Шевчук Р. Аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління, 2023, 1 (67): 65-70.

17. Калашник Н. С., Березовський П. П. Державно-приватне партнерство як стратегія виконання Україною порядку денного сталого розвитку на період до 2030 року (на прикладі галузі охорони здоров'я). Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, 2023, 5: 30-35.

18. Звірич В. В. Методичні засади та принципи удосконалення механізму управління персоналом у галузі охорони здоров'я. Публічне урядування, 2022, 2 (30): 32-39.

19. Шевчук Р. Сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління, 2022, 6 (66): 79-85.

20. Бабенко М. М. Методологічні основи публічного управління в охороні здоров'я та фармації: системний аналіз. *Health & Education*, 2024, 1: 84-92.

21. Клименко О. Ю. Залучення досвіду відкритих та закритих моделей управління у підвищенні стійкості сфери охорони здоров'я України до викликів війни. *Вчені записки*, 2024, 16-21.

22. Парубчак І. О., Радух Н. Б. Реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії COVID-19 в Україні. *Вчені записки Таврійського національного університету імені ВІ Вернадського. Серія: Державне управління*, 2021, 3: 42-46.

23. Коробчинська Н., Халецька А. Моніторинг та контроль у сфері охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування у сучасних умовах. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Екологія. Публічне управління та адміністрування»*, 2023, 3: 111-118.

24. Грицко О. М., Пеканець С. Р. Моделі та тенденції розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 2022, 33.72: 46-53.

25. Звірич В. В. Впровадження інноваційних методів прийняття управлінських рішень в галузі охорони здоров'я в умовах VUCA. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, 2022, 5: 24-27.

26. Макаренко М. В. Цифровізація сфери охорони здоров'я України як пріоритет публічної політики у побудові сучасних медичних сервісів. *Інвестиції: практика та досвід*, 2023, 9: 138-141.

27. Щербак М. О., Кравченко О. О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*, 2021, 20: 101-108.

28. Шевчук Р. Система охорони здоров'я України як об'єкт державного контролю. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*, 2022, 3 (63): 128-132.

29. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі

управління на місцевому рівні. Видавничий дім «Гельветика» 2022, 58.

30. Шкільняк М., та ін. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи. Вісник економіки, 2021, 4: 225-233.

31. Стовбан М. П. Вплив публічного управління на взаємодію закладів охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 в межах одного госпітального округу. Вчені записки Таврійського національного університету імені ВІ Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування, 2023, 34.73: 166-175.

32. Клименко С. Є., та ін. Сучасний стан реалізації договорів державно-приватного партнерства та державних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я. Економіка та держава, 2022, 2: 68-74.

33. Шевчук Р. Аналіз проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського, 2022, 178-183.

34. Соколенко Я. В., Харченко Ю. П. Основні аспекти розвитку механізмів публічного управління в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування, 2024, 12.

35. Гавриченко Д. Г. Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. Інвестиції: практика та досвід, 2022, 3: 72-76.

36. Porova T., Gavkalova N. Публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я. Ekonomichnyy analiz, 2021, 31.2: 126-135.

37. Шевчук Р. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління, 2022, 4 (64): 109-114.

38. Ульяновченко Н. Методологічні засади аналізу поняття «державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я». Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення, 2023, 4: 118-136.

39. Дідик Н. Д. Державна політика у сфері громадського здоров'я: трансформація векторів в умовах воєнного стану. Вчені записки ТНУ імені ВІ

Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування, 2024, 35.74: 42-47.

40. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід, 2021, 16: 86-92.

41. Сокурєнко О. Інституційні виклики та шляхи модернізації системи охорони здоров'я України в умовах війни. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління, 2025, 2 (78): 187-193.

42. Юнгер В. І. Розвиток стратегічних положень державного управління системою охорони здоров'я. Право та державне управління, 2023, 2: 325-333.

43. Набхан О. В., Моїсєєнко Р. О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. Інвестиції: практика та досвід, 2021, 5: 110-116.

44. Бищенко Г. Публічний маркетинг та його інструменти у сфері охорони здоров'я України. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення, 2023, 6: 6-13.

45. Колосов Є. В., Кошова С. П. Державне регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід, 2021, 16: 104-112.

46. Колесникова Г. Г. Трансформація моделі державного управління у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівні на етапі та після медичної реформи. Молодий вчений модерну–фундамент розвитку освіти, науки та бізнесу в Україні: матер. III Всеукраїнської науково-практичної онлайнконференції. м. Дніпро, 2022, 20-26.

47. Кіян О.С. Закордонний досвід державно-громадського управління охороною здоров'я: інституційні моделі та практики. Суспільство та національні інтереси, 2025, 16: 572-587.

48. Вівсянник О. М. Дослідження в сфері державного управління охороною здоров'я на основі методології детермінізму. Державне управління, 2024, 1: 123-130.

49. Кухар І.В. Сучасна система і структура державного контролю у сфері охорони здоров'я. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення, 2024, 9: 70-76.

50. Мельник А.Ф. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. Вісник економіки, 2022, 2: 111-127.

