Міністерство освіти і науки України
Маріупольський державний університет

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПАСТУЩЕНКО ІРИНА ПЕТРІВНА

УДК 351.77:614.2(477)

ДИСЕРТАЦІЯ
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Спеціальність 281 – публічне управління та адміністрування
Галузь знань – публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня
доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування

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

Науковий керівник:
Тарасенко Денис Леонідович,
доктор економічних наук, професор

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Пастущенко І.П. Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Маріупольський державний університет, Київ, 2026.

У дисертаційній роботі здійснено комплексне наукове дослідження організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України в умовах системних трансформацій, зумовлених євроінтеграційними процесами, реалізацією медичної реформи, цифровізацією публічного сектору та викликами воєнного стану. Актуальність теми обумовлена необхідністю підвищення ефективності функціонування сфери медичного обслуговування, забезпечення належного рівня доступності та якості медичних послуг, а також гармонізації національного нормативно-правового забезпечення і публічно-управлінських механізмів із європейськими стандартами.

Метою дисертаційної роботи є обґрунтування теоретико-методологічних засад формування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України та визначення пріоритетних напрямів його вдосконалення.

Об’єктом дослідження є публічне управління у сфері медичного обслуговування населення. Предметом дослідження виступає організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України.

Методологічну основу дослідження становить сукупність загальнонаукових і спеціальних методів, зокрема: системний підхід – для розкриття цілісності та структурної організації механізму; структурно-функціональний аналіз – для визначення його елементів, функцій і взаємозв’язків; інституційний підхід – для дослідження суб’єктів публічного управління; порівняльний аналіз – для

вивчення зарубіжного досвіду; методи узагальнення, систематизації та класифікації – для формування теоретичних висновків; а також PESTL-аналіз – для комплексної оцінки впливу факторів макросередовища на функціонування досліджуваної сфери.

У дисертації уточнено та систематизовано понятійно-категоріальний апарат дослідження. Обґрунтовано необхідність нормативного уточнення поняття «медичне обслуговування» з урахуванням його змістових і організаційних характеристик, а також визначено співвідношення з категоріями «медична допомога» та «медична послуга». Запропоновано авторське визначення організаційно-правового механізму публічного управління як системно інтегрованого поєднання правових норм, інституційних структур, управлінських процедур та інструментів реалізації державної політики, спрямованих на забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в: удосконаленні теоретичних підходів до структуризації організаційно-правового механізму публічного управління; подальшому розвитку концептуальних засад сервісно-орієнтованого управління у сфері медичного обслуговування; обґрунтуванні сервісної маршрутизації пацієнтів як інноваційного інструменту механізму; а також у розвитку підходів до інституціоналізації цифровізації (е-здоров'я, телемедицина) у системі публічного управління. Доведено двовимірну природу досліджуваного механізму, що включає правовий (нормативно-правове регулювання) та організаційний (практична реалізація управлінських рішень) виміри. Визначено його структурні компоненти: суб'єкти та об'єкти управління, цілі й завдання, правові норми, організаційні процедури, управлінські впливи, інструменти реалізації, результати діяльності та механізми зворотного зв'язку.

Досліджено сучасний стан нормативно-правового забезпечення сфери медичного обслуговування в Україні, встановлено його фрагментарність, надмірну розгалуженість, дублювання норм і наявність правових колізій. Обґрунтовано необхідність систематизації законодавства та переходу до цілісної, узгодженої моделі правового регулювання з урахуванням вимог acquis

communautaire, умов воєнного стану та цифрових трансформацій у системі охорони здоров'я.

Проаналізовано зарубіжний досвід організації медичного обслуговування та встановлено відсутність універсальної моделі, придатної для прямого запозичення. Водночас виокремлено спільні риси ефективних систем, серед яких – поєднання державного регулювання та ринкових механізмів, розвиток страхових моделей фінансування, децентралізація управління та орієнтація на потреби пацієнтів. Доведено доцільність адаптації окремих елементів інноваційних моделей, зокрема цифровізації, телемедицини та профілактичної спрямованості, до вітчизняної практики.

На основі PESTL-аналізу визначено ключові фактори макросередовища, що впливають на функціонування сфери медичного обслуговування: політичні (воєнний стан, медична реформа, корупційні ризики), економічні (дефіцит фінансування, залежність від зовнішньої допомоги), соціально-демографічні (депопуляція, міграція, бідність, поглиблення соціальної нерівності, старіння населення), технологічні (цифровізація, розвиток телемедицини) та правові (недосконаліть нормативно-правової бази). Встановлено, що воєнні та кризові процеси суттєво знижують ефективність функціонування сфери медичного обслуговування населення України та зумовлюють необхідність модернізації організаційно-правового механізму.

Доведено, що цифровізація є ключовим напрямом осучаснення публічного управління у сфері медичного обслуговування. Розкрито зміст е-здоров'я як інтегрованого управлінського інструменту, що поєднує цифрові технології, нормативно-правове регулювання та управлінські процеси. Визначено роль телемедицини як функціональної складової організаційно-правового механізму, що забезпечує підвищення доступності медичних послуг, особливо в умовах воєнного стану.

Обґрунтовано сервісну маршрутизацію пацієнтів як інноваційний інструмент удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління медичним обслуговуванням, який забезпечує інтеграцію правових,

організаційних, інформаційних і цифрових компонентів у єдину сервісно-орієнтовану модель. Доведено, що її впровадження сприяє оптимізації управлінських процесів, підвищенню прозорості, скороченню часу отримання послуг і зростанню рівня задоволеності пацієнтів. Підтверджено ефективність застосування сервісної маршрутизації на прикладі регіонального закладу охорони здоров'я та запропоновано концептуальний підхід до її інституціоналізації в системі публічного управління.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості їх використання органами державної влади та органами місцевого самоврядування при формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, удосконаленні нормативно-правової бази, впровадженні цифрових інструментів у публічне управління медичним обслуговуванням, а також підвищенні ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: публічне управління, медичне обслуговування, медичні послуги, організаційно-правовий механізм, державна політика, охорона здоров'я, заклад охорони здоров'я, цифровізація, технологізація, сервісна маршрутизація пацієнтів, телемедицина, штучний інтелект, технології комунікації, демографія, пацієнтоорієнтованість.

ABSTRACT

Pastushchenko I.P. Organizational and Legal Mechanism of Public Administration in Ukraine's Medical Care Sphere. – Qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in Specialty 281 «Public Administration and Management». – Mariupol State University, Kyiv, 2026.

The dissertation presents a comprehensive scientific study of the organizational and legal mechanism of public administration in the healthcare services sphere in Ukraine under conditions of systemic transformations caused by European integration processes, the implementation of healthcare reform, digitalization of the public sector, and the challenges of martial law. The relevance of the research is determined by the

need to enhance the efficiency of the healthcare services sector, ensure an appropriate level of accessibility and quality of medical services, and harmonize the national regulatory framework and public administration mechanisms with European standards.

The dissertation's aim is to substantiate the theoretical and methodological foundations for the formation of the organizational and legal mechanism of public administration in the healthcare services sphere in Ukraine and to identify priorities for its improvement.

The object of the study is public administration in Ukraine's healthcare services sphere. The subject of the study is the organizational and legal mechanism of public administration in the healthcare services sphere in Ukraine.

The methodological framework of the research is based on a set of general scientific and specialized methods, including: a systems approach – to reveal the integrity and structural organization of the mechanism; structural and functional analysis – to identify its elements, functions, and interconnections; an institutional approach – to study the subjects of public administration; comparative analysis – to examine international experience; methods of generalization, systematization, and classification – to formulate theoretical conclusions; as well as PESTL analysis – to comprehensively assess the impact of macro-environmental factors on the functioning of the studied sphere.

The dissertation clarifies and systematizes the study's conceptual and categorical framework. The needs of regulatory clarification of the concept of «healthcare services» is substantiated, taking into account its substantive and organizational characteristics, and its correlation with the categories «medical care» and «medical service» is defined. The author proposes a definition of the organizational and legal mechanism of public administration in healthcare as a systemically structured combination of legal norms, institutional structures, managerial procedures, and policy implementation tools aimed at ensuring accessibility, quality, and efficiency of medical services.

The scientific novelty of the obtained results lies in the improvement of theoretical approaches to the structuring of the organizational and legal mechanism of public administration; further development of the conceptual foundations of service-

oriented public administration in the healthcare sector; substantiation of patient service routing as an innovative instrument of the mechanism; and advancement of approaches to the institutionalization of digitalization (e-health, telemedicine) within the public administration system. The dual nature of the studied mechanism is substantiated, encompassing legal (regulatory) and organizational (implementation of public management decisions) dimensions. Its structural components are identified as subjects and objects of governance, goals and objectives, legal norms, organizational procedures, managerial influences, implementation tools, performance outcomes, and feedback mechanisms. The dual nature of the mechanism is substantiated, encompassing legal (regulatory framework) and organizational (implementation of management decisions) dimensions. Its structural components are identified as subjects and objects of governance, goals and objectives, legal norms, organizational procedures, managerial influences, implementation tools, outcomes, and feedback mechanisms.

The current state of the regulatory and legal support of the healthcare services sector in Ukraine is analyzed, revealing its fragmentation, excessive complexity, duplication of norms, and the presence of legal conflicts. The necessity of systematizing legislation and transitioning to a coherent and integrated model of legal regulation is substantiated, taking into account the requirements of the EU acquis, martial law conditions, and ongoing transformations in the healthcare system.

International experience in the organization of healthcare services is analyzed, confirming the absence of a universal model suitable for direct implementation. At the same time, common features of effective systems are identified, including the combination of state regulation and market mechanisms, the development of insurance-based financing models, decentralization, and orientation toward patient needs. The expediency of adapting selected elements of innovative models, particularly digitalization, telemedicine, and preventive orientation, to the Ukrainian context is substantiated.

Based on the PESTL analysis, key macro-environmental factors influencing the functioning of the healthcare services sector are identified: political (healthcare reform, martial law, corruption risks), economic (funding deficits, dependence on external assistance), socio-demographic (depopulation, migration, poverty, population aging),

technological (digitalization, development of telemedicine), and legal (imperfections of the regulatory framework). It is established that wartime and crisis processes significantly reduce the efficiency of the healthcare services sector and necessitate the modernization and adaptation of the organizational and legal mechanism.

It is proven that digitalization is a key direction for the modernization of public administration in the field of healthcare services. The content of e-health is revealed as an integrated management tool that combines digital technologies, regulatory support, and management processes. The role of telemedicine as a functional component of the organizational and legal mechanism of public administration is defined, ensuring increased accessibility of medical services, particularly under martial law conditions.

Patient service routing is substantiated as an innovative tool for improving the organizational and legal mechanism of public administration in healthcare services, which ensures the integration of legal, organizational, informational, and digital components into a unified service-oriented model. It is proven that its implementation contributes to the optimization of management processes, increased transparency, reduced service delivery time, and improved patient satisfaction. The effectiveness of patient service routing is confirmed through the example of a regional healthcare institution, and a conceptual approach to its institutionalization within the public administration system is proposed.

The practical significance of the obtained results lies in the possibility of their application by public authorities and local self-government bodies in the formation and implementation of state policy in the healthcare sector, improvement of the regulatory framework, introduction of digital tools into public administration of healthcare services, and enhancement of the efficiency of healthcare institutions.

Keywords: public administration, healthcare services, medical services, organizational and legal mechanism, public policy, healthcare, healthcare institution, digitalization, technologization, patient service routing, telemedicine, artificial intelligence, communications technologies, demography, patient-centeredness.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Пастущенко І. П. Механізми публічного управління у сфері медичного обслуговування як предмет наукових досліджень. *Інвестиції: практика та досвід.* 2024. № 4. С. 249-253. DOI: 10.32702/2306-6814.2024.4.249.

2. Пастущенко І. П. Правове регулювання публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні. *Наукові перспективи*. 2024. № 8(50). С. 219-231. DOI: 10.52058/2708-7530-2024-8(50)-219-231.

3. Пастущенко І. П. Соціально-демографічні виміри публічного управління медичним обслуговуванням в Україні. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 7 (15). С. 512-526. DOI: 10.52058/3041-1572-2025-7(15).

4. Пастущенко І. П. Сучасні економічні детермінанти публічного управління медичним обслуговуванням в Україні. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 12 (20). С. 1271-1285. DOI: 10.52058/3041-1572-2025-12(20)-1271-1285.

5. Пастущенко І. П. Політичні фактори публічного управління сферою медичного обслуговування в умовах збройної агресії проти України. *Національні інтереси України*. 2025. № 6 (11). С. 969-981. DOI: 10.52058/3041-1793-2025-6(11)-969-981.

6. Пастущенко І. П., Тарасенко Д. Л., Дубич К. В. Сервісні маршрути пацієнтів як організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування (на прикладі регіональної клінічної лікарні). *Україна. Здоров'я нації*. 2025. № 4. С. 154-166 (**Scopus**) (*загальний обсяг 1,3 д.а., особисто автору належить 1,0 д.а.: розроблено наукову концепцію, методологію та дизайн дослідження; здійснено збір, систематизацію й аналіз емпіричних і статистичних даних; сформульовано основні висновки і підготовлено текст статті*). DOI: 10.32782/2077-6594/2025.4/17.

Публікації у зарубіжних наукових виданнях

1. Пастущенко І. П. Зарубіжний досвід організації публічного управління медичним обслуговуванням у контексті сучасних глобальних викликів охорони

здоров'я. *Věda a perspektivy*. 2024. № 12(43). С. 102-117. DOI: 10.52058/2695-1592-2024-12(43)-102-117.

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Пастущенко І. П. Сучасні тенденції публічного управління медичним обслуговуванням населення України. *Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу*: матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Переяслав, 2 червня 2023 р.). Переяслав, 2023. С. 205-208.

2. Пастущенко І. П. Організаційно-теоретичні засади реабілітаційної допомоги та медичного обслуговування військовослужбовців в умовах воєнного стану. *Складові національної безпеки в умовах воєнного стану*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Київ, 09-11 серпня 2023 р.). Кам'янець-Подільський: Вид-во «Друкарня Рута», 2023. С.482-486.

3. Пастущенко І. П. Екзогенні чинники модернізації механізмів публічного управління у сфері медичного обслуговування населення в Україні. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні* : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Полтава, 25 квітня 2024 р.). Полтава: Нац. ун-т ім. Ю. Кондратюка, 2024. С. 87-90.

4. Пастущенко І. П. Організаційно-правові аспекти реформування публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні. *Публічне управління та адміністрування в Україні: євроінтеграційний поступ*: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Івано-Франківськ, 31 травня 2024 р.). Івано-Франківськ: ІФНТУНГ, 2024. С. 230-233.

5. Пастущенко І. П. Сучасні реалії організаційно-правового забезпечення публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 травня 2024 р.). Одеса: Одеська політех. 2024. С. 509-512.

6. Пастущенко І. П. Напрями взаємодії галузі охорони здоров'я та системи соціального захисту в забезпеченні сервісного обслуговування населення в умовах воєнного стану. *Полтавські дні громадського здоров'я*: матеріали

VII Всеукраїн. наук.-практ. конф. за міжнар. участю. (м. Полтава, 31 травня 2024 р.). Полтава, 2024. С. 128-132.

7. Пастущенко І. П. Організаційно-правові засади вдосконалення медичної реабілітації в Україні в умовах бойових дій. *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми і перспективи*: матеріали IV Всеукраїн. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Полтава, 27 вересня 2024 р.). Полтава, 2024. С.223-236.

8. Пастущенко І. П. Особливості партнерства державного та недержавного секторів з забезпечення реабілітаційними послугами учасників війни та населення України в умовах хоспісного догляду. *Освітньо-наукові інновації у сфері біології, збереження здоров'я людини та психосоціальної і фізичної реабілітації*: матеріали Ш Всеукраїн. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Рівне, 15 листопада 2024 р.). Рівне: РДГУ. 2024. С. 224-227.

9. Пастущенко І. П. Особливості імплементації японської інноваційної моделі медичного обслуговування населення в охорону здоров'я України. *Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та післякризового відновлення*: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Київ, 21 листопада 2024 р.). Київ, 2024. С. 124-127.

10. Пастущенко І. П. Економічні аспекти публічного управління медичним обслуговуванням населення територіальних громад України. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні*: матеріали XII Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Полтава, 24 квітня 2025 р.). Полтава: Нац. ун-т ім. Ю. Кондратюка, 2025. С. 188-190.

11. Пастущенко І. П. Як запровадити сервісні маршрути пацієнтів: інструкція та досвід колег. *Управління закладом охорони здоров'я.* 2025. № 9. URL: https://egolovlikar.expertus.com.ua/10025926.

12. Пастущенко І. П. Сервісний супровід процесу реабілітації військовослужбовців в медичних закладах. *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи* : матеріали

V Всеукраїн. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Полтава, 3 жовтня 2025 р.). Полтава: ПДМУ, 2025. С. 192-194.

13. Пастущенко І. П. Детермінанти публічного управління медичним обслуговуванням в Україні: економічний аспект. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку :* матеріали LXVII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Нарва, Естонія, 07 квітня 2026 р.). Київ: ГО «ВАДНД», 2026. С. 65-69.

14. Пастущенко І. П. Міжнародний досвід публічного управління медичним обслуговуванням населення України в умовах глобальних викликів. *New York Global Science Conference 2026*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Нью-Йорк, США, 18-20 травня, 2026 р.). Нью-Йорк: UISS, 2026.. URL: https://naukainfo.com/jurnaly/Conference124.pdf. С. 55-62. DOI: 10.64828/conf-124-2026.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ 2
СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ 9
ЗМІСТ 13
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 15
ВСТУП 17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ 30
1.1. Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування як об'єкт наукового аналізу 30
1.2. Поняття, суть та організаційні засади медичного обслуговування 50
1.3. Нормативно-правове регулювання публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні 63
Висновки до розділу 1 78
РОЗДІЛ 2. ТРАНСФОРМАЦІЙНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА МАКРОСЕРЕДОВИЩНІ ЧИННИКИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ 82
2.1. Глобальні виклики трансформації охорони здоров'я та зарубіжний досвід публічного управління медичним обслуговуванням..... 82
2.2. Макросередовищні чинники публічного управління у сфері медичного обслуговування України: політичний вимір 97
2.3. Економічні та соціально-демографічні детермінанти публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні..... 110
Висновки до розділу 2 131

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ УКРАЇНИ 137

3.1. Забезпечення доступності, якості та пацієнтоорієнтованості медичного обслуговування (на прикладі Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю. Семенюка) 137

3.2. Цифрова трансформація як стратегічний пріоритет удосконалення публічного управління сферою медичного обслуговування 152

3.3. Сервісна маршрутизація пацієнтів як інструмент удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування 165

Висновки до розділу 3 185

ВИСНОВКИ 190

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 198

ДОДАТКИ 226

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВВП	–	валовий внутрішній продукт
ВЕФ	–	Всесвітній економічний форум
ВМА		Всесвітня медична асоціація
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	–	внутрішньо переміщені особи
ВРУ	–	Верховна Рада України
ДСТУ	–	Державний стандарт України
е-здоров'я	–	електронна охорона здоров'я (англ. e-Health)
ЕСОЗ	–	електронна система охорони здоров'я
збройна агресія	–	збройна агресія Російської Федерації проти України
ЗМІ	–	засоби масової інформації
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ІАС	–	інформаційно-автоматизована система
ІСК	–	індекс сприйняття корупції
ІКС	–	інформаційно-комунікаційна система
ЄС	–	Європейський Союз
КМІС	–	Київський міжнародний інститут соціології
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
КНР	–	Китайська Народна Республіка
МВФ	–	Міжнародний валютний фонд
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
МІС	–	медична інформаційна система
НІЗ	–	неінфекційні захворювання
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України

ОЕСР	–	Організація економічного співробітництва і розвитку
ОМС	–	органи місцевого самоврядування
ООН	–	Організація об’єднаних націй
ПМГ	–	Програма медичних гарантій
ПМД	–	первинна медична допомога
РОКЛ	–	Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради
РФ	–	Російська Федерація
СОЗ	–	система охорони здоров’я
СРСР	–	Союз Радянських Соціалістичних Республік
СУЯ	–	система управління якістю
США	–	Сполучені Штати Америки
ТІ	–	Трансперенсі Інтернешнл (англ. Transparency International)
ТОТ	–	тимчасово окуповані території
УРСР	–	Українська Радянська Соціалістична Республіка
ЦРУ	–	Центральне розвідувальне управління
ЦОВВ	–	центральний орган виконавчої влади
ШІ	–	штучний інтелект
USAID	–	Агентство США з міжнародного розвитку (АМР США)

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Сучасний етап розвитку України як незалежної, правової та соціальної держави характеризується одночасним функціонуванням в умовах воєнного стану, спричиненого збройною агресією Російської Федерації, та реалізацією стратегічного курсу на європейську інтеграцію. Виконання зобов'язань, визначених Угодою про асоціацію між Україною та Європейським Союзом [173], передбачає системне приведення національного законодавства й управлінських практик у відповідність до норм і стандартів ЄС, а також модернізацію ключових сфер публічної політики, зокрема сфери медичного обслуговування населення. У цьому контексті особливої ваги набувають завдання інтеграції України до європейського медичного простору, виконання Копенгагенських критеріїв членства в ЄС, імплементації acquis communautaire та продовження реформи системи охорони здоров'я на засадах європейських підходів до публічного управління та організації медичних послуг.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю забезпечення доступності та якості медичних послуг, підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я, розвитку пацієнтоорієнтованих і сервісних моделей медичного обслуговування, а також упровадження цифрових управлінських технологій. Водночас сучасна система охорони здоров'я України, попри здійснювані реформи, зберігає низку структурних і інституційних анахронізмів, частково успадкованих від радянської моделі організації охорони здоров'я, що поєднуються з наслідками економічних криз, демографічних втрат і фінансових обмежень воєнного часу. Це негативно впливає на доступність і якість медичних послуг, ефективність управлінських рішень та реалізацію конституційних гарантій права громадян на охорону здоров'я.

Ключовим чинником підвищення ефективності функціонування сфери медичного обслуговування є вдосконалення організаційно-правового забезпечення публічного управління, яке визначає узгодженість інституційних, нормативних, управлінських і сервісних інструментів реалізації державної політики у цій сфері. Наявні проблеми фрагментарності нормативно-правової

бази, недостатньої координації між суб'єктами управління, обмеженої цифрової інтеграції та слабкої орієнтації на потреби пацієнта зумовлюють потребу в науковому обґрунтуванні напрямів модернізації відповідного механізму.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває розроблення теоретико-методологічних засад і практичних рекомендацій щодо вдосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування України з урахуванням європейських стандартів, сучасних цифрових трансформацій, викликів воєнного стану та реформи охорони здоров'я. Зазначені обставини визначають наукову та практичну значущість дослідження, обумовлюють вибір теми дисертації та її спрямованість на розв'язання актуальних завдань розвитку публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Теоретико-методологічні засади публічного управління системою охорони здоров'я в Україні були предметом досліджень вітчизняних науковців у галузях державного управління, права, публічного управління та адміністрування, серед яких: досліджень таких вітчизняних науковців, як Н. Авраменко [1; 2], М. Білинська [8; 29], З. Гладун [22], В. Григорович [26], Д. Карамишев [55], А. Кланца [58], Ю. Котляревський [65], Н. Кризина [66], Л. Криничко [67], С. Крюков [68], А Лебедєв [72], З. Надюк [82; 83], В. Пашков [119], Я. Радиш [29; 150; 151], Н. Рингач [153], І. Рожкова [154], Д. Самофалов, Н. Солоненко [161], І. Солопова [162], Д. Тарасенко [168; 169], І. Хожило [180], В. Шевцов [187], Н. Ярош [190; 191] та ін.

Аспекти державної політики у галузі охорони здоров'я, формування, реалізації та вдосконалення механізмів публічного управління у цій галузі розглянуто у працях низки вітчизняних учених і практиків, зокрема: М. Банчук [4], А. Барзилович [5], В. Безпрозванна [6], Л. Буравльов [10], Н. Васюк [14], О. Виноградов [17], В. Гавриченко [20], О. Галацан [22], В. Григорович [26], М. Долгіх [35], В. Долот [36], К. Дубич [37-39], І. Зима [44], В. Карлаш [56], С. Козуліна [60], Ю. Котляревський [65], С. Крюков [68], П. Кузьмінський [70], Л. Ляховченко [73], І. Паращич [97], І. Рожкова [154], В. Рудий [155], О. Савкіна [156], О. Солдатенков [160], І. Фуртак [179], С. Чоудрі [186] та ін.

Наукові розробки зазначених дослідників охоплюють широке коло проблем, пов'язаних із організаційними, нормативно-правовими, інституційними та методологічними засадами функціонування системи охорони здоров'я, формуванням і реалізацією державної політики, а також удосконаленням механізмів публічного управління в цій сфері. Вони становлять вагоме теоретичне підґрунтя для подальшого розвитку організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що на сучасному етапі відбувається переосмислення ролі сфери медичного обслуговування в системі охорони здоров'я України, її інституційної структури та управлінських підходів у контексті євроінтеграційних процесів, цифрової трансформації та функціонування держави в умовах воєнного стану. Зростає потреба у формуванні системних, адаптивних і ефективних механізмів публічного управління, здатних забезпечити доступність, якість і ефективність медичних послуг, підвищити прозорість управлінських рішень і стійкість функціонування галузі.

Водночас встановлено, що в межах наукової галузі знань 281 «Публічне управління та адміністрування» комплексне дослідження організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування як цілісної інтегрованої системи правових, організаційних і управлінських інструментів фактично відсутнє. Недостатній рівень теоретичного опрацювання зазначеного механізму, його фрагментарність у нормативно-правовому та інституційному вимірах, наявні проблеми практичної реалізації управлінських рішень зумовили вибір теми дисертаційної роботи та визначили його мету й основні завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідних робіт Маріупольського державного університету (м. Київ) Міністерства освіти і науки України. При виконанні теми «Публічне управління для сталого розвитку та відновлення територій» (номер державної реєстрації 0125U001011, 2025-2028 рр.) у межах якої розроблено практичні рекомендації щодо теоретико-методологічного

обґрунтування та удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України.

Метою дослідження є обґрунтування теоретико-методологічних засад формування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України та визначення пріоритетних напрямів його вдосконалення. «

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

– проаналізувати стан наукової розробленості проблематики організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, узагальнити наукові підходи до її дослідження, виявити теоретичні прогалини та визначити орієнтири подальшого наукового аналізу;

– уточнити понятійно-категоріальний апарат дослідження у сфері публічного управління медичним обслуговуванням, розкрити зміст і співвідношення базових понять, сформулювати авторське визначення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення, визначити його структуру та обґрунтувати засади організації й функціонування цієї сфери.

– дослідити нормативно-правове регулювання публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України, охарактеризувати структуру нормативно-правового забезпечення, виявити ключові проблеми та обґрунтувати напрями систематизації правових актів з урахуванням сучасних викликів;

– здійснити аналіз глобальних викликів і тенденцій трансформації систем охорони здоров’я та узагальнити зарубіжний досвід публічного управління у сфері медичного обслуговування з метою визначення управлінських практик, релевантних для модернізації вітчизняного організаційно-правового механізму;

– визначити політичні фактори макросередовища функціонування сфери медичного обслуговування України на основі PESTL-аналізу та оцінити їх вплив на формування і реалізацію організаційно-правового механізму публічного управління;

– проаналізувати економічні та соціально-демографічні чинники публічного управління сферою медичного обслуговування населення України та

визначити їх вплив на ефективність організаційно-правового механізму, доступність і якість медичних послуг;

– оцінити стан доступності, якості та пацієнтоорієнтованості медичних послуг на регіональному рівні та на цій основі обґрунтувати напрями оптимізації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування;

– дослідити цифровізацію і технологізацію як стратегічний напрям модернізації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування та визначити напрями подальшої цифрової трансформації цієї сфери;

– обґрунтувати сервісну маршрутизацію пацієнтів як інструмент удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування та оцінити ефективність її впровадження на прикладі регіонального закладу охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – публічне управління у сфері медичного обслуговування населення.

Предмет дослідження – організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України.

Методи дослідження. Досягнення мети дослідження забезпечено застосуванням комплексу загальнонаукових і спеціальних методів наукового пізнання.

До загальнонаукових методів віднесено логіко-семантичний метод, а також методи сходження від абстрактного до конкретного і від конкретного до абстрактного, що використано для уточнення та систематизації понятійно-категорійного апарату, формулювання базових дефініцій, розкриття сутності й змісту організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування. Метод аналізу застосовано для з'ясування ступеня наукової розробленості проблеми, узагальнення вітчизняних і зарубіжних підходів до формування та реалізації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Структурно-функціональний і системний методи дали змогу комплексно дослідити сферу медичного обслуговування як цілісну систему, визначити її структуру, основні елементи, взаємозв'язки між суб'єктами публічного управління, їхні повноваження та функціональне призначення. Хронологічний і історичний методи використано для аналізу трансформації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, дослідження трансформацій та нормативно-правових змін у відповідній сфері.

Метод екстраполяції застосовано для оцінювання можливостей імплементації кращого зарубіжного досвіду у вітчизняну практику публічного управління сферою медичного обслуговування. Методи синтезу та моделювання використано під час розроблення пропозицій щодо вдосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у досліджуваній сфері, обґрунтування його структурних елементів і функціональних характеристик. Для визначення засад удосконалення зазначеного механізму застосовано також методи узагальнення, програмно-цільовий і моделювання, що дало змогу сформулювати пріоритетні напрями його розвитку.

Інформаційна база дослідження сформована з нормативно-правових, статистичних, наукових та аналітичних джерел. Її основу становлять Конституція України, закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України, інших центральних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, що регламентують функціонування системи охорони здоров'я та публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Статистичну й фактологічну базу дослідження складають офіційні дані Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України та інших уповноважених органів щодо стану й розвитку сфери медичного обслуговування. Науково-теоретичну основу дослідження становлять праці вітчизняних і зарубіжних учених, монографії, наукові статті, результати досліджень, аналітичні матеріали з проблем публічного управління, медичного права та організації охорони здоров'я.

Емпіричну базу дослідження сформовано на основі аналітичних матеріалів і практичних напрацювань комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради, зокрема звітних документів, внутрішніх аналітичних розробок і результатів управлінської діяльності, що дало змогу обґрунтувати прикладні рекомендації щодо вдосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування України.

Наукова новизна результатів. У дисертації отримано нові науково обґрунтовані результати, які в сукупності розв'язують актуальне наукове завдання щодо теоретико-методологічного обґрунтування та розроблення напрямів удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України.

Вперше:

обґрунтовано сервісну маршрутизацію пацієнтів як інструмент модернізації організаційно-правового механізму публічного управління, що інтегрує правові, організаційні та цифрові інструменти управління медичними процесами в сервісно-орієнтовану модель медичного обслуговування; розроблено підхід до її інституціоналізації в системі публічного управління через нормативне закріплення стандартів сервісної взаємодії, регламентацію відповідальності суб'єктів та інтеграцію маршрутів пацієнтів у систему управління якістю медичних послуг; доведено, що сервісна маршрутизація пацієнтів як управлінська технологія забезпечує реалізацію принципів пацієнтоорієнтованості, доступності, прозорості та підзвітності, оптимізує взаємодію між рівнями медичної допомоги, сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів і якості медичних послуг, а також формує підґрунтя для впровадження сервісно-орієнтованої моделі публічного управління у сфері медичного обслуговування;

запропоновано авторське визначення «організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування» як синергетичного поєднання правового регулювання й організаційного забезпечення реалізації

державної політики у сфері медичного обслуговування, що функціонує на засадах пацієнтоорієнтованості, доступності, ефективності, прозорості та підзвітності;

сформовано цілісну концептуальну модель організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування як інтегрованої системи правових, організаційних, інституційних, сервісних і цифрових інструментів, що функціонують у взаємопов'язаних правовому та організаційному вимірах; запропоновано структуру механізму (суб'єктний, нормативно-правовий, функціонально-організаційний, ресурсний, інформаційно-цифровий, результативний компоненти та зворотний зв'язок), орієнтовану на реалізацію державної політики в умовах реформ, євроінтеграції та воєнного стану.

Удосконалено:

методологічні підходи до дослідження макросередовища функціонування сфери медичного обслуговування, зокрема обґрунтовано застосування PESTL-аналізу як інструменту системної ідентифікації політичних, економічних, соціально-демографічних, технологічних і правових факторів впливу на формування та функціонування організаційно-правового механізму публічного управління; доведено визначальний вплив макросередовищних чинників (збройної агресії, фінансового забезпечення, міграції, депопуляції, цифровізації, регуляторних норм) на ефективність управління сферою медичного обслуговування та необхідність їх урахування при розробленні управлінських рішень і стратегій модернізації галузі;

понятійно-категоріальний апарат дослідження організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, зокрема уточнено зміст і співвідношення понять «медичне обслуговування», «медична послуга», «медична допомога», «організаційний механізм», «правовий механізм»;

принципи функціонування і розвитку сфери медичного обслуговування (пацієнтоорієнтованість, доступність, безпека, ефективність, партнерство, прозорість і підзвітність) як концептуальну основу вдосконалення публічного управління в умовах медичної реформи, цифрової трансформації та воєнного стану;

науково-методологічні підходи до цифровізації й технологізації публічного управління у сфері медичного обслуговування, зокрема щодо використання телемедицини, електронних медичних систем і цифрових платформ як управлінських інструментів підвищення доступності, якості й прозорості медичних послуг та міжінституційної взаємодії.

Набули подальшого розвитку:

наукові положення щодо правового забезпечення публічного управління у сфері медичного обслуговування через обґрунтування напрямів систематизації та кодифікації законодавства, усунення колізій і дублювань, гармонізації з європейськими нормами та адаптації до умов воєнного стану;

підходи до модернізації публічного управління сферою медичного обслуговування на регіональному й локальному рівнях через посилення інституційної спроможності суб'єктів управління, упровадження сервісно- та пацієнтоорієнтованих моделей організації медичних послуг, розвиток цифрових технологій і міжсекторальної взаємодії;

підходи до використання зарубіжного досвіду організації медичного обслуговування на засадах відсутності універсальної моделі та доцільності адаптивного поєднання елементів різних моделей (бюджетної, страхової, приватної, інноваційної, змішаної та громадської) із урахуванням національних особливостей (історичних, політичних, економічних і соціокультурних), забезпечення балансу державного і приватного фінансування, оптимізації децентралізації, застосування регульованих ринкових механізмів і розширення вибору пацієнта як складових модернізації публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Практичне значення одержаних результатів полягає у впровадженні сформульованих у дисертації теоретичних положень, висновків і науково-практичних рекомендацій у діяльність органів публічної влади, закладів охорони здоров'я, закладів вищої освіти та громадських організацій.

У діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування результати дослідження використано як інструмент удосконалення управління у сфері медичного обслуговування населення, для науково-методичного

забезпечення робочих і виробничих нарад, підвищення кваліфікації працівників органів публічної влади та розроблення професійних програм у сфері медичного обслуговування населення, зокрема:

– у Рівненській обласній раді – у діяльності постійної комісії використано модель сервісної маршрутизації пацієнтів, апробовану на базі Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю. Семенюка Рівненської обласної ради, як інструмент удосконалення управління у сфері медичного обслуговування населення (довідка від 14.05.2026 № 01/12-201);

– у Департаменті цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації – при проведенні робочих нарад, організації підвищення кваліфікації працівників органів публічної влади та розробленні відповідних професійних програм (довідка від 23.03.2026 № 60-К);

– в Управлінні охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації – під час проведення виробничих нарад і підвищення кваліфікації працівників органів публічної влади у сфері охорони здоров'я (довідка від 13.02.2025 № 4314/02/12-01-15).

У нормотворчій діяльності результати дослідження використано для підготовки проєктів нормативно-правових актів, розпорядчих і стратегічних документів, спрямованих на вдосконалення організаційно-правового забезпечення медичного обслуговування, гармонізацію його зі стандартами Європейського Союзу та адаптацію до умов воєнного стану, зокрема:

– у Департаменті цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації – при розробленні Стратегії розвитку Рівненської області до 2027 року, схваленої розпорядженням голови Рівненської обласної державної адміністрації від 28.02.2025 № 122 (довідка від 23.03.2026 № 60-К);

– у комунальному підприємстві «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради – під час підготовки та впровадження розпорядчих документів щодо контролю якості медичної допомоги, діяльності сервісного центру, удосконалення медичного обслуговування та розроблення

Стратегії розвитку закладу до 2026 року (акт про впровадження від 20.02.2026 № 245/2/01-15/26).

В освітньо-науковому процесі результати дослідження використано для методичного забезпечення та викладання дисциплін з публічного управління, менеджменту в охороні здоров'я і правового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, а також при підготовці навчально-методичних матеріалів, магістерських і дисертаційних досліджень, зокрема:

– на кафедрі публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету – при розробці навчально-методичного забезпечення з дисциплін «Основи сталого розвитку суспільства» та «Сталий розвиток і соціальна відповідальність в державній та муніципальній владі» освітньої програми «Публічне управління та адміністрування» першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти денної та заочної форми навчання (акт про впровадження від 31.08.2026 № 01-25/626.1);

– на кафедрі управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика – для методичного забезпечення та викладання дисциплін «Організація і управління охороною здоров'я» і «Правові питання управління закладами охорони здоров'я» (акт про впровадження від 06.01.2026);

– на кафедрі права та публічного управління Житомирського державного університету імені Івана Франка (довідка від 19.03.2026 № 363-01-09/2026).

У діяльності закладів охорони здоров'я результати дослідження використано для впровадження елементів сервісної маршрутизації пацієнтів як організаційно-правового інструменту публічного управління у сфері медичного обслуговування, зокрема у комунальному підприємстві «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради – при впровадженні структурно-функціональної моделі сервісної маршрутизації пацієнтів, інтегрованої в систему амбулаторно-поліклінічної допомоги та комунікації з пацієнтами (акт про впровадження від 20.02.2026 № 245/2/01-15/26).

У діяльності громадських організацій:

– «Асоціації працівників системи охорони здоров'я України «Медичні лідери» результати дослідження використано під час проведення робочих нарад, обговорення питань підвищення якості медичного обслуговування, інформування пацієнтів про можливості отримання медичних послуг та взаємодії із закладами охорони здоров'я щодо впровадження сучасних сервісних підходів (довідка від 16.02.2026 № 1);

– благодійної організації «Мережа 100 відсотків життя Рівне» результати дослідження використовуються саме під час обговорення питань доступності медичної допомоги на робочих зустрічах і нарадах, консультування клієнтів щодо порядку отримання медичних послуг, організації супроводу пацієнтів до закладів охорони здоров'я, а також інформування представників громадського сектору про сучасні підходи до підвищення якості медичного обслуговування (довідка від 02.03.2026 № 4).

Апробація результатів дисертації. Основні положення, результати та висновки дисертаційної роботи апробовано шляхом їх оприлюднення у наукових доповідях, публікаціях і професійних виданнях, а також обговорення на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема: «Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу» (м. Переяслав, 2023 р.); «Складові національної безпеки в умовах воєнного стану» (м. Київ, 2023 р.); «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні» (м. Полтава, 2024, 2025 рр.); «Публічне управління та адміністрування в Україні: євроінтеграційний поступ» (м. Івано-Франківськ, 2024 р.); «Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України» (м. Одеса, 2024 р.); «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 2024 р.); «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми і перспективи» (м. Полтава, 2024, 2025 рр.); «Освітньо-наукові інновації у сфері біології, збереження здоров'я людини та психосоціальної і фізичної реабілітації» (м. Рівне, 2024 р.); «Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та післякризового відновлення» (м. Київ, 2024 р.), «Сучасні аспекти модернізації

науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Нарва (Естонія), 2026), New York Global Science Conference 2026 (м. Нью-Йорк (США), 2026).

Публікації. Наукові результати дисертації опубліковано в 11 наукових працях, зокрема: 4 статтях у наукових фахових виданнях України з державного управління, 3 статтях у зарубіжних наукових періодичних виданнях; 2 тезах матеріалів науково-практичних конференцій; 2 виданнях, віднесених до категорії інших видань. Основні теоретичні положення та практичні результати дисертаційної роботи відображено у 21 науковій публікації, з яких 7 статей опубліковано у наукових фахових виданнях України, у тому числі 1 стаття – у виданні, що індексується в міжнародній наукометричній базі Scopus, 14 – у матеріалах міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференцій.

У наукових фахових виданнях України опубліковано 6 одноосібних статей, у яких висвітлено теоретико-методологічні засади формування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, проаналізовано зарубіжний досвід, правове регулювання, соціально-демографічні, економічні та політичні детермінанти розвитку галузі в умовах воєнного стану та євроінтеграційних процесів. У співавторстві опубліковано 1 статтю у фаховому виданні, що індексується в міжнародній наукометричній базі Scopus, присвячену обґрунтуванню сервісних маршрутів пацієнтів як організаційно-правового механізму публічного управління (на прикладі регіонального закладу охорони здоров’я). Особистий внесок автора полягає у розробленні наукової концепції, методології та дизайну дослідження, здійсненні збору й аналізу емпіричних даних, формулюванні висновків і підготовці тексту статті.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг дисертації становить 260 сторінок, обсяг основного тексту – 181 сторінка. Список використаних джерел включає 257 найменувань, із них 66 – англійською мовою. Робота містить 6 рисунків, 1 таблицю та 16 додатків.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

1.1. Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування як об'єкт наукового аналізу

Забезпечення збереження та відновлення здоров'я населення шляхом надання медичної допомоги є однією з ключових проблем, що супроводжують людство впродовж усієї його багатовікової історії. Історіографічні дослідження підтверджують, що здоров'я вважалося найвищою цінністю ще з давніх часів, а організація медичного обслуговування традиційно посідала важливе місце на різних етапах суспільного розвитку. Історичні свідчення про значущість здоров'я як суспільного блага підтверджуються в працях Гіппократа, Авіценни, а також у середньовічних та просвітницьких джерелах.

Система охорони здоров'я, в межах якої здійснюється медичне обслуговування, являє собою складну соціально-економічну парадигму, що формується під впливом широкого спектра суспільних чинників і детермінант. Її трансформація та ефективність функціонування мають безпосередній вплив на якість життя населення та соціально-економічний розвиток держави.

У соціальній, правовій та демократичній державі, якою є Україна, медичне обслуговування відіграє ключову роль у забезпеченні здоров'я людини як однієї з найвищих суспільних цінностей, є індикатором ефективності державної політики охорони здоров'я, визначальним чинником економічного зростання, «лакмусовим папірцем» рівня соціального розвитку та невід'ємною складовою системи національної безпеки. У цьому контексті медичні реформи, що здійснюються в багатьох країнах світу, спрямовані на підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я, розширення доступу до якісних медичних послуг (допомоги), їх відповідності сучасним потребам населення.

Протягом багатьох років державної незалежності України медичне

обслуговування, як складова охорони здоров'я, залишалося однією з найменш реформованих сфер суспільного життя. У період перебування України в складі колишнього Союзу Радянських Соціалістичних Республік (далі – СРСР) сфера медичного обслуговування успадкувала низку анахронізмів – системних елементів, притаманних радянській моделі охорони здоров'я, відомій як модель Семашка[1] [140]. Зокрема, мова ведеться про застарілий організаційно-правовий механізм державного управління в цій сфері та її фінансове забезпечення. Відомо, що модель Семашко була основана на надмірно централізованому, адміністративно-командному державному управлінні, монополізації державою мережі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які були її власністю. ЗОЗ, які були зорієнтовані на безоплатну медицину, не на якості медичного обслуговування, а на досягненні кількісних показників (ліжко-місць, відвідування, тощо), фінансувалися виключно з державного бюджету, а статті доходів і витрат планувалися на базі жорсткого кошторису, застарілих нормативів і затверджувалися органами державної влади – власниками цих закладів.

Відповідно до ст. 6 Конституції СРСР, Комуністична партія Радянського Союзу, яка визнавалася керівною та спрямовуючою силою радянського суспільства, ядром його політичної системи, визначала основні напрями внутрішньої та зовнішньої політики держави, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Де-факто, суспільно-правове життя в СРСР, включаючи формування законодавчих основ та державної політики у сфері медичного обслуговування, визначалося та реалізовувалося державними органами, діяльність яких повністю підпорядковувалася політичному курсу Компартії СРСР. Усі ключові управлінські рішення в галузі охорони здоров'я приймалися в межах централізованої партійно-державної системи, яка через її керівні органи забезпечувала неухильне впровадження ідеологічних настанов партії.

[1] **Система охорони здоров'я Семашко** (*названо в честь М.О. Семашко – першого народного комісара охорони здоров'я Російської Федерації*) – модель національної системи охорони здоров'я, в межах якої медичне обслуговування населення забезпечується державою через ієрархічну, адміністративно-командну систему державних установ та фінансується з державного бюджету. Системою передбачається надання всім громадянам країни безкоштовних медичних послуг на загальних і рівних засадах.

Слід зазначити, що в період з 1991 р. до початку медичної реформи 2017 р. в Україні організаційно-правовому механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування були притаманні характеристики радянської моделі охорони здоров'я. Сфера залишалася централізованою, орієнтованою на державне управління й бюджетне фінансування без механізмів ефективної конкуренції та автономії медичних закладів. Попри окремі спроби модернізації нормативно-правової бази, рівень результативності публічного управління у сфері медичного обслуговування залишався низьким, що проявлялося у критичній обмеженості доступу населення до якісних, ефективних та безпечних медичних послуг.

Практика переконливо свідчить, що одним із чинників недостатньої ефективності функціонування сфери медичного обслуговування є недоліки існуючих механізмів публічного управління цією сферою. Зокрема, організаційно-правове забезпечення характеризується невідповідністю сучасним вимогам, неузгодженістю та недостатньою інтегрованістю положень нормативно-правових актів, а також їх фрагментарністю та відсутністю системної структури. Таке забезпечення містить правові колізії та інші недоліки, що потребують невідкладного правового врегулювання. У цьому контексті актуалізується необхідність наукового дослідження аспектів організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування та формування на основі отриманих результатів відповідної науково-методологічної бази.

Практична потреба в осучасненні організаційно-правового механізму публічного управління медичним обслуговуванням детермінована низкою чинників, які можна поділити на ендогенні (внутрішні) та екзогенні (зовнішні).

Ендогенні чинники включають: конституційно закріплене право громадян України на охорону здоров'я та медичну допомогу; низькі рівні якості, доступності та ефективності медичних послуг, що надаються населенню.

Екзогенні чинники охоплюють: державну євроінтеграційну політику; збройну агресію, розпочату Російською Федерацією проти України 24 лютого 2022 р. (далі – збройна агресія); вимушену зовнішню міграцію населення України.

Осучаснення теоретико-методологічних засад формування досліджуваного механізму можна обґрунтувати передусім крізь призму внутрішнього, правового чиннику розвитку українського суспільства, а саме: право людини на охорону здоров'я та медичну допомогу, яке закріплено та гарантовано ст. 49 Основного Закону України [61]; визнання здоров'я людини однією з найвищих соціальних цінностей в країні (ст. 3 цього Закону). У цій статті держава взяла на себе зобов'язання щодо створення умов для ефективного, доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а також безоплатного надання медичної допомоги в державних і комунальних ЗОЗ.

Теперішній формат суспільних відносин у сфері медичного обслуговування різко дисонує з конституційно гарантованим в Україні правом людини на безоплатну, доступну медичну допомогу в мережі закладів охорони здоров'я, підриває підвалини парадигми здоров'я людини як найвищої соціальної цінності, призводить до погіршення показників стану здоров'я, тривалості життя українців.

Організаційне та нормативно-правове забезпечення, що регламентує публічне управління у сфері медичного обслуговування залишається дотепер недостатньо сформованим, незважаючи на прийняті в контексті медичної реформи Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [121], Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [135], підзаконні правові акти (*Рис. 1.3*). У Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [140] та в Плані заходів з її реалізації [131] вказано на необхідності в осучасненні правової бази, запровадженні нових механізмів у цій сфері. Це актуалізує необхідність в осучасненні організаційного та правового механізмів публічного управління у сфері медичного обслуговування, яка постає як беззаперечний та невідкладний імператив розвитку українського суспільства.

Останні результати соціологічних опитувань, проведені вітчизняними та міжнародними організаціями, переконливо свідчать, що рівні якості, доступності та ефективності медичних послуг, які отримують громадяни в Україні, є критично низькими. Це підкреслює необхідність в осучасненні організаційно-правового

забезпечення публічного управління у сфері медичного обслуговування. В багатьох випадках медичні послуги надаються переважно у вітчизняній мережі застарілих ЗОЗ, без їх гарантії, зі зневажним ставленням до людської гідності, прав пацієнта та за високу плату з його власної кишені.

Важливим екзогенним чинником, що актуалізує модернізацію досліджуваного механізму є державна євроінтеграційна політика, інтенсифікація її темпів і досягнутий прогрес у цьому напрямі. З отриманням 23 червня 2022 р. Україною статусу країни-кандидата на вступ до Євросоюзу, початком 14 грудня 2023 р. переговорів про членство в Європейських спільнотах офіційно відкрито процес набуття нашою країною повноправного членства в ЄС. 25 червня 2024 р. розпочато переговори про вступ України та реальні трансформації до повноправного членства в ЄС. Україна згідно з Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Євросоюзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [173] (далі – Угода) взяла на себе зобов'язання щодо адаптації національного законодавства до законодавства ЄС. У цьому контексті актуалізуються питання адаптації національного законодавства у сфері медичного обслуговування, до відповідного законодавства ЄС. На теперішньому етапі завершити реформи, започатковані у вітчизняній сфері громадського здоров'я, наблизити рівень життя, добробуту та правового захисту українців до відповідних вимог, норм та стандартів ЄС [174].

Вітчизняна сфера медичного обслуговування потребує осучаснення організаційно-правового механізму публічного управління, який має:

нормативно регламентувати формат публічно-управлінського впливу на інституції сфери медичного обслуговування, організацію суспільних інститутів (державних органів, недержавних організацій і приватних підприємств), їхні взаємозв'язки та взаємовідносини;

бути науково обґрунтованим, сформованим, застосовуватися на сучасних теоретико-методологічних засадах та закріпленим офіційно правовим актом.

Збройна агресія – зовнішній фактор, що призводить до значних потрясінь і змін у сфері медичного обслуговування, зумовлених появою безпрецедентних з

часів Другої світової війни, позабутих у суспільстві явищ: втрат серед цивільного населення (через загибель, травмування); вимушеної міграції населення; руйнування та знищення закладів охорони здоров'я.

За оцінками аналітиків Всесвітнього економічного форуму (далі – ВЕФ), викладеними в Доповіді про глобальні ризики 2024 року [247, с. 110], збройна агресія і вимушена міграція будуть основними загрозами подальшого суспільного розвитку України, які протягом найближчих років можуть періодично загострюватися або заморожуватися. Більш того, зростаюча геополітична напруженість у поєднанні з сучасними високотехнологічними досягненнями можуть призвести до глобалізації воєнних ризиків – поширення збройних конфліктів на інші держави світу, більш смертоносних, тривалих воєн і масштабних гуманітарних катастроф.

Узагальнюючи результати проведеного аналізу, доцільно сформулювати такі висновкові положення:

по-перше, медичне обслуговування є історично сформованим соціальним інститутом, що визначає стан здоров'я населення, впливає на соціально-економічний розвиток держави та виступає індикатором ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я; в Україні право на охорону здоров'я та медичну допомогу має конституційні гарантії, а забезпечення доступності, якості, безпеки й ефективності медичних послуг належить до пріоритетів публічної політики, що реалізується через відповідні організаційно-правові механізми;

по-друге, функціонування сфери медичного обслуговування відбувається в умовах поєднання євроінтеграційних трансформацій і викликів, пов'язаних із збройною агресією та воєнним станом; це зумовлює зростання навантаження на сферу медичного обслуговування, обмеженість ресурсів, інфраструктурні втрати та підвищений попит на медичні й реабілітаційні послуги, що потребує оперативного реагування та системних управлінських трансформацій;

по-третє, стримуючим чинником забезпечення належного рівня медичного обслуговування є недосконалість механізмів публічного управління, зокрема їх

фрагментарність, несистемність, недостатня узгодженість правових і організаційних складових та невідповідність сучасним вимогам розвитку галузі.

У зв'язку з цим актуалізується потреба в оновленні теоретико-методологічних засад формування та реалізації механізмів публічного управління у сфері медичного обслуговування з урахуванням євроінтеграційних орієнтирів, умов воєнного стану, медичної реформи, кращих національних практик і міжнародного досвіду. Обґрунтування та розроблення організаційно-правового механізму публічного управління у цій сфері як цілісної системи управлінських інструментів визначає наукову доцільність і практичну значущість дослідження, результати якого спрямовані на підвищення доступності, якості й ефективності медичного обслуговування населення України.

Визначимо стан наукової розробленості аспектів організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування шляхом здійснення аналізу джерельної бази наукової розвідки. На підставі отриманих результатів аналізу виявимо наявні прогалини, недоліки, окреслимо проблемні поля предмету дослідження дисертації та визначимо напрями, що потребують проведення наукового дослідження. Насамперед проаналізуємо наукові праці вітчизняних учених, дослідників, які мають важливе значення, цінність для дисертаційної розвідки, визначимо їх доробки та здобутки, сегментуємо та згрупуємо їх за критерієм науково-галузевої спрямованості. Отримані результати аналізу наукової літератури синтезуємо та узагальнимо.

Теоретико-методологічну базу дослідження дисертації складають наукові роботи з державного управління, в яких розкриваються різні аспекти управлінської діяльності держави в сфері охорони здоров'я, формування та здійснення відповідної державної політики, таких вітчизняних науковців, як Н.В. Авраменко [1; 2], М.В. Банчук [4], М.М. Білинська [8; 29], З.С. Гладун [22], В.Р. Григорович [26], А.І. Кланца [58], Л.Р. Криничко [67], С.А. Крюков [68], О.А. Лебедєв [72], З.О. Надюк [83], Я.Ф. Радиш [29; 150; 151], Н.О. Рингач [153], Н.Д. Солоненко [161], В.Г. Шевцов [187] та ін.

Н.В. Авраменко у докторській дисертації та монографії [1; 2] визнала стан розвитку державного управління системою охорони здоров'я в регіонах України незадовільним. Підкреслюється, що покращення стану здоров'я населення слід віднести до стратегічних напрямів реформування охорони здоров'я, які мають бути закріплені у Концепції розвитку охорони здоров'я України та відповідних програмах уряду. У роботі запропоновано комплексний підхід до вдосконалення організаційно-правового забезпечення системи охорони здоров'я, який передбачає оновлення нормативно-правової бази з метою посилення гарантій реалізації права громадян на охорону здоров'я та підвищення відповідальності суб'єктів публічного управління за його забезпечення. Серед пріоритетних напрямів визначено запровадження системи державних гарантій медичного забезпечення з урахуванням реальних потреб населення й регіональної специфіки, створення сприятливих організаційних та економічних умов для розширення доступності медичних послуг, а також модернізацію мережі закладів охорони здоров'я через їх структурне оновлення, технічне переоснащення, диверсифікацію організаційно-правових форм діяльності та підвищення ефективності управління.

Авторкою обґрунтовано, що одним із ключових пріоритетів реформування системи охорони здоров'я має стати вдосконалення механізмів управління якістю медичних послуг, яке повинно здійснюватися на засадах системності, послідовності та безперервності. У рамках розробленої моделі організаційно-економічного механізму державного управління акцентовано увагу на необхідності посилення регуляторної ролі держави у гарантуванні громадянам права на безоплатну медичну допомогу, а також запропоновано комплексний підхід до реалізації заходів, спрямованих на збереження та зміцнення громадського здоров'я.

Аспекти державного управління в галузі охорони здоров'я досліджувалися також у дисертаційних роботах інших вітчизняних науковців. Так, М.В. Банчук [4] здійснив ґрунтовний аналіз державного управління інституційними змінами у вітчизняній системі охорони здоров'я. М.М. Білинською [8] досліджено державне управління в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні через

галузеву стандартизацію, яка розглядається як важливий державно-управлінський механізм. На нашу думку, стандартизацію можна також розглядати як складову організаційно-правового механізму публічного управління. Авторка здійснила аналіз управління якістю, яке виступає механізмом державного управління в сфері медичної освіти. З.С. Гладун [25] у монографії дослідив адміністративно-правові проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні.

У дисертаційній роботі В.Р. Григоровича [26] обґрунтовано державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у вітчизняній системі охорони здоров'я, що може бути розглянуте як один із механізмів публічного управління формуванням, ухваленням і контролем за реалізацією управлінських рішень у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування населення. Автор акцентує, що, незважаючи на наявність в Україні розгалуженої інфраструктури закладів охорони здоров'я (у розрахунку на одну особу), вітчизняні показники захворюваності, інвалідності та смертності суттєво поступаються відповідним даним країн ЄС. Погоджуємося з висновком дослідника, що визначальним чинником цього феномена є превалювання у країнах ЄС профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я, тоді як в Україні домінує акцент робиться на лікуванні вже наявних патологій. Така диспропорція зумовлює недооцінку превентивних заходів, що актуалізує необхідність надання профілактиці статусу одного з ключових пріоритетів державної політики у сфері медичного обслуговування в Україні.

В.Р. Григорович обґрунтовано пов'язує успіх медичної реформи в Україні з необхідністю вирішення двоєдиного завдання: забезпечення належного фінансування галузі, з одного боку, та впровадження ефективної ринкової моделі надання медичних послуг і створення умов для конкуренції – з іншого. Такий концептуальний підхід до модернізації публічного управління у сфері медичного обслуговування зберігає свою актуальність і сьогодні. Науковець підкреслює, що ключові проблеми публічного управління у вітчизняній системі охорони здоров'я полягають у її невідповідності сучасним викликам суспільного розвитку та складнощах реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я.

Причиною цього він вважає недостатню регламентованість нормативно-правової бази відносин надання медичної допомоги, що зумовлює низьку ефективність управлінських рішень та обмежує можливості для сталого розвитку галузі.

У дисертаційній роботі А.І. Кланца [58] теоретично обґрунтовано методологічні засади розроблення та реалізації сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я, яка розглядається як складова національної безпеки держави. Вагомий внесок у дослідження проблематики державного управління здійснив С.А. Крюков, який у своїй роботі [68] зосередив увагу на аспектах організації медико-соціальної допомоги безнадійно хворим, що є важливою складовою системи охорони здоров'я. У монографії Л.Р. Криничко [67] обґрунтовано теоретико-методологічні підходи та запропоновано науково-практичні рекомендації щодо розроблення й застосування механізмів державного управління охороною здоров'я. Зазначені положення становлять наукову цінність і доцільні для врахування в межах даної дисертаційної роботи.

У дисертаційній роботі О.А. Лебедєва [72] досліджено теоретичні засади формування та реалізації державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. Особливу увагу привертає запропонована автором класифікація недоліків вітчизняної системи охорони здоров'я, серед яких: розпорошеність ресурсів і деформованість структури медичних послуг, що в умовах тривалих фінансово-економічних криз загострює проблеми медичного обслуговування; використання застарілих підходів до утримання закладів охорони здоров'я та розподілу фінансових і матеріальних ресурсів без урахування обсягів та якості медичних послуг, що зумовлює їх нераціональне й недостатньо ефективне застосування; низький рівень якості надання медичної допомоги та недостатня державна стандартизація, що негативно позначається на результатах лікування пацієнтів; невідповідність системи підготовки медичних і управлінських кадрів у галузі охорони здоров'я актуальним потребам держави. Значний інтерес становить визначений О.А. Лебедєвим науковий підхід до розроблення організаційного механізму державного управління охороною здоров'я. Його ключовими інструментами автор вважає державний контроль і моніторинг якості медичної

допомоги, нагляд за діяльністю закладів охорони здоров'я та оцінку рівня задоволеності населення медичним обслуговуванням [72, с. 14-15].

У дисертаційній роботі З.О. Надюк [83] зроблено висновок, що державне управління якістю медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я не відповідає ні потребам українського демократичного суспільства в частині реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я, ні сучасному рівню розвитку світової медицини. Автор обґрунтовує, що нормативно-правова база медичної допомоги в Україні потребує вдосконалення, зокрема шляхом її гармонізації з міжнародними нормативно-правовими актами у цій сфері.

Одним із перших комплексних досліджень проблематики державного управління охороною здоров'я у вітчизняній науці стала докторська дисертація Я.Ф. Радиша [150]. У ній системно проаналізовано етапи становлення та основні тенденції розвитку державного управління у сфері охорони здоров'я, розкрито зміст базових категорій, зокрема «державна система охорони здоров'я» та «державно-управлінські відносини у сфері охорони здоров'я», уточнено дефініції державної політики у галузі охорони здоров'я й єдиного медичного простору. Крім того, автором обґрунтовано організаційно-правові та економічні засади формування єдиного медичного простору й запропоновано науково аргументовану періодизацію розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні.

Значний внесок у розвиток теорії державного управління охороною здоров'я належить Н.О. Рингач [153], яка розглядає цю сферу крізь призму забезпечення національної безпеки. У дослідженні обґрунтовано взаємозв'язок між рівнем громадського здоров'я та безпековим, соціально-економічним і демографічним розвитком держави. Авторка акцентує увагу на тому, що несприятливі демографічні показники України, зокрема низька очікувана тривалість життя та високий рівень смертності, зумовлюють вагомі економічні втрати, які оцінюються приблизно у 4 млн людино-років потенційного життя та 48–89 млрд грн недоотриманого національного продукту щороку. Додатковим фінансовим навантаженням є соціальні виплати, пов'язані з тимчасовою втратою

працездатності, виробничим травматизмом і професійною захворюваністю, річний обсяг яких перевищує 5 млрд грн.

У дисертаційній роботі Н.Д. Солоненко [161] досліджено державне управління у сфері охорони здоров'я України в умовах постіндустріальної ринкової економіки та обмежених ресурсів. Авторкою встановлено зворотний кореляційний зв'язок між суспільним попитом на медичні послуги та можливостями їх державного фінансування в перехідний період до ринкової економіки. Обґрунтовано необхідність застосування державно-управлінських механізмів, зокрема організаційного, інституційного та інших, спрямованих на підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

У дисертаційній роботі В.Г. Шевцова [187] розроблено комплексний механізм державного управління розвитком системи охорони здоров'я України, що включає організаційні, фінансові, регулятивні та контрольні заходи. Його реалізація спрямована на підвищення задоволеності громадян медичною допомогою, зменшення їхньої вразливості до фінансових ризиків та поліпшення стану здоров'я населення. При цьому розвиток медичної допомоги автор пов'язує із забезпеченням загальнодоступності медичного обслуговування.

Різні аспекти державного регулювання у сфері охорони здоров'я в контексті державно-управлінської науки досліджувалися в дисертаційних роботах таких вітчизняних науковців, як А.Д. Барзилович [5], Д.В. Карамишев [55], В.В. Карлаш [56], Л.А. Ляховченко [73], Н.Б. Мєзєнцева [77], З.О. Надюк [82], В.М. Рудий [155], С. Чоудрі [186], Н.П. Ярош [190] та ін.

Різні аспекти механізмів державного управління у галузі охорони здоров'я, зокрема теоретико-методологічні засади їх формування та практичної реалізації, напрями реформування та вдосконалення, залишаються у центрі уваги вітчизняних науковців і практиків. У галузі науки державного управління з цієї проблематики накопичено значний обсяг теоретичних напрацювань і практичних рекомендацій, що знайшли відображення у низці наукових робіт, зокрема: В.М. Безпрозванної [6], Л.О. Буравльова [10], Н.О. Васюк [14], О.В. Виноградова [17], О.В. Галацан [22], К.В. Данилюк [27], М.В. Долгіх [35], В.Д. Долот [36],

І.Я. Зими [44], С.О. Козуліної [60], Ю.О. Котляревського [65], Н.П. Кризини [66], П.Й. Кузьмінського [70], Л.А. Ляховченко [73], З.О. Надюк [84], І.М. Паращич [97], І.В. Рожкової [154], О.В. Савкіної [156], І.І. Фуртак [179], І.І. Хожило [180] та ін.

Аналіз наукових робіт зазначених авторів дає підстави зробити висновок, що організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування досліджено фрагментарно – у розрізі окремих аспектів різних галузей вітчизняної науки він розглядається частково, побіжно або дотично. Нині відсутнє цілісне наукове дослідження, у якому цей механізм проаналізовано комплексно, із врахуванням сучасних соціально-економічних і політичних реалій.

Дисертаційні роботи та наукові публікації, що формують теоретико-методологічну базу даного дослідження, за ступенем їх релевантності предмету дисертації та значущості для вирішення поставлених наукових завдань, можна класифікувати наступним чином: докторські – В.Д. Гавриченко [20], К.В. Дубич [37-39], І.Я. Зима [44], Н.П. Кризина [66], З.О. Надюк [82; 84], І.В. Рожкова [154], І.І. Хожило [180]; кандидатські – В.М. Безпрозванна [6], Л.О. Буравльов [10], Н.О. Васюк [14], О.В. Виноградов [17], О.В. Галацан [22], К.В. Данилюк [27], М.В. Долгіх [35], С.О. Козуліна [60], Ю.О. Котляревський [65], П.Й. Кузьмінський [70], І.М. Паращич [97], О.В. Савкіна [156], І.І. Фуртак [179], С. Чоудрі [186].

Практичну значимість для даного дослідження мають наукові результати К.В. Дубич, зокрема: запропонований підхід до систематизації, характеристику та осмислення сутності сучасних механізмів державного управління системою надання соціальних послуг [37-39]; змодельований інтегральний механізм державного управління досліджуваною системою, який включає нормативно-правовий, організаційний, фінансовий, кадровий, інформаційний, освітній та науково-прикладний під механізми [38, с. 72-74].

К.В. Дубич виокремлює: нормативно-правовий механізм, який розглядається як інструмент правового врегулювання взаємовідносин, що виникають під час реалізації конституційно гарантованих прав громадян, зокрема права на отримання послуг; організаційний механізм, який автор розуміє як сукупність здійснюваних публічними інститутами організаційно-управлінських

впливів, спрямованих на розвиток та підвищення ефективності функціонування системи надання послуг. Цей механізм забезпечує практичну реалізацію соціальної функції держави в частині щодо надання державних послуг через інтеграцію та дезінтеграцію суб'єктів (публічних інститутів, організаційних структур), визначення цілей та управлінський вплив на взаємозв'язки між ними задля підвищення ефективності та результативності їх діяльності [38, с. 82, 227].

Наголошується, що організаційний механізм тісно пов'язаний із правовими нормами, які визначають спроможність суб'єктів управління та регламентують організаційну структуру об'єкта управління. Відповідно, правовий механізм зорієнтований на забезпечення правового врегулювання взаємовідносин, що виникають у процесі взаємодії суб'єктів та об'єктів управління [38, 82-84].

Цей механізм регламентує реалізацію права громадян на отримання гарантованих державою послуг, зокрема соціальних, медичних та освітніх, які мають бути юридично визначеними та закріпленими відповідними нормативно-правовими актами. Слід відзначити, що в сучасній юридичній науці відсутнє загальноприйняте визначення поняття «правовий механізм» як теоретичної категорії. Наразі поширеним є термін «механізм правового регулювання», який розглядають як юридичний інструмент, уподібнюваний до «юридичного містка», і який визначається як управлінський процес, спрямований на досягнення визначеної мети та інтеграцію інтересів суб'єктів із практикою їх реалізації через системне впорядкування суспільних відносин [48, с. 423].

З огляду на викладене, можна констатувати, що організаційний і правовий механізми публічного управління мають спільну спрямованість на об'єкти управлінського впливу. В межах даного дослідження доцільно об'єднати ці механізми в організаційно-правовий механізм публічного управління, крізь призму якого здійснити аналіз та оцінку сфери медичного обслуговування населення.

У дисертаційній роботі К.В. Данилюк [27] розкрито теоретичні та прикладні засади формування організаційного механізму державного управління паліативною та хоспісною допомогою. Авторка розглядає його як комплекс взаємоузгоджених заходів, що реалізуються державними й недержавними

суб'єктами з метою забезпечення ефективного функціонування та розвитку системи паліативної допомоги. При цьому організаційний механізм трактується як інституційно й нормативно визначений спосіб взаємодії суб'єктів та об'єктів державного управління, закріплений у відповідному правовому полі. Запропоновані авторкою концептуальні положення щодо побудови й функціонування такого механізму є достатньо аргументованими та становлять науково-практичний інтерес для подальших досліджень у сфері публічного управління охороною здоров'я, зокрема в межах цієї дисертаційної роботи.

У дисертаційній роботі С.О. Козуліної [60] досліджено організаційно-правовий аспект механізмів державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я. Формулювання теми цієї дисертації видається повністю обґрунтованим і стало додатковим аргументом на користь вибору та обґрунтування теми нашого наукового дослідження. Авторка пропонує шляхи вдосконалення досліджуваного механізму, серед яких: підвищення ефективності контролю та оцінки якості медичної допомоги, забезпечення нагляду за дотриманням законності її надання; правове інформування та захист прав медичних працівників і пацієнтів; запобігання правопорушенням у медичній практиці; удосконалення нормативно-правового регулювання надання медичної допомоги. Для реалізації цих заходів необхідне доопрацювання відповідної нормативно-правової бази, забезпечення законності та мінімізація рівня правопорушень у сфері охорони здоров'я.

О.В. Галацан у дисертаційній роботі «Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я» [22] підкреслює, що діючі в Україні державно-управлінські механізми у сфері медичного обслуговування гальмують розвиток медичних закладів і не враховують специфіку організації цієї сфери в умовах конкуренції та становлення ринку медичних послуг. Погоджуємося з автором, що сьогодні вкрай актуальним є забезпечення громадян рівним доступом до медичного обслуговування, розроблення та впровадження уніфікованих підходів до функціонування, управління та фінансування медичних закладів різних форм власності, збалансування взаємовідносин між ними. Автор пропонує реформувати вітчизняну модель медичного обслуговування на принципах поєднання

централізації та децентралізації державного управління, а також впровадження елементів управління і фінансування західних моделей Беверіджа та Бісмарка. На нашу думку, ці питання потребують подальших наукових досліджень. Вдосконалення системи управління галуззю охорони здоров'я автор пропонує здійснювати шляхом створення єдиного простору медичного обслуговування населення (організаційний механізм), який включає: органи державної виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, громадські організації (керуючі підсистеми, об'єкти управління); медичні заклади різних форм власності та напрямів діяльності (керовані підсистеми, суб'єкти управління); управлінські механізми (ліцензування, акредитація, стандартизація, укладання договорів, державне замовлення, ціноутворення тощо).

О.В. Галацан відносить до системи медичного обслуговування не лише медичну допомогу, а й супутні послуги, зокрема додаткове харчування в стаціонарі, покращені умови перебування, комунікаційні та транспортні послуги, рекреаційні можливості тощо. Автор слушно зазначає, що рівень доступності цих послуг корелює з матеріальним забезпеченням споживачів медичних послуг та іншими соціально-економічними факторами. Зниження доступності медичного обслуговування безпосередньо впливає на погіршення стану здоров'я населення та негативно відображається на соціально-економічних, демографічних показниках.

М.В. Долгіх [35], дослідивши процес реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, доводить, що пріоритетом внутрішньої політики країни має бути ефективне публічне управління в цій галузі, зокрема ухвалення державних управлінських рішень щодо забезпечення населення доступною медичною допомогою. Автор акцентує, що існуючі механізми публічного управління у вітчизняній системі охорони здоров'я не відповідають сучасним соціально-економічним умовам і потребують комплексного організаційного вдосконалення. Удосконалення потребує також національна законодавча база системи охорони здоров'я, яка має бути реформована з урахуванням міжнародних стандартів медичного обслуговування. Отже, наведені

положення актуалізують вибір теми нашого наукового дослідження та обґрунтовують необхідність його проведення в межах дисертаційної роботи.

Ю.О. Котляревський [65] підкреслює, що реформування медичної галузі в Україні слід віднести до пріоритетів державної соціальної політики з метою забезпечення належного рівня охорони здоров'я населення, надання медичних послуг високої якості та створення умов для реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я. На думку автора, у системі охорони здоров'я необхідно здійснити комплекс організаційних, структурних, кадрових та економічних перетворень, спрямованих на підвищення доступності та якості медичних послуг, що сприятиме покращенню показників здоров'я населення.

У дисертаційних роботах перерахованих нижче авторів досліджено різні аспекти механізмів державного управління, а саме: В.М. Безпрозванна – механізми державного регулювання прав медичних працівників в Україні [6]; Л.О. Буравльов – механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України [10]; Н.О. Васюк – механізми державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні [14]; О.В. Виноградов – механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України [17]; В.Д. Гавриченко – публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України [20]; І.Я. Зима – механізми державного управління інституційною трансформацією системи охорони здоров'я [44]; Н.П. Кризина – державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації [66]; П.Й. Кузьмінський – механізми державного управління системою розвитку та реформування медсестринства в Україні [70]; Л.А. Ляховченко – державне регулювання фінансування закладів охорони здоров'я в Україні [73]; З.О. Надюк – механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні [84], І.М. Паращич – державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні [97]; І.В. Рожкова – розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні [154]; О.В. Савкіна – механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги

населенню України [156]; І.І. Фуртак – механізми державного управління у сфері охорони здоров`я в контексті європейської інтеграції України [179]; І.І. Хожило – механізми формування та реалізації державної політики України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу [180]; С. Чоудрі – механізми державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я в Україні [186].

Правові аспекти права на охорону здоров'я, надання медичної допомоги та медичного обслуговування досліджуються в низці робіт у вітчизняній юридичній науці. Так, І.Я. Сенютою в докторській дисертації [158] розкрито теоретико-прикладні аспекти цивільних правовідносин у сфері надання медичної допомоги в Україні. У монографії [157] авторка аналізує право людини на охорону здоров'я як один із основоположних інститутів медичного права, розглядаючи його як природно-правове та юридичне явище, досліджуючи законодавче забезпечення цього права в Україні. Проаналізовано історичну ґенезу, розвиток та інші аспекти медичного права як самостійної галузі юридичної науки. Визначено місце та роль права на охорону здоров'я у правовому статусі громадянина України, подано рекомендації щодо вдосконалення законодавчого забезпечення охорони здоров'я.

В.М. Пашков у докторській дисертації [119], дослідивши проблеми правового регулювання сфери охорони здоров'я, дійшов висновку про необхідність усунення існуючих в Україні стереотипів надання медичної допомоги та наголосив на важливості розроблення науково обґрунтованої, збалансованої концепції захисту права громадян на охорону здоров'я, яка має реально забезпечуватися у практичній діяльності. Автор оцінює сучасну державну політику регулювання вітчизняної системи охорони здоров'я як непослідовну та суперечливу. Погоджуємося з цією позицією, оскільки впроваджуваним реформам у системі охорони здоров'я України бракує системності, ефективної координації між державними та недержавними інституціями, суспільної підтримки та відчутного позитивного впливу на стан здоров'я населення.

О.В. Солдатенков у докторській дисертації [160] дослідив правове регулювання видатків на реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я в Україні та країнах Центральної Європи.

З.С. Гладун у докторській дисертації [24] проаналізував адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення в Україні крізь призму юридичної науки.

І.В. Солоповою досліджено проблеми правового регулювання надання медичного обслуговування та визначено місце цього інституту в системі права соціального забезпечення в Україні [162]. Проаналізовано категорії «медичне обслуговування», його правовідносини, «медична допомога» та її види, а також міжнародно-правове регулювання медичного обслуговування та зарубіжний досвід забезпечення населення медичними послугами. На основі проведеного аналізу визначено шляхи вдосконалення системи медичного обслуговування населення України. В.В. Курінним досліджено аспект нормативно-правового регулювання медичного обслуговування, зокрема правову охорону прав громадян на медичне обслуговування, причини виникнення проступків і правопорушень у цій сфері та заходи щодо їх запобігання [71].

О.І. Гичка досліджує медичне обслуговування сільського населення України крізь призму історичної вітчизняної науки в період 1945-1964 рр. [23]. У дисертації проаналізовано наслідки воєн та окупації для УРСР, зокрема масштаби збитків і шкоди, завданої системі медичних закладів та здоров'ю населення, а також заходи щодо їх подолання. Окрему увагу приділено функціонуванню та роботі закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги населенню.

Реалізацію конституційного права громадян на медичну допомогу досліджено в дисертації О.О. Прасова [120]. В.О. Галай досліджував реалізацію прав людини та громадянина в контексті захисту прав пацієнтів [21].

На основі аналізу наукової літератури та джерельної бази дослідження сформульовано такі узагальнення. По-перше. У вітчизняній науці публічного управління відсутнє цілісне комплексне дослідження організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення як системного управлінського феномена. Наявні праці розкривають окремі аспекти функціонування сфери охорони здоров'я, реалізації права на медичну допомогу, реформування медичної галузі, правового забезпечення медичних послуг, однак

вони мають міждисциплінарний і переважно фрагментарний характер. Протягом останніх трьох десятиліть спостерігається активізація наукових досліджень: відповідна проблематика розглядається у межах державного управління, права, медицини, економіки, політології, історії, філософії та суміжних галузей. Це формує значний теоретичний доробок, але не забезпечує системного розкриття механізму публічного управління в означеній сфері.

По-друге. Активізація наукових досліджень у сфері публічного управління охороною здоров'я протягом останніх десятиліть зумовлена реформуванням сфери медичного обслуговування, євроінтеграційним курсом України, цифровізацією публічних сервісів та необхідністю забезпечення стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнних і посткризових викликів. Зазначені процеси підвищують актуальність розроблення сучасних теоретико-методологічних підходів до формування та функціонування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування відповідно до норм, вимог, стандартів Європейського Союзу та міжнародних практик.

По-третє. Узагальнення результатів аналізу наукової літератури дало змогу визначити ключові наукові прогалини та проблемні питання дослідження: термінологічна невизначеність і неоднорідність трактування понять «медичне обслуговування населення», «медична допомога», «публічне управління у сфері медичного обслуговування»; відсутність у науці публічного управління системного визначення категорії «організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування» та належного теоретичного обґрунтування його структури й функцій; недостатній рівень дослідження організаційно-управлінських і правових аспектів сучасного функціонування сфери медичного обслуговування в Україні; потреба в комплексному аналізі трансформації сфери медичного обслуговування та моделей публічного управління нею; необхідність оцінювання реалізації організаційно-правового механізму публічного управління з урахуванням сучасного впливу політичних, економічних, соціально-демографічних, технологічних і нормативно-правових чинників; недостатня інтегрованість результатів аналізу зарубіжного досвіду у

формування сучасної моделі публічного управління медичним обслуговуванням в Україні; потреба у вивченні сучасних глобальних тенденцій розвитку охорони здоров'я та кращих зарубіжних організаційно-правових практик публічного управління медичним обслуговуванням; потреба у визначенні пріоритетних напрямів удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування через інституційні, нормативні, цифрові й управлінські трансформації.

Таким чином, проведений аналіз стану наукової розробленості проблеми визначив теоретичне підґрунтя, логіку та структуру дисертаційної роботи, окреслив його наукову нішу та підтвердив доцільність системного дослідження організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України.

1.2. Поняття, суть та організаційні засади медичного обслуговування

Перейдемо до термінологічного аналізу, якому в дослідженні надається особливого значення. Виходимо з того, що будь-яку наукову проблему неможливо чітко ідентифікувати, адекватно дослідити та ефективно розв'язати без попередньо розробленого і належним чином сформованого понятійного апарату. Глосарій дисертації має містити чіткі визначення та однозначні тлумачення базових понять, термінів і категорій. Такий підхід дозволяє виразно з'ясувати їх зміст, зрозуміти сутність і доречність застосування в дослідженні. Актуальність цього зумовлюється комплексністю та мультидисциплінарністю предмету дослідження, який, з одного боку, охоплює публічне управління та механізми впливу на суспільні відносини, а з іншого – медичне обслуговування, взаємовідносини та взаємодію між різними інститутами цієї сфери.

У роботі використовуються поняття «публічне управління», «механізми публічного управління», «медичне обслуговування», а також інші терміни і категорії, які є предметом дослідження не лише в державному управлінні, а й у правознавстві, медицині, економіці, соціальній роботі, історії та інших галузях науки. Понятійний апарат дисертації умовно доцільно поділити на два блоки

термінологічних конструктів: «медичне обслуговування» та пов'язані з ним терміни; «публічне управління», «організаційно-правовий механізм публічного управління» та споріднені поняття. Далі проаналізуємо існуючі у вітчизняній і зарубіжній енциклопедичній літературі дефініції цих термінів, підходи до їх наукового тлумачення та специфіку сучасного розуміння їх сутності.

Поняття «медичне обслуговування» витлумачуємо як діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням [94].

Вищеподане визначення терміна «медичне обслуговування» є, на наш погляд, недостатньо чітким і конкретним, а отже потребує вдосконалення на законодавчому рівні шляхом його уточнення. Дійсно, виходячи з тлумачення категорії як «діяльність …, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням», неможливо однозначно визначити зміст і сутність цього поняття, встановити його межі та обсяги. Внаслідок цього для тих, хто ознайомлюється з такою дефініцією, залишається невизначеним існування певних видів медичної допомоги, що навіть законодавцям видаються не зовсім відомими.

Із наведеного законодавчого визначення випливає, що медичне обслуговування нерозривно пов'язане з функціонуванням закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ). Під ними розуміють юридичних осіб незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, а також їхні відокремлені структурні підрозділи, які на підставі відповідної ліцензії та із залученням медичних працівників і фахівців з реабілітації здійснюють діяльність із надання медичного обслуговування населенню. Водночас мережа закладів охорони здоров'я являє собою сукупність таких закладів, що забезпечують задоволення потреб населення у медичному обслуговуванні в межах відповідної території [94].

На основі наведених визначень резюмуємо, що медичне обслуговування надається населенню в закладах охорони здоров'я, їх відділеннях, підрозділах та фізичними особами медичної допомоги та медичних послуг, визначених в Основах законодавства України про охорону здоров'я [94], а саме:

Узагальнюючи наведені законодавчі положення, зазначимо, що медичне обслуговування населення здійснюється ЗОЗ, їх структурними підрозділами, іншими суб'єктами, уповноваженими на надання медичної допомоги та медичних послуг, які відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я [94] визначено наступним чином:

медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації осіб у зв'язку із захворюваннями, травмами, отруєннями, патологічними станами, а також вагітністю та пологами;

медична послуга (послуга з медичного обслуговування населення) – послуга, що надається пацієнтові закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою – підприємцем, яка в установленому законодавством порядку отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та фінансується її замовником, яким можуть бути держава, органи місцевого самоврядування, юридичні чи фізичні особи, у тому числі сам пацієнт.

Отже, законодавці надають одне визначення для понять «медична послуга» та «послуга з медичного обслуговування», вважаючи їх рівнозначними. У межах даної дисертаційної роботи ці терміни будемо також розглядати як тотожні.

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови «медична допомога» визначається як сукупність лікувально-профілактичних заходів, що проводяться при захворюваннях, травмах, отруєннях, пологах особами, які мають медичну освіту [15, с. 655]. Трактування цього терміна, подане в словнику, співзвучне з визначенням у Законі [94], при цьому слово «медичний» асоціюється з медициною, діяльністю лікаря та безпосередньо зі словом «лікарський».

Порівняння визначень термінів «медична допомога» та «медична послуга», наведених у Законі [94], свідчить про їх відмінність за змістом і сутністю. Поняття «медична допомога» є ширшим, оскільки охоплює в собі категорію «медична послуга». Подібний підхід підтверджується й у наукових роботах. Зокрема, З.О. Надюк у своєму авторефераті дисертації обґрунтовує, що «медичне обслуговування» доцільно розглядати як цілісне поняття, структурними елементами якого виступають «медична допомога» та «медична послуга» [83, с. 7, 16]. У практичній площині це означає, що професійна діяльність медпрацівників ЗОЗ (медична практика, яка реалізується через діагностику, лікування та інші втручання) спрямована на надання пацієнтам медичних послуг, що становлять зміст медичного обслуговування. Фінансування таких послуг здійснюється за рахунок держави, органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб.

Слід наголосити, що серед вітчизняних і зарубіжних дослідників досі відсутня єдність у трактуванні понять «медична допомога» та «медична послуга», так само як і загальноприйняті їх визначення. У наукових виданнях і фахових дискусіях тривають активні дебати щодо інтерпретації цих термінів та встановлення співвідношення між ними. Зокрема, дослідники ВООЗ розглядають медичну допомогу крізь призму профілактики, лікування, менеджменту захворювань, підтримання фізичного та психічного здоров'я людини шляхом надання відповідних послуг медичними працівниками та іншими фахівцями у сфері охорони здоров'я [75, с. 259].

Таким чином, підхід ВООЗ до визначення поняття «медична допомога» зосереджено на управлінні перебігом хвороби та збереженні здоров'я людини, яке розуміється не лише як відсутність хвороб чи фізичних вад, але й як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Під «охороною здоров'я» доцільно розуміти систему взаємопов'язаних заходів, спрямованих на збереження, зміцнення та відновлення фізичного й психічного здоров'я людини, підтримання її працездатності, соціальної активності та забезпечення максимально можливої, з огляду на біологічні особливості організму, тривалості життя. Реалізація публічної політики у цій

сфері забезпечується широким колом суб'єктів публічного управління та учасників системи охорони здоров'я, до яких належать органи державної влади й органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я, фізичні особи – підприємці, які отримали ліцензію на провадження медичної практики, медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни [94].

Публічна політика у галузі охорони здоров'я виступає механізмом, що легітимізує діяльність зазначених вище суб'єктів, наділяючи їх необхідними повноваженнями для досягнення визначених цілей шляхом застосування організаційно-правових, економічних, адміністративних та інших методів впливу, а також використання наявних ресурсів. Публічна політика у сфері медичного обслуговування є складовою загальної політики в галузі охорони здоров'я, формування та реалізація якої покладені на центральний орган виконавчої влади – Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України).

Перейдемо до термінологічного аналізу понять, пов'язаних із публічним управлінням, які становлять основу дослідження дисертації. У Термінологічному словнику «Публічне управління» [148, с. 144] публічне управління трактується як діяльність органів державної влади, органів місцевого самоврядування, суб'єктів приватного сектору та інститутів громадянського суспільства, що здійснюється в межах визначених законодавством повноважень і спрямована на вироблення та реалізацію управлінських рішень, формування державної політики й забезпечення розвитку держави та її адміністративно-територіальних одиниць. Водночас зміст публічного управління полягає у досягненні суспільно значущих цілей шляхом консолідації зусиль усіх заінтересованих сторін, забезпечення верховенства права, утвердження демократичних цінностей, поваги до людської гідності, рівності, соціальної справедливості, безпеки та ефективності управлінської діяльності.

Вважається, що термін «публічне управління» був уперше введений у науковий обіг у 1972 р. у праці «Управління в уряді» (Management in Government), автором якої є британський урядовець Десмонд Кілінг (Desmond Keeling). У своєму дослідженні він визначав публічне управління як пошук оптимальних

шляхів використання наявних ресурсів для досягнення пріоритетних цілей державної політики з дотриманням принципів законності, забезпечення реалізації прав і свобод громадян та захисту інтересів підприємців.

У цій праці також були застосовані на той час інноваційні, а нині загальновідомі наукові конструкти: «публічні послуги» (public services), «належне управління» (good governance), інкрементalізм (incrementalism), оцінювання політики (policy evaluation), плюралізм, раціоналізм тощо. Специфічною рисою публічного управління є широке застосування органами публічної влади принципу публічності, що передбачає відкритість і прозорість їх діяльності, забезпечення права громадян на участь в управлінні державними справами, у вирішенні питань місцевого значення, а також здійснення громадського контролю за діяльністю органів державної влади [212, с. 15; 48, с. 605].

Мова йде про осучаснення формату державного управління, яке в повоєнний період було надмірно централізованим і обмеженим для громадського контролю. Модернізація публічної сфери була зумовлена необхідністю удосконалення правових процедур та організації структур державного управління з метою підвищення ефективності діяльності інституцій публічної влади, забезпечення результативного публічного управління у різних суспільних сферах, зокрема в галузі охорони здоров'я. Слід відзначити, що запропоновані Д. Кілінґом понад 50 років тому поняття та підходи до їх визначення не втратили своєї значущості; навпаки, вони стають дедалі актуальнішими, практично впроваджуються у розвинених країнах світу та слугують предметом зростаючої кількості наукових досліджень.

Складовою частиною поняття «публічне управління» є термін «публічна політика», який визначаємо як діяльність органів публічного врядування, спрямовану на вирішення суспільно значущих проблем, що включає їх визначення, розроблення, прийняття відповідних рішень та практичне впровадження.

Публічну політику реалізують уповноважені громадою органи публічного врядування (органи державної влади та органи місцевого самоврядування), які на підставі правових актів наділені владними повноваженнями, функціями та

легітимними механізмами виконання прийнятих рішень. Інститути громадських об'єднань та підприємництва можуть залучатися до розроблення важливих рішень, але не мають повноважень їх ухвалювати і не несуть відповідальності за їх виконання [51, с. 484-485]. Отже, поняття «публічне управління» є ширшим порівняно з «публічною політикою», оскільки остання виступає механізмом досягнення визначених цілей і завдань першого.

Під «механізмами публічного управління» будемо розуміти сукупність засобів, методів і важелів держави, спрямованих на формування, реалізацію та досягнення пріоритетних цілей у сфері публічного управління, що базуються на принципах наукового обґрунтування, об'єктивності, цілісності, узгодженості та чіткій скоординованості дій суб'єктів публічного управління, а також злагодженій і конструктивній взаємодії об'єктів публічного управління [148, с. 87]. Такий підхід до тлумачення цього терміну вважаємо адекватним для розуміння його сутності та прийнятним для використання в межах дисертаційної роботи.

Посилаючись на енциклопедичне видання [48, с. 422-423], визначимо поняття «організаційний механізм публічного управління» як сукупність визначених організуючо-управлінських впливів суб'єктів (органів публічної влади), спрямованих на трансформацію об'єкта управління. Оскільки сферу медичного обслуговування розглядаємо як об'єкт публічного управління, то основними цілями таких впливів виступають забезпечення ефективності, доступності та якості медичних послуг, що вимірюється відповідними показниками, результатами діяльності організацій, бажаним станом і поведінкою пацієнтів. Такий механізм має реалізовувати організаційну функцію публічного управління, за допомогою якої можна забезпечувати досягати входження, з'єднання або розпад підсистем (державних і недержавних інститутів, структур, підрозділів тощо), що формують організаційну систему – сферу медичного обслуговування.

Компонентами організаційного механізму публічного управління є: об'єкти та суб'єкти публічного управління, цілі, завдання, функції, методи управління, організаційні структури, а також результати їхньої діяльності [93].

У межах даної дисертаційної роботи організаційний механізм публічного управління розглядається у двох аспектах як: механізм функціонування – сукупність правил та порядків, що визначають процес взаємодії підсистем сфери медичного обслуговування; механізм управління – сукупність процедур ухвалення публічно-управлінських рішень у цій сфері.

Очікуваними результатами застосування цього механізму є створення організаційної системи, що забезпечує: внутрішню впорядкованість; узгоджені, дієві та ефективні взаємодії підсистем; сукупність процесів підсистем, що сприяють формуванню та вдосконаленню взаємозв'язків між ними, не порушуючи цілісності організаційної системи.

Організаційний механізм, що ґрунтується на процесах вироблення, прийняття та виконання публічно-управлінських рішень, має бути спрямований на організаційні зміни в організаційній системі [148, с. 109]. У нашому випадку йдеться про сферу медичного обслуговування, яка в сучасних умовах функціонує у мінливому макросередовищі, що постійно формує нові виклики та піддається впливу екзогенних і ендогенних чинників. Адекватне реагування на такі виклики та своєчасне ухвалення управлінських рішень щодо розвитку і належного функціонування цієї сфери спричиняє трансформаційні процеси та впровадження нововведень. Отже, організаційні зміни у сфері медичного обслуговування повинні бути комплексними, враховувати зовнішні та внутрішні чинники, інтегрувати різні напрями, виміри та процеси розвитку, протидіяти деструктивним і регресивним тенденціям, забезпечувати доступне, ефективне та якісне надання медичних послуг, раціональне використання наявних ресурсів та можливостей.

У цьому контексті погоджуємося з визначенням терміну «організаційний механізм державного управління в системі охорони здоров'я» В.Р. Григоровича, як сукупності впливів органів публічної влади на структуру, функції та взаємодію провайдерів медичних послуг, контроль за їх діяльністю, стимулювання ринкової конкуренції та забезпечення децентралізації управління [26, с. 13].

Одним із завдань дисертаційної роботи є визначення перспективних шляхів реформування механізмів публічного управління у сфері медичного

обслуговування на основі аналізу кращого зарубіжного досвіду та з урахуванням відповідних норм, вимог і стандартів ЄС. У цьому контексті доцільно розглянути сучасні концепції трансформації публічного сектору та термінологічні конструкти, які, на думку дослідників у галузі державного управління, є найбільш релевантними та прийнятними для застосування в сучасних умовах.

Передусім варто звернути увагу на концепцію «держави загального добробуту» (Welfare State, велферизм), що виникла як реакція на виклики світової економічної кризи 1920-1930-х рр. та Великої депресії у США (1929-1933 рр.) і була розроблена на засадах кейнсіанської теорії, викладеної англійським економістом Дж. Кейнсом у 1936 р. Теоретичним підґрунтям цієї концепції слугує також соціальна теорія добробуту. Після завершення Другої світової війни концепція «держави загального добробуту» трансформувалася у політичний лад, у межах якого держава відіграє ключову роль у соціальному захисті населення, а також у забезпеченні економічного й соціального благополуччя громадян через реалізацію соціально-економічної політики.

У сучасних умовах парадигма «держави загального добробуту» функціонує як система ринкового господарювання, заснована на таких принципах: відкритість та соціальний діалог – участь населення у процесі прийняття державних рішень, узгодження інтересів зацікавлених сторін, підзвітність і контроль за діяльністю органів публічної влади; економічна ефективність – запровадження дієвих публічних механізмів перерозподілу, регулювання доходів і видатків державного бюджету; рівність і соціальна справедливість – створення державою рівних можливостей для всіх членів суспільства, розвиток системи соціальних послуг, спрямованої на запобігання негативним соціальним явищам; демократизація суспільства – утвердження сучасної ліберально-демократичної моделі держави [50, с. 163; 48, с. 142].

Велферизм, який за своєю суттю близький до концепції «соціальної держави», являє собою ліберальну модель соціального захисту та надання соціальних послуг, що ґрунтується на широкому застосуванні механізмів ринкової конкуренції та бізнес-стилю управління в діяльності органів публічного

управління [37, с. 8]. У багатьох розвинутих країнах інтегральною складовою «держави загального добробуту» є так звана «держава охорони здоров'я» (health care state) – система охорони здоров'я, побудована на зазначених принципах. Механізми публічного управління в цих державах є комплексними й багатогранними та спрямовані на вирішення завдань, пов'язаних із наданням медичних послуг, виробництвом медичного обладнання та медикаментів, управлінням персоналом та ринком праці, підприємницькою діяльністю та господарюванням, захистом прав інтелектуальної власності, технологічним забезпеченням та іншими аспектами [199, 405-406].

У колах вітчизняних, зарубіжних науковців ведуться активні дискусії щодо концепції «держави загального добробуту». На нашу думку, в межах даної дисертаційної роботи доцільно розглядати цю концепцію у поєднанні з сучасними парадигмами реформування державного управління, зокрема: новим публічним менеджментом (New Public Management) [199, с. 612-616; 148, с. 104]; менеджеріалізмом (managerialism) [202]; концепцією «сервісно-орієнтованої» держави [60]. Вважаємо, що зазначені концепції доцільно розглядати не як дилему чи альтернативу публічному управлінню, а як сучасні напрями його вдосконалення. Вони ґрунтуються на інтеграції у систему публічного управління прийнятних елементів підприємництва, ринкових механізмів, конкуренції та бізнес-стилю управління. Пріоритетом таких реформ, що підтверджується зарубіжним досвідом, є ефективна система надання державних послуг (соціальних, медичних, освітніх тощо), орієнтована на задоволення потреб споживача (клієнта) та забезпечення високої якості послуг. Механізми публічного управління у зазначених сферах, зокрема у сфері медичного обслуговування, мають сприяти їх трансформації на засадах конкуренції, розвитку ринкових відносин, забезпечення ефективного функціонування ринку, застосування підприємницького менеджменту та передових практик ведення бізнесу.

О. Карпенко на основі результатів власної дисертаційної роботи ввів у науковий обіг термін «сервісно-орієнтована держава», під яким пропонує розуміти: суспільні відносини, спрямовані на реалізацію державної політики

надання управлінських послуг («сервісно-орієнтовану» державну політику); цілеспрямовану діяльність органів влади та сукупність засобів (механізмів, інструментів, важелів, способів), які практично застосовуються для створення, забезпечення, функціонування та розвитку «сервісної держави» (впровадження механізмів взаємодії суб'єктів та об'єктів надання державних послуг) [57, с. 29].

З наведеного визначення випливає, що «сервісно-орієнтована» держава за своєю суттю виступає механізмом публічного управління та концепцією (моделлю) суспільних відносин, у якій держава є замовником, організатором та контролюючим інститутом надання громадянам (клієнтам) державних послуг (управлінських, адміністративних, соціальних, медичних, освітніх, юридичних, інформаційних тощо). Ці та інші аспекти сучасних концепцій реформ публічного управління виділено як окремий напрям дисертаційної роботи.

Важливим аспектом дисертаційної розвідки є визначення та обґрунтування засад організації медичного обслуговування. Слід зауважити, що ані в Основах законодавства України про охорону здоров'я [94], ані у законах України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [121] та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [135] зазначені засади безпосередньо не сформульовані. Виходячи з аналізу наукової літератури і правових актів, що регламентують суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, автором розроблено принципи організації сфери медичного обслуговування, які нижче візуалізовані на *Рис. 1.1* та розглянуті детальніше.

Принцип пацієнтоорієнтованості – це підхід до надання медичних послуг, у центрі якого перебуває пацієнт як активний учасник процесу. Він передбачає повагу та врахування потреб пацієнта, задоволенні його інтересів, забезпечення зручності й комфортності під час лікування, а також право брати участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я (діагностики, лікування, оцінювання результатів). Така модель ґрунтується на безконфліктній та доброзичливій взаємодії, повазі до людської гідності, емпатії, розумінні проблем і запитів пацієнта та готовності медичного персоналу ефективно вирішувати проблеми пацієнтів з метою забезпечення високої якості медичних послуг.

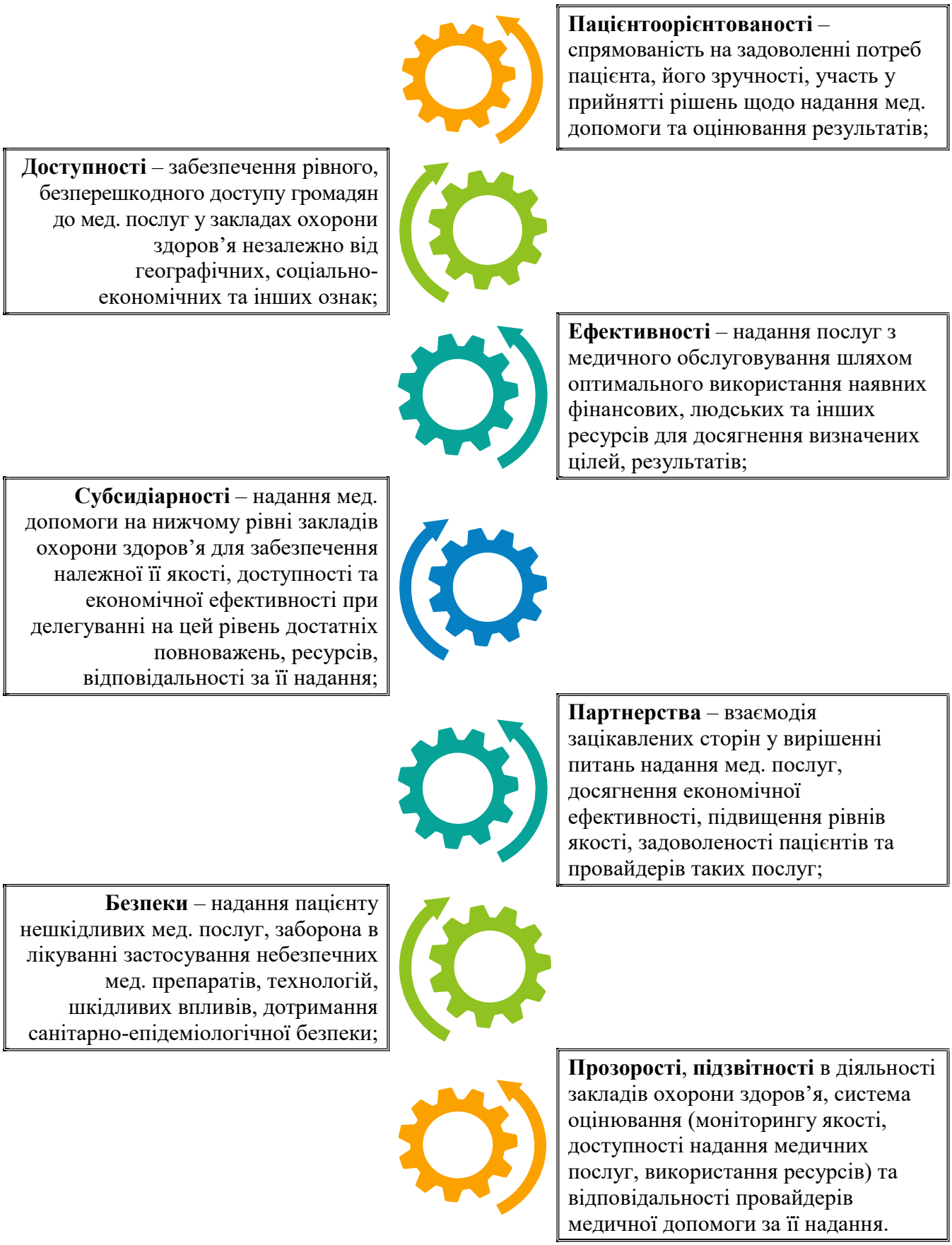


Рис. 1.1 Принципи організації сфери медичного обслуговування

Розроблено автором на основі джерел [94, 133].

Принцип доступності – це забезпечення реалізації права громадян на рівноправний і безперешкодний доступ до медичних послуг (допомоги) у ЗОЗ незалежно від географічних, соціально-економічних, культурних та інших чинників. Доступність медичних послуг означає гарантовану державою можливість кожного пацієнта звернутися за допомогою до медпрацівника чи ЗОЗ, незалежно від віку, раси, місця проживання, соціального походження, майнового стану, політичних або релігійних переконань та інших ознак.

Принцип ефективності – це забезпечення максимальної результативності медичних послуг при оптимальному використанні наявних ресурсів із дотриманням медико-технологічних стандартів і морально-етичних норм. Ефективність визначається як ступінь відповідності наданих медичних послуг поставленим цілям, очікуваним результатам із урахуванням цільового та раціонального використання ресурсів. Проявами ефективності є: максимізація віддачі від використання фінансових, інших наявних ресурсів; підвищення якості та доступності медичних послуг для пацієнтів; покращення умов праці та рівня оплати праці медичних працівників. Необхідним є систематичне й об'єктивне оцінювання ефективності, актуальності, достатності, економічної доцільності та співвідношення досягнутих результатів із використаними ресурсами.

Принцип субсидіарності – це організаційний підхід, відповідно до якого медичні послуги надаються на максимально наближеному до пацієнта рівні ЗОЗ, що забезпечує їх належну доступність, високу якість та економічну ефективність. Реалізація цього принципу передбачає делегування на нижчі рівні необхідних повноважень, ресурсів і відповідальності за надання медичної допомоги.

Принцип партнерства – це взаємодія представників усіх зацікавлених сторін у сфері медичного обслуговування з метою спільного вирішення ключових питань організації та надання медичних послуг. Цей принцип ґрунтується на довірі, прозорості, взаємній відповідальності та спільній участі в ухваленні рішень, а його реалізація передбачає координацію та інтеграцію зусиль для досягнення економічної ефективності, підвищення рівня якості медичного обслуговування, посилення задоволеності пацієнтів і медичних провайдерів.

Принцип безпеки – це забезпечення такого рівня організації медичного обслуговування, за якого надання медичних послуг не завдає шкоди пацієнтові та медперсоналу. Цей принцип спрямований на створення умов, за яких пацієнт отримує медичну допомогу в максимально захищеному середовищі, а медичний персонал має належні умови для безпечного виконання своїх професійних обов'язків. Його реалізація передбачає заборону використання небезпечних лікарських засобів, медичних технологій і методів лікування, що можуть спричинити негативні наслідки для здоров'я. Важливим є дотримання санітарно-епідеміологічних норм і стандартів безпеки в ЗОЗ, запобігання інфекційним ризикам та мінімізація професійних загроз для медпрацівників.

Принцип прозорості та підзвітності – це забезпечення відкритості інформації щодо організації надання медичних послуг, відповідальності медпрацівників і керівництва закладів за прийняті рішення та використані ресурси. Реалізація цього принципу передбачає впровадження системи постійного моніторингу якості, доступності й безпеки медичних послуг, а також ефективності витрачання ресурсів. Важливим складником є публічне звітування перед державними органами, пацієнтами та громадськістю, що сприяє підвищенню відповідальності провайдерів медичної допомоги, довіри до сфери медичного обслуговування, запобігає зловживанням та корупційним проявам.

1.3. Нормативно-правове регулювання публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні

Механізми публічного управління – це сукупність важелів впливу суб'єктів публічного управління, спрямованих на певні об'єкти з метою їх трансформації, гармонізації та узгодження інтересів зацікавлених сторін. У межах даної дисертаційної роботи сфера медичного обслуговування є об'єктом, на який здійснюється організаційно-правовий вплив, що передбачає комплексне поєднання організаційного забезпечення та правового регулювання. Виходимо з наукової точки зору науковців Н. Нижник, О. Машкова [90, с. 21, 27-29, 37-39], котрі акцентують на важливості системного підходу до формування й реалізації

організаційно-правового механізму публічного управління, оскільки його застосування сприяє підвищенню доступності, якості та ефективності надання медичних послуг. У цьому контексті прийнятним є визначення механізму публічного управління як сукупності організаційних, правових та інших засобів цілеспрямованого впливу суб'єктів публічного управління на діяльність об'єктів з метою узгодження суспільних інтересів. При цьому, як зазначає О. Оболенський [93], базовою складовою є правовий механізм, що формується конституцією, законами і підзаконними актами (постановами, указами, рішеннями тощо) та забезпечується правовим регулюванням.

Категорія «правовий механізм», що використовується переважно у юридичній науці, досі не має загальноприйнятого та уніфікованого визначення. У науковій літературі її трактують, як комплекс взаємопов'язаних юридичних інструментів, спрямованих на досягнення визначених цілей, об'єктивованих і формалізованих на нормативному рівні. Структура правового механізму охоплює два рівні елементів: прості – дозволи, заборони, суб'єктивні права та обов'язки, презумпції, процедури, заходи заохочення та юридичної відповідальності; складні – сукупність правових інструментів, розроблених законодавцем для реалізації суб'єктами гарантованих їм прав і законних інтересів. У практичній площині досягнення визначеної мети забезпечується завдяки різним комбінаціям та поєднанням цих елементів, що дозволяє адаптувати правовий механізм до конкретних цілей та завдань публічного управління.

Більш вивченим і поширеним у сучасній науковій літературі є поняття «механізм правового регулювання», яке трактується як своєрідний «юридичний місток», що поєднує різні інтереси суб'єктів (зацікавлених сторін) та забезпечує їх реалізацію на практиці. З позицій публічного управління механізм правового регулювання – це цілеспрямований процес, зорієнтований на досягнення визначених завдань і цілей, що полягають у впорядкуванні та гармонізації суспільних відносин у певній сфері життєдіяльності [48, с. 423]. Його застосування створює умови для ефективного узгодження суспільних, державних

і приватних інтересів, що є особливо важливим у такій соціально значущій сфері, як медичне обслуговування.

Правове регулювання як механізм публічного управління доцільно визначати як діяльність уповноважених органів держави, спрямовану на вплив на суспільні процеси шляхом установлення юридичних норм (правил) поведінки, обов'язкових для виконання суб'єктами права. Виокремлюють такі основні види правового регулювання (правові норми) : дозволи (уповноважуючи норми); заборони (заборонні норми); зобов'язання (зобов'язуючі норми). Застосування зазначених норм у комплексі формує правову основу публічного управління, сприяє реалізації суспільних інтересів і забезпечує баланс між правами, свободами та обов'язками учасників правових відносин.

У межах даної дисертаційної роботи правовий механізм розглядається як інструмент, призначений для забезпечення належного правового регулювання суспільних відносин, що виникають у процесі організації та надання послуг з медичного обслуговування в контексті реалізації конституційно гарантованого права громадян на медичну допомогу (ст. 49). Правовий механізм є важливою складовою публічного управління, спрямованою на виконання функцій держави, яка виступає гарантом цього права та наділена монопольними повноваженнями у сфері правотворчої, правоохоронної діяльності, застосування норм права та владного примусу. До кола суб'єктів, які формують і забезпечують функціонування правового механізму, належать: глава держави (Президент України), представницькі органи державної влади, органи місцевого самоврядування та інші інституції, наділені відповідними правотворчими та управлінськими повноваженнями. Саме їхня діяльність визначає ефективність застосування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Правовий механізм дає державі змогу через правові акти встановлювати, впорядковувати та унормовувати суспільні відносини у сфері медичного обслуговування. Такі відносини мають відповідати загальносуспільним і державним потребам та підлягають обов'язковому виконанню. Правові засоби цього механізму юридично закріплюють вимоги, що монопольно застосовуються

й охороняються державою. Правовий механізм спрямований на: забезпечення прав людини у сфері медичного обслуговування; створення умов для розвитку ринкової конкуренції та поширення інноваційних форм надання медичної допомоги; запобігання та усунення суспільно шкідливих і небезпечних відносин у цій сфері [49, с. 378, 483-485].

Правовий та організаційний механізми тісно взаємопов'язані: суб'єктами правового механізму виступають законотворчі та нормотворчі органи, що розробляють і ухвалюють правові акти для регулювання суспільних відносин; суб'єктами організаційного механізму є представники органів виконавчої влади, які забезпечують виконання цих правових актів, тоді як правоохоронні органи гарантують їх законність і дотримання правопорядку.

Іншими словами, для впорядкування суспільних потреб у сфері медичного обслуговування держава через уповноважені органи здійснює комплексний організаційно-правовий вплив на суспільні відносини, поведінку та діяльність громадян (соціальних груп), який включає в себе встановлення, зміну або скасування правових норм та організацію їх виконання й дотримання. Такий підхід науково обґрунтовує тему дисертаційної роботи та зумовлює необхідність комплексного застосування організаційно-правового механізму.

На основі результатів здійсненого термінологічного аналізу запропоновано розглядати поняття «організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування» як сукупність організуючо-управлінських впливів органів публічного управління та юридичних норм поведінки, закріплених у правових актах, що у синергетичній взаємодії спрямовані на впорядкування суспільних відносин у сфері медичного обслуговування, забезпечення їх трансформацій, досягнення визначених цілей та узгодження інтересів зацікавлених сторін.

Правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування доцільно визначати як комплекс взаємопов'язаних і формалізованих на нормативному рівні юридичних інструментів, спрямованих на реалізацію конституційного права громадян на якісне, ефективне та доступне

медичне обслуговування. Юридичні норми поведінки розробляються та закріплюються законотворчими й нормотворчими суб'єктами у правових актах, обов'язкових для дотримання та виконання всіма суб'єктами правовідносин. Правове регулювання у сфері медичного обслуговування постає одним з базових вимірів взаємодії суспільства та держави, яка через правовий механізм визначає юридичні норми поведінки – «правила гри». При цьому суб'єктами («гравцями») виступають суспільство і держава, а «ігровим полем» – сфера медичного обслуговування. Таким чином, правовий механізм через правові акти не лише юридично закріплює норми поведінки, а й формує суспільно необхідний формат публічно-управлінських відносин, визначає характер взаємодії органів державної влади та громадськості у цій сфері. Це, у свою чергу, обґрунтовує потребу розглядати правове регулювання як ключову складову дослідження медичного обслуговування в контексті парадигми взаємовідносин «держава – суспільство».

У даній дисертаційній роботі організаційно-правовий механізм публічного управління – це комплексне поєднання організаційного забезпечення та правового регулювання у сфері медичного обслуговування. У вузькому розумінні він постає як спосіб упорядкування відносин у сфері медичного обслуговування, а в ширшому – як невід'ємна складова системи публічного управління.

Базові елементи механізму включають (*Рис. 1.2*): суб'єкти (органи публічної влади, ЗОЗ); об'єкти (сфера медичного обслуговування); публічно-управлінські мету, цілі та завдання; ресурсне забезпечення; правові норми та організаційне забезпечення; публічно-управлінські впливи та їх результати (рівні доступності, якості й ефективності медичних послуг); систему зворотних зв'язків.

Основним призначенням організаційно-правового механізму є його спроможність бути ефективним способом для досягнення визначених мети, цілей і завдань. Метою медичного обслуговування є збереження, відновлення та зміцнення здоров'я населення шляхом забезпечення доступної, якісної й безпечної медичної допомоги. Цілями, що мають бути досягнуті у сфері медичного обслуговування, виступають якість, доступність та ефективність медичних послуг, які водночас слугують критеріями їх оцінювання (*Рис. 1.1*). Під

ефективністю у даній дисертаційній роботі розуміємо міру досягнення визначених мети, цілей та результатів. Чинниками ефективності практичної реалізації правового механізму виступають обґрунтованість юридичних норм, їх чіткість, ясність, однозначність і цілісність формулювання.



Рис. 1.2 Концептуальна модель організаційно-правового механізму у сфері медичного обслуговування населення України

Розроблено автором на основі джерела [90, с. 30].

Основними формами реалізації правового механізму у сфері медичного обслуговування є: Конституція та закони України; укази й розпорядження Президента України; акти Верховної Ради України; постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України; нормативно-правові акти центральних органів виконавчої влади; нормативні акти місцевих органів виконавчої влади [49, с. 484].

Правовий механізм публічного управління медичним обслуговуванням доцільно розглядати крізь призму двох взаємопов'язаних площин: міжнародних документів, що регламентують розвиток сфери медичного обслуговування, та відповідного національного законодавства. Такий підхід обґрунтовується євроінтеграційним курсом державної політики України, у контексті якого

національна правова база у сфері медичного обслуговування та основні засади надання медичних послуг повинні враховувати положення міжнародних документів, відповідати їхнім нормам, вимогам і стандартам. Такий імператив, у свою чергу, визначає змістовне наповнення, напрям формування та розвиток законодавства України у досліджуваній сфері.

Правові акти, що регулюють суспільні відносини у сфері медичного обслуговування в Україні (з урахуванням міжнародних правових документів) доцільно згрупувати за такими рівнями, схематично відображеними на *Рис. 1.3*:

1) міжнародний;

2) конституційний;

3) законодавчий;

4) нормативно-правовий.

Візуалізація правових рівнів, визначених за критеріями ієрархічності та відповідності правових актів, дає змогу системно охарактеризувати правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування та чіткіше його розуміти.

Аналіз міжнародних правових документів (*Рис. 1.3*) доцільно розпочати Загальної декларації прав людини [41], ухваленої Генеральною Асамблеєю ООН у 1948 р. та ратифікованої Україною в 1973 р., яка стала невід'ємною частиною національного законодавства й базою для формування низки нормативно-правових актів. Зокрема, положення ст. 25, де зазначено, що «кожна людина має право на рівень життя, необхідний для здоров'я, включаючи медичне обслуговування[2]», мають рамковий характер і стали основою більшості актів, які регулюють право людини на медичне обслуговування. В Декларації [41] закріплено фундаментальні положення: рівність усіх людей від народження у своїй гідності та правах (ст. 1); гарантії користування проголошеними правами і свободами без жодних дискримінаційних ознак – расових, статевих, мовних, релігійних, політичних чи соціальних (ст. 2); право кожної людини на життя та свободу (ст. 3).

[2] *Примітка.* Медичне обслуговування – англ. Medical Care.



Рис. 1.3 Схематизація правового регулювання сфери медичного обслуговування в Україні

Розроблено автором.

Зазначені міжнародно-правові документи мають переважно рекомендаційний характер для національних систем охорони здоров'я та сфер медичного обслуговування, проте їхні положення є обов'язковими для виконання країнами-членами ЄС, на які поширюється їхня дія, та підлягають адаптації у відповідне національне законодавство. Нормативною основою законодавства ЄС у сфері медичного обслуговування виступають передусім директиви Ради Європи, в межах яких було ухвалено такі акти, як:

Конвенція про права людини та біомедицину (1997 р.), підписана Україною у 2002 р., покладає на державу зобов'язання щодо захисту гідності кожної людини та гарантування їй (без будь-якої дискримінації) права на рівноправний доступ до медичної допомоги належної якості (ст. 3);

Європейська соціальна хартія [52] закріплює право кожної особи на соціальну та медичну допомогу (ст. 13), а також право людей похилого віку на забезпечення належного медичного обслуговування та отримання послуг, необхідних відповідно до їхнього стану здоров'я (ст. 23 b) та ін.;

Європейський кодекс соціального забезпечення [54], ухвалений Радою Європи у 1964 р. і ратифікований Україною в 2016 р., слугує орієнтиром європейської моделі медичного обслуговування, що ґрунтується на принципі соціальної справедливості. У розділі «Медична допомога» Кодексу визначено умови та порядок надання профілактичної та лікувальної допомоги, зокрема: в разі захворювання незалежно від його причин, а також у випадку вагітності та пологів (ст. 8); захищеним категоріям працівників, економічно активному населенню та іншим визначеним групам осіб (ст. 9-10).

Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу, ухвалена державами-членами Ради Європи в 1953 р. у Парижі, закріплює засади співробітництва у цих сферах та гарантує рівне ставлення до громадян при отриманні соціальної й медичної допомоги;

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966), ухвалений Генеральною Асамблеєю ООН, закріплює право кожної людини на

найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, зокрема шляхом гарантування медичної допомоги й догляду у випадку хвороби (ст. 12).

Конвенція про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби (1969) визначає: право на отримання медичної допомоги (ст. 8); право пацієнтів при зверненні до закладів охорони здоров'я на збереження, відновлення чи покращення здоров'я (ст. 9); право на забезпечення допомоги у випадку хвороби (ст. 14).

Директива Європейського Парламенту і Ради 2001/83/ЄС від 6 листопада 2001 року про Кодекс Співтовариства щодо лікарських засобів для людини;

Директива Європейського Парламенту і Ради 2011/24/ЄС від 9 березня 2011 року про застосування прав пацієнтів на транскордонні послуги в галузі охорони здоров'я;

Рекомендація № R (2000) 5 Комітету міністрів РЄ державам-учасницям про розвиток форм участі громадян і пацієнтів у процесі ухвалення рішень, що впливають на медичне обслуговування.

До міжнародних правових актів віднесено також Угоду про асоціацію між Україною та Європейським Союзом [173], відповідно до якої Україна взяла на себе зобов'язання щодо адаптації національного законодавства до права ЄС. Угода передбачає поступове наближення законів та приведення нормативно-правових актів України у відповідність із практикою та принципами acquis[3] Євросоюзу. У статтях 426-429 глави 22 «Громадське здоров'я» визначено завдання щодо підвищення рівня захисту здоров'я населення як передумови сталого розвитку та економічного зростання, а також окреслено напрями співробітництва у сфері охорони здоров'я, зокрема реформування та подальший розвиток системи медичної допомоги.

Конституційний рівень правового регулювання у сфері медичного обслуговування в Україні (*Рис. 1.3*) формують норми Основного Закону України [61], які виступають джерелом та правовою основою в цій сфері, маючи характер

[3] **Acquis (acquis communautaire**, з фр. – «доробок спільноти»**)** – правова система, що охоплює правові акти, прийняті інституціями Євросоюзу законодавчої, виконавчої та судової гілок влади; принципи, норм, правила, цінності та цілі політики ЄС. Acquis підлягає обов'язковому збереженню, дотриманню та розвитку країнами ЄС та країнами-кандидатами на вступ до ЄС.

норм прямої дії. На цьому рівні закріплюються конституційні права і свободи людини та громадянина, визначаються засади надання медичних послуг і здійснення публічного управління у сфері охорони здоров'я. Конституція [61] як акт найвищої юридичної сили зумовлює, що всі закони та підзаконні акти у сфері медичного обслуговування повинні прийматися на її основі та відповідати її положенням. У ст. 1 Конституції[61] проголошено, що Україна є соціальною та правовою державою. Правова держава передбачає організацію публічної влади на засадах визнання та практичної реалізації прав і свобод людини й громадянина, верховенства права та взаємної відповідальності особи і держави. Правова держава забезпечує соціальну спрямованість законодавства, створюючи підґрунтя для розвитку соціальної держави, у якій людина визнається найвищою соціальною цінністю, а гарантовані права і свободи є рівними (ст. 24), невідчужуваними й непорушними, зокрема право на життя і здоров'я (ст. 27), права на повагу до його гідності (ст. 28), недоторканність і безпеку. Отже, правова та соціальна держава за своєю суттю є людиноцентричною, орієнтованою на забезпечення прав і свобод на рівні міжнародних стандартів. При цьому категорія «соціальна держава» є загальною правовою конструкцією, що потребує уточнення змісту та практичної конкретизації [62, с. 10-13].

Своєрідним «генератором» функціонування правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування є ст. 49 Конституції України [61], якою закріплено право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу. У цій статті держава бере на себе зобов'язання створювати умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування, що надається безоплатно у державних і комунальних ЗОЗ. Конституційна норма ст. 49 у частині регламентації сфери медичного обслуговування виконує роль «ретранслятора» положень і стандартів міжнародних правових актів, а також становить базу для розроблення й ухвалення законодавчих актів, які деталізують відповідні положення на законодавчому рівні.

Законодавчий рівень правового регулювання вітчизняної сфери медичного обслуговування формують законодавчі акти (*Рис. 1.3*), базовим серед яких є

Основи законодавства України про охорону здоров'я [94]. У цьому акті визначено правові та організаційні засади охорони здоров'я, зокрема: право громадян на охорону здоров'я і медичний догляд (ст. 6); гарантії державного захисту права на безоплатне отримання медичної допомоги у державних і комунальних закладах (ст. 8); регламентацію діяльності закладів охорони здоров'я (ст. 16), господарської діяльності у сфері охорони здоров'я (ст. 17), фінансового забезпечення (ст. 18); порядок надання медичної допомоги (ст. 33) та право на вибір лікаря і закладу охорони здоров'я (ст. 38).

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [121] визначає засади функціонування державної програми медичних гарантій, у межах якої фінансується надання медичних послуг і лікарських засобів, у тому числі їх реімбурсація, за рахунок коштів Державного бюджету. У межах цієї програми держава гарантує доступність відповідних послуг і засобів громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на її території, та біженцям (ст. 4). У законі закріплено принципи програми (ст. 5), права та обов'язки пацієнтів (ст. 6), а також механізми контролю за дотриманням законодавства у сфері державних фінансових гарантій (ст. 12).

Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [135] визначає правові, організаційні та економічні засади розвитку охорони здоров'я на селі з метою забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг. Пріоритетом державної політики у цій сфері (ст. 2) є реалізація відповідних цільових програм, фінансування через субвенції з державного бюджету та контроль за ефективністю використання коштів. Закон також регламентує напрями розвитку сільської медицини (ст. 3), повноваження органів публічної влади (ст. 5), взаємодію з громадськістю (ст. 6), а також питання організаційного, матеріально-технічного забезпечення та фінансування (ст. 7-8).

Закон України «Про систему громадського здоров'я» [138] спрямований на розвиток системи громадського здоров'я, зокрема шляхом розбудови мережі

регіональних центрів контролю і профілактики хвороб, посилення інституційної спроможності та експертно-координаційної ролі спеціалізованих установ у цій сфері.

До важливих законодавчих актів, що регулюють сферу медичного обслуговування в Україні, належать: Господарський кодекс України; Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [132] – у частині регламентації господарської діяльності та ліцензування ЗОЗ й фізичних осіб – підприємців, які здійснюють діяльність у цій сфері; Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [129], що визначає правові засади організації та надання екстреної медичної допомоги як окремого виду медичних послуг; а також інші нормативні акти, що деталізують правові та організаційні аспекти функціонування сфери медичного обслуговування.

Варто зазначити, що в Україні відсутній окремий законодавчий акт, який комплексно визначав би засади організації медичного обслуговування населення на всій території України. Наразі чинними є, зокрема, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [121], орієнтований переважно на фінансові аспекти цієї сфери, та Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [135], який визначає правові й організаційні засади розвитку сфери медичного обслуговування у сільській місцевості.

Враховуючи результати здійсненого аналізу положень міжнародно-правових документів, Конституції України [61] і законодавчих актів (*Рис. 1.3*), обґрунтовується об’єктивна необхідність розроблення та прийняття окремого закону, який комплексно визначав би загальні засади організації медичного обслуговування з урахуванням сучасних викликів розвитку національної системи охорони здоров’я та специфіки діяльності суб’єктів господарювання, що здійснюють медичну практику. Наразі ключові норми у цій сфері залишаються фрагментованими та «розпорошеними» між окремими законами, зокрема [121; 135], і підзаконними актами, що зумовлює прогалини й колізії у правозастосуванні. У межах євроінтеграційного курсу України необхідно гармонізувати національне законодавство з правом ЄС, зокрема із означеними

вище директивами та рекомендаціями щодо медичних послуг, прав пацієнтів і забезпечення рівного доступу. Саме в окремому законодавчому акті доцільно нормативно закріпити вказані аспекти організації медичного обслуговування. Отже, законодавчий рівень правового регулювання досліджуваної сфери перебуває на стадії становлення та потребує подальшої систематизації й удосконалення.

Нормативно-правовий рівень правового регулювання сфери медичного обслуговування в Україні (*Рис. 1.3*) представлений підзаконними правовими актами – указами й розпорядженнями Президента України, постановами та розпорядженнями КМУ, наказами, інструкціями, положеннями міністерств та інших ЦОВВ, а також розпорядженнями голів місцевих державних адміністрацій. Ці акти видаються уповноваженими органами публічної влади з метою конкретизації та забезпечення реалізації положень законів, що регламентують сферу медичного обслуговування, ключові з яких стисло проаналізовано нижче.

Указом Президента України від 30.09.2019 № 722/2019 затверджено «Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» [147], спрямовані, зокрема, на підвищення рівня та якості життя населення, забезпечення додержання конституційних прав і свобод людини і громадянина, створення умов для широкого доступу до якісної та ефективної медичної допомоги.

До основних актів Кабінету Міністрів України, що регулюють питання публічного управління у сфері медичного обслуговування, належать: Постанова КМУ від 05.07.2024 р. № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» [31]; Постанова КМУ від 22.12.2023 р. № 1394 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» [33]; Постанова КМУ від 28.07.2021 р. № 854 «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [34]; Постанова КМУ від 28.03.2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення» [123]; Постанова КМУ від 05.12.2018 р. № 1022 «Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими

засобами на період до 2025 року» [124]; Постанова КМУ від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» [125]; Постанова КМУ від 27.12.2017 р. № 107 «Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» [126]; Постанова КМУ від 15.07.1997 р. № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» [128], Розпорядження КМУ від 17.01.2025 р. № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» [146], від 14.07.2023 р. № 625-р «Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні» [143] та ін.

Узагальнюючи результати здійсненого аналізу правового забезпечення публічного управління у сфері медичного обслуговування, доцільно виокремити кілька ключових положень. По-перше, закони України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [121] та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [135] спрямовані переважно на деталізацію окремих сегментів цієї сфери, а саме фінансових гарантій та особливостей її розвитку в сільській місцевості. Водночас постає питання щодо доцільності прийняття аналогічного закону про медичне обслуговування у міських населених пунктах або ж комплексного законодавчого акта, який би системно врегулював організацію медичного обслуговування в Україні в цілому. Наявна ситуація засвідчує диспропорційність та сегментарність законодавчого регулювання, яке не забезпечує комплексного врегулювання суспільних відносин у досліджуваній сфері. По-друге, нормативно-правовий рівень правового регулювання характеризується значною кількістю підзаконних актів, які є надмірно розгалуженими, несистематизованими та часто містять формулювання декларативного характеру. Прикладом цього можуть слугувати формулювання назв Постанов Кабміну України на кшталт «деякі питання …». Виявлено випадки дублювання положень в окремих підзаконних правових актах, а також наявність норм, які втратили актуальність в умовах воєнного стану та новітніх викликів, що постають перед сферою медичного обслуговування. Така ситуація спричиняє появу колізій та внутрішньої суперечливості правових норм,

що ускладнює їх застосування та знижує ефективність правового регулювання. Зростання кількості правових актів саме по собі не гарантує підвищення якості правового врегулювання у сфері медичного обслуговування, а навпаки – може створювати додаткові труднощі в правозастосовній практиці.

З огляду на викладене, актуалізується завдання систематизації правових актів у сфері медичного обслуговування. Оптимальний алгоритм цього процесу, на нашу думку, має включати такі послідовні етапи: по-перше, здійснення ґрунтовного аналізу та синтезу чинних законодавчих і нормативно-правових актів з метою виявлення колізій, прогалин і дублювань; по-друге, узгодження, структурування та впорядкування зазначених актів шляхом усунення правових суперечностей і нормативних повторів; по-третє, розроблення вдосконаленої системи правового регулювання та прийняття відповідних актів. Водночас систематизація має відбуватися з урахуванням сучасних реалій розвитку сфери медичного обслуговування, серед яких: особливості правового режиму воєнного стану, вимоги євроінтеграційного курсу України (зокрема копенгагенські критерії acquis ЄС), поетапність реалізації медичної реформи та інші чинники.

Висновки до розділу 1

Результати проведеного дослідження теоретичних засад організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування дають підстави сформулювати такі висновки.

1. На підставі здійсненого аналізу наукової літератури встановлено, що проблематика механізмів державного управління у системі охорони здоров’я активно досліджувалася у працях вітчизняних науковців у контексті державного управління, медицини, економіки, соціології, історії та інших галузей знань. Водночас механізми публічного управління у сфері медичного обслуговування розкриваються фрагментарно, а рівень їх наукової розробленості є недостатнім. У галузі знань *281* «Публічне управління та адміністрування» досі відсутнє комплексне наукове дослідження організаційно-правового механізму публічного управління в зазначеній сфері, а, практична діяльність органів публічної влади

актуалізує потребу у науковому обґрунтуванні теоретико-методологічних засад його формування та реалізації. Актуальність теми зумовлена зростанням попиту на медичні послуги в умовах воєнного стану, гарантуванням конституційного права на охорону здоров'я. Євроінтеграційний курс держави передбачає гармонізацію національного законодавства та правових механізмів, зокрема організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, з принципами, стандартами та практикою acquis communautaire.

2. Встановлено, що на законодавчому рівні поняття «медичне обслуговування» залишається недостатньо термінологічно визначеним, що ускладнює чітке окреслення його змісту, меж і структурних складових. Обґрунтовано доцільність нормативного уточнення цього поняття з позицій обсягу, змісту та організаційної структури. Доведено, що терміни «медична послуга» та «послуга з медичного обслуговування» можуть застосовуватися як синонімічні, тоді як поняття «медична допомога» є ширшим і включає медичні послуги як складову.

Систематизовано понятійно-категоріальний апарат дослідження у сфері публічного управління медичним обслуговуванням. Узагальнення наукових підходів дозволило визначити співвідношення понять «публічне управління», «публічна політика», «механізми публічного управління» та «організаційний механізм», що створює теоретичне підґрунтя для подальшого дослідження організаційно-правового механізму у зазначеній сфері.

Обґрунтовано авторське трактування організаційного механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування як сукупності організуючо-управлінських впливів суб'єктів публічної влади, спрямованих на трансформацію, функціонування та розвиток сфери медичного обслуговування з метою забезпечення доступності, якості й ефективності медичних послуг. Доведено, що ефективність такого механізму визначається узгодженістю управлінських рішень, інституційною спроможністю суб'єктів управління та здатністю системи адаптуватися до впливу зовнішніх і внутрішніх чинників. Визначено, що організаційний механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування доцільно розглядати у двох взаємопов'язаних вимірах: як механізм функціонування

(система правил, процедур і взаємодій суб'єктів сфери) та як механізм управління (процес підготовки й реалізації управлінських рішень). Його структурними складовими є суб'єкти та об'єкти управління, цілі, функції, методи, інструменти, організаційні процедури, результати та механізми зворотного зв'язку. Аргументовано, що дослідження доцільно здійснювати в контексті сучасних концепцій трансформації публічного сектору, зокрема сервісно-орієнтованої держави та нового публічного менеджменту, що забезпечує орієнтацію системи на потреби пацієнта та підвищення ефективності надання публічних послуг.

Розроблено принципи організації сфери медичного обслуговування, до яких віднесено пацієнтоорієнтованість, доступність, ефективність, субсидіарність, партнерство, безпеку, прозорість і підзвітність. Доведено, що їх імплементація є імперативом підвищення результативності публічного управління, якості медичних послуг і довіри населення до системи охорони здоров'я.

3. Сформульовано авторське визначення «правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування» як комплексу формалізованих на нормативному рівні юридичних інструментів, спрямованих на забезпечення реалізації права громадян на доступне, якісне та ефективне медичне обслуговування. Визначено поняття «організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування» як синергетичне поєднання організаційного забезпечення та правового регулювання, що функціонує у двох взаємопов'язаних вимірах: правовому (законотворчість і нормотворчість) та організаційному (реалізація прийнятих норм виконавчою владою). Взаємозв'язок цих механізмів полягає в тому, що законотворчі та нормотворчі органи формують правові акти, які регламентують суспільні відносини у сфері медичного обслуговування, а органи виконавчої влади забезпечують їх практичне втілення. До ключових структурних компонентів механізму віднесено: суб'єкти (органи публічної влади), об'єкти (сфера медичного обслуговування), цілі та завдання, правове регулювання й організаційне забезпечення, управлінські впливи, результати та механізми зворотного зв'язку.

З’ясовано, що нормативно-правовий рівень характеризується надмірною розгалуженістю, відсутністю системності, дублюванням положень і наявністю правових колізій, що знижує ефективність регуляторного впливу. Обґрунтовано необхідність систематизації правових актів у сфері медичного обслуговування з урахуванням сучасних викликів, зокрема вимог євроінтеграційного курсу, умов воєнного стану та продовження медичної реформи. Запропоновано алгоритм систематизації, який передбачає: комплексний аналіз і синтез чинних актів; усунення дублювань, колізій і прогалин; структуризацію і впорядкування правової бази; прийняття і практичне впровадження оновлених нормативно-правових актів.

Систематизовано правові акти, що регламентують відносини у сфері медичного обслуговування, за ієрархічними рівнями: міжнародним, конституційним, законодавчим і нормативно-правовим. Встановлено, що законодавчі акти переважно зосереджені на деталізації фінансових гарантій та розвитку медицини у сільській місцевості, тоді як питання організації медичного обслуговування у міських населених пунктах та на загальнодержавному рівні залишаються поза належним правовим врегулюванням. Виявлено, що нормативно-правовий рівень характеризується надмірною розгалуженістю, відсутністю системності, дублюванням положень і наявністю правових колізій, що знижує ефективність регуляторного впливу. Аргументовано необхідність систематизації правових актів у сфері медичного обслуговування з урахуванням сучасних викликів, зокрема вимог acquis communautaire, умов воєнного стану та медичної реформи. Запропоновано алгоритм цього процесу, що передбачає: комплексний аналіз і синтез чинних актів; усунення дублювань, колізій і прогалин; структуризацію та упорядкування правової бази; прийняття, впровадження та практичну реалізацію оновлених нормативно-правових актів.

Основні наукові результати дослідження, отримані в розділі 1 дисертації, опубліковано автором у наукових фахових виданнях [102; 106; 111; 116].

РОЗДІЛ 2.
ТРАНСФОРМАЦІЙНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА МАКРОСЕРЕДОВИЩНІ ЧИННИКИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

2.1. Глобальні виклики трансформації охорони здоров'я та зарубіжний досвід публічного управління медичним обслуговуванням

Сучасним стратегічним курсом державної політики України є набуття повноправного членства в Євросоюзі, ключові аспекти якого закріплено в Угоді про асоціацію між Україною та ЄС [173]. Відповідно до статей 426-429 цієї Угоди (глава 22 «Громадське здоров'я», розділ V) Україна взяла на себе зобов'язання підвищити рівень захисту здоров'я населення як необхідну передумову економічного зростання та сталого розвитку. Громадське здоров'я визначено одним із пріоритетних напрямів державної політики в контексті євроінтеграції. Це передбачає адаптацію галузевих актів права ЄС і міжнародних документів до національного законодавства, забезпечення їх правової сумісності, гармонізацію та поступову імплементацію, а також реформування вітчизняної системи охорони здоров'я відповідно до критеріїв членства та вимог acquis ЄС.

Передбачається, що вступ України до Євросоюзу має підвищити рівні соціально-економічного розвитку країни та якість життя українців, зокрема шляхом зміцнення їх здоров'я, осучаснення сфери медичного обслуговування. В межах вказаної Угоди [150] Україна має змогу співпрацювати з країнами ЄС, вивчати і впроваджувати в національну сферу охорони здоров'я найкращі європейські практики, залучатися до єдиного європейського медичного простору та брати участь в формуванні галузевої політики.

Практика засвідчує, що країни ЄС накопичили значний досвід у галузі охорони здоров'я, володіють сучасними медичними технологіями та інноваційними механізмами публічного управління, а також застосовують ефективні підходи до вирішення складних завдань у сфері медичного обслуговування. Нині ключовими завданнями держав-членів та інституцій ЄС у

сфері охорони здоров'я є підвищення ефективності функціонування національних систем охорони здоров'я, забезпечення їх інноваційного розвитку з метою гарантування якісної та доступної медичної допомоги. Реалізація зазначених завдань відбувається у межах спільної політики у сфері глобального здоров'я, яка спрямована на запобігання виникненню та поширенню захворювань, а також на підвищення тривалості й якості життя громадян Європейського співтовариства [52].

У межах реалізації Угоди [173] в Україні впроваджується медична реформа з урахуванням найкращих європейських практик. У «Пакеті розширення 2024 р.» – щорічному аналітичному документі Європейської Комісії, що оцінює прогрес країн-кандидатів на шляху вступу до ЄС, – відзначено досягнення України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, йдеться про вжиття заходів щодо зменшення нерівності у доступі до медичної допомоги, протидії інфекційним захворюванням та реагування на транскордонні загрози здоров'ю населення. Водночас у документі визначено низку ключових завдань, що потребують подальшого вирішення. Серед них: ухвалення оновленого національного законодавства про охорону здоров'я відповідно до acquis ЄС і зобов'язань, передбачених Планом щодо України; затвердження Національної стратегії охорони здоров'я та Плану дій [146]; прийняття Положення про громадське здоров'я; розроблення нормативної бази щодо інформаційних систем охорони здоров'я [200, с. 13, 15].

Національна система охорони здоров'я потребує інтеграції до спільного європейського медичного простору шляхом удосконалення правового забезпечення, що дозволить Україні виконати вимоги acquis ЄС. У зв'язку з цим необхідним є модернізація організаційно-правового механізму публічного управління сферою медичного обслуговування та гармонізація наявної в Україні моделі з принципами acquis ЄС, міжнародними нормами та стандартами. У цьому контексті доцільним є аналіз сучасних глобальних викликів і тенденцій розвитку систем охорони здоров'я, складовою яких виступає медичне обслуговування, а також вивчення кращого зарубіжного досвіду реалізації медичних реформ і механізмів публічного управління. На підставі отриманих результатів буде

здійснено оцінку елементів зарубіжної практики, придатних для імплементації у вітчизняну систему медичного обслуговування.

У доповіді Національної розвідувальної ради США (National Intelligence Council) «Глобальні тренди 2040: конфліктний світ» [216] представлено аналіз ключових чинників, викликів і тенденцій розвитку сучасного глобального середовища, оцінено їхні потенційні наслідки, а також розроблено прогнози та визначено стратегічні напрями трансформацій у світі на період до 2040 року.

Нашу увагу привернула публікація британського видання The Economist «The World Ahead» (Світ попереду) [226], у якій наведено щорічні експертні оцінки та прогнози в економічній, політичній і науковій сферах. Серед низки сучасних глобальних викликів, визначених авторами доповіді та публікації, доцільно виділити ключові, що, на нашу думку, є найбільш релевантними цілям даної дисертаційної роботи та мають безпосередній вплив на розвиток національних систем охорони здоров'я в умовах глобалізації.

1. Сучасні інновації та технологічні розробки в різних сферах, зокрема в охороні здоров'я, дозволяють ефективніше вирішувати існуючі проблеми. Доцільно зазначити, що ООН проголосила 2025 рік Роком квантової науки та технологій, зокрема штучного інтелекту (далі – ШІ), на що витрати в центрах обробки даних перевищили 1 трлн дол. США. Водночас з'являються лікарські засоби, розроблені за допомогою ШІ. Прогнозується, що технологічний бум прискорить темпи впровадження інновацій і розширить їхнє охоплення у всіх сферах суспільного життя. Зростаюча залежність глобального світу від технологічних інновацій може призвести до подальшої фрагментації та поляризації держав за багатьма показниками суспільного розвитку. Проведення медичних реформ в Україні зумовлено низькою конкурентоспроможністю інституцій галузі охорони здоров'я та їхньою неспроможністю системно реагувати на технологічні виклики. На сучасному етапі спостерігається жорстка конкуренція на світовому ринку інноваційних технологій у різних секторах. У сфері охорони здоров'я досягнуто значного прогресу у застосуванні таких технологій, як штучний інтелект, медична робототехніка, генетика, нанотехнології, віртуальна та

доповнена реальність тощо. Геополітичне суперництво за лідерство на світових ринках новітніх технологій спричиняє міждержавні конфлікти, посилює напруженість та нестабільність у міжнародній системі безпеки. Це, у свою чергу, може призвести до ескалації міждержавних та міжрегіональних конфліктів і викликати каскад негативних економічних наслідків.

2. Неефективність протидії хронічним інфекційним, неінфекційним захворюванням та поява нових видів інфекційних хвороб, зокрема пандемії COVID-19, залишаються значним викликом для глобальної охорони здоров'я. Протягом перших двох десятиліть XXI ст. в усіх регіонах світу спостерігався істотний прогрес у розвитку систем охорони здоров'я. Втім, низька ефективність протидії інфекційним хворобам може призвести до значних світових економічних збитків, які, за прогнозами, до 2050 року можуть сягнути 100 трлн дол. США. Неефективність подолання хронічних неінфекційних захворювань (діабету, серцево-судинних і онкологічних хвороб) сьогодні є основною причиною смертності населення світу. Особливо це стосується країн із низьким рівнем доходу, де мережа медичних закладів не здатна забезпечити адекватне надання медичної допомоги всім пацієнтам, що призводить до зростання страждань населення та економічних втрат. За оцінками експертів, унаслідок зростання рівня урбанізації та транскордонної трудової міграції можуть виникнути нові види пандемій і захворювань, які охоплять глобальне населення. Одним із ключових сучасних викликів є психічне здоров'я молоді: від 10% до 20% дітей і підлітків у світі страждають на психічні розлади, а самогубство посідає третє місце серед причин смертності осіб віком 15-19 років. Протягом останнього десятиліття спостерігається зростання на 13% кількості випадків психічних розладів, захворювань і зловживання психотропними засобами серед молоді. Рівні стресу та тривожності серед дорослого населення також підвищилися. За прогнозами експертів у сфері охорони здоров'я, протягом наступних 20 років сукупні економічні витрати на лікування психічних захворювань у глобальному масштабі можуть перевищити 16 трлн дол. США. Найбільша частка економічних втрат пов'язана зі зниженням доходів та продуктивності праці внаслідок інвалідності та

передчасної смертності. Усунення цих викликів вимагає модернізації національних систем охорони здоров'я, зокрема через реформування механізмів публічного управління медичним обслуговуванням.

3. Геополітичні конфлікти, економічні та демографічні кризи, що виникають на тлі міждержавних збройних зіткнень, суттєво впливають на національні системи охорони здоров'я та визначають умови сталого розвитку держав і глобальної спільноти. У багатьох країнах прогнозується політична нестабільність, поширення соціального безладу та посилення кризових явищ. У доповіді «Про глобальні ризики 2024 року» [247, с. 8-10] експерти Всесвітнього економічного форуму прогнозують глобальну економічну невизначеність, яка поєднуватиметься з геополітичними загрозами. Економічна криза може спричинити зростання вартості капіталу та підвищення рівня життя населення країн, що розвиваються. За оцінками експертів, у найближчій перспективі світова економіка ймовірно зазнає подальшої дестабілізації через напруженість у торгово-економічних відносинах між США та Китаєм. Міждержавні збройні конфлікти в Україні та Ізраїлі спричиняють подальшу геополітичну напруженість та демографічні кризи, зокрема вимушену міграцію та депопуляцію. Зростаюча геополітична поляризація у поєднанні з прогресом у розробці сучасних воєнних технологій на основі штучного інтелекту може призвести до подальших геополітичних перегрупувань, втягнення нових держав у збройні конфлікти та розвитку більш тривалих і смертоносних воєн. Унаслідок цього можуть виникнути масштабні гуманітарні та демографічні кризи, а ризики для міжнародної безпеки, включно з ядерним протистоянням, підвищуються. Збройна агресія, яка перебуває у стані невизначеності, може тривати роками, періодично загострюватися або «заморожуватися» та поширюватися на сусідні держави. У таких умовах потреби населення в медичній допомозі та попит на медичні послуги значно зростають. Експерти прогнозують суттєві демографічні зміни – постаріння населення, депопуляцію та вимушену міграцію, що можуть уповільнити темпи економічного зростання окремих країн світу.

У доповіді Світового Банку «Інвестування в охорону здоров'я» [246] досліджено взаємозв'язок між станом здоров'я населення, політикою охорони здоров'я та економічним розвитком. Цей програмний документ, розроблений експертами у 1993 році, і дотепер залишається стратегічною дорожньою картою розвитку глобальної системи охорони здоров'я. Доведено, що стан здоров'я населення суттєво впливає на темпи економічного зростання країни, а інвестиції у галузь охорони здоров'я э ефективним механізмом суспільного розвитку. У доповіді наголошується на значущості інноваційного розвитку та економічної ефективності втручань у сферу охорони здоров'я, а також на соціально-економічних наслідках «тягаря хвороб» у світовому масштабі. До основних проблем національних систем охорони здоров'я країн, що розвиваються, а також посткомуністичних держав віднесено неефективне використання галузевих бюджетних коштів і недостатній контроль за їхнім розподілом, а також обмежені можливості доступу населення до послуг медичного обслуговування.

Провідну роль у визначенні пріоритетів сучасного розвитку глобальної охорони здоров'я відіграє «Велика сімка» (G7) – міждержавний форум, який координує проведення галузевих наукових досліджень та розробляє політику й рекомендації щодо вдосконалення національних систем охорони здоров'я. Зарубіжними фахівцями проведено дослідження «Глобальне здоров'я 2035» у країнах із низьким і середнім рівнем доходів, результати якого опубліковано в незалежному міжнародному медичному журналі The Lancet [202, с. 1944-1947]. У дослідженні здійснено сучасну ревізію доповіді Світового Банку «Інвестування в охорону здоров'я» [246], переглянуто аргументи на користь інвестицій у галузь охорони здоров'я та розроблено рекомендації для урядів країн і міжнародного співтовариства щодо оптимізації інвестування у сферу охорони здоров'я на період до 2035 року. Далі зупинимося на окремих ключових висновках.

1. Інвестування в охорону здоров'я має позитивний вплив на медико-демографічні, економічні та інші показники, що дало змогу: покращити стан здоров'я та підвищити тривалість життя населення приблизно на 11%, знизити

рівень смертності; підвищити на 24% темпи зростання валового національного доходу; покращити показники людських ресурсів і економічної продуктивності.

2. Державні інвестиції в охорону здоров'я сприяють зниженню інфекційної, материнської та дитячої смертності завдяки економічному зростанню та кращій доступності сучасних медичних технологій.

3. Фіскальна політика є ефективним механізмом зниження показників неінфекційних захворювань (НІЗ), травматизму та пом'якшення їхніх негативних наслідків, реагування на майбутні виклики глобальної охорони здоров'я, зокрема постаріння населення, ожиріння, куріння, зловживання алкоголем тощо. У багатьох країнах із низьким і середнім рівнем доходу впровадження доступних фінансових пакетів медичної допомоги дозволяє зменшити та запобігти смертям від НІЗ, дорожньо-транспортного травматизму та самогубств, які домінують серед осіб віком 15-29 років унаслідок урбанізації та автомобілізації.

Беззаперечно, державна фіскальна політика, орієнтована на підвищення доходів та забезпечення соціального захисту населення, позитивно впливає на сферу медичного обслуговування. Разом із тим, необхідно зазначити, що незважаючи на очевидні переваги такої політики, її формування та здійснення повинно відбуватися виважено, із адекватною оцінкою внутрішніх можливостей та зовнішніх ризиків економічного розвитку конкретної країни. Вибір такого підходу зумовлений високим ризиком настання глобальної фінансової кризи, що потенційно загрожує світовій економіці. У «Світовому економічному огляді» (World Economic Outlook) [227], опублікованому Міжнародним валютним фондом (далі – МВФ), зазначається про стрімке та безпрецедентне зростання глобального державного боргу, який на кінець 2025 р. становив 111 трлн дол. США. Це на 8,3 трлн дол. США більше, ніж у 2024 р. та еквівалентно приблизно 100% світового валового внутрішнього продукту (далі – ВВП). Уряди країн світу все активніше залучають позики та кредити від міжнародних фінансових установ і іноземних банків для вирішення наявних проблем. Структура видатків держбюджетів розширюється: держави вимушені спрямовувати дедалі більше коштів не лише на

програми економічного розвитку, соціального захисту населення та охорони здоров'я, а й на безпеку та оборону.

На сьогодні глобальні обсяги зовнішніх державних боргів зростають, наближаючись до критичної межі їхнього обслуговування. Дані доповіді МВФ свідчать, що разом зі збільшенням таких боргів зростають і рівні світової інфляції. Ці показники взаємопов'язані та можуть посилювати один одного, створюючи ефект «замкненого кола». Ігнорування або затягування вирішення проблем боргової кризи серйозно загрожує світовій економіці та може призвести до глобального економічного краху. У зв'язку з цим урядам країн необхідно протистояти високим ризикам державних боргів шляхом формування виваженої податково-бюджетної політики та довгострокових бюджетних коригувань.

Статистичні дані підтверджують, що бюджети багатьох країн зазнають значного тиску через високий рівень зовнішніх боргів, непередбачувані витрати та економічну невизначеність. США та Китай виступають ключовими драйверами глобального зростання державного боргу та потенційної фінансової нестабільності. Зокрема, станом на 01.07.2026 р. національний борг США склав 39,6 трлн дол. США, що відповідає 115,1 тис. дол. США на одного громадянина [243]. За прогнозами МВФ, до 2050 р. суверенний борг США може перевищити 200% ВВП, а в Китаї – до 150% (у 2025 р. – 125% та 96,3% відповідно). В сукупності на США і Китай припадає 51,8% світового держборгу [227]. Оскільки світові економіки взаємопов'язані, зростання державного боргу США та Китаю підвищує вартість запозичень для інших країн, що посилює глобальну фінансову вразливість.

На основі результатів дослідження «Глобальне здоров'я 2035» (The Lancet) [202, с. 1944-1947] міжнародні експерти визначили пріоритетні цілі розвитку глобальної політики охорони здоров'я на період до 2035 року, а саме: зближення національних систем охорони здоров'я шляхом зниження рівнів смертності (дитячої, материнської та внаслідок інфекційних захворювань) населення в країнах із низьким і середнім рівнем доходів, включно з Україною; досягнення економічної віддачі від інвестицій в охорону здоров'я, що включає отримання економічних вигод завдяки підвищенню рівнів здоров'я, якості, тривалості життя

та доходів населення; підвищення ефективності податково-бюджетної політики щодо протидії неінфекційним захворюванням, зокрема через оподаткування роздрібної торгівлі тютюновими виробами, алкогольними та солодкими напоями, що має сприяти зниженню захворюваності, забезпечити додаткове фінансування медичних послуг для підвищення їх якості, ефективності та доступності.

Здійснимо порівняльний аналіз систем охорони здоров'я окремих країн світу (США, Канади, Японії, Великобританії, Франції, Німеччини, Італії, Іспанії, Греції) за такими аспектами: вартість, якість і доступність медичних послуг; інституційно-організаційна структура; проблеми і переваги кожної моделі. На основі аналізу джерел [59; 170; 224, с.13-19; 225] можна сформулювати такі висновки.

1. Національні системи охорони здоров'я більшості країн світу, незважаючи на державну політику, спрямовану на широке охоплення населення медичною допомогою, стикаються з проблемами зростання галузевих витрат (державних і приватних) та з обмеженням можливостей доступу громадян до медичних послуг. Ці проблеми дестабілізують національні системи охорони здоров'я та стимулюють проведення медичних реформ. Незважаючи на складність сучасних умов, країни зберігають намір виконувати взяті на себе зобов'язання щодо забезпечення громадянам гарантованого доступу до якісної медичної допомоги. Характерними рисами реформ є децентралізація повноважень, ресурсів і відповідальності щодо надання медичних послуг, впровадження ринкових механізмів і фінансова підтримка за рахунок державного бюджету, інших джерел.

2. Підходи до медичного обслуговування в країнах світу ґрунтуються на різних моделях національних систем охорони здоров'я, кожна з яких має власні характеристики і специфіку, визначені переваги і недоліки (*табл. 2.1*).

3. Вибір конкретної моделі охорони здоров'я визначається низкою факторів, зокрема політичною волею керівництва держави щодо забезпечення доступності та якості медичних послуг для населення, економічним і ресурсним потенціалом, культурними традиціями, морально-етичними та іншими цінностями.

Таблиця 2.1

Типологічні характеристики національних систем охорони здоров'я окремих країн світу

Розроблено автором на основі джерел: [59; 170; 224, с.13-19; 224, с. 13-25; 225]

	Модель системи охорони здоров'я	Основні притаманні, ознаки, характеристики	Переваги моделі	Недоліки моделі
1.	**Державна** (бюджетна) **модель**, Великобританія, Канада, Австралія, Нова Зеландія, Іспанія	Держава забезпечує доступними медичними послугами громадян незалежно від їхньої платоспроможності. Фінансується за рахунок коштів платників податків.	- доступність послуг; - відсутність прямих витрат пацієнтів на їх лікування	- можливі черги на прийом до лікарів; - дефіцит бюджет. коштів, інших ресурсів
2.	**Страхова модель**, Німеччина, Франція	Основана на обов'язковому медичному страхуванні роботодавців і їх працівників, які роблять внески до страхових медичних фондів.	- висока якість медичних послуг; - широкий вибір лікарів та установ	- високі адміністративні витрати; - нерівність у доступі до мед. послуг
3.	**Приватна** (комерційна) **модель**, США	Базується на приватних страхових компаніях, де пацієнти сплачують послуги через страховку або самостійно.	- інноваційні технології; - високий рівень сервісу	- високі витрати на мед. послуги; - нерівність у доступі до них (для осіб з низькими доходами)
4.	**Інноваційні моделі**, Японія, Сінгапур, інші технологічно розвинуті країни	Використання цифрових технологій для підвищення доступності, якості та ефективності медичних послуг.	- доступність інформації та мед. послуг; - низькі витрати; - якісні послуги	- потреба в значних інвестиціях; - проблеми з конфіденційністю даних
5.	**Змішана модель**, Швеція, Норвегія, Нідерланди, Франція	Базові медичні послуги, допомога надаються державою та поєднуються з приватним страхуванням.	- баланс між доступністю та якістю мед. послуг; - можливість їх вибору	- заплутаність структури; - нечітка визначеність
6.	**Громадська** (нетипова) **модель**, Куба	Зорієнтованість на профілактику та високих показниках здоров'я населення.	- високі показники здоров'я населення; - вільний доступ та безкоштовні мед. послуги	- низькі зарплати лікарів; - обмежені ресурси, доступ; - відсутність високоякісної спец. допомоги.

Усі моделі формують і збалансовують частки державного та приватного медичного страхування, відрізняються за ступенем децентралізації, можливостями пацієнта обирати медичні послуги та їхніх провайдерів, іншими ринковими механізмами (розподілом витрат, конкуренцією і нормуванням медичних послуг).

Класифікація моделей національних систем охорони здоров'я, представлена на *табл. 2.1*, не є загальноприйнятою та уніфікованою. Залежно від критеріїв і характеристик дослідження виділяють інші підходи до моделювання.

За критерієм фінансового забезпечення у світовій практиці виокремлюють кілька базових моделей систем охорони здоров'я [204]. До них належать: модель Беверіджа (національна служба охорони здоров'я), що функціонує за принципом єдиного платника (Великобританія, Іспанія, Нова Зеландія); модель Бісмарка, заснована на соціальному медичному страхуванні (Німеччина, Бельгія, Японія Швейцарія та ін); модель національного медичного страхування (Канада, Тайвань, Південна Корея та ін.); модель прямої оплати медичних послуг населенням («out-of-pocket»), поширена в окремих регіонах Індії, Китаю, Африки та Південної Америки.

Ці моделі є радше теоретичними, ніж практичними: система охорони здоров'я конкретної країни, яка врегульована відповідними правовими актами, є уніфікованою для її громадян і, як правило, поєднує елементи різних моделей.

США характеризуються найдорожчою у світі моделлю охорони здоров'я, де витрати на її утримання є найвищими як за абсолютним показником, так і за часткою ВВП на одну особу. За різними оцінками, протягом останніх років частка витрат на медичну допомогу в США становила 16-19% ВВП. Близько 65% витрат фінансуються за рахунок державного бюджету. У рамках державних програм Medicare та Medicaid медичну допомогу можуть отримати особи з інвалідністю, люди похилого віку, діти, ветерани та малозабезпечені, а невідкладну медичну допомогу – всі громадяни США незалежно від їхньої платоспроможності.

Медичним страхуванням охоплено приблизно 84% населення США: 64% – через роботодавців, 9% – приватно, 27% – у межах державних програм. Приблизно 16% населення (близько 47 млн осіб) не мають медичної страховки через високу її вартість, що створює серйозні фінансові ризики для системи

охорони здоров’я країни. Так, у 2001 р. через витрати на медичне обслуговування банкрутство зазнали приблизно 50% американських компаній.

У США тривають активні дискусії щодо доступності, ефективності, якості системи охорони здоров’я та високих витрат на її утримання. Дискусійними залишаються питання складності чинної моделі та недостатнього охоплення населення медичними послугами. Водночас, за даними світового рейтингу систем охорони здоров’я ВООЗ серед 191 країни, система США характеризується високою стабільністю та здатністю оперативно та адекватно реагувати на глобальні виклики [170]. Американські експерти, аналізуючи стан медичної допомоги та здоров’я вразливих верств населення, зазначають наявність нерівності у доступі до медичних послуг. Основними причинами цього є політичні фактори, соціальний статус, платоспроможність громадян, обмежена доступність медичних послуг та інші соціально-економічні бар’єри. У демократичному суспільстві толерантне ставлення до такої нерівності в медичному обслуговуванні вважається неприпустимим. Передумовами зменшення нерівності експерти визначають системну медичну реформу, спрямовану на забезпечення гарантованого доступу всіх громадян до якісної медичної допомоги та розв’язання проблем бідності [219, с. 30-45].

У Японії сформовано інноваційну модель медичного обслуговування, окремі складові якої становлять інтерес для наукового аналізу. Її основу становить система загальнообов’язкового медичного страхування, що забезпечує універсальний доступ населення до медичної допомоги. Висока ефективність функціонування галузі досягається завдяки широкому впровадженню сучасних медичних технологій, дотриманню високих стандартів якості медичних послуг, послідовній державній політиці, орієнтованій на профілактику та ранню діагностику захворювань.

Японія посідає провідні позиції у світових рейтингах за очікуваною тривалістю життя та низьким рівнем дитячої смертності, що обумовлено, крім передових технологій, культурою здорового способу життя та доступністю медичних послуг. Водночас сфера медичного обслуговування стикається з проблемами: дефіцитом медичних кадрів, тривалим часом очікування лікування

та критичним навантаженням на мережу медичних закладів через високий попит з боку населення похилого віку.

Впровадження високоякісних технологічних новацій та інноваційних практик у сфері медичного обслуговування підвищує ефективність діагностики та лікування пацієнтів. Японія має високу репутацію на світовому ринку медичних послуг і є ініціатором використання телемедицини, що забезпечує дистанційне консультування та моніторинг пацієнтів у сільських та віддалених регіонах. Завдяки цій інновації гарантований державою доступ до якісних медичних послуг забезпечується всім громадянам незалежно від місця проживання.

Інноваційну модель охорони здоров'я Японії сформовано під впливом комплексу сучасних соціально-економічних і демографічних викликів, проблем розвитку сфери медичного обслуговування. Її розвиток зумовлений необхідністю реагування на стрімке старіння населення, збільшення поширеності інфекційних захворювань, деменції та потреби у довготривалому догляді, а також на посилення соціальної нерівності, економічні труднощі, депопуляцію й наслідки природних катастроф (землетрусів, повеней, виверженьвулканів). В умовах «ультрапостаріння» населення, коли частка осіб віком 55 років і старше перевищує 40%, а молодь становить близько 10%, держава здійснила комплексну модернізацію системи медичного обслуговування, орієнтовану на забезпечення її стійкості та ефективності.

Для подолання зазначених внутрішніх проблем та забезпечення готовності системи охорони здоров'я до сучасних глобальних викликів у Японії ухвалено Стратегію розвитку охорони здоров'я до 2035 року. Документ визначає концептуальні засади модернізації галузі, орієнтованої на широке впровадження інноваційних рішень і сучасних медичних технологій. Одним із ключових напрямів реформи є вдосконалення системи публічного управління охороною здоров'я, адаптація організації медичного обслуговування до демографічних змін, насамперед процесів старіння населення, а також забезпечення довгострокової стійкості та ефективного функціонування мережі закладів охорони здоров'я.

1. Формування «суспільства активного довголіття» – один із пріоритетів державної політики Японії, що передбачає розвиток інфраструктури

довготривалого медичного та соціального догляду. З цією метою створюється мережа спеціалізованих закладів для осіб літнього віку, пацієнтів із деменцією та громадян, які потребують постійного догляду. Важливим напрямом є формування інтегрованої «мережі здоров'я», орієнтованої на збільшення тривалості здорового життя населення. На муніципальному рівні реалізуються міжсекторальні управлінські рішення, що передбачають широке застосування цифрових технологій, роботизованих засобів догляду, сервісів дистанційної підтримки, а також використання смарт-пристроїв для моніторингу стану здоров'я людей похилого віку. Поряд із цим держава інвестує у розвиток роботизованої хірургії, де Японія посідає провідні позиції, що забезпечує підвищення точності оперативних втручань, мінімізацію травматичності та скорочення періоду післяопераційного відновлення пацієнтів.

2. Підтримка осіб з обмеженими можливостями пересування охоплює забезпечення доступу за місцем проживання до магазинів і громадського транспорту, розвиток мережі безбар'єрних маршрутів та муніципальну фінансову підтримку організацій, які опікуються проблемами цієї категорії населення.

3. Підвищення ефективності системи екстреної медичної допомоги визначено одним із ключових напрямів розвитку охорони здоров'я Японії. Його реалізація передбачає удосконалення організації надання невідкладної допомоги, проведення інформаційно-просвітницьких заходів серед населення та забезпечення гарантованого доступу громадян до своєчасних і якісних медичних послуг у разі виникнення невідкладних станів. Водночас японська система охорони здоров'я функціонує в умовах постійного зростання навантаження, що проявляється у перевантаженості закладів охорони здоров'я та збільшенні кількості пацієнтів, які потребують екстреного медичного втручання.

4. Підвищення тривалості здорового життя та підтримка повноцінного життя осіб похилого віку та пацієнтів із деменцією здійснюється через акцент на профілактичних заходах: регулярні медичні огляди, ведення здорового способу життя, раннє діагностування захворювань та забезпечення доступності медичних послуг. Довголіттю та здоров'ю населення Японії сприяють культура здорового

харчування, активний спосіб життя, сімейні цінності, високі стандарти медичних закладів, застосування передових медичних технологій і робота висококваліфікованих медичних працівників.

Стратегією передбачено проведення реформи столичних лікарень Токіо, спрямованої на підвищення якості медичних послуг та оптимізацію використання ресурсів. До основних завдань і заходів реформи належать: реструктуризація та об'єднання окремих державних медичних закладів для підвищення їх ефективності та відповідності потребам населення; оптимізація ліжко-місць шляхом скорочення їх кількості та перерозподілу ресурсів для більш ефективного використання; підвищення якості медичних послуг через впровадження інноваційних медичних технологій та підвищення кваліфікації медперсоналу з метою забезпечення високого рівня лікування та догляду за пацієнтами.

Новітня парадигма медичного обслуговування в Японії ґрунтується на таких принципах: превалювання якості надання медичної допомоги над її обсягом; автономія та інтеграція мережі медичних закладів замість надмірного державного регулювання та фрагментації; пріоритет профілактичного медичного догляду за пацієнтом над лікуванням [74; 217; 236].

Узагальнюючи японський досвід, можна виділити такі ключові висновки: по-перше, інноваційна модель охорони здоров'я є ефективним механізмом публічного управління, здатним адекватно реагувати на сучасні глобальні виклики та має високий міжнародний авторитет; по-друге, передові медичні технології (телемедицина, роботизація, штучний інтелект) забезпечують державні гарантії доступності та якості медичної допомоги; по-третє, новітні технології сприяють високим показникам здоров'я та довголіття населення, ефективному вирішенню проблем старіння, догляду за людьми похилого віку, підтримки осіб з обмеженими фізичними можливостями та лікування деменції. Окремі елементи японської моделі можуть бути прийнятні для адаптації у вітчизняній практиці медичного обслуговування.

2.2. Макросередовищні чинники публічного управління у сфері медичного обслуговування України: політичний вимір

На початку дослідження у розд. 2 відзначимо, що публічне управління у сфері медичного обслуговування є комплексним багатовимірним процесом, який охоплює політичний, економічний, соціально-демографічний, нормативно-правовий та інші виміри. Тому основні фактори, що впливають на публічне управління, а також проблеми, накопичені у сфері медичного обслуговування, доцільно розглядати за відповідними вимірами, групуючи їх у блоки за критерієм подібності ознак. При проведенні аналізу враховуватимемо також результати дослідження сучасних глобальних викликів і трендів розвитку охорони здоров'я.

Для досягнення визначеної мети доцільно використати PESTL[4]-аналіз, який застосовується сучасними менеджерами стратегічного управління для «сканування» зовнішнього середовища організацій. Нині цей інструмент дедалі активніше використовують і в публічному управлінні в контексті адміністративних реформ, зокрема концепцій нового публічного менеджменту [199; 148], менеджеріалізму [202] та сервісно-орієнтованої держави [57]. Вони передбачають інтеграцію прийнятних елементів підприємництва (ринкових відносин, конкуренції, бізнес-стилю управління) у діяльність органів публічної влади.

Базуючись на науково-методологічній літературі, зокрема на праці «Вивчення корпоративної стратегії» (Exploring Corporate Strategy) [210, с. 3, 54-57; 211, с. 35-48, 775], авторами якої є британські дослідники стратегічного менеджменту Г. Джонсон, К. Скоулз і Р. Віттінгтон, слід відзначити таке.

PESTL-аналіз є ефективним інструментом публічного управління та наукових досліджень, що використовується для комплексної оцінки факторів зовнішнього (макро)середовища та їхнього позитивного чи негативного впливу на

[4] **PESTL** – акронім від англ.: **P**olitical (політичний); **E**conomic (економічний); **S**ocial (соціальний); **T**echnological (технологічний); **L**egislative (правовий). Назва акроніму може змінюватися на PEST, PESTEL, STEP, STEPLE в залежності від вибору категорій макросередовищ (факторів), які визначаються дослідниками в процесі здійснення цього виду аналізу з огляду на визначені цілі, завдання, специфічність досліджуваної сфери (організації) тощо. Наприклад, екологічний, географічний, демографічний, культурний, морально-етичний та ін.

певну сферу чи організацію. У межах нашого дослідження його застосування дає змогу системно висвітлити, глибше зрозуміти процеси й проблеми реалізації публічно-управлінських механізмів крізь призму політичних, економічних, соціальних, технологічних і правових вимірів. Перевагами застосування PESTL-аналізу є: 1) формування комплексного бачення зовнішнього макросередовища та кращого розуміння його впливів; 2) систематизація факторів за політичним, економічним, соціально-демографічним, технологічним і правовим вимірами з можливістю відстеження їхніх змін; 3) виявлення ключових рушійних сил розвитку та потенційних можливостей сфери; 4) оцінка ризиків і загроз, прогнозування сценаріїв їх мінімізації; 5) практичне використання результатів для розробки стратегічних планів, державної політики та управлінських рішень з урахуванням динаміки зовнішнього середовища.

Під «макросередовищем» розуміємо сукупність зовнішніх факторів і умов, подібних за певними ознаками, які визначають функціонування та розвиток досліджуваної сфери. Фактори зовнішнього середовища в PESTL-аналізі визначаються як такі, що: 1) перебувають поза сферою впливу суб'єктів публічного управління (їх неможливо контролювати чи змінити); 2) чинять позитивний або негативний вплив на сферу, містять ризики, загрози та потенційні можливості розвитку, які необхідно враховувати під час формування стратегії.

Об'єктом PESTL-аналізу дослідження виступають процеси, що визначають розвиток сфери медичного обслуговування в Україні, зокрема державна політика, публічно-управлінські механізми, сучасні проблеми й виклики.

Спираючись на наведені положення, визначимо ключові макросередовища публічного управління у сфері медичного обслуговування, а саме:

Political – політичне;

Economic – економічне;

Social – соціально-демографічне;

Technological – технологічне;

Legislative – нормативно-правове.

Вказані макросередовища структуровані відповідними факторами (чинниками, драйверами), що впливають на сферу медичного обслуговування, основні з яких згруповано в окремі блоки та візуалізовано на *Рис. 2.1*. Проаналізуємо фактори, визначені в кожному макросередовищі, більш детально.



Рис. 2.1 Декомпозиція факторів макросередовища публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні

Розроблено автором на основі джерела [210, с. 56].

Політичне макросередовище – ключовий зовнішній чинник, що визначає ефективність функціонування та розвиток сфери медичного обслуговування, формат публічного управління, організаційне та правове забезпечення. Основні фактори політичного макросередовища наведено на *Рис. 2.1*:

державна політика в галузі охорони здоров'я, медичного обслуговування; реформа національної системи охорони здоров'я;

політична нестабільність, зокрема наслідки збройної агресії для доступності та якості медичних послуг;

державне фінансування: частка витрат на охорону здоров'я у ВВП, бюджетні обмеження;

корупція у державі та сфері медичного обслуговування;

міжнародне співробітництво: підтримка ВООЗ, ЄС, USAID, МВФ, зарубіжні гранти та програми.

Проаналізуємо сучасний стан державної політики охорони здоров'я, складовою якої є медичне обслуговування. Виходимо з того, що така політика:

формується Верховною Радою України (далі – ВРУ) шляхом визначення мети, завдань, принципів і пріоритетів у сфері охорони здоров'я, обсягів бюджетного фінансування, механізмів фінансового, податкового та іншого регулювання, прийняття нормативно-правових актів і затвердження загальнодержавних стратегій та програм;

реалізується органами виконавчої влади, зокрема Кабінетом Міністрів України через розробку правових і організаційних механізмів, розвиток мережі закладів охорони здоров'я, МОЗ та іншими відповідними органами.

Сучасну державну політику в сфері охорони здоров'я визначено в Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 р., затвердженій розпорядженням КМУ від 17.01.2025 № 34-р [146], а також операційним планом її реалізації на 2025-2027 рр. Основними завданнями Стратегії є забезпечення ефективних, доступних медичних послуг і зміцнення здоров'я населення. Ці положення підтримані Конституцією України [61], яка визнає здоров'я людини найвищою соціальною цінністю (ст. 3) та гарантує право на охорону здоров'я та медичну допомогу (ст. 49). Таким чином, політичне макросередовище є сприятливим для розвитку вітчизняної сфери медичного обслуговування.

Медична реформа – ключовий чинник політичного макросередовища. Після розпаду СРСР Україна успадкувала надмірно централізовану систему охорони здоров'я (модель Семашка). Перехід до ринкової економіки, економічні спади та непослідовне впровадження реформ призвели до глибокої кризи сфери медичного обслуговування та фінансової неспроможності її утримання. Спроби реформ були фрагментарними і спорадичними. Незважаючи на збільшення видатків, система

залишалася нездатною оперативно реагувати на сучасні виклики та захищати громадян від значних витрат на лікування з власних коштів [134].

Кардинальні зміни у сфері медичного обслуговування в Україні розпочато у 2014 р. з конституційних змін щодо децентралізації влади та формування спроможних територіальних громад. У цьому контексті запроваджено секторальну децентралізацію охорони здоров'я, яка передбачає передачу від держави до місцевого самоврядування відповідних повноважень, ресурсів і відповідальності. Децентралізація медицини включала:

зменшення навантаження та витрат на утримання ЗОЗ;

підвищення доступності та якості медичних послуг на місцевому рівні через децентралізацію ЗОЗ (створення госпітальних округів, наближення послуг до населення, залучення кваліфікованих фахівців);

формування орієнтованої на пацієнта системи медичного обслуговування, спрямованої на захист життя та здоров'я громадян.

Втім, ефективність децентралізації медицини нині залишається низькою. У сфері медичного обслуговування зберігаються системні проблеми, які потребують подальших адміністративних і фінансових змін. На думку співробітників НІСД, для самодостатності ЗОЗ слід розширити їхню управлінську, адміністративну та фінансову автономію, коло повноважень щодо самофінансування та самостійного розпорядження коштами [171].

Недофінансування медичної сфери та нерівномірний розподіл бюджетних ресурсів, особливо у сільські та віддалені райони, а також неспроможність місцевих органів самоврядування забезпечити достатнє фінансування, призводять до дефіциту обладнання та медикаментів. Через це, а також погані умови праці, особливо у прифронтових областях, спостерігається нестача медперсоналу та відтік кваліфікованих фахівців у більш привабливі регіони чи за кордон. Як наслідок, доступність та якість медичних послуг істотно різняться між регіонами: у розвинених регіонах вони вищі, у менш забезпечених – нижчі.

У 2017 р. з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [121] медичну реформу було продовжено з

метою розширення доступу громадян до якісних і пацієнтоорієнтованих медичних послуг та наближення системи охорони здоров'я до європейських стандартів. У 2018 р. створено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) – ЦООВ, що реалізує принцип «гроші йдуть за пацієнтом» шляхом оплати фактично наданих медичних послуг. Розпочався новий етап трансформації системи охорони здоров'я, заснований на системних структурних перетвореннях, зокрема:

реформуванні первинної ланки медичної допомоги та створенні інституту сімейних лікарів на заміну дільничним педіатрам і терапевтам;

автономізації комунальних ЗОЗ та формуванні госпітальних округів;

реформуванні державних медичних центрів і науково-медичних інститутів.

На сьогодні розглядається можливість запровадження обов'язкового медичного страхування. До ключових завдань цього етапу реформи належать: формування конкурентного середовища між сімейними лікарями та ЗОЗ з метою підвищення якості послуг, захист пацієнтів від неофіційних платежів за умов задекларованої безоплатності медичної допомоги.

Експерти ВООЗ відзначають, що медична реформа в Україні підвищила стійкість національної системи охорони здоров'я до викликів, спричинених збройною агресією. В Звіті про прогрес імплементації реформи [178] акцентовано на важливості розбудови інституцій системи охорони здоров'я, підвищення підзвітності й прозорості їх діяльності та процесів ухвалення рішень. Водночас експерти ВООЗ звертають увагу на низку недоліків національної системи медичного обслуговування, зокрема:

відсутність чітких пріоритетів, критеріїв і доказової бази ПМГ, включаючи програму «Доступні ліки», нівелювання проведення аналізу економічної ефективності та прозорих консультацій із зацікавленими сторонами;

надмірно висока частка витрат «з кишені» пацієнтів на послуги медичного обслуговування, що свідчить про їх фінансову незахищеність та існування фінансових бар'єрів доступу до таких послуг; витрати «з кишені» пацієнтів йдуть на неформальні платежі, плата за лікарські засоби і стаціонарне лікування;

географічні диспропорції в можливостях доступу населення до послуг медичного обслуговування та придбання лікарських засобів;

відсутність ефективної системи ліцензування, акредитації надавачів медичних допомоги, стандартів медичних послуг, що негативно позначається на безпеці, якості таких послуг і допомоги;

відсутність з боку НСЗУ моніторингу, контролю за дотриманням цих організаційних механізмів публічного управління медичним обслуговуванням.

До недоліків, пов'язаних із підзвітністю та прозорістю у процесах ухвалення рішень і діяльності сфери медичного обслуговування в Україні, визначених експертами ВООЗ [178], належать надмірна адміністративна централізація НСЗУ та недостатня її фінансова контрольованість. НСЗУ є ЦОВВ зі спеціальним статусом, що реалізує державну політику у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування шляхом централізованої закупівлі лікарських засобів і медичних виробів для системи охорони здоров'я. Фактично НСЗУ на власний розсуд розподіляє бюджетні кошти, виділені на охорону здоров'я. Відсутність належного контролю з боку медичних експертів і громадськості, неефективне адміністрування та управління фінансами створюють сприятливі умови для корупційних правопорушень (отримання неправомірної вигоди, відмивання державних коштів тощо). Вітчизняні медики, фахівці та науковці у своїх публікаціях також наголошують, що низькі рівні підзвітності та прозорості підвищують корупційні ризики у галузі [152]. Варто зазначити, що в Україні корупція є глибоко історично вкоріненим і системним явищем, рівень сприйняття якого серед громадян залишається аномально високим порівняно з іншими країнами (*Додаток Б*).

Експерти Українського інституту політики [152] оцінюють результати медичної реформи в Україні радше скептично, оскільки для пересічного громадянина послуги медичного обслуговування стають дедалі менш доступними. За результатами всеукраїнського опитування: майже 43% госпіталізованих пацієнтів були змушені позичати кошти або продавати майно для покриття витрат на лікування; 30% респондентів відмовилися від візиту до лікаря через фінансові труднощі. На думку експертів, створення госпітальних округів у форматі

«оптимізації» спричиняє скорочення лікувально-профілактичних закладів, що, своєю чергою, знижує доступність медичної допомоги для населення. Програму медичних гарантій вони розглядають як формальність, оскільки держава компенсує не всі види медичної допомоги в повному обсязі. Фактично це означає скасування безоплатної медичної допомоги, закріпленої в ст. 49 Конституції України [61]. Погоджуємося з висновком Р. Бортника, директора Українського інституту політики, який наголошує, що ефективність реформи децентралізації охорони здоров'я залежить від фінансової децентралізації. Перекладання державою на органи місцевого самоврядування витрат на фінансування охорони здоров'я та відповідальності за медичне обслуговування без належної передачі податкових надходжень до місцевих бюджетів призводить до фактичного гальмування й формального піару цієї реформи.

Проблеми адміністративної децентралізації охорони здоров'я пов'язані з необхідністю розширення дискреційних повноважень на місцевому рівні. Вважаємо, що визначений перелік повноважень щодо ухвалення адміністративно-управлінських рішень у цій сфері доцільно делегувати від центральних органів публічного управління до місцевих органів влади залежно від ефективності їх діяльності. Практика свідчить, що неефективність управління на місцевому рівні часто зумовлена браком знань та досвіду у сфері охорони здоров'я, а також зловживаннями, які призводять до бюрократичних перепон, затягування управлінських процесів та упередженого розподілу ресурсів. Водночас надмірне послаблення централізованого управління у сфері медичного обслуговування може негативно позначитися на реалізації організаційних механізмів публічного управління, зокрема ліцензування, акредитації надавачів медичної допомоги, стандартизації, моніторингу та контролю якості медичних послуг. До проблем адміністративної децентралізації належать також труднощі в організації й координації перетворень у сфері медичного обслуговування та у взаємодії між різними рівнями влади й закладами охорони здоров'я.

Збройна агресія є політичним фактором, що дестабілізує сферу медичного обслуговування та негативно впливає на її функціонування. Внаслідок бойових

дій та ракетних обстрілів ЗОЗ зазнають масштабних руйнувань і пошкоджень, що обмежує доступ населення до медичних послуг і допомоги, особливо на тимчасово окупованих і прифронтових територіях. За даними МОЗ, станом на 2024 рік пошкоджено 1938 об'єктів у 715 медичних закладах, зруйновано 297 об'єктів у 114 закладах [40].

Збитки, завдані національній системі охорони здоров'я збройною агресією, є значними. За спільними оцінками експертів Світового банку, Уряду України, ООН та Єврокомісії, оприлюдненими у 2024 р., загальні соціально-економічні та інші збитки України внаслідок агресії сягнули майже 0,5 трлн дол. США (на 15% більше, ніж у 2022 р.). Орієнтовні обсяги фінансування, необхідні протягом найближчих 10 років для реконструкції та відновлення пошкодженої інфраструктури, становлять 486 млрд дол. США, тоді як наприкінці 2022 р. потреби відновлення оцінювалися у 411 млрд дол. США [221; 242].

За підрахунками експертів ООН, за три роки збройної агресії прямі загальні збитки України становили близько 176 млрд дол. США, з яких 1,6 млрд дол. США припадають на сферу охорони здоров'я. Для відбудови закладів охорони здоров'я у 2024 р. необхідно 873 млн дол. США, а впродовж наступних 10 років – 14,2 млрд дол. США [154, с. 4]. У 2024 р. з Державного бюджету України на ці цілі виділено понад 4 млрд грн, що дало змогу відновити та ввести в експлуатацію 124 медичних об'єкти [40].

Збройна агресія призвела не лише до фізичного обмеження доступу населення України до медичної допомоги, а й безпосередньо погіршила стан їхнього психічного здоров'я. Згідно з дослідженням Київського міжнародного інституту соціології в 2024 р.: 90 % населення переживали стресові ситуації; 39% потрапляли під бомбардування та обстріли; 30% пережили або продовжують переживати розлуку з близькими; 26% втратили близьких; 23% стикалися із серйозною хворобою близьких, а 18% самі хворіли [167].

Результати загальнонаціонального дослідження показали, що збройна агресія призвела до зростання рівня стресу, тривожності та симптомів посттравматичного стресового розладу серед українців. Найбільш уразливою

категорією виявилися вимушені зовнішні мігранти та ВПО [214]. Стан психічного здоров'я населення має тенденцію до подальшого погіршення. За результатами опитувань, проведених ВООЗ, після трьох років збройної агресії: 46% населення мають проблеми з психічним здоров'ям; 41% – психічні розлади; 39% – неврологічні захворювання; у 68% стан здоров'я погіршився порівняно з довоєнним періодом [253]. У цьому контексті особливої актуальності набувають питання розбудови системи психологічної, психіатричної й реабілітаційної допомоги.

Корупція – негативне соціально-політичне явище, яке детермінує значною мірою політичне макросередовище публічного управління медичним обслуговуванням. Протягом багатьох років корупція залишається «ахіллесовою п'ятою» публічного управління в Україні. Це підтверджується аналізом індексів сприйняття корупції[5] (далі – ІСК) та відповідних рейтингів, які щорічно розробляються експертами глобальної антикорупційної організації Transparency International (далі – ТІ). ІСК широко застосовуються як у публічному управлінні для оцінювання рівня корупції в державному секторі, так і інвесторами для визначення ризиків інвестування у певні країни. На думку експертів, корупція є серйозною загрозою, що стримує проведення реформ, уповільнює економічний і соціальний розвиток та перешкоджає реалізації прав людини й громадянина.

Як видно з діаграми (*Додаток Б*), у 1998-2024 рр. ІСК України стабільно залишається низьким і коливається в межах 25-36 балів за 100-бальною шкалою. У 2024 р. ІСК України становив 35 балів (середній світовий показник — 43), що відповідає 105-му місцю серед 180 країн. У 2023 р. Україна посіла 104-те місце, що свідчить про відсутність відчутного прогресу в боротьбі з корупцією, незважаючи на активізацію антикорупційної законодавчої діяльності.

Корупція є однією з ключових внутрішніх перешкод розвитку українського суспільства, а її зниження – «наріжним каменем» інтеграції країни до ЄС. Попри відновлення активізацію роботи антикорупційних інституцій, рівень корупції продовжує сприйматися населенням як дуже високий (82,6% респондентів), що

[5] **Індекс сприйняття корупції** (англ. *Corruption Perceptions Index*) оцінює рівень корупції в країнах світу за 100-бальною шкалою від 100 (корупція відсутня) і 0 (максимальна корупція).

засвідчують результати опитування Центру соціальних та маркетингових досліджень «СОЦИС» (червень 2025 р.) [42]. Це підтверджує наявність системних недоліків антикорупційної політики, які обмежують її результативність. Високий рівень корупції негативно впливає на міжнародне сприйняття України та зумовлює потребу у системних змінах підходів до публічного управління.

Рівень корупції в Україні (*Додаток Б*) певною мірою корелює з проявами корупції у сфері медичного обслуговування, оскільки охорона здоров'я є однією з галузей, що аналізується експертами ТІ. Корупція у медичній сфері призводить до нецільового й неефективного використання бюджетних, інших коштів, підвищення витрат на медичну допомогу та зменшення її обсягів, зниження якості послуг і обмеження доступу пацієнтів, особливо соціально вразливих груп, до лікування. Вона спонукає до неофіційних платежів, що додатково збільшує вартість лікування, а також порушує право на безоплатну медичну допомогу та охорону здоров'я, гарантоване ст. 49 Конституції України [61].

Результати моніторингу корупційних випадків та звернень громадян із повідомленнями про корупцію свідчать, що це явище системно охоплює сферу охорони здоров'я в Україні, зокрема через практику тіньових платежів [11; 64]:

у форматі взаємодії «пацієнт – лікар» тіньові платежі передбачають отримання неправомірної вигоди за видачу листка тимчасової непрацездатності чи інших медичних довідок; проведення операцій, надання медичних послуг і консультацій; підтвердження або приховування медичних фактів; виписку пацієнта зі стаціонару чи продовження його перебування; надання «потрібного» висновку військово-лікарської комісії;

у закладах охорони здоров'я корупційні прояви виявляються під час прийому на роботу «за домовленістю» або отримання керівних посад; при направленні лікарем пацієнта з рецептом до конкретної фармацевтичної компанії чи аптеки;

на державному рівні корупція проявляється під час проведення державних закупівель лікарських засобів та медичного обладнання: від етапу оцінки потреб і формування умов тендеру до проведення торгів, підкупу, визначення переможця та виконання договорів постачання.

Стан притягнення правопорушників до кримінальної відповідальності за корупцію та шахрайство у сфері охорони здоров'я залишається незадовільним. Основними чинниками, що зумовлюють високий рівень корупції, є відсутність прозорості в процесах ухвалення управлінських рішень і недосконалість нормативно-правової бази. Водночас результати опитування, проведеного в Україні наприкінці 2024 р. дослідницькою компанією InfoSapiens [192], засвідчили, що українці відносять охорону здоров'я та зниження рівня корупції до переліку найочікуваніших реформ. Респонденти вважають головними перепонами для їх реалізації дефіцит політичної волі та недостатню протидію корисливим інтересам і корупційним практикам.

Важливе значення в політичному макросередовищі публічного управління медичним обслуговуванням в Україні мають міжнародні медичні партнерства, визначені, зокрема, ст. 426-429 Угоди про асоціацію між Україною та ЄС [173], що спрямовані на підвищення рівня здоров'я населення як передумови економічного зростання. Практично це проявляється через підтримку ВООЗ, ЄС, USAID та інших міжнародних організацій у вигляді фінансових ресурсів, грантів і програм, експертно-консультаційної допомоги, обміну досвідом, технологіями та медичною інформацією. За даними МОЗ, міжнародне партнерство охоплює 37 українських закладів охорони здоров'я, які співпрацюють із 44 медичними установами з 21 країни світу.

За даними МОЗ, у 2016-2024 рр. галузь охорони здоров'я України отримала міжнародну технічну допомогу в межах 28 проєктів, спрямованих на підтримку реформ охорони здоров'я, зокрема: «Підтримка реформи охорони здоров'я» (США), «Супровід урядових реформ» (Канада), «Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я» (ЄС) та ін. Загальний обсяг фінансування становив понад 1,4 млрд дол. США. Найбільшими партнерами розвитку української системи охорони здоров'я були: уряд США – 187,6 млн дол. США; Норвегія – 21,4 млн дол. США; Канада – 16,9 млн дол. США; Швейцарія – 16,1 млн дол. США; ЄС – 4,92 млн дол. США [78].

Основними донорами зовнішньої фінансової допомоги Україні є: ЄС – 17,3 млрд дол. США (з них 3,2 млрд дол. США – гранти); МВФ – 5,3 млрд дол. США (пільгове фінансування); Світовий банк – 3,2 млрд дол. США (пільгове фінансування); Банк розвитку Ради Європи – 11 млн дол. США (пільгове фінансування в межах проєкту Світового банку HEAL Ukraine на відшкодування видатків державного бюджету за програмою медичних гарантій) [92].

Співробітництво України з ВООЗ є складовою міжнародного партнерства та напрямом забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування, що актуалізується в умовах глобалізації. Воно здійснюється через Європейське регіональне бюро (ЄРБ) ВООЗ на підставі двосторонніх угод у трьох стратегічних напрямах [254, с. 14]: 1) реагування на надзвичайні ситуації – забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг в умовах воєнного стану, включно з екстреною та первинною допомогою та інтегрованим пакетом медичних послуг; 2) відновлення системи охорони здоров'я – профілактика та зменшення основних ризиків для здоров'я населення (НІЗ, інфекційні захворювання, вакцинація, психологічне здоров'я); 3) підтримка медичної реформи – підвищення спроможності інституцій та можливостей громадської охорони здоров'я відповідно до норм і стандартів ЄС.

У 2025 р. ВООЗ надає Україні фінансування у розмірі 110 млн дол. США, з яких 68,4 млн дол. США передбачено на гуманітарну допомогу, пов'язану зі збройним конфліктом, а 41,6 млн дол. США – на відновлення та реформування національної системи охорони здоров'я, включно з розвитком реабілітаційної допомоги, потреба в якій різко зросла в умовах збройної агресії [242; 252].

Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) є одним із ключових донорів у сфері охорони здоров'я в Україні з 1992 р. У 2022-2024 рр. Україна посідала перше місце за обсягом допомоги від USAID – відповідно 9,95 млрд дол. США (2022), 16,43 млрд дол. США (2023) і 6,05 млрд дол. США (2024). Наприкінці 2024 р. в Україні діяли 39 програм USAID із загальним бюджетом приблизно 4,28 млрд дол. США або приблизно 2-2,5% ВВП. У межах фінансування охорони здоров'я: 24,4 млн дол. США у 2022, 43,4 млн дол. США у

2023 та 57,2 млн дол. США у 2024 роках. USAID також надавав прямий, безповоротний бюджетний грант: в серпні 2024 до бюджету України було передано 3,9 млрд дол. США. У січні 2025 р. адміністрація президента Д. Трампа призупинила фінансування більшості програм USAID. В липні агентство було фактично ліквідоване, близько 83 % програм було скорочено, що торкнулося і проєктів у сфері охорони здоров'я. Наразі Уряд України розглядає можливості фінансування важливих програм із держбюджету та заміщення міжнародної допомоги через партнерство з ЄС, іншими країнами та установами [188; 237; 240].

Таким чином, міжнародні медичні партнерства та допомога міжнародних організацій (ВООЗ, USAID, ЄС) залишаються важливим зовнішнім політичним фактором публічного управління сферою медичного обслуговування в Україні. Водночас скорочення обсягів фінансування та перерозподіл каналів його надходження створюють додаткові виклики для забезпечення доступності, якості й ефективності медичних послуг.

2.3. Економічні та соціально-демографічні детермінанти публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні

Економічне та соціально-демографічне макросередовища, тісно взаємопов'язані між собою (*Рис. 2.1*), належать до ключових чинників функціонування сфери медичного обслуговування. Їхні фактори істотно детермінують рівень доступності, якості та ефективності медичних послуг і медичної допомоги, а також стан громадського здоров'я загалом.

Економічне макросередовище формують такі основні фактори:

– стан економічного розвитку – збитки галузі охорони здоров'я від збройної агресії, руйнування та знищення мережі закладів охорони здоров'я, зовнішні державні запозичення й зростання дефіциту державного бюджету;

– фінансове забезпечення – видатки державного й місцевих бюджетів, а також благодійні внески на охорону здоров'я;

– економічні детермінанти доступності медичної допомоги та послуг – рівень доходів і купівельної спроможності населення при оплаті медичних послуг.

Збройна агресія суттєві деструктивні наслідки для економіки України. За індексом реального ВВП (2021 р. – 100%), у 2022 р. зафіксовано спад на 28,8%, у 2023 р. відбулося часткове відновлення економіки на рівні 5,3 %, а у 2024 р. – близько 3% [256]. За прогнозними оцінками дослідників Кільського інституту світової економіки, підготовленими на основі аналізу понад 150 воєн у 60 країнах у період з 1870 р., у разі продовження збройної агресії до 2026 р. сукупні втрати ВВП України можуть сягнути близько 120 млрд дол. США, а обсяг основного капіталу скоротитися більш ніж на 950 млрд дол. США [198].

Збройна агресія завдає Україні масштабних економічних збитків із довгостроковими наслідками. Для їх оцінки доцільно звернутися до Четвертої оперативної оцінки збитків і потреб (англ. Fourth Rapid Damage and Needs Assessment, RDNA4), підготовленої експертами Світового банку, Єврокомісії та Урядом України в межах спільного проєкту. У документі підсумовано результати трьох років збройної агресії, визначено обсяги завданих збитків і втрат, а також окреслено потреби у відновленні та реконструкції на наступне десятиліття.

Станом на 31.12.2024 р. загальна вартість відновлення та реконструкції України оцінюється у 524 млрд дол. США протягом наступного десятиліття, що приблизно у 2,8 раза перевищує номінальний ВВП країни. За даними RDNA 4, прямі економічні збитки за цей період становили 176 млрд дол. США, з яких понад 57 млрд дол. США (33%) припадає на житловий сектор, а 1,6 млрд дол. США (≈1%) –на сферу охорони здоров’я. Сукупні втрати вітчизняної системи охорони здоров’я оцінюються у 19,6 млрд дол. США, а мінімальна потреба у фінансуванні її відновлення становить 19,4 млрд дол. США. Охорону здоров’я віднесено Урядом України до одного з дев’яти пріоритетних напрямів державних інвестицій у відновлення та реконструкцію, з яких 5% передбачається спрямувати на відновлення медичної інфраструктури та обладнання [239].

Наведені вище обсяги збитків є безпрецедентними та прямо корелюють із станом інфраструктури закладів охорони здоров’я. Збройна агресія призвела до значного руйнування та знищення медичних об’єктів. За даними Моніторингової місії ООН з прав людини, у період з 24.02.2022 р. до 24.02.2025 р. в Україні

постраждало 786 медичних закладів, з них 86 зруйновано та 700 пошкоджено [230], що створює критичне навантаження на систему охорони здоров'я. Водночас станом на 24.02.2024 р. кількість постраждалих об'єктів майже подвоїлася: було зафіксовано 465 пошкоджених ЗОЗ (59 зруйновано та 406 пошкоджено) [228]. За даними на початок липня 2022 р., 118 об'єктів було повністю зруйновано, ще 633 – частково пошкоджено (на 2-90 %), а сукупні збитки сектору охорони здоров'я оцінювалися приблизно у 35 млрд грн [76].

За даними ВООЗ, у 2022-2025 рр. зафіксовано 2254 збройних напади з боку РФ на систему охорони здоров'я України, зокрема 1897 атак на об'єкти ЗОЗ, 495 – на логістичні маршрути постачання медикаментів, а також 404 випадки пошкодження чи знищення транспорту, що доставляв ліки. Унаслідок цих нападів зруйновано або знищено 29 складів медикаментів**,** загинуло 208 осіб, постраждали 111 пацієнтів і 286 медичних працівників, травмовано 710 осіб [248]. Ці дані свідчать, що Україна зазнає не лише фізичного руйнування мережі ЗОЗ, а й значних втрат людського капіталу, що негативно впливає на кадрове забезпечення та економічну стабільність сфери медичного обслуговування.

Припиненню економічного спаду та відновленню помірного зростання реального ВВП України значною мірою сприяла зовнішня фінансова підтримка. За даними Мінфіну України, з лютого 2022 р. держава отримала понад 100 млрд дол. США грантів і кредитів від міжнародних організацій та урядів інших країн (31,1 млрд дол. США у 2022 р., 42,5 млрд дол. США у 2023 р. і 27,2 млрд дол. США у 2024 р.), які спрямовувалися на фінансування соціальної сфери, включно з охороною здоров'я. Подальше надання міжнародної бюджетної підтримки не є гарантованим і залежатиме від проведення фінансового аудиту та досягнення визначених показників. Отже, скорочення міжнародної допомоги становить серйозний виклик для Держбюджету України і сфери медичного обслуговування.

Чинником, що може негативно впливати на фінансове забезпечення сфери медичного обслуговування, є високий дефіцит держбюджету, який у 2025 р. становить 1,6 трлн грн (~19,5% ВВП) проти 20,4% у 2023 р. та менш ніж 2% у 2017-2019 рр. У 2024 р. державний і гарантований борг зріс на 1,46 трлн грн

(20,74 млрд дол. США), а в 2025 р. досяг 8,5 трлн грн (101,5% ВВП). Платежі з його обслуговування становлять 481 млрд грн (12,8% видатків бюджету), а до 2050 р. Україна має сплатити близько 8,5 трлн грн, з них 3 трлн грн [91] – відсотки, що створює значну загрозу фінансовій стабільності.

За даними Мінфіну України [9; 45], збройна агресія зумовила різке зростання співвідношення державного боргу до ВВП: з 43,3% у 2021 р. до 71,6% у 2022 р. і 79,4% у 2023 р. Станом на 31.12.2024 р. обсяг державного і гарантованого державою боргу України становив 6,98 трлн грн (166,06 млрд дол. США), з яких 5,048 трлн грн (72,32%) – зовнішній борг (120,09 млрд дол. США), що дорівнює близько 40 % золотовалютних резервів країни, та 1,93 трлн грн (27,68%) – внутрішній борг (45,97 млрд дол. США).

Протягом трьох років збройної агресії Україна отримала суттєву міжнародну фінансову підтримку. Зокрема, як зазначалося вище USAID надало 2,6 млрд дол. США гуманітарної допомоги, 5 млрд дол. США допомоги на розвиток та понад 30 млрд дол. США бюджетної підтримки, спрямованої на покриття державного боргу, виплату зарплати працівникам охорони здоров'я, освітянам та державним службовцям. Євросоюз надав Україні 45 млрд євро бюджетної допомоги для фінансування видатків державного бюджету.

Отже, видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я значною мірою залежать від зовнішньої підтримки міжнародних фінансових організацій, установ та іноземних держав-донорів. Власних доходів бюджету недостатньо для покриття видатків, а міжнародна допомога, що формує понад чверть його доходів і обліковується за статтею «Інші джерела власних надходжень бюджетних установ», фактично є прямим фінансуванням дефіциту бюджету. Така залежність створює серйозний фіскальний ризик і не гарантує стабільності та достатності фінансування сфери медичного обслуговування.

Фінансове забезпечення є ключовим економічним драйвером розвитку сфери медичного обслуговування (*Рис. 2.1*). Важливими залишаються питання забезпечення належного обсягу фінансових ресурсів та підвищення результативності їх використання для реалізації цілей і завдань медичної

реформи. Обсяги фінансового забезпечення мережі закладів охорони здоров'я залежать від рішень щодо бюджетного розподілу, які формуються, приймаються та впроваджуються органами законодавчої, виконавчої й представницької влади в межах відповідних державних програм.

До початку збройної агресії обсяги щорічного фінансування сфери охорони здоров'я в Україні демонстрували тенденцію до зростання, однак за питомою вагою у загальних державних видатках та часткою ВВП ці показники поступалися рівням, характерним для більшості країн світу [146]. Збройна агресія спричинила безпрецедентне в історії України зростання видатків державного бюджету на сектор безпеки й оборони, частка яких у 2025 р. становить 51,3% (2,2 трлн грн), а у 2026-2027 рр. заплановано 1,2 трлн грн і 1,5 трлн грн відповідно. За умов воєнного стану на цей сектор спрямовується близько половини видатків бюджету, тоді як у країнах НАТО – близько 2%. Унаслідок цього було запроваджено фінансові обмеження, і частка видатків на охорону здоров'я скоротилася з 11,4% у 2021 р. до 4,6% у 2024 р. і 1,45% у 2025 р. У 2025 р. видатки на сферу охорони здоров'я становили близько 217 млрд грн, або 2,5% ВВП, з яких: 175,5 млрд грн – фінансування програми медичних гарантій; 11,8 млрд грн – закупівля лікарських засобів і медичних виробів; 5,6 млрд грн – модернізація закладів, придбання обладнання й створення реабілітаційних центрів; 4,4 млрд грн – фінансування громадського здоров'я [16]. Втім, цих ресурсів недостатньо для повного покриття витрат на відновлення інфраструктури охорони здоров'я, зруйнованої внаслідок збройної агресії.

В Україні до початку збройної агресії спостерігалася тенденція до збільшення видатків консолідованого бюджету на охорону здоров'я: з 61,5 млрд грн у 2013 р. до 71 млрд грн у 2015 р. та 103,6 млрд грн у 2018 р. Утім, у перерахунку на долари США ці видатки скоротилися майже вдвічі – з 7,68 млрд дол. США у 2013 р. до 3,93 млрд у 2018 р. [152]. Тобто, з урахуванням девальвації національної валюти та інфляції, номінальні бюджетні видатки на охорону здоров'я в Україні зростали у гривнях, втім зменшувалися у вільно конвертованій валюті.

За даними Держстату, в Україні на надання медичних послуг витрачалося близько 237 дол. США на одну особу, що у 11,5 раза менше, ніж в Ізраїлі, та у 2,7 раза менше, ніж у Польщі [127]. У 2015-2020 рр. сукупні (державні та приватні) видатки на охорону здоров'я становили 7-8 % ВВП, з яких державні видатки складали близько половини (4-4,5% ВВП у 2021 р.). Згідно з рекомендаціями ВООЗ, належне функціонування сфери охорони здоров'я потребує фінансування на рівні не менше 7% ВВП, тоді як у розвинутих країнах (США, Бельгії, Данії, Норвегії) цей показник сягає 8 % і вище, а часто перевищує 10% [152]. Отже, частка видатків України на охорону здоров'я у ВВП та у структурі державних витрат залишається значно нижчою, ніж у більшості розвинутих країн.

У 2022-2024 рр. Україна отримала іноземну фінансову допомогу на потреби державного бюджету на загальну суму понад 115 млрд дол. США: 31,1 млрд дол. США у 2022 р., 42,5 млрд дол. США у 2023 р. та 41,6 млрд дол. США у 2024 р. Близько 63% цієї допомоги становили кредити, решта – гранти. У 2024 р. за рахунок міжнародної підтримки було профінансовано соціальні видатки держбюджету на суму 9,3 млрд дол. США. Потреба України у зовнішньому фінансуванні на 2025 р. оцінюється у 38,4 млрд дол. США [172].

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється з різних джерел, зокрема державного та місцевих бюджетів, коштів соціального страхування, фінансових внесків юридичних і фізичних осіб, а також міжнародної донорської допомоги. До початку збройної агресії на державне фінансування, що охоплювало кошти місцевих бюджетів і соціального страхування, припадало близько 50% сукупних витрат на охорону здоров'я, на внески юридичних і фізичних осіб – близько 48%, тоді як інші джерела забезпечували лише 0,2% видатків [134].

Відповідно до ч. 3 ст. 89 Бюджетного кодексу України [12], з бюджетів сільських, селищних і міських територіальних громад фінансуються видатки на охорону здоров'я, зокрема оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних ЗОЗ, необхідних для надання медичних послуг у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Крім того, передбачаються видатки на реалізацію місцевих програм громадського здоров'я

та фінансування медичних послуг понад установлені обсяги. Експертний аналіз фінансування ЗОЗ [177, с. 18] свідчить, що органи місцевого самоврядування вимушені повністю покривати витрати на комунальні послуги, енергоносії та програми розвитку закладів, що у 2024 р. становило 8,9 млрд грн, а також спрямовувати додаткові кошти на покриття державного дефіциту у наданні медичних послуг (18,6 млрд грн). Видатки з державного бюджету не покривають усіх потреб ЗОЗ, тому дефіцит фінансування компенсувався також за рахунок благодійних внесків (17,3 млрд грн) і платних послуг (3,3 млрд грн). При цьому обсяги благодійних надходжень зросли на 10 млрд грн, що свідчить про зростання ролі позабюджетних джерел фінансування у підтримці функціонування мережі закладів охорони здоров'я.

До факторів економічного макросередовища належить доступність для населення лікарських засобів, медичної допомоги та відповідних послуг (*Рис. 2.1*). Її суттєво ускладнюють руйнування та знищення інфраструктури охорони здоров'я, а також втрати серед лікарів і медичного персоналу. Сукупність цих чинників призводить до зростання навантаження на функціонуючі ЗОЗ, зниження рівня якості й ефективності надання медичних послуг. Бойові дії, регулярні ракетні удари, артилерійські обстріли та авіаційні бомбардування з боку збройних сил РФ спричиняють пошкодження медичної інфраструктури та створюють безпрецедентні виклики для сфери медичного обслуговування: медичний персонал змушений працювати в умовах постійного ризику, а пацієнти – стикатися з перебоями та перешкодами у доступі до медичних послуг. У таких умовах у прифронтових регіонах (Харківській, Луганській, Донецькій, Запорізькій, Херсонській областях) можливості населення отримати медичну допомогу та придбати лікарські засоби істотно обмежуються й супроводжуються високими ризиками [3, с. 12-13].

Відсутність належного доступу до якісних медичних послуг для цивільного населення на тимчасово окупованих територіях України (далі – ТОТ) суттєво загострює кризові явища у сфері медичного обслуговування. Переважна більшість мешканців ТОТ позбавлена можливості отримати кваліфіковану медичну

допомогу (амбулаторну, стаціонарну, спеціалізовану), оскільки близько 70% лікарень на цих територіях перепрофільовано у військові госпіталі для потреб збройних формувань РФ. Значна частина ЗОЗ на ТОТ припинила роботу через гострий дефіцит медичних кадрів, який перевищує 3 тис. осіб. Для його часткового покриття здійснюється направлення медичних бригад із РФ на ТОТ на ротаційній (вахтовій) основі з виплатою грошових премій їхнім учасникам [88].

На ТОТ доступ цивільного населення до медичних послуг суттєво обмежений. Право на медичне обслуговування в ЗОЗ надається переважно особам, які мають російський паспорт і поліс медичного страхування, отримані внаслідок примусової паспортизації. Українців без російських документів юридично прирівнюють до осіб без громадянства або так званих «іноземних агентів», що, згідно із законодавством РФ, може призвести до втрати батьківських прав, адміністративного ув'язнення чи примусового виселення. Медична інфраструктура на ТОТ фактично переорієнтована на забезпечення потреб російських військових і цивільного населення РФ, що створює бар'єри для місцевих жителів. Забезпечення медикаментами залишається критично низьким: вітчизняні та європейські препарати відсутні, наявні російські й китайські ліки є дорогими й менш ефективними. Це, разом із відмовами у продажу ліків першої необхідності та медичному обслуговуванні, зумовлює зростання смертності та погіршення епідеміологічної ситуації серед цивільного населення ТОТ [86; 87; 88].

Для оцінки доступності лікарських засобів і медичної допомоги доцільним є аналіз показників їх вартості та частки у структурі витрат домогосподарств. На основі наведених нижче даних можна констатувати, що ці показники є надмірно високими, що створює суттєві фінансові бар'єри для населення. У результаті більшість громадян опиняється в умовах фінансової незахищеності під час отримання медичних послуг і змушена обмежувати придбання життєво необхідних лікарських засобів. Результати соціологічних опитувань [96, с. 18, 27; 178, с. 18] підтверджують високий рівень фінансової вразливості населення у сфері медичного обслуговування:

доступність лікарських засобів: 81% домогосподарств повідомили про труднощі з отриманням необхідних ліків, а 6% не змогли їх придбати взагалі (для порівняння, у 2022 р. таких було близько 25%); серед основних причин респонденти назвали: зростання цін на лікарські засоби (84% у 2022 р., 71% у 2024 р.) та нестачу коштів для їх придбання (35%); 55% опитаних не обізнані про державну програму «Доступні ліки»;

доступність медичної допомоги: 54 % респондентів потребували медичної допомоги, із них 65 % стикнулися з труднощами при її отриманні, а 17% – не змогли отримати допомогу взагалі;

фінансове навантаження: приблизно 96% українців оплачують витрати на ліки та медичні послуги «з власної кишені», що є одним із найвищих показників у Європі; структура цих витрат: 44% припадає на купівлю лікарських засобів, 43% – на стаціонарне лікування; частки витрат домогосподарств на ліки та медичні послуги: незначні (<10%) – 35%; середні (10-25%) – 27%; значні (25-50 %) – 13%; великі (51-75%) – 4 %; майже весь дохід (75-100 %) – 4 %;

катастрофічні витрати: 17% домогосподарств (насамперед багатодітні, малозабезпечені, особи похилого віку, з інвалідністю та жителі сільської місцевості) зазнали катастрофічних витрат на медичне обслуговування, що призвело до переходу за межу бідності, що є одним із найвищих показників серед країн Європи та створює ризики подальшого соціального зубожіння;

доходи домогосподарств (20222024 рр.): понад 30 тис. грн – 5-10%; 20-30 тис. грн – 7-9%; 10-20 тис. грн – 28-29%; до 10 тис. грн – 40-49%; без доходу – 4-5%.

Дослідження засвідчили високий рівень як формальних, так і неформальних платежів пацієнтів «з власної кишені» на оплату медичних послуг і лікарських засобів: неформальні платежі становлять від 14% до 24%, благодійні внески – 10-17%. Результати опитувань, проведених глобальною дослідницькою компанією GfK Ukraine, підтверджують ці висновки: близько 18 млн громадян України щорічно звертаються до ЗОЗ, і 93 % із них змушені оплачувати отриману медичну допомогу власними коштами. Приблизно 50% пацієнтів відкладають або повністю відмовляються від лікування, а понад 70% змушені вдаватися до самолікування

через нестачу фінансових ресурсів. За статистичними даними, щороку близько 600 тис. домогосподарств витрачають на охорону здоров'я «катастрофічні» суми коштів, що призводить до істотного зростання фінансових ризиків для сімейних бюджетів. Найбільші особисті витрати населення припадають на лікування, стаціонарну медичну допомогу та придбання лікарських засобів, у тому числі з недоведеною або низькою клінічною ефективністю. Значна кількість домогосподарств не може отримати необхідні медичні послуги або ліки через їхню фінансову недоступність. Держава відшкодовує за рахунок бюджетних коштів лише 3,3% найменувань зареєстрованих лікарських засобів і приблизно 4,5% фактично придбаних пацієнтами ліків [46, с. 56].

За результатами досліджень ВООЗ, 84% випадків смертності пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями (НІЗ) в Україні зумовлені високою вартістю лікарських засобів і низькою доступністю медичних послуг. Вказані фактори істотно підвищують вразливість цієї категорії пацієнтів, спричиняють перебої у безперервності медичного нагляду та ведуть до незворотного погіршення стану здоров'я [248].

Разом із тим, у 2025 р. з Державного бюджету України на реалізацію програми «Доступні ліки» було виділено 6,6 млрд грн, а перелік лікарських засобів, що підлягають відшкодуванню, розширено більш ніж на 30 найменувань. Указом Президента України від 12.02.2025 № 82/2025 «Про додаткові заходи щодо забезпечення доступності лікарських засобів для українців» [137] передбачено зниження цін на 30% для ста найбільш затребуваних препаратів. Зазначені заходи спрямовані на стабілізацію цінової ситуації на фармацевтичному ринку, підвищення прозорості ціноутворення та посилення конкуренції серед його учасників. Антимонопольний комітет України уповноважено посилити контроль за дотриманням вимог законодавства про захист економічної конкуренції суб'єктами фармацевтичного ринку, а правоохоронні органи мають вживати заходів щодо виявлення фінансових зловживань і непрозорих практик ціноутворення, які призводять до штучного завищення цін на лікарські засоби.

Соціально-демографічне макросередовище публічного управління сферою медичного обслуговування в Україні формується сукупністю соціальних і демографічних чинників. Соціальний вимір медичного обслуговування (*Рис. 2.1*) частково визначається ст. 3 Конституції України [61], у якій людина, її життя і здоров'я проголошені найвищою соціальною цінністю. Реалізація цього положення на практиці потребує впровадження людиноцентричної публічної політики. Реалії соціального розвитку, в яких нині перебуває населення України, створюють серйозні виклики для публічного управління сферою медичного обслуговування. Насамперед йдеться про значні втрати серед цивільного населення внаслідок збройної агресії: за даними експертів ООН, у період з 24.02.2022 р. до 24.02.2025 р. загинуло щонайменше 12 654 цивільних осіб, а 29 392 були поранені; серед загиблих – 673 дитини, ще 1 865 отримали поранення [231]. За даними незалежного репортерського медіа Frontliner [201], чисельність населення України скоротилася щонайменше на 10 млн осіб. Масова міграція, рекордна смертність, різке зниження народжуваності та прискорене старіння населення формують серйозний соціальний виклик для майбутнього країни. Згідно з інформацією моніторингової місії ООН з прав людини в Україні, у червні 2025 р. зафіксовано найвищий за останні три роки рівень втрат серед цивільного населення: загинули 232 особи, ще 1 343 отримали поранення [241].

Цивільне населення України зазнало внаслідок збройної агресії значних людських втрат, страждань і проявів насильства. Верховний комісар ООН з прав людини Ф. Тюрк [229] зазначає, що агресія призвела до масових жертв серед українського населення, руйнування засобів до існування, вимушеного переміщення мільйонів громадян і втрати житла тисячами осіб. У результаті бойових дій було пошкоджено або повністю зруйновано сотні ЗОЗ, що спричинило серйозні порушення фундаментального права людини на охорону здоров'я.

У Звіті Управління Верховного комісара ООН з прав людини йдеться, що протягом двох років збройної агресії загинуло понад 10 тис. цивільних осіб, близько 20 тис. отримали поранення, а 37 тис. громадян України вважаються зниклими безвісти. Моніторингова місія ООН з прав людини в Україні

задокументувала щонайменше 30 457 жертв серед цивільного населення: 10 582 особи загинули та 19 875 отримали поранення. Серед них – 587 загиблих та 1 298 поранених дітей [228]. Помісячну динаміку втрат цивільного населення України у 2022-2024 рр. наведено на *Рис. 2.2*.

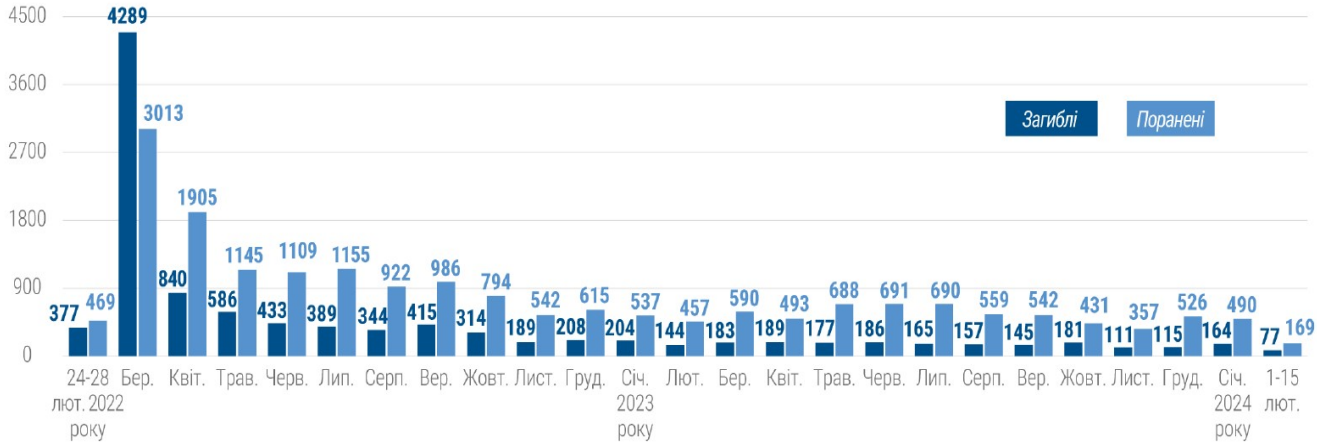


Рис. 2.2 Динаміка втрат серед цивільного населення України внаслідок збройної агресії РФ проти України (загальна кількість помісячно у 2022-2024 рр.) [228]

Реальні показники кількості загиблих і поранених серед цивільного населення України є суттєво вищими за офіційно задокументовані. Це зумовлено складністю процесів верифікації відповідної інформації, зокрема відсутністю доступу до даних із районів інтенсивних бойових дій, затримкою отримання і необхідністю підтвердження повідомлень. Зростання кількості поранених серед цивільних осіб і військовослужбовців закономірно спричиняє збільшення чисельності осіб з інвалідністю, які потребують медичної реабілітації.

Масова вимушена міграція спричиняє виникнення значних соціальних груп біженців, переселенців, внутрішньо переміщених осіб (далі – ВПО), шукачів притулку та емігрантів, що створює негативні наслідки для демографічного розвитку держави. Переміщення ВПО до більш безпечних регіонів України посилює навантаження на сферу медичного обслуговування та актуалізує питання доступності й якості медичних послуг. За масштабами, кількістю залученого населення, територіальним охопленням і тривалістю міграційна криза є

безпрецедентним для України соціальним явищем та однією з найбільших міграційних криз у Європі з 1940-х років.

У 2022–2023 рр. через бойові дії та тимчасову окупацію частини території України майже 20% населення були змушені залишити своє житло або постійне місце проживання та набули статусу ВПО. За даними Ф. Леклерка, директора Управління Верховного комісара ООН у справах біженців у Європі [232], станом на лютий 2024 р. близько 6,5 млн українців перебували за межами країни, шукаючи притулку, тоді як 3,7 млн осіб залишалися ВПО. Для порівняння, у світі близько 184 млн осіб (2,3% населення) вимушено проживають поза межами держави свого громадянства. У лютому 2023 р. Україна посідала 1-е місце у світі за кількістю вимушених біженців – близько 8 млн осіб, випереджаючи Сирію (6,8 млн), Венесуелу (5,6 млн), Афганістан (2,8 млн) та Південний Судан (2,4 млн) [247, с. 54].

Збройна агресія призвела до істотного зростання чисельності соціально вразливих груп населення, зокрема осіб з інвалідністю, дітей-сиріт і напівсиріт, малозабезпечених і багатодітних сімей, родин, що втратили годувальника, а також осіб з особливими потребами та обмеженою працездатністю. Зокрема, кількість малозабезпечених сімей збільшилася на 48 тис., а дітей з інвалідністю – на 45 тис. осіб. Унаслідок збройної агресії соціально-економічне становище та умови проживання цих категорій населення істотно погіршилися [46, с. 53].

Соціальний вимір медичного обслуговування зумовлюється значною мірою рівнем бідності населення. Слід зазначити, що з початком збройної агресії Держслужба статистики України призупинила на період дії воєнного стану проведення низки статистичних спостережень, зокрема щодо рівня бідності. Тому оцінка бідності здійснена на основі результатів загальнодержавного обстеження соціально-економічного стану домогосподарств, проведеного Інститутом демографії та проблем якості життя НАН України та Українським центром соціальних реформ [163]. Результати обстеження засвідчують, що рівень бідності в Україні зріс у 1,7 раза (з 20,6 % до 35,5 %) у 2023 р. порівняно з 2021 р., а у 2014-2015 рр.

– утричі. Найбільше бідність торкнулася пенсіонерів, внутрішньо переміщених осіб, громадян, які не змогли працевлаштуватися, та кожної п’ятої дитини.

Опитування, проведене дослідницькою агенцією Info Sapiens [172] на початку 2025 р., засвідчує, що рівень бідності в Україні становив 18,9%. Водночас, за оцінками голови Комітету ВРУ з питань фінансів, рівень бідності майже подвоївся – з 20% у 2022 р. до 37% у 2025 р. При цьому чинний прожитковий мінімум у розмірі близько 3 тис. грн оцінюється як економічно необґрунтований, оскільки не відображає реальних витрат і потреб населення. Дослідження Центру економічної стратегії підтверджують погіршення добробуту громадян: кожен четвертий українець змушений економити на харчуванні [18].

За даними Світового банку, частка населення України, що проживає у бідності, зросла з 5,5% на початку збройної агресії до 24,1% у грудні 2023 р. Це означає, що ще 7,1 млн громадян опинилися за межею бідності, а наприкінці 2024 р. їхня чисельність досягла 9 млн осіб. Така динаміка фактично відкинула Україну на 15 років назад у досягненні Цілей сталого розвитку ООН на період до 2030 р. [234; 235]. Варто зазначити, що протягом тривалого часу до початку збройної агресії Україна залишалася однією з найбідніших країн Європи (після Молдови), що підтверджується оцінками міжнародної організації The Borgen Project.

Ризик опинитися за межею бідності в Україні є особливо високим для багатодітних сімей, оскільки гарантована державою мінімальна заробітна плата на 4% нижча за встановлений рівень бідності. За даними експертів Світового банку, 84,7% домогосподарств із трьома і більше дітьми перебувають у стані бідності [245, с. 22]. За оцінками ЮНІСЕФ, від початку збройної агресії кількість дітей, що живуть у бідності, зросла у 1,5 раза [46, с. 53].

Зростання рівня бідності зумовлює подальше зубожіння населення, зниження платоспроможності пацієнтів щодо оплати медичних послуг і придбання лікарських засобів, що, своєю чергою, спонукає їх відмовлятися від необхідного медичного обслуговування. На тлі загального погіршення матеріального становища особливо відчутною стає висока вартість лікарських засобів, яка істотно обмежує їх доступність для широких верств населення.

За оцінками експертів Міжнародної організації праці (МОП), вимушена міграція населення, спричинена збройною агресією, має істотні негативні соціально-економічні наслідки для України. Зокрема, близько 2,75 млн українських біженців належать до працездатного віку. Від початку збройної агресії було втрачено приблизно 4,8 млн робочих місць, а за умови їх тривалого продовження цей показник може зрости до 7 млн [209].

На вітчизняному ринку праці спостерігається суттєве погіршення ситуації: рівень зайнятості знизився на 15,5%, що еквівалентно втраті близько 2,4 млн робочих місць. Дефіцит робочої сили на ринку праці в Україні зріс до 10,4% та в 2025 р. перевищив 8,7 млн осіб. Це рекордна кадрова криза та безпрецедентний виклик, який переживає країна. Найгостріше працівників не вистачає в сферах логістики, торгівлі, будівництва, медицини та освіти. За оцінками експертів, навіть повне повернення трудових мігрантів і біженців не здатне компенсувати втрати, спричинені збройною агресією, депопуляцією та масовою міграцією [175]. Е. Лібанова, директор Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. Птухи НАН України вважає, що дефіцит робочої сили в Україні набуває критичного характеру. До 2030 року внаслідок старіння населення та міграції країна ризикує втратити до 4,5 млн робочих місць. Якщо не відбудеться повернення біженців, виникне потреба залучати трудових мігрантів із менш розвинених країн. Для досягнення цільових показників економічного зростання, за розрахунками експертів, необхідно залучити щонайменше 8,6 млн додаткових працівників [178, с. 9; 209].

На початку збройної агресії ринок праці України зазнав потужного економічного шоку, що проявився у різкому скороченні як попиту, так і пропозиції робочої сили: шукачі роботи демонстрували пасивність, тоді як роботодавці істотно обмежили працевлаштування. Станом на сьогодні для національного ринку праці характерними є гострий дефіцит кваліфікованих кадрів, складнощі роботодавців із наймом та утриманням персоналу, поширення явищ психоемоційного професійного вигорання, перевантаження й хронічного стресу серед працівників. На тлі скорочення кількості робочих місць та зростання рівня безробіття в Україні спостерігається дефіцит робочої сили. Це явище

зумовлене масовою зовнішньою міграцією працездатного населення та мобілізацією до лав Збройних сил України. Результати опитування, проведеного на підприємствах [142], засвідчили гострий брак кваліфікованих кадрів, який негативно впливає на функціонування кожного четвертого підприємства (25,6%).

Оцінки рівня безробіття в Україні демонструють значну варіативність залежно від джерела. Зокрема, за даними дослідницької агенції Info Sapiens, рівень безробіття на початок 2025 р. становив 16,8%, а у 2024 р. – 17,0% [172]. За оцінками Центру економічних досліджень, відповідні показники становили 17,7% (2025 р.), 18,7% (2024 р.) та 21,1% (2022 р.) [91]. За інформацією експертів Національного інституту стратегічних досліджень, від початку збройної агресії чисельність робочої сили скоротилася на 5,5 млн осіб, що становить близько 40% від її довоєнного рівня, з яких приблизно 1 млн осіб було мобілізовано. Крім того, на ТОТ і внаслідок вимушеної міграції майже 6,5 млн осіб виїхали за межі України, з них близько 4,5 млн – особи працездатного віку [46, с. 23].

До ключових чинників дефіциту робочої сили в Україні належать: мобілізація працевлаштованих громадян до лав Збройних сил України, значні втрати серед цивільного населення внаслідок бойових дій, внутрішня та зовнішня трудова міграція, а також неконкурентний рівень заробітної плати, що не стимулює повернення або утримання кадрів на вітчизняному ринку праці.

Означені чинники справляють негативний вплив на функціонування ринку праці, обмежуючи можливості продуктивної зайнятості. В Україні мають місце такі негативні тенденції: зростання чисельності економічно неактивного населення; скорочення частки домогосподарств, для яких оплачувана робота є основним джерелом доходу (з 67% до 53%); зростання залежності домогосподарств від державних трансфертів (з 53% до 60%) та гуманітарної допомоги (з 1% до 21%) [46, с. 54]. Зниження доходів працюючого населення обмежує його доступ до медичної допомоги та знижує платоспроможність щодо оплати медичних послуг.

Експерти Національного інституту стратегічних досліджень [19] відмічають сталу тенденцію до погіршення ситуації на ринку праці та кадрового забезпечення у сфері охорони здоров’я України. Нині дедалі гострішим є питання скорочення

чисельності медпрацівників і дефіциту кваліфікованих кадрів. За їх розрахунками, поточний дефіцит вакансій у системі охорони здоров'я становить близько 13 тис. посад, а до 2030 р. рівень забезпечення лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом у ЗОЗ України очікувано знизиться до приблизно 74% від потреби.

Згідно даних Центру громадського здоров'я, у 2021-2022 рр. чисельність медпрацівників у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ України, скоротилася приблизно на 41 тис. осіб, зокрема кількість лікарів зменшилася на 6,3 тис. осіб, а молодшого та середнього медперсоналу (медсестер, фельдшерів, санітарів) – на 35 тис. осіб [185]. Подібну тенденцію засвідчують і дані НСЗУ: протягом цього ж періоду чисельність працівників ЗОЗ скоротилася на 56 тис. осіб, або 9,1%. Основною причиною цього явища визначається недостатній рівень фінансування оплати праці медичного персоналу з державного бюджету [177, с. 16].

За даними Укрінформ, в Україні спостерігається відтік медперсоналу за кордон (так званий медичний brain drain), який оцінюється приблизно у 1% [184]. Така тенденція посилює кадровий дефіцит у сфері охорони здоров'я, що негативно позначається на рівнях доступності, якості та ефективності медичних послуг. Ілюстрацією цього є зростання у 2,1 раза кількості зареєстрованих скарг пацієнтів щодо ненадання або неналежної якості медичної допомоги [46, с. 56].

Відповідно до індексу якості життя (Quality of Life Index), розробленого експертами Economist Intelligence Unit, Україна у 2024 р. посіла 65-те місце серед 85 досліджуваних країн [218]. За окремими складовими індексу Україна має такі позиції: індекс охорони здоров'я (Health Care Index) – 75-те місце серед 94 країн; індекс вартості життя (Cost of Living Index) – 125-те місце серед 146 країн.

Збройна агресія спричиняє погіршення стану здоров'я населення України через взаємопов'язані негативні чинники. Серед них – обмеженість можливостей отримання своєчасної, доступної та якісної медичної допомоги; зростання кількості випадків стресових і психологічних розладів серед постраждалих (зумовлених тривалим перебуванням військових, цивільних у стані хронічного стресу, зниженням імунітету, недостатньою профілактикою захворювань); загострення хронічних хвороб; зростання показників інвалідності [3, с. 20].

Демографічний вимір медичного обслуговування формується під впливом міграційних процесів, рівнів народжуваності, смертності та тривалості життя населення. У Стратегії демографічного розвитку України до 2040 р. [142] окреслено основні демографічні виклики, серед яких: скорочення чисельності населення внаслідок трудової міграції, низька народжуваність і висока передчасна смертність чоловіків; погіршення здоров'я населення через поширення психічних розладів та обмежений доступ до якісної медичної допомоги; збільшення чисельності осіб з інвалідністю, які потребують комплексної реабілітації; демографічне старіння, що зумовлює зростання потреби в медичних послугах. Актуальність набуває зростання попиту на психосоціальну підтримку та послуги у сфері психічного здоров'я, оскільки значна частина населення переживає наслідки психологічних травм і стресових розладів.

За даними Держстатслужби України, чисельність наявного населення станом на 01.02.2022 р. становила 41,13 млн осіб, скорочення чисельності за місяць – 36,9 тис. осіб, на 100 померлих припадало 32 живонароджені дитини [28]. Зі збройною агресією демографічна ситуація в Україні набула ознак глибокої кризи. У 2024 р. рівень смертності сягнув 18,6 на 1000 осіб (приблизно 495 тис. осіб), що є найвищим показником у світі та перевищує рівень народжуваності у 2,8 раза. Динаміка народжуваності має стійку тенденцію до зниження: 2024 р. народилося лише 177 тис. дітей (найменше за роки незалежності; для порівняння: 2010 р. – 497,7 тис.; 2023 р. – 187 тис.; 2022 р. – 207 тис.; 2021 р. – 277,8 тис. За умов необхідного для відтворення коефіцієнта народжуваності 2,15 дитини на одну жінку, у 2024 р. він становив лише 0,6 (0,7 – у 2023 р.) [13]. За даними Мін'юсту України, у І-му півріччі 2025 р. смертність перевищила народжуваність у 2,9 раза: зареєстровано 249 тис. смертей на 86,8 тис. народжень, що призвело до природного скорочення населення більш ніж на 162 тис. осіб [164]. Отже, сучасна демографічна ситуація в Україні має ознаки критичної демографічної кризи, а за масштабами її можна кваліфікувати як національну катастрофу, що матиме довгострокові соціально-економічні наслідки.

В Україні у 2023 р. порівняно з 2020 р. відбулося різке погіршення демографічних показників: середня очікувана тривалість життя скоротилася з 66,4 до 57,3 року для чоловіків і з 76,2 до 70,9 року для жінок, а рівень народжуваності знизився майже на 45%. За оцінками Інституту демографії та проблем якості життя НАН України, за умови збереження сучасних демографічних тенденцій чисельність населення України упродовж наступних 25 років може зменшитися до 25 млн осіб [142].

Темпи скорочення чисельності (депопуляція) населення в Україні свідчить про наявність глибокої та затяжної демографічної кризи. За даними ВООЗ, упродовж останніх років показники середньої очікуваної тривалості життя населення України, які безпосередньо корелюють із рівнем розвитку національної системи охорони здоров'я, залишаються одними з найнижчих у Європі. Україна належить до країн з найвищими у світі темпами депопуляції, що зумовлено поєднанням високих рівнів міграції та смертності [81, с. 33].

Інститут демографії та проблем якості життя НАН України оцінює чисельність населення країни у 35,8 млн осіб станом на липень 2024 р. та прогнозує її скорочення до 28,9 млн осіб до 2041 р. і до 25,2 млн осіб до 2051 р. [142]. Таким чином, в Україні спостерігається тенденція до депопуляції – стрімкого зменшення чисельності населення з довгостроковими негативними наслідками для демографічної структури. Серйозними викликами на найближчу перспективу є подальше зниження народжуваності, висока смертність, ймовірна еміграція значної частки жінок, дітей і молоді та постаріння наявного населення.

Збройна агресія суттєво впливає на демографічні процеси та формує майбутні соціально-економічні умови життя громадян України. Результати досліджень проблем біженців України, проведених Центром економічної стратегії (ЦЕС) – вітчизняним неурядовим аналітичним центром з питань економічної політики – у 2022-2024 рр. [7; 176], дають змогу зробити такі узагальнення:

4,9 млн українців, переважно жінок віком 35-44 років та дітей вимушено проживало за кордоном (у січні 2024 р., а у червні 2023 р. – 5,6–6,7 млн осіб);

основними країнами перебування українських біженців залишаються: Німеччина (27%) та Польща (24%) – станом на травень 2023 р.;

близько 63% українців, які перебувають за кордоном, висловлюють намір повернутися до України, проте від 1,4 до 2,3 млн осіб можуть залишитися за межами країни на постійній основі;

правовий статус українських біженців погіршується: у країнах Європи скорочуються соціальні виплати та обсяг безкоштовних послуг, що ускладнює умови їхнього перебування.

Результати опитування, проведеного у лютому 2024 р. експертами ООН [233], засвідчили зростання частки українців, які не планують повертатися додому: серед біженців – з 5% у 2023 р. до 11% у 2024 р., серед ВПО – з 7% до 15% відповідно. Водночас, 65% біженців (проти77 % у 2023 р.) та 72 % ВПО (проти 84% у 2023 р.) висловили намір повернутися в Україну. Приблизно 59% опитаних українських біженців зазначили, що будуть змушені повернутися через труднощі перебування за кордоном, насамперед через обмежений доступ до медичних послуг (35%). Належний рівень медичного обслуговування розглядається як одна з ключових передумов повернення українців на батьківщину. Щонайменше 80% українців, які нині вимушено перебувають у країнах Європи, не планують повертатися додому до припинення бойових дій, поліпшення доступу до медичних послуг, постачання електроенергії та води [244, с. 208].

У Стратегії демографічного розвитку України [142] зазначено, що основними чинниками неповернення українців на батьківщину є невпевненість у безпеці в країні (47%) та недостатній рівень доступу до медичних послуг (22%). Водночас в Україні спостерігається зростання чисельності ВПО: від 1,3 млн осіб до початку збройної агресії до 4,7 млн. осіб станом на липень 2024 р.

За коефіцієнтом чистої міграції[6], розробленим співробітниками Центрального розвідувального управління США (Central Intelligence Agency, далі – ЦРУ) [196], у 2024 р. Україна з показником 36,5‰ посіла перше місце серед 230

[6] **Коефіцієнт чистої міграції** – різниця між кількістю осіб, які прибули в країну та вибули з неї протягом року в розрахунку на 1000 осіб (на основі середньорічної чисельності населення).

досліджуваних країн. Іншими словами, різниця між тими українцями, що виїжджають за межі України, та тими, що в'їжджають у країну, становила 36,5 особи на 1 тис. наявного населення. Показник України майже вдвічі перевищує відповідний рівень Південного Судану (19,1‰, 2-ге місце) та Венесуели (13,2‰, 3-тє місце). Для порівняння: 201 місце посідає Латвія (-4,9‰), 210 місце – Польща (-6,2‰), 225 місце – Мальдіви (-12,8‰).

За даними ЦРУ [193; 194; 196], у 2024 р. Україна також посіла: 1-е місце у світі за рівнем смертності[7] з показником 18,6‰ (Катар – 229 місце, 1,4‰); останнє (228-е) місце у світі за рівнем народжуваності – 6‰ (Нігерія – 1-е місце, 46,6‰). Очікувана тривалість життя при народженні (що відображає рівень загальної якості життя і смертності) в Україні становила 70,5 року, зокрема: 65,4 року – для чоловіків, 75,8 року – для жінок. За цим показником Україна посіла 173 місце у світі, перебуваючи між Сенегалом, Габоном і Кенією.

Наведені вище демографічні дані можуть містити певну статистичну похибку. Зростання смертності населення України, особливо серед чоловіків, значною мірою зумовлене бойовими діями, ракетними обстрілами та низьким рівнем доступу до медичних послуг. Зниження народжуваності пояснюється погіршенням репродуктивного здоров'я населення внаслідок отриманих фізичних і психологічних травм. Підвищення рівня народжуваності можливе за умови створення для громадян безпечних і гідних умов проживання, забезпечення стабільного доступу до комунальних послуг та нормалізації роботи ЗОЗ.

Сучасним викликом, що негативно впливає на рівень доступності, якості та ефективності медичного обслуговування в Україні, є відтік медперсоналу за кордон. Офіційної статистики щодо цього явища в країні не ведеться, тому для оцінки ситуації доцільно проаналізувати динаміку змін чисельності працівників ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ. За даними Центру громадського здоров'я, у 2022 р. порівняно з 2021 р. кількість лікарів зменшилася на 6,3 тис. осіб, а молодшого і середнього медперсоналу (медсестер, медбратів, фельдшерів, санітарів) – на 35

[7] **Коефіцієнт смертності** – відношення кількості смертей за рік на 1 тис. жителів до середньої чисельності всього населення.

тис. осіб. Загалом у 2021-2022 рр. чисельність медиків у ЗОЗ, підпорядкованих МОЗ, скоротилася приблизно на 41 тис. осіб [185]. За іншими оцінками, за межі України виїхали не більше 1% медпрацівників [157].

Висновки до розділу 2

Результати дослідження вітчизняних реалій і зарубіжних трендів публічного управління медичним обслуговуванням дають змогу сформулювати такі висновки.

1. З'ясовано, що процес набуття Україною членства в ЄС передбачає приведення сфери медичного обслуговування у відповідність до вимог, норм і стандартів acquis ЄС, що актуалізує вивчення зарубіжного досвіду публічного управління. Аналіз сучасних глобальних викликів охорони здоров'я виявив: стрімкий розвиток технологічних інновацій (штучний інтелект, роботизація, генетичні технології), які відкривають нові можливості, але спричиняють поляризацію країн і потенційні конфлікти; недостатню ефективність лікування хронічних захворювань та появу нових видів, що призводить до економічних втрат і підвищення смертності; загострення економічних і демографічних криз, зокрема вимушеної міграції та депопуляції, на тлі збройних конфліктів (в Україні, Ізраїлі). Сучасні трансформації глобального середовища створюють для України додаткові виклики та можливості, що потребує адаптації організаційно-правових механізмів публічного управління до міжнародних трендів.

Аналіз зарубіжного досвіду свідчить про відсутність універсальної, загальновизнаної та придатної для впровадження в усіх країнах моделі медичного обслуговування. У міжнародній практиці виокремлюють низку моделей організації медичного обслуговування, що застосовуються залежно від історичних, політичних, економічних та соціокультурних особливостей держав: державна або бюджетна (Великобританія, Канада та ін.), страхова (Німеччина, Франція та ін.), приватна або комерційна (США), інноваційна (Японія, Сінгапур та ін.), змішана (Швеція, Франція та ін.) та громадська або нетипова (Куба). Кожна з цих моделей має певні переваги та недоліки, а їх вибір у конкретній країні визначається політичними, економічними, соціальними, морально-

етичними та іншими чинниками. Спільними характеристиками цих моделей є: визначення та балансування часток державного і приватного медичного страхування; різний ступінь децентралізації владних повноважень, ресурсів і відповідальності у сфері медичного обслуговування; застосування ринкових механізмів, зокрема регулювання ринкових відносин та нормування медичних послуг, конкуренція на ринку медичних послуг, можливості вибору пацієнтом медичних послуг та їхніх провайдерів, перерозподіл бюджетних і інших коштів.

Аналіз приватної (комерційної) моделі медичного обслуговування США показує, що країна є світовим лідером за витратами на охорону здоров'я (16-19 % ВВП, з яких 65 % фінансується з держбюджету). Медичним страхуванням охоплено близько 84 % населення: 64 % через роботодавців, 9 % – приватно, 27 % – у межах державних програм; приблизно 16 % громадян (47 млн осіб) не мають страхування через високу вартість, що створює фінансові ризики для економіки. У країні тривають дискусії щодо доступності, ефективності, якості медичних послуг та високих витрат на утримання моделі. Водночас система США входить до числа лідерів світового рейтингу систем охорони здоров'я ВООЗ за стабільністю та здатністю реагувати на глобальні виклики серед 191 країни.

Аналіз інноваційної моделі медичного обслуговування Японії свідчить, що окремі її елементи можуть бути адаптовані до вітчизняної практики. Серед ключових переваг японської системи – універсальна доступність якісної медичної допомоги через загальнодержавне медичне страхування, активне застосування телемедицини, використання передових медичних технологій, висока кваліфікація кадрів та розвинена система стандартів медичної допомоги. Значну роль відіграють державна політика профілактики та раннього виявлення захворювань і культура здорового способу життя, що забезпечує високі показники здоров'я населення (очікувана тривалість життя, низький рівень дитячої смертності). Стратегія розвитку охорони здоров'я Японії до 2035 року містить напрями, які можуть бути корисними для формування Національної стратегії охорони здоров'я України: широке застосування цифрових медичних технологій, зокрема телемедицини, активізація діагностично-профілактичної роботи, підвищення

кваліфікації персоналу, роботизація хірургічних втручань і догляду за пацієнтами, використання смарт-пристроїв для збору й аналізу даних, культивування здорового способу життя, оптимізація мережі медичних закладів для підвищення якості, ефективності та доступності послуг. Отже, японська інноваційна модель може слугувати орієнтиром для вдосконалення публічного управління сферою медичного обслуговування в Україні з урахуванням особливостей національної системи.

2. Аргументовано доцільність застосування PESTL-аналізу в дослідженні публічного управління у сфері медичного обслуговування, який дає змогу: виокремити та дослідити зовнішні (макро-) середовища – політичне, економічне, соціально-демографічне, технологічне та нормативно-правове – в межах яких комплексно проаналізувати фактори впливу на розвиток сфери; виявити потенційні ризики та загрози, що виникають під впливом таких факторів, а також визначити можливості для удосконалення публічного управління; використати результати аналізу як основу для формування державних стратегій, розробки публічної політики та ухвалення управлінських рішень у сфері медичного обслуговування.

Визначено ключове значення політичного макросередовища для ефективності публічного управління медичним обслуговуванням та політичні фактори, що впливають на функціонування та розвиток цієї сфери, а саме: державна політика у галузі охорони здоров'я, що нині реалізується в Україні відповідно до завдань і цілей, визначених у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року; медична реформа, яка реалізується поетапно: в 2014 р. у межах децентралізації влади започатковано глибинні зміни в охороні здоров'я; в 2017 р. з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» реформа отримала новий імпульс і триває дотепер; її ефективність є недостатньою, оскільки зберігаються системні проблеми, що потребують подальшої адміністративної та фінансової децентралізації, розвитку інституцій охорони здоров'я, підвищення підзвітності та прозорості їх діяльності; політична нестабільність, зумовлена збройною агресією, призводить до руйнування та знищення мережі ЗОЗ (пошкоджено 1938 об'єктів у 715 медзакладів, зруйновано 297 об'єктів у 114 закладах), завдання

значних збитків (приблизно 1,6 млрд дол. США); обмеження доступу населення, особливо на ТОТ і прифронтових територіях до медичних послуг (допомоги); корупція – політично-соціальне явище, яке має хронічний і всеосяжний характер у публічному секторі українського суспільства, негативно впливає на сферу медичного обслуговування через нецільове та неефективне використання бюджетних та інших коштів, спричиняє зростання витрат на медичні послуги та вартості лікування, зниження їх якості й доступності, порушує конституційно гарантоване право кожного на безоплатну медичну допомогу; найбільшими перешкодами протидії корупції є дефіцит політичної волі та низький рівень відповідальності правопорушників за корупційні діяння; міжнародні медичні партнерства, зокрема співпраця з ВООЗ, USAID, іншими інституціями та країнами-донорами, в 2016-2024 рр. забезпечили залучення до галузі охорони здоров'я міжнародної технічної допомоги обсягом понад 1,4 млрд дол. США на фінансову підтримку реалізації медичної реформи.

3. Аналіз економічних факторів, що впливають на публічне управління сферою медичного обслуговування, засвідчує наступне:

збройна агресія руйнівно впливає на систему охорони здоров'я України – за експертними оцінками, у 2022-2025 роках прямі втрати галузі склали 19,6 млрд дол. США, загинули 208 медичних працівників, постраждали 286 осіб медичного персоналу та 111 пацієнтів, а 710 осіб отримали травми;

зовнішня фінансова підтримка Держбюджету України сягнула понад 100 млрд дол. США (31,1 млрд дол. у 2022 р., 42,5 млрд дол. у 2023 р., 27,2 млрд дол. у 2024 р., потреба у 2025 р. – 38,4 млрд дол.), з яких 1 % спрямовано на охорону здоров'я; відсутність гарантій щодо подальшого зовнішнього фінансування та можливе скорочення його обсягів створюють серйозні виклики для стабільного функціонування сфери медичного обслуговування;

зростання дефіциту Держбюджету України (на 2025 р. – 1,6 трлн грн або 18,9% ВВП, у 2017-2019 рр. не більше 2% ВВП) та боргових платежів (до 2050 р. Україна має сплатити 8,5 трлн грн. державного боргу); існує серйозна загроза фінансової кризи та недофінансування сфери медичного обслуговування, оскільки

міжнародна допомога наразі забезпечує понад чверть доходів Держбюджету України, фактично фінансуючи дефіцит бюджету;

скорочення державних видатків на охорону здоров'я (з 11,4 % у 2021 р., 4,6 % у 2024 р. до 1,45 % у 2025 р.) через пріоритетне фінансування безпеки та оборони (51,3 %) призводить до недофінансування галузі; зростання бюджетних видатків на охорону здоров'я в гривнях при одночасному їх скороченні у вільно конвертованій валюті;

ускладнення доступності лікарських засобів, медичних послуг (допомоги) для населення внаслідок збройної агресії, особливо на ТОТ і прифронтових територіях; висока фінансова незахищеністю населення при отриманні медичних послуг: 96 % громадян змушені сплачувати «з власної кишені» приблизно половину витрат на ліки та медичну допомогу; неформальні платежі пацієнтів становлять 14-24 %, благодійні внески – 10-17 %; 17 % домогосподарств, здебільшого соціально вразливі групи населення, зазнали катастрофічних витрат на медичне обслуговування та опинилися за межею бідності.

Встановлено такі впливи соціальних факторів на публічне управління сферою медичного обслуговування: втрати внаслідок збройної агресії цивільного населення – протягом 2022-2025 років загинуло щонайменше 12 654 цивільні особи (із них 673 дитини), 29 392 отримали поранення (із них 1 865 дитини); бідність в Україні зросла за різними даними від 20 % (у 2021 р.) до 37 % (у 2025 р.) та в 3 рази (порівняно з 2014-2015 рр.), охопивши 9 млн. осіб у 2024 р. переважно соціально вразливі групи населення – багатодітні сім'ї (85% сімей з трьома і більше дітьми живуть у бідності), пенсіонерів, ВПО, безробітних та ін.; скорочення в закладах охорони здоров'я медичного персоналу (на 56 тис. осіб або 9,1%); втрата робочих місць (приблизно 4,8 млн. з тенденцією до збільшення до 7 млн.), де працівники перевантажені, зазнають хронічних стресів і психоемоційного вигорання, отримують неконкурентну зарплату, внаслідок чого скорочується частка (від 67% до 53%) домогосподарств, у яких оплачувана робота є основним джерелом доходу на фоні зростання часток домогосподарств, залежних від державних трансфертів (з 53% до 60%) і гуманітарної допомоги (1%

до 21%); зниження доходів зайнятого населення зменшує його спроможність платити за медичні послуги; критичне погіршення в Україні соціально-медичних показників, а саме індексу якості життя – 65 місце (серед 85 країн світу), який складають індекси охорони здоров'я – 75 місце (серед 94 країн) та вартості життя – 125 місце (серед 146 країн); погіршення стану здоров'я українців (військових і цивільних осіб) через психічні розлади від збройної агресії, зниження імунітету, загострення хронічних захворювань, труднощі в отриманні своєчасної, доступної та якісної медичної допомоги; зростання кількості осіб з інвалідністю, що потребують комплексної реабілітації та психосоціальної підтримки.

Визначено демографічні виклики публічного управління сферою медичного обслуговування в Україні, які загострилися через збройну агресію, а саме : стрімка депопуляція – зниження народжуваності та зростання смертності; прогноз подальшої депопуляції з 35,8 млн осіб (у 2024 р.) до 28,9 млн осіб (до 2041 р.) і до 25,2 млн осіб (до 2051 р.); зниження очікуваної тривалості життя при народженні – 70,5 років (чоловіки – 65,4 роки, жінки – 75,8 роки, 173 місце в світі – між Сенегалом, Габоном і Кенією); масштабна зовнішня міграція – 4,9 млн українців (у 2024 р.) вимушено проживають закордоном унаслідок збройної агресії (5,6-6,7 млн осіб у 2023 р.), приблизно 80% із них не мають наміру повертатися до припинення бойових дій, відновлення належного доступу до послуг медичного обслуговування; Україна посідає 1-ше місце (серед 230 країн світу) за коефіцієнтом чистої міграції (36,5‰, 36,5 осіб на 1 тис. осіб чисельності населення, 2-ге місце у Південного Судану – 19,1‰); зростання чисельності ВПО (з 1,3 млн. осіб до початку збройної агресії до 4,7 млн. осіб у 2024 р.).

Наукові результати дослідження цього розділу дисертації апробовано та опубліковано у наукових фахових виданнях у статтях [101; 103; 105; 110; 113; 114].

РОЗДІЛ 3.
НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ УКРАЇНИ

3.1. Забезпечення доступності, якості та пацієнтоорієнтованості медичного обслуговування (на прикладі Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю. Семенюка)

Одним із пріоритетів державної політики охорони здоров'я є створення для населення умов універсального доступу до належної якості послуг медичного обслуговування. Цей підхід закріплено у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року [146]. Її досягнення передбачає створення для всіх громадян рівних умов, що забезпечують безперешкодний доступ до своєчасної, безпечної та якісної медичної допомоги, належний рівень доступності лікарських засобів і медичних виробів, ефективність і безпека яких підтверджені. Очікуваним результатом реалізації зазначеної стратегії є формування ефективної моделі медичного обслуговування, здатної гарантувати безперервне надання населенню доступних, безоплатних, якісних і безпечних медичних послуг. Крім того, передбачається забезпечення належного рівня фінансового захисту пацієнтів та зниження катастрофічних витрат на лікування.

Визнання в Стратегії [146] проблем медичного обслуговування та шляхів їх розв'язання є важливим кроком у реалізації державної політики а сфері європейської інтеграційної України в цій сфері, зокрема в контексті імплементації положень Угоди про асоціацію [173]. Підвищення рівня доступності, якості та пацієнтоорієнтованості медичних послуг (допомоги), які визначені у Стратегії [146] як ключові проблемні аспекти, доцільно розглядати як складову організаційно-правового механізму та пріоритетний напрям оптимізації публічного управління у сфері медичного обслуговування України.

Реалізація стратегічних публічно-управлінських рішень є складним, нелінійним і багатоступеневим процесом, який залежить від змін у соціально-

економічному, політичному, інших середовищах, а також непередбачувані події, зокрема форс-мажорних обставин. Практики державного стратегування свідчить про наявність розбіжностей між визначеними цілями, запланованими заходами та реальними результатами їх виконання, що зумовлює необхідність постійного моніторингу, коригування стратегічних пріоритетів і механізмів їх реалізації.

Західні дослідники стратегічного управління – Г. Мінцберг, Дж. Куінн і С. Гошал [215, с. 103-124] – науково обґрунтовують існування так званих «розривів» (gaps) між початково задуманою стратегією (initially intended strategy) та реалізованою стратегією (realised strategy). Така ситуація зумовлює потребу у перегляді, коригуванні та частковому невиконанні окремих положень стратегії.

У контексті вищезазначеного доцільним є проведення аналізу сучасного стану та реалій реалізації окресленої вище цілі Стратегії [146] на місцевому рівні. З цією метою проведемо дослідження аспектів удосконалення публічного управління у сфері медичного обслуговування, зокрема підвищення рівня доступності, якості та пацієнтоорієнтованості медичної допомоги (послуг) в одному з регіонів України. На прикладі Рівненської області та закладу охорони здоров'я – комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради (далі – РОКЛ). Вибір об'єкту дослідження зумовлений наявністю релевантного емпіричного досвіду, набутого дисертанткою під час роботи на посаді заступника директора з управління якістю РОКЛ, а також результатами безпосередніх спостережень, збору, опрацювання та аналізу статистичних, аналітичних й інших даних, використаних у ході дослідження.

Хронологію ключових етапів ґенези, становлення та розвитку РОКЛ представлено в *Додатку В.1*, а організаційну структуру закладу – у *Додатку В.2*. У зв'язку з цим, зупинятися на зазначених аспектах детально не будемо, а перейдемо безпосередньо до аналізу сучасного стану реалізації та напрямів удосконалення публічного управління у сфері медичного обслуговування населення шляхом підвищення доступності, якості та пацієнтоорієнтованості медичних послуг на прикладі діяльності РОКЛ.

Відповідно до Статуту, нову редакцію якого затверджено Рішенням Рівненської обласної ради від 28 березня 2025 року № 1074, РОКЛ є багатопрофільним закладом охорони здоров'я комунальної форми власності, створеним з метою забезпечення потреб населення у медичному обслуговуванні. РОКЛ визначено надкластерним ЗОЗ у складі Рівненського госпітального округу. Надкластерний статус лікарні передбачає її функціонування як високоспеціалізованого медичного закладу, що забезпечує надання найбільш складної та високотехнологічної медичної допомоги (послуг) населенню не лише всієї області (госпітального округу), а й інших регіонів. МОЗ затверджено 7 надкластерних ЗОЗ у Рівненській області, одним із яких є РОКЛ.

Створення госпітальних округів і кластерів розглядається як організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування, який було впроваджено в Україні в межах реалізації медичної реформи. Вказаний механізм було нормативно закріплено у низці постанов КМУ, зокрема: № 932 від 30.11.2016, № 1074 від 27.11.2019, № 589 від 19.06.2020. У подальшому до зазначених актів вносилися зміни, а згодом вони були визнані такими, що втратили чинність. Постановою КМУ № 174 від 28.02.2023 [32] на нормативному рівні врегульовано механізми створення, управління та функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів, визначення їх меж, а також встановлення типології ЗОЗ: надкластерних, кластерних, загальних та ін.

У Рівненській області відповідно до Постанови КМУ № 174 від 28 лютого 2023 року [32] з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги (послуг) населенню було сформовано Рівненський госпітальний округ. У межах цього округу здійснено поділ на госпітальні кластери з урахуванням адміністративно-територіального устрою, зокрема меж новоутворених районів і територіальних громад. Госпітальні кластери Рівненського госпітального округу включають такі територіальні одиниці:

Рівненський медичний кластер (56 закладів, населення 625,5 тис. осіб);

Сарненський медичний кластер (18 закладів, населення 212,2 тис. осіб);

Дубенський медичний кластер (16 закладів, населення 165,9 тис. осіб);

Вараський медичний кластер (3 закладів, населення 138,1 тис. осіб) [139].

Засновницькі та майнові права щодо РОКЛ належать територіальним громадам Рівненської області, які реалізують їх через представницький орган — Рівненську обласну раду. Діяльність РОКЛ спрямована на забезпечення населення медичною допомогою та належного рівня медичного обслуговування. У процесі функціонування заклад провадить господарську діяльність у сфері медичної практики, що охоплює надання спеціалізованої, паліативної та екстреної медичної допомоги, реабілітаційних і платних медичних послуг фізичним та юридичним особам. Заклад самостійно визначає напрями та перспективи розвитку, планує власну діяльність і формує стратегію функціонування з урахуванням галузевих науково-технічних тенденцій, стану ринку та соціально-економічних умов.

У Стратегії розвитку Рівненської області на період до 2027 року [139] зазначено, що реалізація реформи сфери медичного обслуговування в області загалом оцінюється як задовільна. Водночас, для забезпечення її подальшого успішного впровадження визначено необхідність здійснення низки організаційних змін, а також підвищення рівня фінансування галузі. Серед цілей перспективного розвитку Рівненського госпітального округу визначено такі:

забезпечення доступності пацієнтів до ЗОЗ через оптимізацію маршрутів пацієнта і розвиток транспортної інфраструктури;

надання орієнтованої на пацієнта якісної медичної допомоги на засадах доказової медицини та кращих клінічних практик;

підвищення ресурсної ефективності та інвестиційної спроможності системи охорони здоров’я.

Під доступністю у даній дисертаційній роботі розумітимемо процес забезпечення державою безперешкодного та рівноправного доступу громадян – незалежно від віку, місця проживання, соціального походження, майнового стану, політичних або релігійних переконань тощо – до послуг медичного обслуговування, що надаються закладами охорони здоров’я. Це право є конституційно гарантованим для кожної людини та громадянина України, а держава бере на себе зобов’язання щодо створення умов для його належної

реалізації. З метою досягнення зазначеної мети була затверджена Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року [145], окремі аспекти реалізації якої в діяльності РОКЛ буде проаналізовано нижче.

На виконання зазначеної Стратегії [145] у структурних підрозділах РОКЛ систематично організовуються навчання для лікарів та середнього медперсоналу з питань доступності й інклюзії. Їхня мета полягає у популяризації принципів інклюзивного середовища, формуванні толерантного ставлення до пацієнтів та розвитку культури безбар'єрності у ЗОЗ. Основним завданням таких заходів є забезпечення рівного доступу до медичної допомоги та створення безбар'єрного середовища в лікарні як прояву поваги, підтримки й гідного ставлення до кожної особи. З метою створення безбар'єрного середовища та забезпечення доступності медичної допомоги в РОКЛ реалізовано такі заходи: заїзди до корпусів обладнані похилими пандусами з поручнями; у відділеннях екстреної медичної допомоги та амбулаторно-поліклінічному відділенні встановлені автоматичні розсувні двері, що полегшують вхід; у коридорах облаштовані поручні для зручності пересування пацієнтів; функціонують сучасні ліфти для транспортування осіб на кріслах колісних, встановлені інклюзивні підйомні системи; палати огляду та діагностичні кабінети мають розширені дверні прорізи для безперешкодного входу; санітарні кімнати адаптовані до потреб маломобільних груп (оснащені поручнями, низькими умивальниками); на території лікарні встановлена тактильна плитка для осіб з порушенням зору, нанесені жовті сигнальні смуги, розміщені інформаційні таблички шрифтом Брайля.

Керівництвом РОКЛ проведено модернізацію захисного укриття: у разі оголошення повітряної тривоги пацієнти з інвалідністю мають можливість спуститися до безпечного приміщення за допомогою спеціально облаштованих підйомників. У сховищі забезпечено доступ до мережі Інтернет, що дозволяє залишатися на зв'язку та своєчасно отримувати актуальну інформацію. Для зручності маломобільних пацієнтів облаштовані паркувальні місця, розташовані поблизу головного входу до лікарні та позначені відповідною розміткою [89].

У контексті забезпечення доступності та безбар'єрності як ключового підходу до організації надання медичної допомоги, а також на виконання стратегічних цілей розвитку РОКЛ [165, с. 49], у закладі впроваджено політику «поліклініка без черг», особливості реалізації якої розглянуто нижче.

Перш ніж перейти до аналізу якості медичної допомоги (послуг) та визначення шляхів її вдосконалення в РОКЛ, доцільно розглянути дефініцію цієї категорії. Відповідно до Глосарія з питань управління якістю медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 20.07.2011 № 427 [130], якість визначається як сукупність властивостей і характеристик продукції, що забезпечують її здатність задовольняти певні потреби.

У Економічному енциклопедичному словнику [47, с. 559, 562] зазначено, що якість – це сукупність технічних, економічних, соціальних та інших властивостей не лише речей, але й процесів, які визначають їх корисність (основний показник ефективності, науково-технічного та соціально-економічного прогресу) для задоволення очікувань споживачів, отримувачів щодо речей, процесів.

У контексті даної дисертаційної роботи якість – це характеристика, вимір і критерій оцінки медичних послуг (допомоги), що надаються громадянам, населенню в ЗОЗ, які через певні показники уможливлюють ідентифікувати рівень їх релевантності, досягнення визначених цілей (очікуваних результатів, бажаних показників здоров'я), відповідають встановленим (державним, як правило) стандартам таких послуг (допомоги). Показники якості мають бути науково обґрунтованими та доказовими, а також спрямовані на широке охоплення послугами медичного обслуговування населення.

У контексті даної дисертації якість розглядається як характеристика, міра та критерій оцінювання надання населенню медичних послуг (допомоги) в ЗОЗ, які на основі визначених показників дають змогу ідентифікувати рівень їх відповідності поставленим цілям, очікуваним результатам і бажаним показникам, а також ступінь відповідності встановленим (державним, як правило) стандартам таких послуг. Показники якості мають бути науково обґрунтованими, доказовими й орієнтованими на широке охоплення населення медичними послугами.

Спираючись на Глосарій термінів ВООЗ [249, с. 13] та результати термінологічного аналізу, якість медичних послуг (допомоги) можна визначити як комплексну характеристику, що охоплює: процес постійного вдосконалення надання медичних послуг суб'єктами сфери медичного обслуговування; відповідність послуг очікуванням і потребам населення та пацієнтів; систематичне вимірювання та оцінювання результатів надання послуг відповідно до нормативно встановлених стандартів і показників, зокрема ефективності, економічної обґрунтованості, доступності, безпечності, зорієнтованості на потреби пацієнтів та справедливості. На думку експертів ВООЗ, з якою ми погоджуємося, в умовах глобалізації та сучасних реалій суспільного розвитку вимірами якості медичних послуг (допомоги) мають бути: ефективність – досягнення найкращих результатів за найменших витрат ресурсів; безпечність – надання допомоги із запобіганням завданню шкоди пацієнтам, які її отримують; пацієнтоорієнтованість – відповідність медичної допомоги індивідуальним потребам, цінностям і вподобанням пацієнтів (*Рис. 1.1*); своєчасність – мінімізація затримок і зволікань під час надання допомоги; справедливість – забезпечення рівного доступу до якісної допомоги без дискримінації за ознаками статі, соціально-економічного статусу, релігійної, етнічної належності, місця проживання тощо; комплексність – доступність і надання повного спектра медичних послуг (допомоги) протягом усього життя [248].

Важливими аспектами надання якісних медичних послуг (допомоги) є: наявність стандартів і клінічних протоколів; високий рівень кваліфікації медичного персоналу; належне оснащення закладів сучасним медичним обладнанням, забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами; безпечні умови перебування пацієнтів та належна облаштованість приміщень; фінансування сфери охорони здоров'я у достатніх обсягах тощо.

Сучасна політика в сфері надання медичних послуг в Україні здійснюється відповідно до Розпорядження Кабміну України від 17 січ. 2025 р. № 34-р [146]. Основами законодавства України про охорону здоров'я [94] визначено, що медичне обслуговування може здійснювати ЗОЗ за наявності ліцензії на медичну

практику, а для оцінювання відповідності наданих медичних послуг (допомоги) застосовується механізм контролю їх якості.

До 2018 року в РОКЛ аспектам забезпечення якості медичної допомоги (послуг) не приділялося належної уваги. Вирішення проблем, пов'язаних з якістю їх надання, здебільшого здійснювалося в межах застарілої, успадкованої від радянської моделі охорони здоров'я, що мала низку істотних недоліків. Зокрема: 1) якість надання медичної допомоги (послуг) фактично не оцінювалася – відсутні результати аналізу, моніторингу, систематизовані архівні дані; не існувало єдиних критеріїв і показників оцінювання якості медичної допомоги, що надавалася лікарями та структурними підрозділами лікарні; натомість оцінювалися переважно вартість і обсяги наданих послуг; 2) клінічні випадки (у разі наявності скарг або виникнення проблем) перевірялися спеціалістами відділів медичної статистики, інфекційного контролю, фармацевтичної служби ситуативно й формально, лише за кількома критеріями, а у випадку виявлення грубих помилок чи порушень застосовувалися переважно дисциплінарні стягнення.

У 2018 р. у РОКЛ запроваджено систему управління якістю медичної допомоги та послуг (далі – СУЯ), сформовану відповідно до міжнародних стандартів. За результатами її впровадження заклад сертифіковано на відповідність вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги». У 2022 р. РОКЛ додатково пройшла сертифікацію за стандартом ДСТУ ISO 10012:2005 «Вимоги до процесів вимірювання та вимірювального обладнання».

Сьогодні надання високоякісних медичних послуг є пріоритетом розвитку РОКЛ. У Стратегії розвитку РОКЛ до 2026 року [165] це визначено як стратегічну ціль 1 (*Додаток В.3*), у межах якої передбачено забезпечення надання медичних послуг на рівні вітчизняних і міжнародних стандартів, досягнення одних із найнижчих в Україні показників летальності, погіршення стану пацієнтів, ускладнень і випадків повторного лікування. Пріоритетом цієї стратегічної цілі є створення реабілітаційного центру на базі центру неврології та реабілітації.

Висока якість медичної допомоги є одним із визначальних чинників конкурентоспроможності РОКЛ та розширення її позицій на ринку медичних послуг, у тому числі в сегменті медичного туризму як на національному, так і міжнародному рівнях. Підтвердженням орієнтації закладу на міжнародні вимоги до якості є результати його сертифікаційно-акредитаційної діяльності. Так, у 2022 р. РОКЛ отримала акредитацію та вищу категорію за рішенням Головної акредитаційної комісії МОЗ України. 7 березня 2023 р. заклад також отримав сертифікат відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги», чинний протягом трьох років.

У РОКЛ упроваджено та функціонує внутрішня СУЯ, яка охоплює практично всі ключові процеси функціональних сфер і слугує важливим інструментом підвищення ефективності діяльності закладу. Оцінювання якості медичної допомоги розглядається як пріоритетне завдання та перебуває на постійному контролі керівництва. Наказом від 23.02.2024 № 22-ОД «Про контроль та оцінку якості надання медичної допомоги в РОКЛ» (зі змінами, внесеними Наказом від 20.06.2024 № 75-ОД/4) затверджено: функціональну схему здійснення контролю та маршрут якості медичної допомоги (*Додаток В.4*); критерії та шкалу оцінки якості медичної допомоги; порядок оцінювання роботи структурних підрозділів тощо. Структурні складові СУЯ охоплюють: діагностику та опис процесів управління якістю; карту процесів (відповідно до EN ISO 9001:2015); настанови, процедури та регламенти; навчання персоналу й упровадження процесів згідно з EN ISO 9001:2015; процедури сертифікації СУЯ. Кошторисна вартість запровадження системи визначена в Стратегії розвитку закладу на рівні 500-700 тис. грн [165].

Відповідно до Наказу РОКЛ від 20.06.2024 № 75-ОД/4 «Про внесення змін до наказу від 23.02.2024 № 22-ОД «Про контроль та оцінку якості надання медичної допомоги в РОКЛ» з метою підвищення ефективності управління та контролю за якістю медичної допомоги затверджено Положення про робочу групу з якості та її склад. До складу робочої групи увійшли експерти, які здійснюють перевірку від: терапевтичного профілю – 13 осіб; хірургічного

профілю – 12 осіб; відділу якості і медичної статистики – 12 осіб; фармацевтичної служби – 3 особи; відділу інфекційного контролю – 2 особи; відділу юридичного забезпечення та закупівель – 2 особи; відділення лабораторної діагностики – 1 особа; інших структурних підрозділів закладу.

З метою підвищення якості медичних послуг, досягнення цілей Стратегії [165] Наказом РОКЛ від 03.06.2024 № 64-ОД/3 затверджено План заходів із удосконалення медичного обслуговування на 2024-2026 роки, в якому зокрема передбачено: постійно проводити моніторинг та оцінку якості медичної допомоги відповідно до затверджених процедур; підвищувати індикатори якості надання медичної допомоги; запровадити систему мотивування персоналу (матеріальні, нематеріальні заохочення), що враховує якість надання медичних послуг; проводити аудит з безбар'єрності на території лікарні; налагодити ефективну систему комунікацій з пацієнтами, запровадити ефективний механізм управління скаргами; створити зручні умови для проведення госпіталізації пацієнтів.

Довгостроковими результатами досягнення стратегічної цілі «Якість медичних послуг», визначеної в Стратегії [165], мають бути: відповідність якості медичних послуг міжнародним стандартам; підвищення іміджу РОКЛ в Україні та за кордоном; надання послуг у сфері медичного туризму.

Пацієнтоорієнтованість (*Рис. 1.1*) та сервіз є стратегічна ціллю розвитку РОКЛ. У цьому контексті необхідним є впровадження й підтримання високих стандартів медичного обслуговування [165]. Пацієнтоорієнтованість доцільно розглядати як один із ключових напрямів удосконалення публічного управління у сфері медичного обслуговування, а також як критерій оцінки якості надання медичної допомоги (послуг).

Концепція «Поліклініка без черг» визначає один із пріоритетних напрямів стратегічного розвитку РОКЛ, орієнтований на підвищення якості та доступності медичного обслуговування. Результативність її впровадження доцільно оцінювати за такими показниками: відсутність або суттєве скорочення черг під час запису до лікарів, отримання діагностичних і консультаційних послуг; зменшення кількості обґрунтованих скарг пацієнтів; підвищення рівня їхньої задоволеності якістю та

результатами медичного обслуговування. Запровадження відповідної політики та створення сервісного центру було зумовлено комплексом організаційних і соціально-економічних чинників, серед яких:

– значні черги під час реєстрації та очікування на прийом до лікарів, що зросли суттєво унаслідок збройної агресії: кількість щоденних звернень перевищила 1 тис. осіб (переважно військовослужбовці та ВПО), тоді як пропускна спроможність поліклінічного відділення була розрахована на 500 пацієнтів у зміну;

– випадки неналежного ставлення до пацієнтів з боку персоналу;

– порушення графіків прийому, зумовлені як діями пацієнтів, так і лікарів, а також незручність розкладу роботи;

– застаріла інфраструктура амбулаторно-поліклінічного відділення, розміщеного у будівлі 1982 року, що створювала логістичні обмеження та знижувала пропускну спроможність закладу до 500 осіб за зміну.

Перераховані обставини створили серйозні виклики для діяльності РОКЛ, що зумовило необхідність ухвалення низки стратегічних рішень, спрямованих на термінову адаптацію приміщень поліклініки до нових суспільних потреб, а саме:

– реконструкція першого поверху поліклінічного корпусу з облаштуванням сучасного сервісного центру та організацією системної підготовки персоналу;

– реінжиніринг процесів реєстрації пацієнтів і надання медичних послуг, що передбачав оптимізацію маршрутів пацієнтів, удосконалення інструментів та логістики запису на прийом до лікаря;

– підвищення кваліфікації персоналу сервісного центру та медичних працівників амбулаторно-поліклінічного відділення;

– технічне переоснащення контакт-центру, кабінетів лікарів та санітарних вузлів, поліпшення ергономіки робочих місць, створення комфортних зон очікування; будівництво їдальні для відвідувачів і персоналу.

Загальна кошторисна вартість проєкту становила 25 млн грн, що було забезпечено за рахунок грантових програм, власних ресурсів і механізмів державно-приватного партнерства.

Сервісний центр (далі – Центр) є структурним підрозділом РОКЛ, створеним на підставі Наказу РОКЛ від 30.06.2021 № 76-ОД відповідно до рішення постійної комісії Рівненської обласної ради з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства від 10.06.2021 № 19. Подальше нормативне врегулювання його діяльності здійснено Наказом РОКЛ від 10.07.2024 № 85-ОД/3, яким затверджено Положення про сервісний центр. У цьому наказі визначено загальні положення, основні завдання та функції Центру, порядок організації його керівництва й структури, механізми контролю та перевірки діяльності (*Додаток В.5*).

Центр реалізує принцип пацієнтоорієнтованості надання медичної допомоги (*Рис. 1.1*) у межах моделі медичного обслуговування, зорієнтованої на пацієнта. Основними завданнями Центру є: забезпечення надання високоякісної медичної допомоги через сервісну службу; організація ефективної системи комунікації з пацієнтами медичного закладу; надання інформаційно-консультативної підтримки населенню громади.

Аналіз діяльності Центру показує, що у 2024 р. його співробітниками було: здійснено 295 060 телефонних консультацій з питань медичного обслуговування; надано 112 524 пацієнтам інформаційно-консультативні послуги; видано 103 306 електронних направлень на прийом до лікаря; надано 18 213 платних послуг; розглянуто 87 скарг від пацієнтів, які надходили через внутрішню гарячу лінію, анкетування за допомогою QR-кодів, онлайн-опитування та рандомізоване опитування щодо задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами. У першому півріччі 2025 р. через систему було зафіксовано 11 724 виклики чергових лікарів, що становило в середньому 58 викликів на добу.

Одним із напрямів діяльності Центру є робота зі зверненнями пацієнтів, спрямована на оцінку їх задоволеності якістю медичної допомоги та рівнем обслуговування в РОКЛ. Відповідно до пункту 3.9 Положення про сервісний центр (Наказ РОКЛ від 10.07.2024 р. № 85-ОД/3, (*Додаток В.5*), Центр здійснює збір, аналіз та систематизацію відгуків, скарг і пропозицій пацієнтів.

Варто відзначити напрацьований у РОКЛ досвід впровадження організаційно-правового механізму розгляду звернень та скарг пацієнтів, який є

ключовим інструментом реалізації принципів пацієнтоорієнтованості, відкритості та забезпечення якісного сервісного медичного обслуговування. У закладі ці принципи є фундаментальними цілями практичної діяльності. Надходження скарг від пацієнтів та їхніх представників розглядається як цінне джерело інформації для виявлення проблем, оперативного реагування, вдосконалення внутрішніх процесів та підвищення якості медичних послуг і рівня задоволеності пацієнтів.

Проаналізуємо діючий у РОКЛ організаційно-правовий механізм розгляду звернень та скарг пацієнтів як засобу контролю якості медичного обслуговування. Алгоритм його реалізації можна виокремити у чотири етапи (*Додаток В.4*): подання звернень (етап 1); первинна обробка звернень (етап 2); розгляд скарг та прийняття колегіального рішення (етап 3); категоризація скарг та забезпечення зворотного зв'язку (етап 4). Детальніше розглянемо кожен із зазначених етапів.

Етап 1. Подання звернень і скарг до РОКЛ через багатоканальну систему збору та зворотного зв'язку, що забезпечує доступність для кожного пацієнта. Реалізуючи принципи пацієнтоорієнтованості та відкритості, РОКЛ прагне максимально спростити та урізноманітнити комунікаційні канали для пацієнтів. Кожен пацієнт має можливість висловити свої враження, пропозиції або скарги щодо отриманих медичних послуг, обравши один із таких способів:

– цифрові QR-коди, що активно використовуються у РОКЛ як інструмент зворотного зв'язку; вони розміщені на стендах у відділеннях і палатах, а також надаються пацієнтам під час запису на прийом або виписки зі стаціонару для зручного сканування, заповнення онлайн-форми та подання відгуку чи скарги;

– офіційний веб-сайт РОКЛ (https://www.rokl.rv.ua), де на сторінках структурних підрозділів і медичних працівників функціонує розділ «Залишити відгук», що дає змогу пацієнтам надсилати електронні звернення, пропозиції чи скарги, у тому числі через електронну пошту;

– у письмовій формі – традиційний і доступний спосіб звернення, що передбачає можливість подати скаргу або заяву особисто до адміністрації лікарні (канцелярії, приймальні головного лікаря чи його заступників);

– усні звернення фіксуються у відповідних реєстраційних журналах;

– звернення пацієнтів до органів державної влади та громадських об’єднань (НСЗУ, Департамент охорони здоров’я Рівненської ОДА, МОЗ України, правоохоронні й судові органи, громадські організації, ЗМІ), які у встановленому порядку переадресовуються до РОКЛ, а відомості про хід і результати їх розгляду надаються відповідним інстанціям.

Етап 2: Первинна централізована обробка звернень і скарг пацієнтів та забезпечення зворотного зв’язку. Сервісний центр є структурним підрозділом, відповідальним за розгляд звернень у РОКЛ. Саме Центр виконує функцію первинної обробки всіх видів звернень, здійснюючи їх розподіл на позитивні (відгуки) та негативні (скарги). Застосування централізовано-сервісного підходу забезпечує ефективну систематизацію інформації, узгодженість і послідовність у процесі розгляду звернень, а також оперативне реагування на потреби пацієнтів. Алгоритм роботи Центру на цьому етапі включає такі дії:

– збір і категоризація звернень пацієнтів – Центр акумулює всі отримані звернення, поділяючи їх на позитивні (відгуки) та негативні (скарги);

– опрацювання позитивних відгуків, які розглядаються як важливий індикатор якості роботи і мотивації медперсоналу, чинник підвищення іміджу закладу – Центр систематизує їх та оприлюднює на офіційному веб-сайті РОКЛ;

– збір і первинний аналіз скарг здійснюється централізовано з метою уникнення дублювання – скарги оперативно реєструються, перевіряються на повноту даних та аналізуються за суттю.

Етап 3: Розгляд скарг і ухвалення управлінських рішень на Медичній раді. Рада після подачі Центром підготовлених матеріалів ретельно розглядає ситуації та колегіально приймає рішення щодо вдосконалення медичного обслуговування. Цей етап, який спрямований на оперативне усунення проблем і системне підвищення якості надання допомоги та забезпечує реалізацію сервісного підходу і принципу пацієнтоорієнтованості, є ключовим у процесі роботи зі зверненнями.

Відповідно до Наказу РОКЛ від 20.06.2024 № 75-ОД/4, розгляд скарг здійснюється Медичною радою щотижнево, що забезпечує оперативне реагування на них. До складу Ради входять директор (голова), заступник директора з

управління якістю, медичні директори з терапії та хірургії, юрисконсульт, а за потреби – керівники інших відділень або профільні фахівці. Такий склад дає змогу комплексно підходити до вирішення проблемних питань. Кожна скарга розглядається окремо з дотриманням встановленої процедури: доповідь Центру з аналізом медичної документації; заслуховування пояснень медичних працівників; колегіальне обговорення суті проблеми; виявлення причинно-наслідкових зв'язків і потенційних системних недоліків; оцінка відповідності наданих послуг чинним клінічним протоколам і внутрішнім стандартам якості. За результатами розгляду Рада ухвалює колегіальні рішення, спрямовані на усунення виявлених порушень, застосування коригувальних і превентивних заходів, проведення навчання персоналу, дисциплінарні впливи та надання офіційної відповіді заявнику. Всі рішення протоколюються, що гарантує прозорість та підзвітність процесу.

Етап 4: Класифікація скарг і визначення їх подальшого «маршруту» (*Додаток В.6*). Кожна скарга за результатами свого розгляду на засіданні Медичної ради отримує категорію, що визначає відповідний алгоритм подальших дій. Такий підхід забезпечує системність і послідовність у роботі зі зверненнями, спрямований на підвищення якості медичного обслуговування та реалізацію принципу пацієнтоорієнтованості.

У РОКЛ усі скарги, включно з анонімними, підлягають розгляду, а зворотний зв'язок використовується як важливе джерело виявлення системних проблем і механізм реалізації принципу пацієнтоорієнтованості.

Отже, робота зі зверненнями пацієнтів функціонує в РОКЛ як комплексний багаторівневий організаційно-правовий управлінський механізм, інтегрований у Стратегію розвитку закладу до 2026 року [165] та внутрішню систему управління якістю медичної допомоги. Кожен етап цього механізму організаційно виважений і відповідно нормативно регламентований, а деталізований розподіл відповідальності за типами скарг (якість допомоги, етика, фінанси, корупція, персонал, зовнішні звернення) забезпечує ґрунтовний аналіз звернень пацієнтів. Зорієнтованість на прозорість, чесність та обов'язковий зворотний зв'язок з неанонімними заявниками підтверджує відданість РОКЛ принципам

пацієнтоорієнтованості. СУЯ дозволяє не лише своєчасно реагувати на виявлені проблеми, а й перетворювати скарги у важливий інструмент системного вдосконалення процесів. Відтак маршрут скарги в РОКЛ виступає не адміністративною формальністю, а стратегічним засобом забезпечення якісного сервісу та розвитку пацієнтоорієнтованої моделі медичного обслуговування.

3.2. Цифрова трансформація як стратегічний пріоритет удосконалення публічного управління сферою медичного обслуговування

Цифрові технології та інноваційні рішення стрімко інтегруються в усі сфери глобального суспільства, зокрема в медицину. Системи охорони здоров'я переходять у новий етап розвитку, оснований на застосуванні інноваційних цифрових медичних технологій. Телемедицина стає невід'ємною частиною сучасної моделі надання медичної допомоги, а в практичній діяльності медичних працівників дедалі ширше використовуються штучний інтелект, мобільні пристрої для моніторингу стану здоров'я (смарт-годинники, цифрові датчики температури тощо).

Сфера медичного обслуговування України нині зазнає масштабних трансформацій, ключовими рушіями яких є цифровізація та впровадження сучасних технологій. Ці процеси на державному рівні відображено у стратегічних нормативно-правових документах, серед яких Концепція розвитку електронного урядування (розпорядження КМУ від 20.09.2017 № 649-р), Концепція розвитку електронної охорони здоров'я [141] (розпорядження КМУ від 28.12.2020 № 1671-р), Стратегія цифрового розвитку інноваційної діяльності України на період до 2030 року [144] (розпорядження КМУ від 31.12.2024 № 1351-р) та Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року [146] (розпорядження КМУ від 17.01.2025 № 34-р). У цих актах визначено пріоритети цифрової трансформації галузі, зокрема створення сучасної інфраструктури е-здоров'я (eHealth), розвиток телемедицини, впровадження інтегрованих медичних інформаційних систем, цифрових сервісів для пацієнтів і лікарів, а також автоматизацію таких базових процесів діяльності ЗОЗ, як реєстрація, діагностика, управління, фінансування. Цифрові технології є важливим інструментом

модернізації публічного управління у сфері медичного обслуговування, тоді як цифрова трансформація створює передумови для ефективнішого забезпечення конституційного права громадян на доступну та якісну медичну допомогу.

Однією зі стратегічних цілей цифрового розвитку інноваційної діяльності України на період до 2030 року [144] визначено стимулювання медичних досліджень, розробок та впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я. Досягнення цієї мети передбачається шляхом упровадження технологій ШІ, зокрема для аналізу даних про стан здоров'я населення; розвитку інноваційних кластерів, що поєднують наукові установи, заклади вищої освіти та суб'єктів приватного сектору у сфері медичних технологій; застосування мобільних цифрових рішень для дистанційного моніторингу стану здоров'я пацієнтів; розширення міжнародного науково-технологічного співробітництва через партнерства з іноземними освітніми та науковими установами, інноваційними компаніями й науковими парками; а також посилення взаємодії між закладами освіти та бізнесом шляхом розвитку наявних і створення нових наукових парків.

Аналіз сучасного зарубіжного досвіду, зокрема японського (розділ 2.3 дисертації), засвідчує провідну роль технологізації та цифровізації у розвитку сфери медичного обслуговування в умовах глобалізаційних перетворень і сучасних викликів. Інтеграція цифрових технологій у діяльність ЗОЗ сприяє поліпшенню якості та доступності медичних послуг, а також створює передумови зміцнення їх ринкової конкурентоспроможності. Цифрова трансформація публічного управління медичним обслуговуванням постає як стратегічний пріоритет державної політики у сфері охорони здоров'я.

Технологізацію і цифровізацію визначено в межах проведеного в розділі 2.1 дисертації PESTL-аналізу провідними факторами технологічного макросередовища публічного управління у сфері медичного обслуговування (*Рис. 2.1*). Виходячи з цього, зазначені процеси доцільно розглядати як напрям удосконалення публічного управління цією сферою. Подальший аналіз потребує поглибленого розгляду технологічного фактора з виокремленням таких базових його блоків:

цифрова трансформація сфери через інноваційні медичні інформаційно-комунікаційні системи – впровадження е-здоров'я та його складових (ЕСОЗ, телемедицини); депаперизація та технологічні зміни в закладах охорони здоров'я;

інвестиційне забезпечення цифровізації та технологічного розвитку сфери – державне фінансування науково-дослідних робіт та інфраструктури; гранти, приватні інноваційні проекти та міжнародні технологічні партнерства.

Під цифровізацією та технологізацією будемо розуміти системний процес інтеграції цифрових інструментів, ІКТ, інноваційних медичних технологій і сервісів (електронні медичні записи, телемедичні сервіси, системи управління лікарськими засобами, клінічні інформаційні системи, інші цифрові рішення) в практику сфери медичного обслуговування, що сприяють підвищенню доступності, ефективності та пацієнтоорієнтованості медичних послуг.

Доцільно звернутися до базових термінів, які використовуються в межах цього дослідження та закріплені в чинному законодавстві України, зокрема до понять «електронна охорона здоров'я», «електронна система охорони здоров'я» та «телемедицина». Відповідно до ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я [94] зазначені терміни визначаються таким чином:

електронна охорона здоров'я (далі – е-здоров'я, англ. eHealth) – система інформаційної взаємодії суб'єктів сфери охорони здоров'я, що ґрунтується на використанні цифрового середовища, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій (далі – ІКТ), і спрямована на забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я; вона охоплює надання медичних і реабілітаційних послуг, профілактику та зміцнення здоров'я населення, підтримку медичної освіти, науки й досліджень, використання цифрових сервісів для отримання необхідної інформації, знань і навичок та виконання функцій системи громадського здоров'я;

електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – інформаційно-комунікаційна система, призначена для автоматизації обліку медичних послуг та управління інформацією у сфері охорони здоров'я, зокрема медичними даними; її функціонування забезпечує створення, накопичення, зберігання, оприлюднення, оброблення й електронний обмін інформацією та документами; до структури

ЕСОЗ входять центральна база даних і електронні медичні інформаційні системи, взаємодія між якими здійснюється шляхом автоматизованого обміну даними через відкритий програмний інтерфейс;

телемедицина – складова електронної охорони здоров'я, що охоплює сукупність організаційних заходів, цифрових технологій і технічних засобів, які забезпечують дистанційне надання пацієнтам медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням методів телемедицини.

Проаналізувавши наведені дефініції, можна дійти висновку, що поняття «е-здоров'я» та «телемедицина» співвідносяться між собою як ціле і його складова частина. Е-здоров'я є інтегрованим, широким за змістом терміном, що охоплює використання сучасних ІКТ у сфері охорони здоров'я – від управління медичною інформацією та автоматизації адміністративних і клінічних процесів до забезпечення ефективної комунікації між пацієнтами, медичними працівниками та закладами охорони здоров'я й підтримки управлінських рішень. Це «парасолькове» поняття, яке об'єднує різні цифрові рішення у сфері медичного обслуговування, тоді як телемедицина є одним із механізмів його реалізації, орієнтованим передусім на дистанційну взаємодію лікаря та пацієнта. Телемедицина є його складовою і має вузьку спеціалізацію, зосереджену на дистанційному наданні медичної допомоги, проведенні телеконсультацій, телемоніторингу та інших формах віддаленої взаємодії між лікарем і пацієнтом. Вона виступає важливим елементом цифрової трансформації національної системи охорони здоров'я, підвищує ефективність і доступність медичних послуг, сприяє відновленню здоров'я населення та водночас має ознаки організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Здійснений термінологічний аналіз сприяє глибшому розумінню досліджуваних категорій. Водночас, для забезпечення цілісності подальшого дослідження та формування концептуального бачення удосконалення організаційно-правових механізмів публічного управління у сфері медичного обслуговування в умовах цифровізації доцільно звернутися до напрацювань авторитетних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ та Всесвітньої медичної

асоціації (далі – ВМА, World Medical Association). ВМА визначає телемедицину як практику надання медичних послуг дистанційно, коли постановка діагнозу, прийняття клінічних рішень та рекомендацій щодо лікування ґрунтуються на даних пацієнта, медичній документації чи іншій інформації, переданій за допомогою телекомунікаційних систем [255]. У цьому визначенні наголошується, що телемедична практика може здійснюватися як у форматі «лікар-пацієнт», так і між лікарями та іншими фахівцями, охоплюючи діагностику та лікування. ВООЗ, у свою чергу, визначає телемедицину ширше – як надання послуг охорони здоров'я на відстані із застосуванням ІКТ, що сприяє підвищенню якості клінічного менеджменту та медичного обслуговування [248].

Проаналізуємо сучасний стан впровадження телемедицини та парадигми е-здоров'я в Україні. Практика свідчить, що цифрові трансформації в національній системі охорони здоров'я підвищили доступність медичних послуг для населення, зокрема у віддалених та прифронтових регіонах. Телемедицина нині перебуває на етапі активного розвитку: це підтверджується законодавчими ініціативами та формуванням нормативно-правової бази, розробкою спеціалізованого програмного забезпечення, впровадженням цифрових технологій у клінічну практику, підвищенням кваліфікації медичного персоналу, а також реалізацією національних і міжнародних пілотних проектів із широкою участю громадськості. Ці процеси створюють сприятливі передумови для подальшого розвитку телемедицини як складової е-здоров'я в Україні.

Попри відсутність окремого законодавчого акта, правову основу для функціонування телемедичних послуг створено Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини» від 09.08.2023 № 301-IX [121]. Цим Законом [121] Основи законодавства України про охорону здоров'я [94] доповнено ст. 35-6, яка регламентує порядок надання медичної допомоги та реабілітації із застосуванням телемедицини, а також встановлює вимоги до кібербезпеки даних. Визначено, що телемедична допомога надається з дотриманням принципів збереження лікарської таємниці, конфіденційності інформації про стан здоров'я пацієнта, а також норм медичної

етики та деонтології. Додатковим публічно-управлінським механізмом у цій сфері стало Розпорядження КМУ від 14.07.2023 № 625-р, яким схвалено Стратегію розбудови телемедицини [143] та операційний план її реалізації, що підкреслює ключову роль телемедицини у розширенні доступу до якісних медичних послуг.

При підтримці міжнародних партнерів у сфері телемедицини України реалізується 8 проектів на загальну суму понад 4 млн дол. США. У 2024 році до телемедицини інтегровано 31 із 41 пакета медичних послуг, що майже втричі перевищує показник 2023 року. Сфера застосування телемедицини охоплює: теледіагностику (використання ІКТ для діагностики та обміну медичною інформацією – зображення, аналізи, дані з обладнання, медичні документи); телеконсультування (дистанційна взаємодія медичних працівників, реабілітологів і пацієнтів з метою надання допомоги та профілактики); телереабілітацію (реалізується через телеконсультування, телемоніторинг, телеметрію та інші дистанційні методи). До телереабілітаційної системи України інтегровано понад 76 закладів охорони здоров'я, які забезпечують персоналізовану ігрову реабілітацію для пацієнтів із травмами та порушеннями мозкової діяльності. Загалом до надання телемедичних послуг підключено 328 закладів охорони здоров'я, 1259 медичних працівників пройшли відповідні навчальні курси. Телемедичні послуги активно впроваджуються у Дніпропетровській, Рівненській, Полтавській і Кіровоградській областях, зокрема у формі телемедичних консультацій з питань серцево-судинних і дерматологічних захворювань, цукрового діабету та бронхіальної астми [43; 143; 189].

Разом із тим, аналіз результатів досліджень [204; 213; 255], проведених міжнародними експертами, засвідчує, що впровадження телемедицини в Україні супроводжується низкою проблем, які доцільно згрупувати у такі основні блоки:

1. Інфраструктурні та технічні виклики – недостатня матеріально-технічна база ЗОЗ, обмежений і нерівномірний доступ до Інтернету й мобільного зв'язку, особливо у сільській місцевості та прифронтових регіонах; несумісність телемедичних пристроїв і відсутність інтеграції програмного забезпечення,

медичних інформаційних систем і платформ з eHealth-реєстрами; проблеми кібербезпеки та конфіденційності, ризики втрати персональних даних пацієнтів.

2. Недостатнє правове врегулювання – прогалини та колізії в нормативно-правовій базі, що регулює телемедичні послуги, зокрема щодо захисту медичної інформації, правил зберігання даних, застосування електронного підпису та визначення юридичної відповідальності.

3. Недостатнє фінансування – обмежена кількість державних програм і бюджетне недофінансування телемедичних проектів, більшість з яких реалізуються за підтримки міжнародних донорів або в межах державно-приватного партнерства.

4. Кадрові та освітні проблеми – низький рівень підготовки медперсоналу до роботи з цифровими платформами, небажання окремих лікарів застосовувати телемедицину через прихильність до традиційних підходів; недовіра пацієнтів, особливо літніх, та низька цифрова грамотність у частини населення.

Отже, основні проблеми телемедицини в Україні охоплюють інфраструктурні, правові, фінансові та освітні аспекти. Їх вирішення можливе за умов інтегрованого підходу із залученням органів законодавчої та виконавчої влади, міжнародних партнерів, а також через технологізацію, стандартизацію та впровадження освітніх програм. Актуальними завданнями сучасного розвитку телемедицини в Україні є створення, сертифікація та запуск національної телемедичної платформи з інтегрованими інструментами відеоконсультацій, обміну результатами лабораторних досліджень і віддаленого моніторингу стану здоров’я. Важливим напрямом також є впровадження систем дистанційного контролю за показниками пацієнтів та включення телемедичних послуг до Програми медичних гарантій, що адмініструється НСЗУ [63].

Перспективи розвитку телемедицини передбачають також інтеграцію штучного інтелекту, використання віртуальних асистентів і систем підтримки клінічних рішень, що здатні підвищувати точність діагностики та оптимізувати процес надання медичних послуг. Ці положення підтверджують дослідження М. Россі, Ш. Рехман [220], Т. Самуель, Т. Соетан [222] та Е. Сезґін [223].

В Україні активно розвивається система е-здоров'я, до складу якої відносять електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ). У свою чергу ЕСОЗ утворюють два її компонента, а саме: центральна база даних (ЦБД), яка містить державні електронні інформаційні ресурси сфери охорони здоров'я, забезпечує їх збереження та обмін в електронних медичних інформаційних системах; електронна медична інформаційна система – спеціалізоване програмне забезпечення для взаємодії з ЦБД та автоматизації роботи суб'єктів господарювання в сфері охорони здоров'я. ЕСОЗ забезпечує створення, накопичення та обміну інформацією в електронній формі, аналізу медичних даних, прогнозування та підтримки прийняття стратегічних рішень у сфері охорони здоров'я. ЕСОЗ є однією з найбільших ІТ-систем в Україні, яка перебуває у стані динамічного розвитку. Станом на кінець 2023 року в системі зареєстровано понад 2,5 млрд електронних медичних записів у центральній базі даних та зберігаються медичні відомості понад 35 млн пацієнтів, які уклали декларації із сімейним лікарем. Щоденно систему використовують понад 400 тис. користувачів із більш ніж 17,5 тис. закладів охорони здоров'я [136].

Е-здоров'я є одним із ключових стратегічних напрямів медичної реформи, що реалізується в межах цифрової трансформації системи охорони здоров'я України поетапно, починаючи з 2017 року. Постановою КМУ від 17.03.2017 № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» запроваджено урядову програму «Доступні ліки», реалізацію якої переведено в електронний формат із використанням е-рецепта.

Наказом МОЗ України Наказом МОЗ від 14.12.2017 № 1597 створено державне підприємство «Електронне здоров'я», яке визначено відповідальним за розвиток національної системи е-здоров'я. Вагомий внесок у розвиток ЕСОЗ зроблено проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», який реалізовувався МОЗ спільно з міжнародними партнерами у 2018-2023 роках.

А відтак, е-здоров'я слід розглядати не лише як технічний інструмент, але й як сучасний організаційно-правовий механізм публічного управління, що сприяє трансформації національної сфери медичного обслуговування. На сьогодні ЕСОЗ

забезпечує широке застосування е-рецептів, е-направлень, електронних реєстрів пацієнтів та модулів реабілітації. Її впровадження підвищує ефективність, доступність і якість медичних послуг, формує засади пацієнтоорієнтованості, прозорості та підзвітності у системі охорони здоров'я [141].

Впровадження ЕСОЗ має переваги та потенційних можливостей. По-перше, депаперизація – перехід від паперових форм медичної документації до електронних медичних записів, частка яких нині перевищує 80% – сприяла зменшенню адміністративного навантаження на медпрацівників, запобіганню втраті та дублюванню даних, оптимізації витрат часу і ресурсів, а також скороченню бюрократичних процедур для пацієнтів. ЕСОЗ забезпечує уніфікацію та централізований збір інформації про пацієнтів у єдиній електронній базі даних. Водночас у практичній діяльності закладів охорони здоров'я дотепер співіснують паперові та електронні форми ведення медичної документації, що іноді спричиняє суперечності та ускладнює ефективне управління медичною інформацією. По-друге, для пацієнтів, які проживають у віддалених населених пунктах, та для осіб з обмеженою мобільністю, суттєво розширено можливості доступу до медичних послуг. По-третє, впровадження електронного обліку фінансових та інших ресурсів сприяло підвищенню ефективності та якості медичного обслуговування, забезпеченню прозорості управлінських процесів, запобіганню корупційним проявам, а також покращенню поінформованості медпрацівників і пацієнтів та підзвітності діяльності закладів охорони здоров'я.

Незважаючи на поступальний розвиток ЕСОЗ в Україні, процес її повноцінного функціонування супроводжується низкою проблемних питань. До найбільш вагомих із них належать недосконаліть нормативно-правового забезпечення цифрової трансформації галузі, недостатній рівень цифрових компетентностей як медичних працівників, так і пацієнтів, технічні збої та нестабільність функціонування ЕСОЗ, суттєві міжрегіональні відмінності у рівні матеріально-технічного й цифрового забезпечення ЗОЗ, а також необхідність посилення захисту персональних медичних даних і забезпечення належної кіберстійкості інформаційних систем [181; 183].

Для повноцінної реалізації потенціалу ЕСОЗ актуальним є виконання комплексу завдань, спрямованих на підвищення якості, безпечності, доступності та подальший розвиток системи. Зокрема, це: ухвалення оновленої законодавчої та нормативно-правової бази, що регулює розвиток е-здоров'я та телемедицини; завершення процесу депаперизації (переходу від паперових форм медичної документації до електронних медичних записів); забезпечення технічної стабільності функціонування системи та розширення її функціональних можливостей; удосконалення системи захисту медичної інформації, персональних даних і забезпечення інформаційної безпеки відповідно до міжнародних стандартів і стандартів Євросоюзу [141]. Якість і доступність медичних послуг залежать від цифрової компетентності медпрацівників, їх уміння ефективно застосовувати медичні ІКС і дотримуватися вимог кібербезпеки. Тому пріоритетом розвитку медичного обслуговування є безперервне професійне навчання та підвищення кваліфікації персоналу в сфері цифрової й технологічної грамотності.

Фактором технологічного макросередовища публічного управління у сфері медичного обслуговування виступає інвестиційне забезпечення цифровізації та технологічного розвитку сфери (*Рис. 2.1*). Основними джерелами фінансування цього процесу є: державне (за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів); недержавне або донорське, що охоплює іноземні інвестиції, міжнародні гранти, партнерські програми, приватну підтримку інноваційних проектів, а також державно-приватні технологічні партнерства.

Збройна агресія суттєво вплинула на систему охорони здоров'я України, завдавши значних збитків інфраструктурі медичних закладів, послабивши людський капітал і поглибивши тенденцію недостатнього інвестування у медичні наукові дослідження й розробки. Витрати на такі дослідження, спрямовані на підтримку науково-дослідного та інноваційного потенціалу, є ключовим чинником цифрової трансформації сфери медичного обслуговування. Їх реалізація та впровадження інноваційних рішень у медичній практиці сприяють раціональному використанню ресурсів, підвищенню якості медичної допомоги й

продуктивності праці, створенню нових робочих місць і зміцненню конкурентоспроможності України на міжнародному рівні.

За оцінками, наведеними у публікації «Глобальний інноваційний індекс[8] 2025 року» [254], Україна посіла 66-те місце серед 139 держав світу, що свідчить про погіршення позицій порівняно з попередніми роками (60-те місце у 2024 р., 55-те – у 2023 р. та 45-те – у 2020 р.). Серед 39 країн Європи Україна посідає 35-те місце. За окремими показниками Індексу простежується негативна динаміка: за компонентом «інноваційні вкладення» (inputs) у 2025 році Україна займає 80-ту позицію проти 71-ї у 2020 р.; за компонентом «інноваційні результати» (outputs) – 54-ту проти 37-ї відповідно. Це свідчить, що інвестиції в інновації в Україні використовуються ефективніше, ніж залучаються. До сильних сторін віднесено високий рівень впровадження корисних моделей відносно ВВП (1-ше місце), до слабких сторін – низькі темпи зростання продуктивності праці (130-те місце).

Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я залишаються на високому рівні. У 2024 році на цю сферу було спрямовано близько 238,7 млрд грн, що становило приблизно 4,5% від загального обсягу державних видатків [95]. У 2025 році обсяг бюджетних асигнувань на охорону здоров'я визначено на рівні близько 239 млрд грн, або 6,1% загальних видатків держбюджету. Найбільшу частку цих коштів становить фінансування Програми медичних гарантій – 204 млрд грн. На розвиток ЕСОЗ спрямовано понад 1 млрд грн, що підкреслює пріоритетність цифрової трансформації медичної сфери. Загальний обсяг фінансування публічних інвестиційних проектів з Держбюджету України на 2025 рік становить 256,1 млрд грн [149]. Отже, навіть в умовах воєнного стану інвестування галузі охорони здоров'я залишаються серед пріоритетів державного фінансування, значні ресурси якого спрямовуються на розвиток електронних інструментів публічного управління сферою медичного обслуговування.

[8] **Глобальний інноваційний індекс** (англ. Global Innovation Index, GII) – міжнародний рейтинг, який щорічно розробляється, публікується Всесвітньою організацією інтелектуальної власності (WIPO), базується на приблизно 80 показниках, що характеризують витрати, результатами інновацій та інші аспекти інноваційної діяльності. GII оцінює інноваційний потенціал та результати економіки понад 130 країн світу.

Ґрунтовний аналіз державного та недержавного (донорського) фінансування процесів цифровізації та технологізації сфери медичного обслуговування в Україні видається ускладненим з причини відсутності необхідних статистичних даних, оприлюднених в офіційних джерелах. Разом з тим, аспекти міжнародних медичних партнерств і фінансового забезпечення сфери медичного обслуговування висвітлено в розділах 2.1 та 2.2 дисертації.

Держава через механізми публічно-приватних партнерств з участю іноземних інвесторів і технологічних компаній планує залучати інвестиції в відновлення, модернізацію медичної інфраструктури та впровадження інноваційних технологій [80]. Україна здійснює активну міжнародну співпрацю в сфері охорони здоров'я, яка включає участь у міжнародних проектах цифрової охорони здоров'я [79], підтримку з боку ВООЗ, зокрема шляхом посилення стійкості медичної системи, сприяння цифровим рішенням у сфері охорони здоров'я [166, с. 8, 9, 27], технічні та фінансові угоди, обміни досвідом з країнами ЄС і міжнародними організаціями [78]. Приватний суспільний сектор дедалі активніше підтримує інноваційні медичні проекти, європейська програма «Fast Track Validation» виділяє для молодих дослідників, що працюють над персоналізованими медичними рішеннями фінансування в межах 80 000 євро.

До проблем інвестиційного забезпечення цифровізації та технологічного розвитку досліджуваної сфери необхідно віднести недостатню прозорість і деталізацію фінансування медичних науково-дослідних робіт, обмеженість приватних інвестицій через ризики нормативно-правової невизначеності та відсутність гарантій повернення капіталовкладень.

Проаналізуємо стан впровадження сучасних цифрових медичних технологій на прикладі РОКЛ. Необхідність здійснення такого аналізу обґрунтовується потребою в оцінці ефективності процесів цифрової трансформації на локальному рівні публічного управління медичним обслуговуванням. Дослідження на прикладі РОКЛ дасть змогу виявити реальний стан реалізації медичної реформи в частині цифрових трансформацій на місцях і окреслити шляхи її подальшого розвитку.

З метою підвищення ефективності управління та якості надання медичної допомоги в РОКЛ впроваджуються сучасні медичні цифрові сервіси та інноваційні медичні технології. Концепція «Лікарня в смартфоні» забезпечує інтеграцію ключових цифрових рішень у єдиний інформаційний простір, у межах якого медперсонал, адміністрація та пацієнти мають оперативний і зручний доступ до необхідних медичних даних та управлінських інструментів. Перелік програмного забезпечення, що використовується у діяльності РОКЛ, наведено в *Додатку Ґ*.

Одним із пріоритетних напрямів цифрової трансформації РОКЛ є розвиток телемедичних послуг. Їх актуальність зумовлена підвищеним попитом з боку пацієнтів із віддалених районів, які мають обмежені можливості для особистих візитів до обласного центру. З 28 жовтня 2024 року в РОКЛ започатковано проведення телемедичних консультацій. Протягом року їх кількість перевищила 700, із яких понад 200 офіційно задокументовано у звітності закладу. До надання телемедичних консультацій залучено понад 20 висококваліфікованих лікарів різних спеціальностей, зокрема: неврологів, ендокринолога, гастроентерологів, ревматолога, кардіолога, пульмонолога, уролога, нефрологів, ортопеда-травматолога, гематологів, психіатра, дерматовенеролога і хірургів. Налагоджено співпрацю з 22 телемедичними центрами області, що уможливлює оперативний обмін медичною інформацією, проведення дистанційних консультацій і підвищує доступність спеціалізованої медичної допомоги для населення Рівненщини. Отже, телемедицина є стратегічним напрямом розвитку РОКЛ та ефективним організаційним публічно-управлінським механізмом, що поєднує інноваційні підходи до управління на основі технологізації та цифровізації.

При Сервісному центрі РОКЛ функціонує два телемедичних кабінети, в яких встановлено сучасне діагностичне обладнання, зокрема електронні стетоскопи, відеоотоскопи та апарати електрокардіограви. Під час дистанційної консультації лікарі РОКЛ у режимі реального часу отримують результати обстежень, здійснюють візуальний огляд пацієнта, надають медичні рекомендації та формують електронний висновок. Такий підхід забезпечує можливість повноцінного медичного обслуговування пацієнтів без необхідності їх

транспортування до обласної лікарні. Для адміністрації закладу це створює можливість розширення доступності спеціалізованої медичної допомоги, оптимізації навантаження на медичний персонал та підвищення рівня контролю якості наданих консультацій. Для пацієнтів – це забезпечує доступ до кваліфікованої медичної допомоги незалежно від місця проживання, скорочує часові та фінансові витрати на поїздку до обласного центру, а також сприяє оперативному отриманню висновку й подальших рекомендацій.

Ефект упровадження медичних цифрових сервісів у РОКЛ має комплексний характер. Для медичного персоналу це означає зменшення обсягу рутинної роботи, оперативний доступ до клінічної інформації та можливість приділяти більше часу пацієнтам. Для системи публічного управління – підвищення прозорості й ефективності у процесі прийняття стратегічних і оперативних рішень, зміцнення підзвітності діяльності закладу та забезпечення раціонального використання ресурсів. Для пацієнтів – це оперативний і зручний доступ до медичної допомоги, можливість отримання результатів обстежень у цифровому форматі та проходження дистанційних консультацій.

Отже, цифровізація медичного обслуговування в РОКЛ сприяє підвищенню доступності, ефективності та якості медичних послуг (допомоги). Впровадження сучасних цифрових сервісів і телемедичних рішень забезпечує для пацієнтів рівні можливості в доступі до спеціалізованої допомоги незалежно від місця проживання, оптимізує управлінські процеси, підвищує оперативність прийняття рішень і формує основу для розвитку лікарні як сучасного медичного закладу нового покоління.

3.3. Сервісна маршрутизація пацієнтів як інструмент удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування

На початку розділу 3.3 завершується розпочатий у розділі 2 PESTL-аналіз із акцентом на нормативно-правовому макросередовищі публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні, яке формується сукупністю законів і підзаконних актів, що регламентують діяльність у досліджуваній сфері, зокрема

регуляторними нормами, галузевими стандартами, законодавством у сфері страхової медицини та нормами, що визначають права пацієнтів (*Рис. 2.1*).

Правове регулювання сфери медичного обслуговування населення в Україні, систематизоване на міжнародному, конституційному, законодавчому та підзаконному рівнях, ґрунтовно проаналізовано в розділі 1.3 дисертації та узагальнено у вигляді структурної схеми (*Рис. 1.3*), у зв'язку з чим повторний розгляд цих положень у межах цього підрозділу не є доцільним. Водночас окремої уваги потребує законодавство у сфері страхової медицини (обов'язкового медичного страхування), яке перебуває на стадії фрагментарного формування та не має цілісного кодифікованого регулювання, що зумовлює відсутність єдиного фінансово-економічного механізму надання медичних послуг на страхових засадах.

Перспективи подальшого розвитку цієї сфери пов'язані з ухваленням спеціального закону про обов'язкове медичне страхування. Зокрема, у Верховній Раді України зареєстровано проект Закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» (реєстр. № 3464 від 12.05.2020). Водночас ключовими проблемами залишаються неузгодженість нормативно-правових актів, інституційна невизначеність суб'єктів обов'язкового медичного страхування, фінансово-економічні обмеження, недостатній рівень державного регулювання ринку медичного страхування та низький рівень конкуренції у сфері надання медичних послуг.

Суттєвим недоліком організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування залишається застосування застарілих стандартів, що істотно ускладнює здійснення ефективного контролю якості медичних послуг. Така ситуація обмежує можливості об'єктивного оцінювання результативності медичної допомоги, стримує впровадження сучасних підходів до управління якістю, зумовлює фрагментарність контрольних практик і знижує прозорість управлінських рішень, а також ускладнює адаптацію системи охорони здоров'я до актуальних потреб пацієнтів і вимог міжнародних стандартів. Подолання цієї проблеми потребує системного осучаснення стандартів медичної допомоги та їх гармонізації з міжнародними нормативами.

Норми, що визначають права пацієнтів в Україні (див. розділ 1.3 дисертації та *Рис. 1.3*), закріплені у статтях 3, 27, 28 та 49 Конституції України [61], Основах законодавства України про охорону здоров'я [94] (статті 6, 34, 39, 40, 43, 44), а також у низці спеціальних законів, зокрема у статтях 284-286 Цивільного кодексу України [181], Законах України «Про захист персональних даних», «Про психіатричну допомогу», «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», а також у підзаконних нормативно-правових актах (порядках надання інформованої згоди, стандартах медичної допомоги, клінічних протоколах, правилах ведення медичної документації та забезпечення конфіденційності). Аналіз цих актів засвідчив їх фрагментарність і недостатню узгодженість, декларативний характер окремих прав, обмеженість механізмів їх реалізації та нерівномірність практики застосування. Перспективи розвитку пов'язані з гармонізацією національного законодавства з міжнародними стандартами, удосконаленням інституційних механізмів захисту та підвищенням правової обізнаності учасників медичних правовідносин. Виявлені нормативно-правові обмеження зумовлюють необхідність пошуку нових підходів до організації публічного управління медичним обслуговуванням.

Узагальнення результатів PESTL-аналізу засвідчує, що фактори макросередовища публічного управління у сфері медичного обслуговування (*Рис. 2.1*) перебувають у тісній взаємозалежності та взаємообумовленості. Жоден із них не діє ізольовано: зміни в одному середовищі зумовлюють трансформації в інших, формуючи складну систему взаємопов'язаних впливів на розвиток сфери медичного обслуговування та механізмів публічного управління.

Технологічні фактори (цифровізація, розвиток ЕСОЗ, телемедицина, доступ до мережі Інтернет) впливають на сферу медичного обслуговування через підвищення оперативності управлінських рішень, зменшення адміністративного навантаження, скорочення часу очікування пацієнтів, підвищення точності діагностики та розширення доступності послуг, особливо для віддалених і соціально вразливих груп населення. Водночас технологічні трансформації сприяють підвищенню продуктивності праці, раціоналізації використання

ресурсів, оптимізації витрат і створенню нових робочих місць, що безпосередньо пов’язує їх з економічними чинниками.

Економічні фактори (бюджетне фінансування, інвестиційна спроможність, ресурсне забезпечення, стан економічного розвитку) визначають можливості модернізації матеріально-технічної бази, впровадження інновацій, оплати праці медичного персоналу та забезпечення сталості програм медичних гарантій. Таким чином, економічне середовище виступає базисом реалізації технологічних змін і забезпечення результативності медичної реформи.

Політичні та нормативно-правові фактори формують організаційно-інституційне середовище функціонування сфери медичного обслуговування, визначаючи напрями державної політики, параметри реформ, обсяги фінансування, механізми регулювання та стандарти надання медичних послуг. Соціально-демографічні тенденції (старіння населення, депопуляція, міграційні процеси, рівень доходів і бідності) впливають на структуру та динаміку попиту на медичні послуги, формуючи нові вимоги до організації медичного обслуговування, пріоритетів і механізмів публічного управління.

Вплив зовнішнього макросередовища на розвиток сфери охорони здоров’я має дуалістичний характер, формуючи водночас передумови для розвитку та потенційні ризики. Так, цифровізація сприяє розширенню доступу до медичних послуг і підвищенню їх якості, однак актуалізує проблеми цифрової нерівності, захисту персональних даних і кібербезпеки, а також зумовлює потребу у підвищенні рівня цифрової грамотності медичних працівників та населення. У цьому контексті цифрові трансформації впливають не лише на ефективність управління, а й на соціальний розвиток, якість життя населення та, опосередковано, на економічне зростання.

Підвищення якості, ефективності та доступності медичних послуг створює передумови для зміцнення довіри громадян до держави, підвищення соціальної стабільності та покращення соціально-демографічних показників, зокрема стану здоров’я, тривалості та якості життя населення. Водночас розвиток людського капіталу в сучасних умовах є ключовою передумовою сталого економічного

зростання та ефективного функціонування сфери медичного обслуговування. Натомість політична нестабільність, збройна агресія, корупція й фінансові кризи посилюють соціально-економічні ризики, ускладнюючи реалізацію медичних реформ.

Отже, результати PESTL-аналізу слід розглядати як комплексний аналітичний інструмент удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, що дає змогу ідентифікувати ключові фактори та тенденції змін зовнішнього середовища. Оцінка їх впливу та моделювання можливих сценаріїв розвитку сфери створюють підґрунтя для формування обґрунтованих стратегічних і оперативних управлінських рішень.

Адекватне реагування на зміни зовнішнього середовища є необхідною умовою ефективності публічного управління у цій сфері. Недооцінка макросередовищних трансформацій або несвоєчасна реакція на них може призвести до втрати можливостей розвитку, посилення загроз та зниження результативності медичної реформи. У цьому контексті систематичне застосування PESTL-аналізу сприяє підвищенню адаптивності управлінських рішень, забезпечує проактивний характер публічного управління та формує підґрунтя для сталого розвитку сфери медичного обслуговування.

Важливим завданням для публічних управлінців є визначення ключових, пріоритетних факторів, що потребують першочергового реагування. Окремі чинники можуть мати визначальний вплив, тоді як інші є похідними від них (наприклад, належне фінансове та правове забезпечення детермінує ефективність державної політики й реалізації медичної реформи). Без чіткого усвідомлення пріоритетності цих факторів неможливе прийняття обґрунтованих і результативних управлінських рішень у сфері медичного обслуговування.

Разом із тим, управлінські рішення часто формуються під впливом інерції, консерватизму та упереджень. Зміни макросередовища можуть сприйматися як малозначущі або складні для прогнозування, що призводить до втрати можливостей розвитку сфери або недооцінки загроз, здатних спричинити істотні негативні наслідки. Ігнорування публічними управлінцями пріоритетності

впровадження сучасних цифрових рішень у сфері медичного обслуговування гальмує не лише її розвиток, а й опосередковано уповільнює економічне зростання.

Результати PESTL-аналізу також засвідчили недостатню відповідність діючих механізмів публічного управління сучасним викликам цифровізації, децентралізації та орієнтації на пацієнта як ключового споживача медичних послуг. Особливо гострою залишається проблема неузгодженості маршрутів пацієнтів між рівнями надання медичної допомоги, що призводить до дублювання функцій, перевантаження медичного персоналу, зниження якості сервісу та неефективного використання ресурсів. У цьому контексті обґрунтованим є перехід від надмірно централізованої, адміністративно-ієрархічної моделі управління до сервісно-орієнтованого підходу до надання медичних послуг, основаного на сучасних медичних технологіям і цифровій інтеграції.

Сервісна маршрутизація пацієнтів розглядається в межах даної дисертаційної роботи як інструмент удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, інноваційна медико-управлінська технологія та сучасний сервісно-орієнтований підхід до трансформації управлінських процесів у сфері медичного обслуговування. Вона інтегрує організаційні, нормативно-правові, інформаційно-комунікаційні та управлінські складові процесу надання медичних послуг і передбачає оптимізацію руху пацієнта в системі охорони здоров’я з урахуванням клінічних потреб, доступності ресурсів, часових параметрів та інформаційної взаємодії між ЗОЗ.

Сервісна маршрутизація пацієнтів (*Рис. 3.1*) – інтегрований організаційно-правовий інструмент публічного управління медичним обслуговуванням, що забезпечує нормативно визначену та організаційно скоординовану послідовність взаємодії пацієнта із суб’єктами системи охорони здоров’я на всіх етапах надання медичних послуг (від звернення до отримання медичної послуги). Її метою є гарантування доступності, безперервності, якості та ефективності медичного обслуговування з урахуванням медичних, інформаційно-організаційних і соціально-правових потреб пацієнта. У межах організаційно-правового механізму

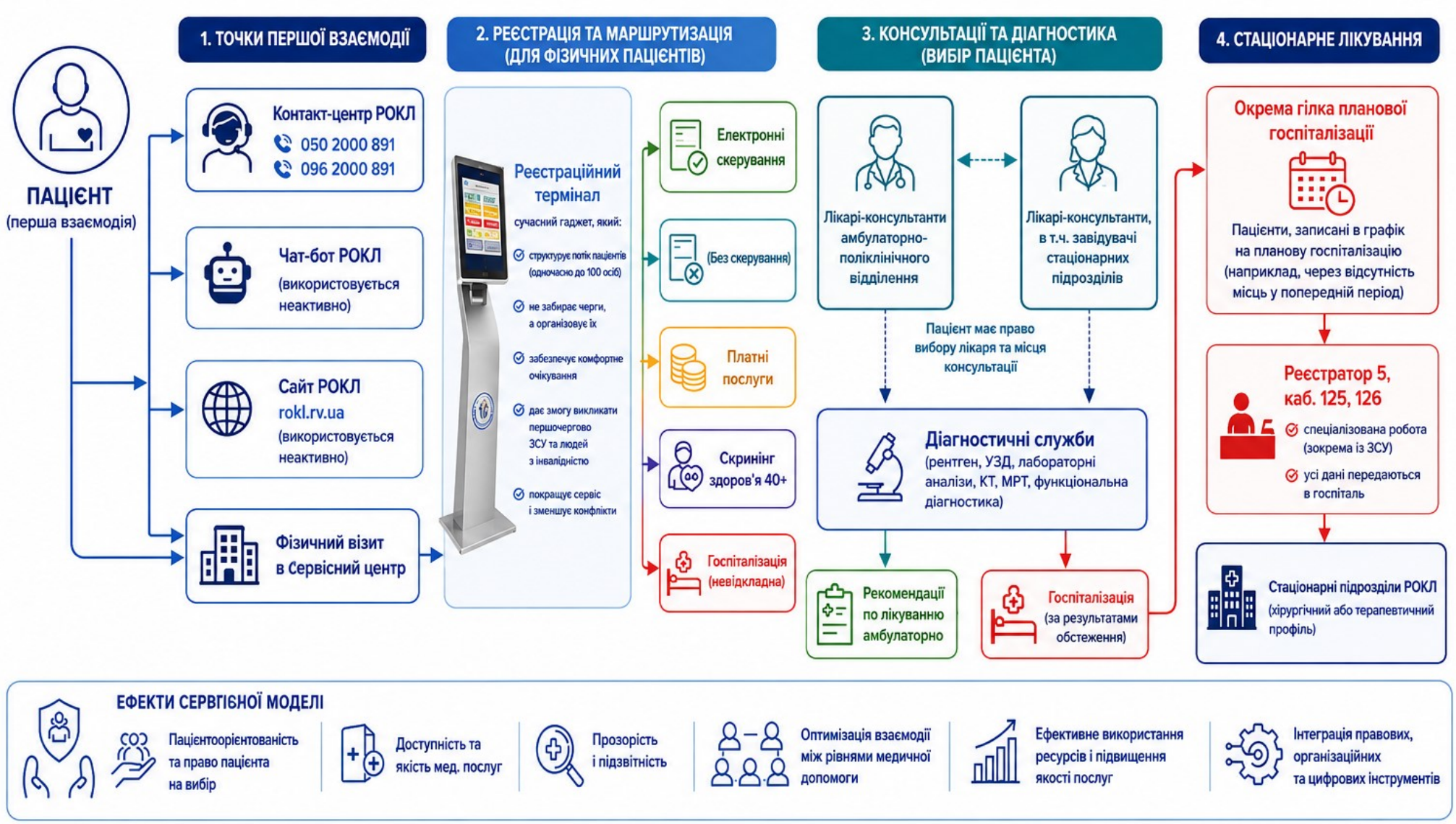


Рис. 3.1 Модель сервісної маршрутизації пацієнтів як організаційно-правового механізму та сервісно-орієнтованого публічного управління у сфері медичного обслуговування України (*розроблено автором*)

публічного управління сервісна маршрутизація виконує функцію нормативного регулятора організації процесів медичного обслуговування, забезпечуючи поєднання нормативно-правових вимог, управлінських рішень і сервісної орієнтації потреб населення. Її впровадження спрямоване на підвищення якості управління потоками пацієнтів, ефективності медичних послуг і раціонального використання ресурсів, реалізацію базових принципів організації сфери медичного обслуговування – пацієнтоорієнтованості, доступності та прозорості.

Подальший виклад дослідження присвячено обґрунтуванню напрямів удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування на основі сервісної маршрутизації пацієнтів. Доцільність її застосування підтверджено результатами апробації на локальному рівні, зокрема на базі РОКЛ – багатопрофільного закладу третинного рівня, що відіграє ключову роль у регіональній системі медичного обслуговування. Отримані результати є підґрунтям для формування практичних висновків і розроблення рекомендацій щодо адаптації та можливого масштабування зазначеної моделі публічного управління сферою медичного обслуговування на національному рівні з урахуванням організаційно-інституційних умов її реалізації.

Сервісну маршрутизацію впроваджено в діяльність РОКЛ у межах чинного законодавства, державної і регіональної політики у сфері медичного обслуговування (див. розділ 3.1). Організаційно-правовими передумовами цього процесу стали: національні стратегічні документи [144-146] в частині інноваційно-технологічного розвитку, підвищення якості, доступності та пацієнтоорієнтованості медичних послуг; стратегічні рішення органу управління закладом; розроблення внутрішніх регламентів сервісних процесів; інституційне закріплення Сервісного центру як окремого структурного підрозділу управління; інтеграція сервісних маршрутів у внутрішню систему контролю якості медичного обслуговування.

Зростання потреби населення в медичних послугах в умовах воєнного стану зумовило запровадження дирекцією РОКЛ системної моделі сервісної маршрутизації, спрямованої на підвищення доступності медичної допомоги, якості медичного обслуговування, його доступності та зручності взаємодії

пацієнтів із закладом. Комплексне оновлення відповідних організаційних процесів реалізовано як складову політики «поліклініка без черг».

До впровадження сервісної маршрутизації організація медичного обслуговування в закладі характеризувалася фрагментарністю сервісних процесів і неузгодженістю дій персоналу, відсутністю уніфікованих процедур і недостатнім рівнем комунікації з пацієнтами, проблемами, пов'язаними з чергами та перевантаженістю реєстратури, відсутністю системного обліку звернень і скарг, а також низьким рівнем зворотного зв'язку з пацієнтами (*Додаток Д.1*). Тобто, сервісна маршрутизація стала відповіддю на системні управлінські проблеми.

Зазначені проблеми були типовими для пострадянської моделі управління медичними закладами та зумовлювали зниження якості сервісу й довіри населення до закладу. Порівняльну характеристику стану організації сервісної маршрутизації до та після впровадження реформ, напрями і зміст ключових змін, узагальнено та представлено в *Додатку Д.1*.

До реформування реєстратура РОКЛ функціонувала за моделлю, характерною для радянської системи охорони здоров'я, з єдиним телефонним каналом, значною кількістю фізичних черг і регулярними збоями в обслуговуванні. У процесі трансформації цю модель замінено централізованим сервісним контакт-центром як ключовим елементом нової, цифровізованої та сервісно-орієнтованої організації медичного обслуговування. Трансформаційні заходи були спрямовані на комплексне вдосконалення взаємодії пацієнта із закладом та охопили ключові елементи сервісної моделі: комунікацію на початковому етапі звернення, організацію попереднього запису й регулювання потоків пацієнтів, внутрішню навігацію, інформаційне забезпечення та наскрізну маршрутизацію із застосуванням медичної інформаційної системи.

Функціонування сучасного контакт-центру (*Додаток Д.2*) базується на використанні IP-телефонії, автоматизованій фіксації телефонних розмов, стандартизації сценаріїв комунікації та залученні спеціально підготовлених працівників. Це сприяло прискоренню опрацювання звернень пацієнтів і водночас знизило навантаження на традиційні реєстратури. Для оптимізації процесу запису

на прийом та регулювання пацієнтських потоків у фронт-офісі запроваджено функціональне зонування, термінали самореєстрації та стандартизовані алгоритми обслуговування. Зазначені рішення дозволили мінімізувати утворення фізичних черг і забезпечити більш передбачувану тривалість очікування пацієнтів.

Оптимізацію перебування пацієнтів у РОКЛ забезпечено також за рахунок удосконалення внутрішньої навігації: запроваджено доступну та інтуїтивно зрозумілу систему візуальних орієнтирів, адаптовану до потреб осіб з інвалідністю, а за необхідності передбачено індивідуальний супровід. Комунікацію з пацієнтами переведено у системний формат завдяки автоматичному надсиланню SMS-нагадувань про запланований прийом, інформації щодо порядку відвідування та електронному збору оцінок задоволеності після отримання медичної допомоги. Важливим елементом модернізації стала інтеграція МІС, що уможливлює оперативне формування та коригування клінічних і сервісних маршрутів, а також синхронізацію дій персоналу, залученого до обслуговування пацієнта. Реалізована модель сервісної маршрутизації сформувала організаційні передумови для подальшого підвищення результативності діяльності закладу. Її ефективність підтверджується результатами кількісного оцінювання, зокрема зменшенням кількості скарг, підвищенням задоволеності пацієнтів та скороченням тривалості очікування лікарського прийому, детальний аналіз яких наведено нижче.

У контексті оцінювання якості медичної допомоги в РОКЛ важливого значення надається системі розгляду скарг пацієнтів: безперервне підвищення якості медичних послуг визначено стратегічною ціллю Стратегії розвитку РОКЛ [165] (*Додаток В. 3*); заклад пройшов акредитацію та отримав вищу категорію відповідності вимогам стандартів національного (ДСТУ) і міжнародного (ISO 9001:2015) «Системи управління якістю»; відповідно до наказу РОКЛ від 23.02.2024 № 22-ОД «Про контроль та оцінку якості надання медичної допомоги в РОКЛ» упроваджено та функціонує внутрішня СУЯ (*Додаток В. 4*).

Реформування сервісних маршрутів пацієнта в контексті реалізації політики «поліклініка без черг» позитивно вплинуло на організацію медичного

обслуговування та якість надання послуг у РОКЛ, що підтверджується результатами аналітичного моніторингу звернень і опитувань пацієнтів. Отримані дані засвідчують виразний управлінський ефект сервісної маршрутизації, який проявляється у зменшенні кількості конфліктних ситуацій, скороченні часу очікування та підвищенні рівня задоволеності пацієнтів організацією обслуговування, що, у свою чергу, знижує навантаження на адміністрацію закладу та дає змогу зосередитися на стратегічних напрямах його розвитку.

Дані, наведені в *Додатку Е.1*, засвідчують стійке зниження кількості скарг після впровадження системи сервісної маршрутизації. Так, у 2023 р. їх кількість становила 99 проти 120 у 2022 р., що відповідає скороченню на 17,5% та свідчить про перші позитивні результати організаційних змін. У 2024 р. показник знизився до 56 скарг, або на 46,7% порівняно з базовим рівнем 2022 р. Найбільш суттєву динаміку зафіксовано у 2025 р., коли кількість звернень скоротилася до 31, що на 74,2% менше за показник 2022 р. і відповідає майже чотириразовому зменшенню.

Отже, скорочення кількості скарг доцільно використовувати як один із основних кількісних індикаторів результативності сервісної маршрутизації. Позитивна динаміка цього показника свідчить про зменшення конфліктних ситуацій у взаємодії пацієнтів із медичним персоналом та водночас характеризує перехід РОКЛ до більш упорядкованої, керованої, сервісної та пацієнтоорієнтованої моделі медичного обслуговування, заснованої на чіткій організації комунікацій і взаємодії між пацієнтом та закладом.

До другої половини 2022 р. у РОКЛ не було сформовано цілісної системи роботи зі скаргами пацієнтів, яка б передбачала їх стандартизовану реєстрацію, облік, розгляд та подальший аналіз. Опрацювання звернень здійснювалося ситуативно й без належної регламентації, що не відповідало сучасним принципам пацієнтоорієнтованості, зокрема вимогам щодо доступності та прозорості каналів комунікації і забезпечення зворотного зв’язку.

У закладі не функціонувала спеціально визначена комісія з розгляду звернень і скарг, а порядок їх опрацювання не був уніфікований. Основним каналом надходження скарг залишався телефонний зв’язок. Отримані звернення

секретар керівника фіксував у довільній формі та передавав директору для резолюції, після чого їх розгляд доручався начальнику медичної частини або іншій відповідальній посадовій особі, до компетенції якої належали організація медичної допомоги, контроль діяльності лікарів і середнього медичного персоналу та забезпечення якості послуг. У певних випадках відповідні функції поєднувалися з виконанням завдань у сфері запобігання та протидії корупції, покладених на працівника кадрової служби. Таким чином, розгляд скарг фактично відбувався у неформалізованому «ручному» режимі: не були встановлені єдині алгоритми дій, визначені строки опрацювання звернень і критерії прийняття управлінських рішень. Не передбачалося й систематичного інформування заявників про результати розгляду їхніх звернень. Реагування на підтверджені порушення з боку медичних працівників здебільшого мало формальний характер і обмежувалося усними зауваженнями або застосуванням дисциплінарних заходів у формі попередження чи догани.

Створення Сервісного центру як самостійного функціонального підрозділу РОКЛ стало організаційною передумовою переходу до системного та нормативно врегульованого опрацювання звернень пацієнтів. На підрозділ покладено функції первинної комунікації з пацієнтами, організації їхньої маршрутизації та забезпечення належного зворотного зв’язку. Водночас статистичні дані засвідчують зростання у 2025 р. порівняно з 2022 р. загальної кількості звернень пацієнтів до амбулаторно-поліклінічного відділення, Сервісного центру та стаціонарних підрозділів РОКЛ на 27,6%, або у 1,28 раза, що відповідає приросту на 36 770 звернень в абсолютному значенні.

Збільшення кількості звернень передусім пов’язане з централізацією первинної взаємодії з пацієнтами та передачею основних комунікаційних потоків до Сервісного центру. До запровадження сервісної моделі пацієнти мали можливість безпосередньо контактувати з лікарями стаціонарних підрозділів, не проходячи через реєстратуру, що створювало ризики виникнення неформальних фінансових відносин і водночас ускладнювало достовірний облік фактичних обсягів медичної допомоги. Упровадження стандартизованої сервісної

маршрутизації забезпечило переведення фінансових взаємовідносин у формалізовану площину: оплата медичних послуг здійснюється виключно на офіційні рахунки РОКЛ відповідно до вимог чинного законодавства, а винагорода медичних працівників – у формі офіційної заробітної плати з відповідним податковим навантаженням. Водночас приріст кількості звернень може розглядатися як індикатор активізації взаємодії пацієнтів із закладом, збільшення фактичних обсягів медичної допомоги, розширення доступності послуг та підвищення довіри населення до РОКЛ.

Запровадження сервісної маршрутизації забезпечило переведення фінансових розрахунків за медичні послуги у формалізований формат: усі платежі здійснюються на офіційні рахунки РОКЛ відповідно до вимог чинного законодавства, а винагорода медичного персоналу виплачується у вигляді офіційної заробітної плати з відповідним оподаткуванням. Водночас збільшення кількості звернень характеризує активізацію взаємодії населення із закладом, розширення обсягів медичної допомоги та підвищення доступності послуг, що в сукупності може свідчити про посилення довіри пацієнтів до РОКЛ.

Сервісний центр з впровадженням сервісної маршрутизації виконує функцію зворотного зв’язку в системі публічного управління медичним обслуговуванням. Через систематизацію звернень і скарг пацієнтів, аналіз їхніх очікувань і оцінок якості сервісу адміністрація закладу отримує інформацію, необхідну для коригування управлінських рішень. У цьому сенсі сервісні маршрути виступають інструментом організаційно-правового механізму, який сприяє адаптації РОКЛ до внутрішніх викликів і динамічних змін зовнішнього середовища.

Для комплексної оцінки результативності трансформації сервісної маршрутизації пацієнтів необхідно враховувати не лише характер зворотного зв’язку, зокрема кількісні показники позитивних і негативних звернень, а й рівень задоволеності отриманими послугами. У сучасній системі публічного управління саме задоволеність користувачів розглядається як один із базових критеріїв оцінювання якості та результативності надання публічних послуг. Результати проведених у РОКЛ опитувань 439 пацієнтів засвідчую, що переважна більшість з

них оцінили організацію обслуговування як якісну або дуже якісну, що вказує про позитивне сприйняття змін і зростання довіри до закладу. У 2025 р. зафіксовано істотне підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг і сервісного обслуговування: середня оцінка становила 8,34 бала з 10 можливих, що відповідає 83,4% позитивної оцінки (*Додаток Е.2*).

Результати опитування засвідчили переважно позитивне сприйняття пацієнтами якості медичних послуг та роботи реєстраторів Сервісного центру: більшість респондентів оцінила їх на рівні «дуже добре» або «добре». Це дає підстави стверджувати, що запроваджені зміни в організації сервісних маршрутів загалом позитивно позначилися на досвіді взаємодії пацієнтів із закладом. Висновки сформовано на основі результатів систематичного анкетування пацієнтів, організація та проведення якого відповідно до внутрішніх нормативних документів належать до функціональних повноважень Сервісного центру РОКЛ.

Тривалість очікування медичної допомоги є одним із показників, за якими можна оцінити результативність реформування сервісної маршрутизації, оскільки вона відображає ефективність управління пацієнтськими потоками, внутрішньої організації переміщення пацієнтів та координації діяльності структурних підрозділів РОКЛ. Упроваджені організаційні зміни забезпечили скорочення середньої тривалості очікування лікарського прийому до рівня, що відповідає рекомендованим критеріям доступності медичної допомоги. Це засвідчує аналіз діаграм, поданих на *Додатку Е.3*. Результати проведеного опитування засвідчили, що середня тривалість очікування пацієнтом прийому лікаря становить 11,62 хв. Водночас стратегічною ціллю дирекції РОКЛ визначено подальше скорочення цього показника до 5 хв. Організація сервісних процесів уже забезпечує позитивну динаміку: майже 30% пацієнтів здійснюють запис на прийом без очікування в черзі, а близько 40% витрачають на реєстрацію лише 3–5 хв. Такий розподіл часу обслуговування свідчить про зниження навантаження на реєстратуру і підвищення операційної ефективності організації сервісних потоків.

Одним із комплексних критеріїв оцінювання результативності сервісної маршрутизації пацієнтів є їхня готовність повторно обрати РОКЛ для отримання

медичної допомоги. Цей показник узагальнює рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг та сервісного обслуговування і водночас відображає ступінь довіри до закладу. Дані анкетування (*Додаток Е.4*) демонструють високий рівень лояльності пацієнтів до РОКЛ. Максимальну оцінку ймовірності повторного звернення – 10 балів – надали 71,5% респондентів, ще 13,9% оцінили цей показник у 9 балів. Отже, сукупна частка найвищих оцінок свідчить про сформовану довіру пацієнтів до закладу та позитивне сприйняття якості медичної допомоги й сервісного обслуговування. Незначна частка низьких оцінок додатково характеризує стабільність позитивного іміджу РОКЛ та результативність реалізованих організаційно-сервісних перетворень.

Результати дослідження, представлені в *Додатку Е.5*, також не виявили ознак системного характеру неформальних фінансових вимог під час отримання медичних послуг у РОКЛ. Переважна більшість опитаних – 226 респондентів – зазначила, що не стикалася з вимаганням коштів за лікування чи проведення обстежень. Такий результат свідчить про забезпечення принципу безоплатності медичної допомоги в межах програми медичних гарантій та підвищення прозорості взаємодії між пацієнтами і закладом.

До впровадження сервісних маршрутів організація прийому та супроводу пацієнтів у значній мірі залежала від неформальних практик, особистого досвіду працівників та ситуативних управлінських рішень. Такий підхід ускладнював контроль якості обслуговування, створював нерівні умови для пацієнтів і підвищував ризики конфліктних ситуацій. Натомість після впровадження сервісної маршрутизації управлінські процеси були структуровані на основі чітко визначених алгоритмів взаємодії, що забезпечило передбачуваність і стабільність сервісного компоненту медичного обслуговування. Сервісна маршрутизація дала змогу забезпечити в РОКЛ чітку логіку руху пацієнтопотоків та мінімізувати неформальні управлінські практики, що позитивно вплинуло на сприйняття закладу як відкритої та орієнтованої на потреби пацієнта інституції.

Поодинокі випадки зазначення оплати пацієнтами переважно були пов’язані з отриманням офіційно визначених платних медичних послуг, оплатою

консультацій або придбанням окремих лікарських засобів і матеріалів, тому не можуть розглядатися як свідчення корупційних практик. Відповіді категорії «інші» характеризують окремі індивідуальні випадки та не дають підстав для висновку про системність корупційних проявів. Отримані результати підтверджують позитивний ефект централізації первинної комунікації через Сервісний центр, що проявляється у зменшенні ризиків неформальних платежів, підвищенні прозорості фінансових взаємовідносин і переході до офіційно врегульованих механізмів розрахунків за медичні послуги. Водночас актуальним залишається завдання посилення інформаційної роботи з пацієнтами щодо переліку безоплатних і платних медичних послуг, умов та порядку їх отримання.

Результати проведеного дослідження дають підстави розглядати сервісну маршрутизацію в РОКЛ не лише як інструмент удосконалення обслуговування пацієнтів, а як повноцінний механізм управління організаційними процесами, спрямований на забезпечення якості, доступності та прозорості медичних послуг. Її впровадження спричинило комплексні зміни в організації діяльності закладу, основними результатами яких стали: централізація комунікації з пацієнтами шляхом об’єднання телефонних та онлайн-каналів, терміналів самореєстрації й особистих звернень до фронт-офісу Сервісного центру; уніфікація стандартів взаємодії персоналу з пацієнтами через застосування типових комунікаційних скриптів та алгоритмів опрацювання запитів, скарг і нестандартних ситуацій; інтеграція клінічної та сервісної маршрутизації у медичній інформаційній системі з подальшою синхронізацією з ЕСОЗ, що сприяло підвищенню керованості пацієнтських потоків і прозорості організаційних процесів; формування механізму безперервного вдосконалення діяльності Сервісного центру, заснованого на систематичному відстеженні ключових показників – кількості скарг, рівня задоволеності пацієнтів і тривалості очікування, їх аналізі та використанні отриманих результатів для коригування управлінських рішень. Отже, сервісна маршрутизація інтегрувалася в управлінську систему РОКЛ як комплексний механізм, що об’єднав організаційні, інформаційні та комунікаційні рішення для ефективного управління взаємодією закладу з пацієнтами.

Результати внутрішнього моніторингу та опитувань, проведених у 2024–2025 рр., засвідчують загалом позитивне ставлення медичних працівників і пацієнтів до організаційних змін, реалізованих у межах сервісної маршрутизації. Серед опитаного медичного персоналу 92% відзначили, що функціонування Сервісного центру та запровадження стандартизованих маршрутів сприяли поліпшенню міжпідрозділової взаємодії, зниженню навантаження на лікарів і середній медичний персонал та більш чіткій організації прийому пацієнтів. Водночас 86% пацієнтів позитивно оцінили зручність внутрішньої навігації, доступність інформації та зрозумілість процедур запису й отримання медичної допомоги. Позитивні оцінки з боку обох груп респондентів узгоджуються з іншими результатами трансформації, зокрема зі скороченням кількості скарг і тривалості очікування, а також підвищенням загального рівня задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування.

Досвід РОКЛ засвідчує, що сервісна маршрутизація дає змогу перевести оцінювання діяльності закладу з декларативного рівня на рівень вимірюваних управлінських показників. Чітка регламентація сервісних процесів і можливість їх оцінювання з боку пацієнтів створюють передумови для суспільного контролю та підвищення легітимності управлінських рішень, сприяючи зміцненню взаємодії між ЗОЗ і громадськістю. З позиції організаційно-правового механізму публічного управління важливим є також підвищення прозорості управлінських процедур: стандартизація сервісних маршрутів мінімізує суб’єктивний вплив посадових осіб, забезпечує рівність доступу (недискримінацію) та є інструментом реалізації принципів прозорості й підзвітності у досліджуваній сфері (*Рис. 1.1*).

Виявлена позитивна динаміка організації сервісних процесів, задоволеності пацієнтів та прозорості управлінських процедур узгоджується з результатами міжнародних наукових досліджень. У них сервісна маршрутизація пацієнтів визначається як один із важливих управлінських інструментів оптимізації організації медичної допомоги та підвищення ефективності функціонування сучасних систем охорони здоров’я [118; 203; 206; 207].

Корейські дослідники [206] наголошують, що ключовим чинником ефективного впровадження сервісної маршрутизації є системна управлінська складова. Порівняльний аналіз результатів, отриманих у ході даного дослідження, та висновків міжнародних авторів підтверджує, що її ефективність проявляється не лише у кількісних показниках, а й у трансформації управлінської культури закладу. Формується орієнтація на стандартизацію сервісних процесів, розвиток командної взаємодії та системне врахування потреб пацієнтів як ключових стейкхолдерів сфери медичного обслуговування. Управлінська цінність сервісної маршрутизації полягає також у підвищенні відповідальності управлінського та медперсоналу за організацію обслуговування пацієнтів. Чітко визначені сервісні маршрути дають змогу ідентифікувати «проблемні зони» в організації процесів і приймати обґрунтовані управлінські рішення щодо їх усунення навіть в умовах обмежених ресурсів. Такий підхід сприяє переходу від реактивної до проактивної моделі управління ЗОЗ. У цьому контексті результати даного дослідження узгоджуються з міжнародними науковими висновками щодо ролі сервісних маршрутів пацієнтів у підвищенні управлінської ефективності.

Емпіричні результати [203; 207] засвідчують зменшення адміністративного навантаження на медичний персонал як важливий непрямий управлінський ефект сервісної маршрутизації. Завдяки чіткому розмежуванню клінічних і сервісних функцій скорочується кількість позапланових звернень до лікарів з організаційних питань, що дозволяє зосередити їхню діяльність на наданні медичної допомоги. Інтеграція сервісних компонентів у маршрути пацієнтів у РОКЛ мінімізує часові та інформаційні втрати, знижує рівень стресу пацієнтів, підвищує прозорість управлінських процедур і загальну задоволеність медичним обслуговуванням, що корелює з результатами міжнародних досліджень і рекомендаціями щодо оптимізації розподілу функцій у ЗОЗ.

Управлінська ефективність сервісної маршрутизації проявляється також у зростанні керованості процесів прийняття рішень: наявність структурованої інформації про рух пацієнтів, проблемні зони та типові звернення створює підґрунтя для стратегічного планування розвитку закладу та переходу від

ситуативного реагування до системного управління якістю медичного обслуговування. У межах організаційно-правового механізму сервісна маршрутизація виконує координаційну функцію між структурними підрозділами закладу, забезпечуючи узгодженість дій адміністрації, медперсоналу та сервісних служб, що особливо важливо для багатопрофільних лікарень із високим пацієнтопотоком. Такий підхід відповідає концепції інтегрованих шляхів надання медичної допомоги, обґрунтованих у працях зарубіжних дослідників [203; 207] як умова підвищення ефективності та якості медичних послуг.

Ш. Хан і Л. Ма [203] вказують, що використання інтегрованих маршрутів пацієнтів, сформованих із застосуванням цифрових технологій та оперативного аналізу даних, сприяє одночасному забезпеченню стандартизації й персоналізації медичної допомоги. Такий підхід позитивно впливає на якість медичних послуг, підвищує передбачуваність сервісних процедур, мінімізує організаційні помилки та посилює координацію між медичними працівниками. Зазначені положення знаходять підтвердження у практиці РОКЛ, де впровадження сервісної маршрутизації забезпечило впорядкування пацієнтських потоків, удосконалення комунікаційних процесів, посилення пацієнтоорієнтованості та підвищення рівня задоволеності отриманою медичною допомогою. Водночас сервісна маршрутизація набуває значення інструменту управління якістю, оскільки результати її функціонування та відповідні показники інтегруються до загальної системи управлінського моніторингу закладу, створюючи основу для систематичного оцінювання та коригування організаційних процесів.

Результати проведеного дослідження підтверджують положення, сформульовані Ж.-Б. Гартнер і А. Коте [207], відповідно до яких результативність маршрутизації пацієнтів визначається не окремим технологічним рішенням, а системною інтеграцією технологічних, клінічних, організаційних і соціальних інновацій. На думку авторів, поєднання цифрових технологій, алгоритмізації сервісних процедур та активного залучення пацієнтів до комунікації із системою охорони здоров’я забезпечує безперервність медичного обслуговування, підвищує прозорість управлінських процесів і сприяє зміцненню довіри до ЗОЗ. Зазначені

положення знаходять практичне підтвердження у діяльності РОКЛ. Централізація первинної комунікації, уніфікація сервісних процедур та інтеграція пацієнтських маршрутів у МІС сприяли скороченню кількості непорозумінь, дублювання управлінських дій і скарг, а також посиленню дисципліни виконання прийнятих рішень. Одночасно сформовано організаційні передумови для підвищення підзвітності персоналу та системного контролю якості обслуговування. Прозорість процедур, стандартизованість і передбачуваність дій працівників, а також зрозуміла для пацієнта логіка отримання медичної допомоги формують позитивне сприйняття РОКЛ як суб'єкта публічного управління. У цьому контексті якість публічних послуг доцільно розглядати не лише як характеристику безпосереднього результату медичного обслуговування, а як комплексний показник ефективності реалізації публічної політики у цій сфері.

Вітчизняні дослідження [69; 117] також підтверджують, що сервісні маршрути пацієнтів позитивно впливають на прозорість управлінських процесів і довіру населення. Водночас зберігаються системні бар'єри її впровадження в ЗОЗ, зокрема нормативно-правові обмеження, нерівномірність ресурсного забезпечення та недостатній рівень цифрових компетентностей персоналу. Уваги потребує нормативне визначення відповідальності за порушення сервісних маршрутів і стандартів обслуговування пацієнтів. Чітке закріплення відповідних процедур сприятиме підвищенню дисципліни виконання, зменшенню суб'єктивізму в розгляді звернень громадян і зміцненню довіри до медичного закладу.

Досвід РОКЛ виявив низку правових і управлінських обмежень, що стримують масштабування сервісної маршрутизації. До них належать відсутність уніфікованих національних стандартів сервісної взаємодії з пацієнтами, фрагментарність нормативного регулювання організації сервісних процесів і обмежені можливості формалізації сервісних функцій у типових положеннях про структурні підрозділи ЗОЗ. Сукупність цих чинників зумовлює потребу в подальшому розвитку та систематизації нормативно-правового забезпечення публічного управління у сфері медичного обслуговування.

Отже, впровадження сервісної маршрутизації пацієнтів у РОКЛ підтвердило її доцільність як складової організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування. Вона підвищує обґрунтованість управлінських рішень, прозорість діяльності закладу та орієнтацію системи на потреби пацієнтів, сприяє зростанню доступності, зручності й довіри до медичних послуг та може впроваджуватися без суттєвого збільшення фінансових витрат і має потенціал масштабування. Організаційно-правовий вимір сервісної маршрутизації полягає в її узгодженості з чинним законодавством і здатності до впровадження через адаптацію внутрішніх регламентів і процедур. Перспективним напрямом є її нормативне закріплення на рівні державної політики та галузевих стандартів як обов'язкового елемента пацієнтоорієнтованої моделі медичного обслуговування, що створює передумови для підвищення якості послуг і посилення публічного управління у цій сфері.

Висновки до розділу 3

Узагальнення шляхів удосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення засвідчило необхідність його осучаснення, аналізу напрямів розвитку, наукового обґрунтування та визначення перспективних шляхів впровадження. На підставі проведеного в дисертаційній роботі дослідження сформульовано такі висновки.

1. Аналіз стратегічних правових актів у сфері охорони здоров'я показав, що доступність, якість і пацієнтоорієнтованість є ключовими цілями розвитку сфери медичного обслуговування в Україні. На прикладі Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю. Семенюка підтверджено пріоритетність цих напрямів, закріплених в Стратегії розвитку Рівненщини до 2027 року та Стратегії РОКЛ до 2026 року. Підвищення доступності медичної допомоги в закладі забезпечується шляхом підготовки персоналу з питань інклюзії, формування культури безбар'єрності, створення зручних умов для осіб з інвалідністю та через реалізацію політики «поліклініка без черг».

Запропоновано трактування терміну «якість медичної допомоги (послуг)», що, на відміну від існуючих, визначено як сукупність характеристик, які нормативно закріплюють державними стандартами якості та систематично вимірюють ступінь відповідності наданої такої допомоги визначеним стратегічним цілям, очікуванням пацієнтів і потребам населення.

Встановлено, що забезпечення якісних медичних послуг є стратегічним пріоритетом розвитку РОКЛ і чинником конкурентних переваг на ринку медичного туризму в Україні і закордоном. З метою досягнення високої якості та пацієнтоорієнтованості послуг у закладі впроваджено сертифіковану систему управління якістю, яка відповідає національному та міжнародному стандарту ДСТУ ISO 9001:2015. Контроль і оцінка якості медичної допомоги регламентуються наказами РОКЛ і реалізуються через Сервісний центр – структурний підрозділ, що втілює політику «поліклініка без черг», забезпечує сервіс, комунікацію з пацієнтами та інформаційно-консультативний супровід.

2. Обґрунтовано, що цифровізація та технологізація є стратегічним пріоритетом публічного управління у сфері медичного обслуговування, який спрямовано на вдосконалення управлінських процесів, утвердження принципів пацієнтоорієнтованості, прозорості та підвищення рівня якості медичних послуг. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я через впровадження медичних інформаційно-комунікаційних технологій, електронних сервісів, телемедицини, інших інструментів е-здоров'я (eHealth) забезпечує її модернізацію.

Доведено, що е-здоров'я є інтеграційним поняттям, яке охоплює цифрові інструменти управління медичною інформацією, комунікацію між пацієнтами й медпрацівниками, підтримку прийняття управлінських рішень. Телемедицина виступає функціональною складовою е-здоров'я, зорієнтованою на дистанційне надання медичних послуг, підвищення їх ефективності та зменшення територіальної нерівності в доступі до них. Телемедицина набуває ознак організаційно-правового механізму публічного управління, що забезпечує реалізацію прав громадян на якісну та доступну медичну допомогу.

Досліджено актуальний стан та основні напрями цифрової трансформації системи охорони здоров'я України, визначено основні нормативно-правові засади (Концепції, Стратегії, закони, розпорядження КМУ), які формують державну політику у сфері е-здоров'я. Зазначено, що цифровізація сприяє зниженню адміністративного навантаження та депаперизації, прозорості управлінських процесів і підвищенню пацієнтоорієнтованості. Вирішення цих питань потребує оновлення нормативно-правової бази, розширення державно-приватного партнерства, залучення інвестицій і міжнародної технічної допомоги. Водночас виявлено проблеми: обмежене фінансування цифрових проектів, недосконаліть нормативного регулювання, нерівномірність інфраструктурного забезпечення, дефіцит кадрів із цифровими компетентностями та загрози кібербезпеці.

Підтверджено позитивну динаміку розвитку телемедицини в Україні – створено правові передумови її функціонування, формується мережа телемедичних центрів, розширюється доступ до спеціалізованих консультацій у віддалених регіонах. Водночас наголошено на необхідності вдосконалення правового забезпечення, розбудови технічної інфраструктури, підготовки кадрів і підвищення рівня інвестиційної підтримки цифрових ініціатив. З'ясовано, що інвестиційне забезпечення цифровізації здійснюється за рахунок державного, приватного і донорського фінансування, однак їх обсяги залишаються недостатніми. Збройна агресія Росії проти України поглибила ці проблеми, проте не знизила пріоритетність інвестування в медичну сферу з Державного бюджету.

На прикладі Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю. Семенюка (РОКЛ) підтверджено практичну ефективність цифровізації на локальному рівні. Впровадження телемедицини, електронних сервісів, автоматизованих систем управління та моніторингу якості послуг сприяє підвищенню ефективності публічного управління, оптимізації діяльності персоналу, розширенню доступу до медичної допомоги та формуванню моделі сучасного сервісного медичного закладу.

Установлено, що цифровізація та технологізація виступають ключовими чинниками модернізації системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, формуючи підґрунтя для становлення інноваційної моделі організації медичного

обслуговування. Їх упровадження сприяє підвищенню ефективності управлінських процесів, прозорості прийняття рішень, доступності та якості послуг медичного осблуговування, а також забезпечує поступову інтеграцію України до європейського простору е-здоров'я. Водночас доведено, що результативність цифрової трансформації як складової організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування залежить від здатності державної політики забезпечити баланс між потенційними можливостями та ризиками цифровізації, що визначається стратегічним завданням розвитку національної системи е-здоров'я.

3. Обґрунтовано, що сервісна маршрутизація пацієнтів є перспективним напрямом удосконалення та ефективним інструментом організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування. Вона поєднує організаційні, правові, управлінські та цифрові складові в єдину сервісно-орієнтовану модель і передбачає послідовний супровід пацієнта на всіх етапах взаємодії із закладом охорони здоров'я – від первинного звернення до завершення лікування.

Досвід впровадження моделі такої маршрутизації в діяльність РОКЛ засвідчує не лише покращення сервісної взаємодії з пацієнтами, а й трансформацію управлінських практик закладу на основі принципів пацієнтоорієнтованості, доступності, прозорості та підзвітності. Емпіричними результатами зафіксовано, що сервісна маршрутизація сприяє зниженню кількості скарг (майже в 4 рази в 2025 р. відносно 2022 р.), скороченню часу очікування пацієнтів у черзі на прийом до лікаря (в середньому 11,62 хв.), зростанню рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами і сервісом (8,34 бала за 10-бальною шкалою) та підвищенню прозорості внутрішніх управлінських процедур та керованості процесів медичного обслуговування. Важливим результатом стало також зниження адміністративного навантаження на медичний персонал, чітке розмежування клінічних і сервісних функцій та підвищення дисципліни виконання управлінських рішень, перехід від «ручного» управління (ситуативного реагування) до моделі системного управління якістю на основі даних, стандартів, регламентів і цифрових інструментів.

Продемонстровано, що апробована в РОКЛ модель сервісної маршрутизації, що базується на централізації первинної комунікації, стандартизації сервісних алгоритмів, цифровізації взаємодії та системному моніторингу показників якості, здатна підвищувати ефективність управління без суттєвого зростання фінансових витрат. Це засвідчує можливість масштабування цієї моделі в закладах охорони здоров'я різних рівнів і форм власності та її інтеграції в ширший контекст реформування системи охорони здоров'я. Показано, що впровадження сервісної маршрутизації може здійснюватися в межах чинних нормативно-правових актів шляхом адаптації внутрішніх регламентів, процедур і управлінських рішень без потреби внесення змін до базових законодавчих актів. Виявлено потребу у подальшому розвитку нормативного забезпечення, зокрема у формуванні уніфікованих національних стандартів сервісної взаємодії з пацієнтами, чіткому визначенні відповідальності за порушення сервісних маршрутів і закріпленні сервісної маршрутизації в стратегічних і програмних документах у сфері охорони здоров'я.

Доведено, що сервісна маршрутизація пацієнтів постає як важлива складова сучасної моделі публічного управління медичним обслуговуванням, що забезпечує поєднання нормативно-правового регулювання, управлінської ефективності та сервісної орієнтації на потреби населення. Її нормативне закріплення та інституціоналізація створюють підґрунтя для підвищення якості медичних послуг, зміцнення довіри населення до системи охорони здоров'я та сталого розвитку галузі в умовах цифрової трансформації.

Результати дослідження цього розділу дисертації апробовано та опубліковано у наукових фахових виданнях [104; 107-109; 112; 115-118].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі вирішено актуальне наукове завдання щодо обґрунтування теоретичних засад формування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України та визначення пріоритетних напрямів його вдосконалення. Проведене дослідження дало змогу отримати комплекс наукових результатів і сформувати узагальнені висновки, основні з яких наведено нижче.

1. Аналіз наукових джерел засвідчив, що проблематика організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування України висвітлена фрагментарно та недостатньо систематизована в науковій літературі. Встановлено, що у межах галузі знань 281 «Публічне управління та адміністрування» залишається відсутня цілісна концептуалізація цього механізму як інтегрованого об’єкта досліджень, що зумовлює потребу в його комплексному науковому осмисленні. Доведено, що системне дослідження організаційно-правового механізму є передумовою підвищення ефективності публічного управління медичним обслуговуванням в умовах триваючої медичної реформи, євроінтеграційних зобов’язань і воєнного стану, а також зростання суспільного запиту на якісні й доступні медичні послуги в Україні.

2. Уточнено зміст базових понять дослідження у сфері публічного управління медичним обслуговуванням. Встановлено необхідність нормативного уточнення поняття «медичне обслуговування» з огляду на його змістові та організаційні характеристики, тоді як категорію «медична послуга» доцільно розглядати як сервісний компонент медичної допомоги.

Запропоновано авторське визначення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення як системно організованого поєднання правових норм, інституційних структур, управлінських процедур та інструментів реалізації державної політики, спрямованих на забезпечення доступності, якості й ефективності медичних послуг. Обґрунтовано двовимірну природу механізму: правовий вимір – формування та систематизація нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері

медичного обслуговування; організаційний вимір – практична імплементація цих норм суб'єктами публічного управління. Визначено структуру механізму, яка охоплює суб'єкти, об'єкти, цілі та завдання, правові норми, організаційні процедури, управлінські впливи, інструменти реалізації, результати діяльності та механізми зворотного зв'язку. Доведено, що узгодженість зазначених складових забезпечує результативність функціонування сфери медичного обслуговування.

Витлумачено організаційний механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування як сукупність взаємопов'язаних організаційно-управлінських впливів суб'єктів публічної влади, спрямованих на забезпечення доступності, якості й ефективності медичних послуг. Обґрунтовано доцільність його розгляду крізь призму концепцій сервісно-орієнтованої держави та нового публічного менеджменту, що передбачає зміщення акцентів з адміністративно-контрольних функцій на пацієнтоорієнтованості. Доведено, що ефективність функціонування організаційного механізму залежить від інституційної спроможності суб'єктів публічного управління, узгодженості управлінських рішень і здатності системи адаптуватися до змін зовнішнього середовища.

Сформульовано оновлені принципи функціонування сфери медичного обслуговування (пацієнтоорієнтованість, доступність, ефективність, субсидіарність, партнерство, безпека, прозорість і підзвітність) як концептуальну основу вдосконалення публічного управління у відповідній сфері.

3. Встановлено, що правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України має ієрархічну багаторівневу структуру, яка охоплює міжнародний, конституційний, законодавчий і нормативно-правовий рівні правового регулювання. Доведено, що функціонування цієї системи забезпечує нормативні засади реалізації державної політики у сфері медичного обслуговування. Однак, її ефективність знижується через недостатню узгодженість і системність між окремими рівнями правового регулювання.

З'ясовано, що чинна нормативно-правова база характеризується надмірною розгалуженістю, фрагментарністю, дублюванням норм і наявністю правових колізій, що ускладнює реалізацію управлінських рішень і знижує

результативність державної політики у сфері медичного обслуговування. Виявлено, що законодавче регулювання переважно зосереджене на фінансових гарантіях медичного обслуговування та розвитку медицини у сільській місцевості, тоді як організаційні засади надання медичних послуг у міських агломераціях і на загальнодержавному рівні залишаються недостатньо врегульованими. Встановлено відсутність комплексного законодавчого акта, який би системно визначав засади організації медичного обслуговування населення, що зумовлює потребу в упорядкуванні та систематизації правового масиву.

Обґрунтовано доцільність переходу від фрагментарного нормативного регулювання до формування цілісної системи правового забезпечення організації сфери медичного обслуговування. Запропоновано концептуальний підхід до систематизації нормативно-правових актів, який передбачає: комплексний аналіз чинного законодавства; усунення дублювань, колізій і прогалин; структуризацію та кодифікацію правової бази; розроблення та впровадження оновлених нормативних актів з урахуванням вимог acquis communautaire, умов воєнного стану та трансформацій у системі охорони здоров'я. Доведено, що вдосконалення нормативно-правового забезпечення є ключовою передумовою підвищення ефективності організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України.

4. Аналіз глобальних тенденцій трансформації охорони здоров'я засвідчив, що модернізація публічного управління у сфері медичного обслуговування в більшості країн світу відбувається під впливом взаємопов'язаних чинників – технологічного прогресу, демографічного старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, фінансово-економічної нестабільності та міграційних процесів.

Встановлено, що сучасні моделі управління галуззю формуються на основі поєднання державного регулювання, страхових і контрактних механізмів фінансування, активної цифровізації (e-health, телемедицина), а також розвитку міжсекторальної взаємодії та партнерств. Це свідчить про перехід від

адміністративно-централізованих моделей до гнучких, сервісно-орієнтованих систем управління, здатних адаптуватися до глобальних і національних викликів.

Установлено, що в міжнародній практиці відсутня універсальна модель організації медичного обслуговування, придатна для прямого запозичення, оскільки кожна держава формує власну систему з урахуванням історичних, політичних, економічних і соціокультурних особливостей. Водночас виокремлено спільні риси ефективних моделей: збалансоване поєднання державного і приватного фінансування, різний ступінь децентралізації управлінських повноважень, використання ринкових механізмів у межах публічних гарантій, а також чітка орієнтація на якість і доступність медичних послуг.

Дослідження приватної (комерційної) моделі медичного обслуговування в США продемонструвало її високовартісний характер і водночас наявність суттєвих обмежень щодо забезпечення рівного доступу соціально вразливих груп до медичних послуг. Натомість інноваційна модель Японія характеризується поєднанням універсального охоплення населення, високих стандартів якості медичної допомоги, активного впровадження цифрових технологій, профілактичної спрямованості та розвитку людського капіталу. Обґрунтовано доцільність адаптації окремих елементів японського досвіду до практики Україна, зокрема у сфері цифровізації, телемедицини, стандартизації медичної допомоги та посилення профілактичної складової.

Встановлено, що євроінтеграційний курс України зумовлює необхідність гармонізації національного законодавства й управлінських механізмів із вимогами acquis ЄС, що актуалізує системне вивчення та імплементацію європейського досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано, що впровадження адаптованих елементів зарубіжних управлінських практик є необхідною умовою вдосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України та забезпечення його відповідності євроінтеграційним вимогам.

5. Обґрунтовано доцільність застосування PESTL-аналізу як методологічного інструменту дослідження макросередовища публічного

управління у сфері медичного обслуговування, що забезпечує системну ідентифікацію зовнішніх факторів впливу та дає змогу оцінити їх ризики, загрози й можливості для розвитку галузі.

Встановлено, що політичне макросередовище є системоутворювальним чинником функціонування організаційно-правового механізму публічного управління медичним обслуговуванням в Україні та охоплює такі ключові фактори: державну політику у сфері охорони здоров'я, трансформаційні процеси медичної реформи, децентралізацію, наслідки збройної агресії, корупційні ризики та міжнародну підтримку галузі.

Доведено, що сучасний стан політичного макросередовища функціонування сфери медичного обслуговування характеризується поєднанням трансформацій медичної реформи та кризових викликів. Зокрема, обмеженою фінансовою спроможністю системи, негативним впливом воєнних чинників на доступність і якість медичних послуг, високим рівнем корупційних ризиків, недостатньою адміністративною, фінансовою децентралізацією й інституційною спроможністю закладів охорони здоров'я, низькою підзвітністю та прозорістю їх діяльності. Зазначені чинники знижують ефективність публічного управління у сфері медичного обслуговування та зумовлюють необхідність адаптації організаційно-правового механізму до умов воєнного стану, підвищення прозорості управлінських процесів і раціоналізації використання ресурсів.

Визначено, що міжнародна технічна і фінансова допомога є важливим компенсаторним фактором підтримки функціонування та розвитку сфери медичного обслуговування населення України, однак скорочення зовнішнього фінансування актуалізує потребу в підвищенні ефективності механізмів публічного управління в цій сфері.

6. Доведено, що економічні та соціально-демографічні чинники формують макросередовище публічного управління у сфері медичного обслуговування та безпосередньо впливають на результативність організаційно-правового механізму, визначаючи його спроможність забезпечувати доступність і якість медичних послуг. Встановлено, що трансформації економічного середовища та

демографічної структури населення України, зумовлені воєнними й кризовими процесами, актуалізують потребу адаптації інституційних, правових та організаційних інструментів публічного управління до нових умов функціонування сфери медичного обслуговування.

Встановлено, що сучасні тенденції розвитку України характеризуються поєднанням стрімких депопуляційних процесів (останнє місце в світі за показниками народжуваності та 1-ше – за смертністю), масштабних міграційних втрат (1-ше місце в світі за коефіцієнтом чистої міграції), кадрового дефіциту та обмежених фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я, що знижує спроможність досліджуваної сфери забезпечувати надання доступних і якісних медичних послуг. Це потребує адаптації досліджуваного механізму до довгострокових соціально-демографічних та економічних викликів.

Обґрунтовано доцільність урахування економічних і соціально-демографічних детермінант при розробленні напрямів модернізації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, що сприятиме підвищенню ефективності управлінських рішень, доступності та якості медичних послуг в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення. Встановлено взаємозв'язок між демографічними процесами, фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я та результативністю управлінських рішень, що формує підґрунтя для вдосконалення механізму публічного управління в досліджуваній сфері.

7. Обґрунтовано, що цифровізація та технологізація є стратегічним напрямом модернізації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, який забезпечує трансформацію управлінських процесів, підвищення доступності та якості медичних послуг і формування пацієнтоорієнтованої моделі медичного обслуговування. Вдосконалено наукові підходи до розуміння е-здоров'я як складової організаційно-правового механізму публічного управління, що поєднує цифрові технології, нормативно-правове регулювання й управлінські інструменти. Доведено, що телемедицина є функціональним інструментом реалізації цього механізму.

Виявлено закономірності впливу цифровізації на ефективність публічного управління у сфері медичного обслуговування та визначено ключові бар'єри її розвитку: нормативні, інфраструктурні, кадрові та фінансові. Доведено необхідність комплексного оновлення правового забезпечення цифрової трансформації. Розроблено напрями вдосконалення організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування на основі цифровізації, що передбачають розвиток е-здоров'я, телемедицини, державно-приватних партнерств, збільшення обсягів фінансування цифрових проектів та підвищення цифрової компетентності медперсоналу.

На прикладі регіонального закладу охорони здоров'я підтверджено ефективність цифрових інструментів як чинника підвищення результативності публічного управління та оптимізації діяльності медичних установ, реалізації принципу пацієнтоорієнтованості, що має практичне значення для становлення інноваційної моделі організації медичного обслуговування.

8. Обґрунтовано сервісну маршрутизацію пацієнтів як перспективний напрям удосконалення та інструмент модернізації організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, що забезпечує інтеграцію правових, організаційних, інформаційних і цифрових інструментів управління медичними процесами в цілісну сервісно-орієнтовану модель організації медичного обслуговування.

Доведено, що впровадження сервісної маршрутизації пацієнтів на основі сучасних цифрових технологій сприяє оптимізації управлінських процесів у закладах охорони здоров'я, підвищенню прозорості ухвалення управлінських рішень, забезпеченню практичної реалізації принципів пацієнтоорієнтованості, доступності, прозорості та підзвітності у наданні медичних послуг, а також зміцненню довіри населення до сфери медичного обслуговування.

Встановлено, що використання інструментів сервісної маршрутизації підвищує ефективність функціонування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування шляхом оптимізації управління потоками пацієнтів, скорочення часу отримання медичних послуг,

зменшення кількості повторних звернень і скарг та підвищення рівня задоволеності населення якістю й доступністю медичного обслуговування.

Доведено, що сервісна маршрутизація є дієвим інструментом адаптації організаційно-правового механізму публічного управління до умов цифрової трансформації, воєнного стану та післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я. Обґрунтовано необхідність її інтеграції до стратегічних і програмних документів розвитку системи охорони здоров'я України як інструменту підвищення ефективності управління, доступності та якості медичних послуг.

Розроблено концептуальний підхід до інституціоналізації сервісної маршрутизації пацієнтів у системі публічного управління медичним обслуговуванням, який передбачає нормативне закріплення стандартів сервісної взаємодії, визначення відповідальності суб'єктів управління та інтеграцію маршрутів пацієнтів у систему управління якістю медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н. В. Авраменко; Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2011. 38 с.

2. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : моногр. / Н. В. Авраменко. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.

3. Аналітична доповідь до щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України». URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2022-12/ad-nisd-do-poslannya-prezidenta-ukraini-2022.pdf (дата звернення: 17.12.2024).

4. Банчук М. В. Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні : автореф. дис... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / М. В. Банчук; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2015. 36 с.

5. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : автореф. дис. ... д-ра наук держ. упр.: 25.00.02 А. Д. Барзилович. Національний авіаційний університет. Київ, 2023. 36 с.

6. Безпрозванна В. М. Механізми державного регулювання прав медичних працівників в Україні: стан і перспективи розвитку: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / В. М. Безпрозванна; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2011. 20 с.

7. Біженці з України: хто вони, скільки їх та як їх повернути? Друга хвиля дослідження. URL: https://ces.org.ua/refugees-from-ukraine-ukr-final-report (дата звернення 17.12.2024).

8. Білинська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / М. М. Білинська. Національна академія державного управління при Президентові України. Київ, 2004. 36 с.

9. Боргова статистика. URL: https://mof.gov.ua/uk/borgovi-pokazniki-st (дата

звернення 20.02.2025).

10. Буравльов Л.О. Механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

11. Бурак М.В. Корупція у сфері охорони здоров'я як загроза національним інтересам і безпеці України. URL: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/31_03_2017/pdf/17.pdf (дата звернення 27.12.2024).

12. Бюджетний кодекс України: Кодекс, Закон України від 8 лип. 2010 р. № 2456-VI (із змінами, внесеними згідно із 119 Законами України в 2010-2025 рр.). Офіц. вісн. України. 2010. 13 серп. (№ 59). С. 9. Ст. 2047.

13. Вагнер В. Чи має Україна потенціал для відновлення населення. URL: https://nv.ua/ukr/opinion/viyna-droniv-v-ukrajini-viyskoviy-rozpoviv-pro-potrebi-zsu-50472819.html (дата звернення 13.03.2025 р.).

14. Васюк Н.О. Механізми державного управління підготовкою керівних кадрів для системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.О. Васюк; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2013. 20 с.

15. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і гол. ред. В.Т. Бусел, М.Д. Василега-Дерибас, О.В. Дмитрієв, Г.В. Латник, Г.В. Степенко. К.: Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.

16. Видатки держбюджету України. URL: https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expense (дата звернення 17.01.2025).

17. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Виноградов; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2009. 20 с.

18. Від початку війни рівень бідності в Україні збільшився майже удвічі. URL: https://focus.ua/uk/economics/715257-bidnist-v-ukrajini-riven-zris-udvichi (дата звернення 31.07.2025).

19. Власенко Р.В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я.

URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf (дата звернення 27.12.2024).

20.Гавриченко В.Д. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.Д. Гавриченко; Чорноморський нац. ун-т ім. Петра Могили МОН України. Миколаїв, 2022. 41 с.

21.Галай В.О. Реалізація прав людини та громадянина в контексті захисту прав пацієнта: теоретико-правовий аспект : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Київ, 2010. 20 с.

22.Галацан О.В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Галацан; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Харків. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2004. 17 с.

23.Гичка О.І. Медичне обслуговування сільського населення України в 1945-1964 рр.: автореф. дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / О.І. Гичка; Черкас. нац. ун-т ім. Богдана Хмельницького. Черкаси, 2014. 20 с.

24.Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення в Україні: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07 / З.С. Гладун; Ген. прокуратура України, Нац. акад. прокуратури України. Київ, 2015. 40 с.

25.Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): моногр. Тернопіль: Екон. думка, 2005. 460 с.

26.Григорович В.Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень в системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.Р. Григорович; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2011. 20 с.

27.Данилюк К.В. Організаційний механізм державного управління паліативною та хоспісною допомогою: автореф. дис. ... канд.. наук з держ. упр. : 25.00.02 / К.В. Данилюк; Ін-т підготовки кадрів держ. служби зайнятості України.

К., [б. в.], 2018. 20 с.

28. Демографічна ситуація. URL: http://db.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2022/express0122.pdf (дата звернення 10.03.2024).

29. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: моногр. / за заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша; Київ: НАДУ, 2013. 424 с.

30. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 (із змінами, внесеними згідно з 20 Постановами КМ у 2019-2025 рр.). Уряд. кур'єр: офіц. вид. 2018. 25 трав. (№ 98).

31. Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 липня 2024 р. № 781. Уряд. кур'єр: офіц. вид. 2024. 09 лип. № 138.

32. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лют. 2023 р. № 174. Офіц. вісн. України. 2023. 14 березня (№ 27). С. 32. Ст. 1515.

33. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394. *Урядовий кур'єр*: офіц. вид. 2023. 29 груд. № 261.

34. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 р. № 854. *Уряд. кур'єр*: офіц. вид. 2021.14 серп. № 157.

35. Долгіх М.В. Реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : моногр. / М.В. Долгіх. Київ; Кам'янець-Подільський: Рута, 2023. 271 с.

36. Долот В.Д. Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... д-ра наук держ. упр.: 25.00.02 / В.Д. Долот ; Нац. ун-т цивіл. захисту України. Харків, 2018. 36 с.

37. Дубич К.В. Механізми державного управління системою надання

соціальних послуг : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / К.В. Дубич; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2016. 36 с.

38. Дубич К.В. Механізми державного управління системою соціальних послуг: дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / К.В. Дубич; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2016. 451 с.

39. Дубич К.В. Механізми державного управління соціальними послугами: зарубіжний досвід та українські реалії : моногр. / К.В. Дубич. К. : Вид-во НАДУ при Президентові України, 2015. 386 с.

40. За час повномасштабної війни Росія пошкодила майже 2000 медзакладів. URL: https://unn.ua/news/rosiia-poshkodyla-maizhe-2000-medzakladiv-shcho-vdalosia-vidnovyty-za-2024-rik (дата звернення 31.12.2024).

41. Загальна декларація прав людини : прийнята і проголошена резолюцією Генеральної Асамблеї ООН № 217 А (III) від 10 груд. 1948 р. Офіц. вісн. України. 2008. 15 груд. (№ 93). С. 89. Ст. 3103.

42. Запобігання корупції як пріоритетний напрямок антикорупційної політики в Україні. URL: https://niss.gov.ua/publikatsiyi/analitychni-dopovidi/zapobihannya-koruptsiyi-yak-priorytetnyy-napryamok (дата звернення 10.09.2025).

43. Запровадження та розвиток телемедицини в Україні. URL: https://amnu.gov.ua/zaprovadzhennya-ta-rozvytok-telemedyczyny-v-ukrayini/?utm_source=chatgpt.com, (дата звернення 01.09.2025).

44. Зима І.Я. Механізми державного управління інституційною трансформацією системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / І.Я. Зима; Міжрегіон. акад. упр. персоналом. Київ, 2019. 40 с.

45. Зовнішній державний борг України. URL: https://index.minfin.com.ua/ua/finance/debtgov/foreign (дата звернення 08.11.2024).

46. Економічна безпека України в умовах довготривалої війни: експертно-аналітична доповідь. URL: https://niss.gov.ua/sites/default/files/2024-05/ad_ekonombezpeka_2024_220524.pdf (дата звернення 27.12.2024).

47. Економічний енциклопедичний словник: у 2 т. Т. 2 / За ред. С.В. Мочерного. Львів: Світ, 2006. 568 с.

48. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. Ю.П. Сурмін, В.Д. Бакуменко, А.М. Михненко [та ін.]; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю.П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.

49. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. кол.: Ю.П. Сурмін, П.І. Надолішній [та ін.]. К.: НАДУ, 2011. 692 с.

50. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Т. 7 : Державне управління в умовах глобальної та європейської інтеграції / наук.-ред. кол.: І.А. Грицяк, Ю.П. Сурмін [та ін.], Київ : НАДУ, 2011. 764 с.

51. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Т. 8 : Публічне врядування / наук.-ред. кол. : В. Загорський, С. Телешун [та ін.]. ЛІДУ НАДУ при Президентові України. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2011. 630 с.

52. Європейська інтеграція. URL: https://moz.gov.ua/uk/evropeiska-integraciia (дата звернення 31.12.2023).

53. Європейська соціальна хартія (переглянута) [Ради Європи, 3 трав. 1996 р. № ETS № 163]. Офіц. вісн. України. 2006. 18 лист. (№ 40). С. 37. Ст. 2660.

54. Європейський кодекс соціального забезпечення: [Кодекс Ради Європи від 16/04/1964, European Treaty Series No. 48]. Верх. Рада України: офіц. веб-сайт. 2024. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_329#Text (дата звернення: 20.02.2025).

55. Карамишев Д.В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Д.В. Карамишев. Донецьк, 2007. 36 с.

56. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.В. Карлаш. Харків, 2020. 214 с.

57. Карпенко О.В. Управлінські послуги в Україні: механізми надання органами влади: моногр. / О.В. Карпенко. К.: АМУ, 2014. 408 с.

58. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / А.І. Кланца;

Ін-т підготовки кадрів Держ. служби зайнятості України. Київ, 2019. 36 с.

59. Класифікація основних моделей медичних систем у світі. URL: https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny (дата звернення: 22.11.2024).

60. Козуліна С.О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / С.О. Козуліна; Одеський регіональний ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Одеса, 2004. 20 с.

61. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254 к/96-ВР (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2025 р.). Офіц. вісн. України. 2010. 1 січ. (№ 72/1, спец. вип.). С. 15. Ст. 2598.

62. Конституція України. Науково-практичний коментар / ред. кол.: В.Я. Тацій О.В. Петришин, Ю.Г. Барабаш [та ін.]; Нац. акад. прав. наук України. 2-ге вид. Харків : Право, 2014. 1128 с.

63. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я на 2022-2026 роки. URL: https://moz.gov.ua/uk/koncepciya-rozbudovi-elektronnoyi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini (дата звернення: 02.10.2025).

64. Корупція в сфері охорони здоров'я. URL: https://health.mvs.gov.ua/upload/30/docs/85/565.pdf (дата звернення 27.12.2024).

65. Котляревський Ю.О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Ю.О. Котляревський; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Харків. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2009. 20 с.

66. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.П. Кризина; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2008. 36 с.

67. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: моногр. / Л.Р. Криничко; Держ. ун-т «Житомир. Політехніка». Житомир : О.О.Євенок, 2020. 347 с.

68. Крюков С.А. Державне управління в сфері медико-соціальної допомоги безнадійно хворим : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.05 / С.А. Крюков; Донец. держ. акад. упр. Донецьк, 2002. 18 с.

69. Кузьменко Г.О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління*. 2022; 2(30). С. 47-54.

70. Кузьмінський П.Й. Механізми державного управління системою розвитку та реформування медсестринства в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / П.Й. Кузьмінський; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2014. 20 с.

71. Курінний В.В. Запобігання проступкам у сфері медичного обслуговування населення: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 / В.В. Курінний; Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2012. 20 с.

72. Лебедєв А.О. Державна підтримка системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / А.О. Лебедєв; Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2021. 20 с.

73. Ляховченко Л.А. Державне регулювання фінансування закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Л.А. Ляховченко; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2011. 20 с.

74. Мацуда Синъя. Реструктуризация государственных больниц как метод реформы региональной медицины. URL: https://www.nippon.com/ru/in-depth/d00568 (дата звернення 21.11.2024).

75. Медико-правовий тлумачний словник / упоряд. І.Я. Сенюта, Х.Я. Терешко, Н.Є. Хлібороб, О.В. Цибак. Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. 540 с.

76. Медицина в умовах війни: які виклики треба подолати системі охорони здоров'я. URL: https://ants.org.ua/medyczyna-v-umovah-vijny-yaki-vyklyky-treba-podolaty-systemi-ohorony-zdorovya.

77. Мєзєнцева Н.Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.01 / Н.Б. Мєзєнцева; Нац. акад. держ. упр. при

Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

78. Міжнародна технічна допомога. URL: https://moz.gov.ua/uk/mizhnarodna-tehnichna-dopomoga (дата звернення 17.02.2025).

79. Міжнародні домовленості, укладені на виконання угод між Україною та іноземними державами. URL: https://moz.gov.ua/uk/mizhnarodna-spivpracja (дата звернення 25.120.2025).

80. Мінрозвитку залучає інвестиції у відновлення медичної інфраструктури завдяки механізму публічно-приватного партнерства. URL: https://mindev.gov.ua/news/minrozvytku-zaluchaie-investytsii-u-vidnovlennia-medychnoi-infrastruktury-zavdiaky-mekhanizmu-publichno-pryvatnoho-partnerstva (дата звернення 25.10.2025).

81. Міфи та правда про освітню та медичну реформи : практ. посіб. для журналістів / заг. ред. В. Таран. Київ : Центр політ. студій та аналітики «Ейдос», 2018. 88 с.

82. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : моногр. Клас. приват. ун-т. Запоріжжя, 2008. 296 с.

83. Надюк З.О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / З.О.Надюк ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

84. Надюк З.О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / З.О. Надюк; Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 40 с.

85. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.

86. На окупованих територіях українцям без паспорта РФ відмовляють у медичних послугах. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/3816292-na-okupovanih-teritoriah-ukraincam-bez-pasporta-rf-vidmovlaut-u-medicnih-poslugah-cns.html (дата звернення 22.01.2024).

87. На ТОТ продовжують прибувати медичні бригади з Росії. URL: https://sprotyv.mod.gov.ua/na-tot-prodovzhuyut-prybuvaty-medychni-brygady-z-rosiyi (дата звернення 22.01.2024).

88. На ТОТ критичний дефіцит лікарів, пацієнти тижнями чекають на прийом. URL: https://sprotyv.mod.gov.ua/na-tot-krytychnyj-defitsyt-likariv-patsiyenty-tyzhnyamy-chekayut-na-pryjom (дата звернення 22.01.2024).

89. Національний тиждень безбар'єрності у РОКЛ імені Юрія Семенюка. URL: https://www.rokl.rv.ua/novyny/natsionalnyi-tyzhden-bezbariernosti-u-rokl-imeni-yuriia-semeniuka (дата звернення 30.05.2025).

90. Нижник Н.Р. Системний підхід в організації державного управління: навч. посіб. / Н.Р. Нижник. О.А. Машков; за заг. ред. Н.Р. Нижник. К.: Вид-во УАДУ, 1998. 160 с.

91. Огляд бюджету-2025. URL: https://ces.org.ua/oglyad-byudzhetu-2025 (дата звернення 17.02.2025).

92. Огляд інструментів підтримки фінансової стійкості в умовах воєнного стану в Україні. URL: https://www.niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/ohlyad-instrumentiv-pidtrymky-finansovoyi-stiykosti-v-umovakh-voyennoho-19 (дата звернення 24.02.2024).

93. Опорний конспект лекцій з навчальної дисципліни «Публічне управління»: наук. розробка / уклад.: О.Ю. Оболенський, С.О. Борисевич, С.М. Коник. Київ: НАДУ, 2011. 56 с.

94. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-XII (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2026 р.). Відом. Верховної Ради України: офіц. вид. 1993. 26 січ. (№ 4). Ст. 19.

95. Охорона здоров'я. URL: https://ukraineinvest.gov.ua/industries/healthcare (дата звернення 10.10.2025).

96. Оцінювання потреб дорослого населення України у сфері охорони здоров'я: звіт за результатами опитування, квіт. 2024 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024 р. 46 с.

97. Паращич І.М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / І.М. Паращич; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

98. Пастущенко І. П. Детермінанти публічного управління медичним обслуговуванням в Україні: економічний аспект. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку :* матеріали LXVII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Нарва, Естонія, 07 квітня 2026 р.). Київ: ГО «ВАДНД», 2026. С. 65-69.

99. Пастущенко І. П. Екзогенні чинники модернізації механізмів публічного управління у сфері медичного обслуговування населення в Україні. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні* : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Полтава, 25 квітня 2024 р.). Полтава: Нац. ун-т ім. Ю. Кондратюка, 2024. С. 87-90.

100. Пастущенко І. П. Економічні аспекти публічного управління медичним обслуговуванням населення територіальних громад України. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні*: матеріали XII Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Полтава, 24 квітня 2025 р.). Полтава: Нац. ун-т ім. Ю. Кондратюка, 2025. С. 188-190.

101. Пастущенко І. П. Зарубіжний досвід організації публічного управління медичним обслуговуванням у контексті сучасних глобальних викликів охорони здоров'я. *Věda a perspektivy*. 2024. № 12(43). С. 102-117. DOI: 10.52058/2695-1592-2024-12(43)-102-117.

102. Пастущенко І. П. Механізми публічного управління у сфері медичного обслуговування як предмет наукових досліджень. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 4. С. 249-253. DOI: 10.32702/2306-6814.2024.4.249.

103. Пастущенко І. П. Міжнародний досвід публічного управління медичним обслуговуванням населення України в умовах глобальних викликів. *New York Global Science Conference 2026*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Нью-Йорк, США, 18-20 травня, 2026 р.). Нью-Йорк: UISS, 2026.. URL: https://naukainfo.com/jurnaly/Conference124.pdf. С. 55-62. DOI: 10.64828/conf-124-2026.

104. Пастущенко І. П. Напрями взаємодії галузі охорони здоров'я та системи соціального захисту в забезпеченні сервісного обслуговування населення в умовах воєнного стану. *Полтавські дні громадського здоров'я*: матеріали

VII Всеукраїн. наук.-практ. конф. за міжнар. участю. (м. Полтава, 31 травня 2024 р.). Полтава, 2024. С. 128-132.

105. Пастущенко І. П. Особливості імплементації японської інноваційної моделі медичного обслуговування населення в охорону здоров'я України. *Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та післякризового відновлення*: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Київ, 21 листопада 2024 р.). Київ, 2024. С. 124-127.

106. Пастущенко І. П. Організаційно-правові аспекти реформування публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні. *Публічне управління та адміністрування в Україні: євроінтеграційний поступ*: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Івано-Франківськ, 31 травня 2024 р.). Івано-Франківськ: ІФНТУНГ, 2024. С. 230-233.

107. Пастущенко І. П. Організаційно-правові засади вдосконалення медичної реабілітації в Україні в умовах бойових дій. *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми і перспективи*: матеріали IV Всеукраїн. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Полтава, 27 вересня 2024 р.). Полтава, 2024. С.223-236.

108. Пастущенко І. П. Організаційно-теоретичні засади реабілітаційної допомоги та медичного обслуговування військовослужбовців в умовах воєнного стану. *Складові національної безпеки в умовах воєнного стану*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Київ, 09-11 серпня 2023 р.). Кам'янець-Подільський: Вид-во «Друкарня Рута», 2023. С.482-486.

109. Пастущенко І. П. Особливості партнерства державного та недержавного секторів з забезпечення реабілітаційними послугами учасників війни та населення України в умовах хоспісного догляду. *Освітньо-наукові інновації у сфері біології, збереження здоров'я людини та психосоціальної і фізичної реабілітації*: матеріали Ш Всеукраїн. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Рівне, 15 листопада 2024 р.). Рівне: РДГУ. 2024. С. 224-228.

110. Пастущенко І.П. Політичні фактори публічного управління сферою медичного обслуговування в умовах збройної агресії проти України. *Національні*

інтереси України. 2025. № 6 (11). С. 969-981. DOI: 10.52058/3041-1793-2025-6(11)-969-981.

111. Пастущенко І. П. Правове регулювання публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні. *Наукові перспективи*. Серія «Державне управління». 2024. № 8(50). DOI: 10.52058/2695-1592-2024-12(43)-102-117.

112. Пастущенко І. П. Сервісний супровід процесу реабілітації військовослужбовців в медичних закладах. *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи* : матеріали V Всеукраїн. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Полтава, 3 жовтня 2025 р.). Полтава: ПДМУ, 2025. С. 192-194.

113. Пастущенко І.П. Соціально-демографічні виміри публічного управління медичним обслуговуванням в Україні. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 7 (15). С. 512-526. DOI: 10.52058/3041-1572-2025-7(15).

114. Пастущенко І.П. Сучасні економічні детермінанти публічного управління медичним обслуговуванням в Україні. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 12 (20). С. 1271-1285. DOI: 10.52058/3041-1572-2025-12(20)-1271-1285.

115. Пастущенко І. П. Сучасні реалії організаційно-правового забезпечення публічного управління у сфері медичного обслуговування в Україні. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 травня 2024 р.). Одеса: Одеська політех. 2024. С. 509-512.

116. Пастущенко І. П. Сучасні тенденції публічного управління медичним обслуговуванням населення України. *Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу*: матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Переяслав, 2 червня 2023 р.). Переяслав, 2023. С. 205-208.

117. Пастущенко І. П. Як запровадити сервісні маршрути пацієнтів: інструкція та досвід колег. *Управління закладом охорони здоров'я*: цифр. вид. 2025. № 9. URL: https://egolovlikar.expertus.com.ua/10025926.

118. Пастущенко І. П., Тарасенко Д. Л., Дубич К. В. Сервісні маршрути пацієнтів як організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері

медичного обслуговування (на прикладі регіональної клінічної лікарні). Україна. Здоров'я нації. 2025. № 4. С. 154-166. DOI: 10.32782/2077-6594/2025.4/17 (**Scopus**).

119. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра юрид. Наук 12.00.04 / В.М. Пашков; Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. Х., 2010. 37 с.

120. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / О.О. Прасов. Харків, 2007. 16 с.

121. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини: Закон України від 09 серп. 2023 р. № 3301-IX. Офіц. вісн. України. 2023. 19 жовт. (№ 85). С. 73. Ст. 4901.

122. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жов. 2017 р. № 2168-VIII (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2025 р.). Офіц. вісн. України. 2018. 12 січ. (№ 4). С. 9. Ст. 148.

123. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 бер. 2018 р. № 391. Уряд. кур'єр : офіц. вид. 2018. 23 трав. (№ 96).

124. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 р. № 1022. Уряд. кур'єр : офіц. вид. 2018. 11 груд. № 233.

125. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 02 бер. 2016 р. № 854. Уряд. кур'єр : офіц. вид. 2016. 07 трав. № 86.

126. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 107. Уряд. кур'єр : офіц. вид. 2018. 23 трав. № 96.

127. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 03 бер. 2021 р. № 179 (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2026 р.). Офіц. вісн. України. 2021. 23 бер. (№ 22). С. 45. Ст. 1015.

128. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лип. 1997 р. № 765. Офіц. вісн. України: офіц. вид. 1997. № 29. С. 61.

129. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05 лип. 2012 р. № 5081-VI (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2025 р.). Офіц. вісн. України. 2012. 27 серп. (№ 63). С. 109. Ст. 2570.

130. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 липня 2011 року № 42. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text (дата звернення 08.02.2025).

131. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 лист. 2017 р. № 821-р. Уряд. кур'єр: офіц. вид. 2017. 21 лист. (№ 219).

132. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 бер. 2015 р. № 222-VIII (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2025 р.). Офіц. вісн. України. 2015. 7 квіт. (№ 25). С. 35. Ст. 722.

133. Про організацію медичного обслуговування населення в Україні: Проект Закону від 15.04.2016 реєстр. № 4456. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=58770 (дата звернення 27.05.2024).

134. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: Постанова Верховної Ради України від 21 квіт. 2016 р. № 1338-VIII. Відом. Верховної Ради України: офіц. вид. 2016. 20 трав. (№ 21). С. 29. Ст. 450.

135. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII (із змінами і

доповненнями, чинними станом на 2025 р.). Офіц. вісн. України. 2018. 12 січ. (№ 4). С. 18. Ст. 149.

136. Про працездатність ЦБД ЕСОЗ. URL: https://ehealth.gov.ua/2024/01/08/pro-pratsezdatnist-tsbd-esoz-yak-pratsyuye-systema-v-umovah-zrostayuchogo-navantazhennya (дата звернення: 26.09.2025).

137. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 12 лютого 2025 року «Про додаткові заходи щодо забезпечення доступності лікарських засобів для українців»: Указ Президента України від 12 лют. 2025 р. № 82/2025. *Уряд. кур'єр:* офіц. вид. 2025. 14 лют. № 34.

138. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 вер. 2022 р. № 2573-IX (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2026 р.). Офіц. вісн. України. 2022. 13 жов. (№ 80). С. 43. Ст. 4809.

139. Про Стратегію розвитку Рівненської області на період до 2027 року (нова ред.): Рішення Рівненської обласної ради № 1069 від 28.03.2025. URL: https://ror.gov.ua/rishennya-oblasnoyi-radi-7-sklikannya/1618-pro-strategiyu-rozvitku-rivnenskoyi-oblasti-na-period-d-1584614121 (дата звернення 30.05.2025).

140. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 1013-р. Офіц. вісн. України. 2017. 06 січ. (№ 2). С. 175. Ст. 50.

141. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 груд. 2020 р. № 1671-р (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2026 р.). Уряд. кур'єр: офіц. вид. 2021. 20 січ. (№ 12).

142. Про схвалення Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 вер. 2024 р. № 922-р. Офіц. вісн. України. 2024. 01 лист. (№ 91). Ст. 5892.

143. Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 лип. 2023 р. № 625-р. Офіц. вісн. України. 2023. 15 серпня (№ 69). С. 181. Ст. 4005.

144. Про схвалення Стратегії цифрового розвитку інноваційної діяльності України на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 груд. 2024 р. № 1351-р (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2026 р.). Офіц. вісн. України. 2025. 10 лют. (№ 11). Ст. 890.

145. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квіт. 2021 р. № 366-р. Уряд. кур'єр: офіц. вид. 2021. 26 трав. (№ 99).

146. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січ. 2025 р. № 34-р. Уряд. кур'єр: офіц. вид. 2025. 1 січ. (№ 24).

147. Про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: Указ Президента України від 30 вер. 2019 р. № 722/2019. Офіц. вісн. України. 2019. 15 жов. (№ 79). С. 7. Ст. 2712.

148. Публічне управління: термінол. слов. / уклад.: В.С. Куйбіда, М.М. Білинська, О.М. Петроє [та ін.]; за заг. ред. В.С. Куйбіди, М.М. Білинської, О.М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. 224 с.

149. Публічні інвестиційні проєкти для фінансування з держбюджету …. URL: https://dream.gov.ua/ua/news/article-67 (дата звернення 10.10.2025).

150. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01 / Я.Ф. Радиш.; УАДУ. Київ, 2003. 455 с.

151. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: моногр. / Я.Ф. Радиш. Київ: Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

152. Реформа здравоохранения. URL: https://uiamp.org/reforma-zdravookhraneniya-issledovanie-no4-iz-cikla-cena-reform (дата звернення 17.02.2025).

153. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д-ра наук з держ.

упр.: 25.00.02 / Н.О. Рингач; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 36 с.

154. Рожкова І.В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / І.В. Рожкова; Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 40 с.

155. Рудий В.М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.М. Рудий; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

156. Савкіна О.В. Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Савкіна; Донецький держ. ун-т упр. Донецьк, 2006. 20 с.

157. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: моногр. / І.Я. Сенюта. Львів : Астролябія, 2007. 224 с.

158. Сенюта І.Я. Цивільні правовідносини у сфері надання медичної допомоги в Україні: питання теорії і практики : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / І.Я. Сенюта; Нац. акад. прав. наук України. Київ, 2018. 36 с.

159. Світовий банк виділить Україні $135 мільйонів на медицину. URL: https://www.unian.ua/economics/finance/svitoviy-bank-vidilit-ukrajini-135-milyoniv-na-borotbu-z-koronavirusom-novini-ukrajina-10975430.html.

160. Солдатенков О.В. Правове регулювання видатків на реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я в Україні та країнах Центральної Європи: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07 / О.В. Солдатенков. Київ, 2010. 44 с.

161. Солоненко Н.Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.Д. Солоненко; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2004. 20 с.

162. Солопова І.В. Медичне обслуговування як форма соціального захисту населення України : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.05 / Харк. Нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2009. 20 с.

163. Соціально-економічний стан домогосподарств України. URL: https://www.unicef.org/ukraine/documents/social-economical-state-2023-24 (дата звернення 20.01.2025).

164. Статистична інформація щодо державної реєстрації актів цивільного стану. URL: https://minjust.gov.ua/actual-info/stat_info (дата звернення 31.07.2025).

165. Стратегія розвитку Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю. Семенюка Рівненської обласної ради до 2026 року: Схвалено Медичною Радою КП РОКЛ ім. Ю. Семенюка РОР, 2022. 51 с.

166. Стратегія співробітництва ВООЗ з Україною на період до 2030 року. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024, 24 с.

167. Стресові ситуації в житті українців. URL: https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1472&page=1&fbclid=IwY2xjawIJd79leHRuA2FlbQIxMAABHY71RreNESEeaExvhRXVKuSsPfTdXBj-dg7xt1Ld1zyfjUiRS60IMxcyxQ_aem_unBN4kSm4rq0J5wS2jLFRA (дата звернення 08.02.2025).

168. Тарасенко Д.Л. Інноваційний розвиток промислового міста: проблеми та шляхи їх вирішення: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 / Д.Л. Тарасенко; Донец. держ. ун-т упр. Донецьк, 2010. 20 с.

169. Тарасенко Д.Л. Соціальні детермінанти екологічної політики та забезпечення сталого розвитку в Україні: автореф. дис. … д-ра екон. наук: 08.00.03 / Д.Л. Тарасенко; Класич. приват. ун-т; Запоріжжя, 2019. 40 с.

170. Татаренко О. Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: страхование нации / О. Татаренко // Здоров’я України: медична газета. 2015. № 11 (черв.). С. 28-29. URL: https://health-ua.com/article/16574-sistema-zdravoohraneniya-v-soedinennyh-shtatah-ameriki-strahovanie-natcii.

171. Тенденції розвитку системи охорони здоров’я в умовах децентралізації. URL: https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh?form=MG0AV3 (дата звернення 31.12.2024).

172. Трекер економіки України під час війни. URL: https://ces.org.ua/tracker-economy-during-the-war (дата звернення 19.02.2025).

173. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [Угода від 27 черв. 2014 р.]. Офіц. вісн. України. 2014. 26 верес. (№ 75). Т. 1. С. 83. Ст. 2125.

174. Україна отримала статус кандидата на членство в ЄС. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/ukrayina-otrimala-status-kandidata-na-chlenstvo-v-yes (дата звернення 31.12.2023).

175. Україна переживає рекордну кадрову кризу. URL: https://fbc.biz.ua/news/ekonomika-uk/ukrayina-perezhivaye-rekordnu-kadrovu-krizu-shho-vidomo (дата звернення 27.10.2025).

176. Українські біженці. Майбутнє за кордоном та плани на повернення. Третя хвиля дослідження. URL: https://ces.org.ua/ukrainian_refugees_third_wave_research (дата звернення 17.12.2024).

177. Фінансування закладів охорони здоров'я у 2021-2023 роках. URL: https://auc.org.ua/sites/default/files/library/oz_az_2023_v2.pdf (дата звернення 27.02.2025).

178. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. 82 с.

179. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров`я в контексті європейської інтеграції України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / І.І. Фуртак; ЛРІДУ НАДУ. Львів, 2010. 20 с.

180. Хожило І.І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / І.І. Хожило. Донецьк, 2009. 36 с.

181. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 435-IV (із змінами і доповненнями, чинними станом на 2026 р.]. Офіц. вісн. України. 2003. 28 бер. (№ 11). С. 7. Ст. 461.

182. Цифровізація медицини: очікування та реальність. URL: https://zn.ua/ukr/HEALTH/tsifrovizatsija-meditsini-ochikuvannja-ta-realnist.html (дата звернення: 20.10.2025).

183. Цифрова трансформація охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-2 (дата звернення: 02.10.2025).

184. Через війну в Україні за кордон виїхали не більше 1% медиків. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3524724-cerez-vijnu-v-ukraini-za-kordon-viihali-ne-bilse-1-medikiv.html (дата звернення 08.07.2022).

185. Чи буде кому лікувати українців і скільки медиків виїхали за кордон або мобілізувались. URL: https://www.bbc.com/ukrainian/articles/cv20443p506o (дата звернення 27.10.2023).

186. Чоудрі С. Механізми державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / С. Чоудрі; Нац. ун-т цивіл. захисту України. Харків, 2023. 20 с.

187. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.Г. Шевцов; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харків. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2011. 20 с.

188. Що USAID фінансує в Україні. URL: https://www.slovoidilo.ua/2025/01/29/infografika/finansy/usaid-finansuye-ukrayini (дата звернення 10.02.2025).

189. Як розвивається телемедицина в Україні: підсумки й плани на 2024 рік. Міністерство охорони здоров'я України: офіц. вебсайт. 2024. 08 січ. URL: https://moz.gov.ua/uk/jak-rozvivaetsja-telemedicina-v-ukraini-pidsumki-j-plani-na-2024-rik (дата звернення 18.09.2025).

190. Ярош Н.П. Державне регулювання розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.П. Ярош; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2009. 36 с.

191. Ярош Н.П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України : моногр. / Н.П. Ярош. Київ : Вид-во НАДУ, 2006. 196 с.

192. Які реформи є важливими для українців у 2024 році? URL: https://voxukraine.org/yaki-reformy-ye-vazhlyvymy-dlya-ukrayintsiv-u-2024-rotsi

(дата звернення 14.01.2025).

193. Central Intelligence Agency (2024). Birth rate: country comparisons. Available at: https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/birth-rate/country-comparison (Accessed 17 December 2024).

194. Central Intelligence Agency (2024). Death rate: country comparisons. Available at: https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/death-rate/country-comparison (Accessed 17 December 2024).

195. Central Intelligence Agency (2024). Life expectancy at birth: country comparisons. Available at: https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/life-expectancy-at-birth/country-comparison (Accessed 17 December 2024).

196. Central Intelligence Agency (2024). Net migration rate: country comparisons. Available at: https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/death-rate/country-comparison, (Accessed 17 December 2024).

197. Dorr MC, van Hof KS, Jelsma JGM, et al. Quality improvements of healthcare trajectories by learning from aggregated patient-reported outcomes: A mixed-methods systematic literature review. *Health Res Policy Syst*. 2022;20:90. doi:10.1186/s12961-022-00893-4.

198. Economic Fallout: The Price of War. *Kiel Institute for the World Economy*. Available at: https://www.ifw-kiel.de/publications/news/economic-fallout-the-price-of-war (Accessed 17 Feb. 2025).

199. Encyclopedia of governance: in 2 volumes / [Mark Bevir (Ed.) et al.]. London : SAGE Publications Ltd., 2007. Vol. 1. 1028 p.

200. European Neighborhood Policy and Enlargement Negotiations (2024) Ukraine 2024 Report. Available at: https://neighbourhood-enlargement.ec.europa.eu/document/download/1924a044-b30f-48a2-99c1-50edeac14da1_en?filename=Ukraine%20Report%202024.pdf (Accessed 01 Nov. 2024).

201. Frontliner (2025). By the numbers: Ukraine's population losses amid war. *frontliner.ua.* Available at: https://frontliner.ua/en/ukraine-population-losses-amid-war (Accessed 15 Sep. 2025).

202. Global health on the G7 agenda: Policy options to achieve the Global Health

2035 goals. Available at: http://globalhealth2035.org/sites/default/files/policy-briefs/global-health-on-the-g7-agenda.pdf (Accessed 22 Nov. 2024).

203. Han S, Ma L. Data-driven integrated care pathways: Standardization of delivering patient-centered care. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:883874. doi:10.3389/fmed.2022.883874.

204. How Russian-Ukrainian War Changed the Usage of Telemedicine: a Questionnaire-Based Study in Ukraine. Available at: https://jag.journalagent.com/amj/pdfs/AMJ_22_3_305_318.pdf?utm_source=chatgpt.com (Accessed 24 Sept. 2025).

205. Hughes O.E. Public Management and Administration: An Introduction / O.E. Hughes. USA : N.Y.; Palgrave Macmillan. 2003. 303 p.

206. Hwang J-I, Tchoe HJ, Chung S, Park E, Choi M. Experiences of using clinical pathways in hospitals: Perspectives of quality improvement personnel. *Nurs Open*. 2023; 10(1):337-348. doi:10.1002/nop2.1309.

207. Gartner JB, Côté A. Optimization of care pathways through technological, clinical, organizational and social innovations: A qualitative study. *Health Serv Insights*. 2023;16:11786329231211096. doi:10.1177/11786329231211096.

208. International Labour Organization (2022). *Nearly 5 million jobs have been lost in Ukraine since start of Russian aggression, says ILO*. Available at: https://ukraine.un.org/en/182130-nearly-5-million-jobs-have-been-lost-ukraine-start-russian-aggression-says-ilo (Accessed 11 May 2022).

209. International Labour Organization (2024). *ILO Country portal: Ukraine.* Available at: https://www.ilo.org/ukraine (Accessed 19 Dec. 2024).

210. Johnson G., Scholes K., Whittington R. Exploring Corporate Strategy. The 8th ed. England: Essex; Pearson Education Ltd: FT Prentice Hall, 2008. 664 p.

211. Johnson G., Regner P., Scholes K., Angwin D. Exploring Strategy: Text and Cases. The 12th ed. Pearson Education Limited, 2020. 827 p.

212. Keeling D. Management in Government. London: Allen & Unwin. 1972. 216 p.

213. LHSS Identifies Best Practices for Building Out Ukraine's Telemedicine System. Available at: https://lhssproject.medium.com/lhss-identifies-best-practices-for-building-out-ukraines-telemedicine-system-bc47313e42ff (Accessed 24 Sept. 2025).

214. Lushchak O. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023. Vol. 36. P. 100773. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773.

215. Mintzberg H., Quinn J.B. and Ghoshal S. (1995). The strategy process. The first European edition; Prentice Hall, Ltd: Bass press, 985 p.

216. National Intelligence Council (2021). Global Trends 2040: A More Contested World. Available at: https://www.intelligence.gov/publics-daily-brief/public-s-daily-brief-articles/1055-national-intelligence-council-releases-global-trends-report-on-the-more-contested-world-of-2040 (Accessed 29 October 2024).

217. Pros and Cons of Japan Healthcare System. *educationalwave.com.* Retrieved from https://educationalwave.com/pros-and-cons-of-japan-healthcare-system.

218. Quality of Life Index by Country 2024. Available at: https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp?title=2024 (Accessed 24 Dec. 2024).

219. Rogers D., Ginzberg E. (1993). *Medical Care and the Health of the Poor*. Cornell University Medical College Eighth Conference on Health Policy. Westview Press, 287 p.

220. Rossi M., Rehman S. Integrating Artificial Intelligence Into Telemedicine: Evidence, Challenges, and Future Direction. *Cureus*. 2025. Vol. 26, Article e90829. DOI: 10.7759/cureus.90829. Available at: https://www.cureus.com/articles/352455-integrating-artificial-intelligence-into-telemedicine-evidence-challenges-and-future-directions (Accessed 24 Sep. 2025).

221. Russia-Ukraine war. *The Guardian*. Available at: https://www.theguardian.com/world/live/2024/jan/18/russia-ukraine-war-live-black-sea-grain-exports-approaching-pre-war-levels (Accessed 29 October 2024).

222. Samuel T., Soetan T. AI-Powered Virtual Assistants in Telemedicine: Revolutionizing Remote Patient Care and Consultation. *ResearchGate*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/390232757_AI-Powered_Virtual_Assistants_in_Telemedicine_Revolutionizing_Remote_Patient_Care_and_Consultation (Accessed

24 Sep. 2025).

223. Sezgin E. Redefining Virtual Assistants in Health Care: The Future with Large Language Models. *Journal of Medical Internet Research*. 2024. Vol. 26, Article e53225. DOI: 10.2196/53225. URL: https://www.jmir.org/2024/1/e53225.

224. Tabish S.A. Health Care Management: Principles and Practice. Singapore: Springer Nature Singapore Ltd., 2024. 750 p.

225. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. *Policy Analysis*. № 613 (March 18), 2008.

226. The Economist (2024). *The World Ahead 2025*, available at: https://www.economist.com/topics/the-world-ahead-2025 (Accessed 21 Nov. 2024).

227. International Monetary Fund (2025). World Economic Outlook: Global Economy in Flux, Prospects Remain Dim. Washington, D.C.: IMF, 2025. Available at: https://www.imf.org/en/-/media/files/publications/weo/2025/october/english/text.pdf (Accessed 22 Oct. 2025).

228. The Office of the High Commissioner for Human Rights (2024). Two-Year Update Protection of civilians: impact of hostilities on civilians since 24 Feb. 2022. Available at: https://www.ohchr.org/sites/default/files/2024-02/two-year-update-protection-civilians-impact-hostilities-civilians-24.pdf, (Accessed 24 Feb. 2024).

229. The Office of the High Commissioner for Human Rights (2024). Ukraine: Türk deplores horrific human cost as Russia’s full-scale invasion enters third year. Available at: https://www.ohchr.org/en/press-releases/2024/02/ukraine-turk-deplores-horrific-human-cost-russias-full-scale-invasion-enters, (Accessed 24 Feb. 2024).

230. The Office of the High Commissioner for Human Rights (2025). Protection of Civilians in Armed Conflict – January 2025. Available at: https://ukraine.un.org/en/289064-protection-civilians-armed-conflict-%E2%80%94-january-2025, (Accessed 26 Feb. 2025).

231. The Office of the High Commissioner for Human Rights (2025). Human rights 3 years into Russia's full-scale invasion of Ukraine. Available at: https://ukraine.un.org/en/289668-human-rights-3-years-russias-full-scale-invasion-ukraine (Accessed 28 Feb. 2025).

232. The UN Refugee Agency (2024). Full-scale Ukraine war enters third year, prolonging uncertainty and exile for millions of displaced. Available at: https://www.unhcr.org/news/briefing-notes/full-scale-ukraine-war-enters-third-year-prolonging-uncertainty-and-exile (Accessed 22 Feb. 2024).

233. The UN Refugee Agency (2024). Lives on hold: Intentions and Perspectives of Refugees, Refugee Returnees and IDPs from Ukraine #5 Summary Findings. United Nations High Commissioner for Refugees. Available at: https://data.unhcr.org/en/documents/details/106738 (Accessed 22 Feb. 2024).

234. The World Bank (2023). The World Bank and Ukraine: Laying the Groundwork for Reconstruction in the Midst of War. Available at: https://www.worldbank.org/en/results/2023/11/30/the-world-bank-and-ukraine-laying-the-groundwork-for-reconstruction-in-the-midst-of-war (Accessed 24 Dec. 2024).

235. The World Bank (2024). Ukraine Remains Resilient. Available at: https://www.worldbank.org/en/country/ukraine/overview (Accessed 24 Dec. 2024).

236. Tokyo Metropolitan Government (2024). Tokyo Sustainability Action. Available at: https://www. metro.tokyo.lg.jp/english/about/sustainable/index.html (Accessed 21 Nov. 2024).

237. Trump administration moves to formally abolish USAID. Available at: https://www.washingtonpost.com/politics/2025/03/28/trump-usaid-abolish-earthquake-congress/?utm_source=chatgpt.com (Accessed 10 Sep. 2025).

238. Transparency International (2026). Corruption Perceptions Index. Available at: https://https://www.transparency.org/en/cpi/2024/index/ukr, (Accessed 24 Sep. 2026).

239. Ukraine – Fourth Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA4) : Feb. 2022 – Dec. 2024. Washington, D.C. : World Bank Group. Available at: http://documents./worldbank.org/curated/en/099022025114040022 (Accessed 28 Feb. 2025).

240. Ukraine reels from ‘worst-case scenario’ suspension of US foreign aid. Available at: https://www.theguardian.com/world/2025/jan/29/ukraine-trump-suspension-us-foreign-aid-usaid?utm_source=chatgpt.com (Accessed 10 Sep. 2025).

241. United Nations (2025). *Civilian casualties in Ukraine reach three-year high in June, UN human rights monitors say.* Available at: https://ukraine.un.org/en/297777-

civilian-casualties-ukraine-reach-three-year-high-june-un-human-rights-monitors-say, (Accessed 10 July, 2025).

242. United Nations Development Programme (2024). *Ukraine's recovery, reconstruction needs seen at $486 billion over next decade*. Available at: https://www.undp.org/ukraine/press-releases/ukraines-recovery-reconstruction-needs-seen-486-billion-over-next-decade (Accessed 15 Feb. 2024).

243. US Debt Clock (2026). *usdebtclock.org.* Available at: https://www.usdebtclock.org (Accessed 01 July, 2026).

244. World Bank (2023). World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies. Washington, DC: World Bank. Available at: http://hdl.handle.net/10986/39696, (Accessed 19 Dec. 2023).

245. World Bank (2025). Ukraine: Fourth Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA4). Available at: https://documents1.worldbank.org/curated/en/099022025114040022/pdf/P1801741ca39ec0d81b5371ff73a675a0a8.pdf, (Accessed 25 Feb. 2025).

246. World Development Report 1993: Investing in Health. N.Y.: Oxford University Press; the World Bank, 1993. 329 p.

247. World Economic Forum (2024). The Global Risks Report 2024. Available at: https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Global_Risks_Report_2024.pdf (Accessed 24 Feb. 2024).

248. World Health Organization (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneva: WHO. 93 p. (Global Observatory for eHealth Series; Vol. 2). Available at:https://iris.who.int/handle/10665/87687 https://iris.who.int/handle/10665/87687.

249. World Health Organization. (2019). *Glossary of terms: WHO European Primary Health Care Impact, Performance and Capacity Tool (PHC-IMPACT)*. Available at: https://iris.who.int/handle/10665/346481 (Accessed 7 June, 2025).

250. World Health Organization (2024). *Surveillance system for attacks on health care*. Available at: https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx (Accessed 24 Feb. 2024).

251. World Health Organization (2025). *Quality of care*. Available at: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 (Accessed 06 June 2025).

252. World Health Organization (2025). *WHO sets out to assist 3 million Ukrainians with critical health needs this year*. Available at: https://www.who.int/europe/news/item/04-02-2025-who-sets-out-to-assist-3-million-ukrainians-with-critical-health-needs-this-year (Accessed 10 Feb. 2025).

253. World Health Organization (2025). *Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation.* Available at: https://www.who.int/ukraine/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation, (Accessed 24 Feb. 2025).

254. World Intellectual Property Organization (WIPO). *Global Innovation Index 2025: Innovation at a Crossroads. 18th ed.* Geneva: WIPO, 2025. 805 p. URL: https://www.wipo.int/web-publications/global-innovation-index-2025/assets/80937/global-innovation-index-2025-en.pdf (Accessed 21 Oct. 2025).

255. World Medical Association (2025). *Telemedicine*. Available at: https://www.wma.net/policy-tags/telemedicine, (Accessed 12 Sep. 2025).

256. What have three years of Putin's war done to both nations' economies? Available at: https://www.theguardian.com/world/2025/feb/22/what-have-three-years-of-putins-war-done-to-both-nations-economies?utm_source=chatgpt.com (Accessed 24 Feb. 2025).

257. WHO Country Cooperation Strategy, Ukraine 2024-2030. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024, 27 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Медичні лідери

м. Київ, вул. Тарасівська, 10-А, оф. 27., тел. (067) 75 48 222, https://www.facebook.com/MedLead.NGO/
info.med.lead@gmail.com. ІК 43866918, дата реєстрації 13.10.2020, 1000681020000059374

Вих. № 1 від 16.02.26

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
у діяльність громадської організації

Цією довідкою засвідчується, що результати дисертаційного дослідження аспірантки **Пастущенко Ірини Петрівни**, здобувачки кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету, на тему: «Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України», поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) у галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», мають практичне значення та впроваджені у діяльність громадської організації «Медичні лідери».

Актуальність дослідження визначається необхідністю підвищення ефективності функціонування системи медичного обслуговування населення в умовах реформування галузі охорони здоров'я та викликів, пов'язаних із воєнним станом. У межах дисертаційного дослідження авторкою здійснено аналіз організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України, виявлено проблемні аспекти його функціонування та обґрунтовано пропозиції щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення і управлінських підходів у сфері охорони здоров'я.

Практичну цінність для діяльності громадської організації становлять результати дослідження, спрямовані на вдосконалення організації надання медичних послуг, зокрема модель сервісної маршрутизації пацієнтів, яка забезпечує оптимізацію процесів звернення до закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності комунікації між пацієнтами та медичним персоналом, а також зменшення часу очікування отримання медичних послуг. Матеріали дисертаційного дослідження використовуються у діяльності організації під час: проведення робочих і виробничих нарад; обговорення питань підвищення якості медичного обслуговування; інформування пацієнтів щодо можливостей отримання медичних послуг; взаємодії із закладами охорони здоров'я щодо впровадження сучасних сервісних підходів. Результати дослідження застосовуються у процесі взаємодії з Рівненською обласною клінічною лікарнею імені Юрія Семенюка, де впроваджено елементи сервісної маршрутизації пацієнтів, що сприяють підвищенню доступності та якості медичної допомоги. Використання результатів дисертаційного дослідження сприяє удосконаленню взаємодії громадського сектору із системою охорони здоров'я та підвищенню ефективності надання медичних послуг населенню.

Голова ГО "Асоціація працівників системи
охорони здоров'я України "Медичні лідери"
Юлія Володіна

100%LIFE
РІВНЕ
БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ
МЕРЕЖА 100 ВІДСОТКІВ
ЖИТТЯ РІВНЕ
33028, м. Рівне, вул. В. Чорновола, 74-Б; ЄДРПОУ 36121231; E-mail: rivnelgv@gmail.com http://network.rv.ua

№ 04
Від 02.03.2026 року.

ДОВІДКА
про використання результатів дисертаційного дослідження
у діяльності громадської організації

Цією довідкою підтверджується, що результати дисертаційного дослідження Пастущенко Ірини Петрівни, здобувачки кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університет у на тему «Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України», поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) у галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», враховано у практичній діяльності благодійної організації «Мережа 100 відсотків життя Рівне».

У процесі опрацювання матеріалів дисертаційної роботи відзначено прикладну спрямованість щодо вдосконалення публічно-управлінських механізмів організації медичного обслуговування населення. Запропоновані авторкою підходи до оптимізації управлінських та сервісних процесів у сфері охорони здоров’я є актуальними в умовах трансформації системи медичних послуг та зростання потреб населення в доступній та якісній медичній допомозі.

Для діяльності громадської організації, яка здійснює підтримку та супровід пацієнтів під час отримання медичних послуг, практичний інтерес становлять положення дисертаційного дослідження, що стосуються вдосконалення організації взаємодії між пацієнтами та закладами охорони здоров’я. Зокрема, позитивно оцінюється запропонована авторкою модель сервісної маршрутизації

пацієнтів, спрямована на впорядкування процесу звернення громадян до медичних установ та підвищення ефективності організації прийому пацієнтів.

Під час супроводу клієнтів організації у комунальному підприємстві «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради відзначено, що використання окремих елементів зазначеної моделі сприяє більш чіткій організації руху пацієнтів у медичному закладі, покращує орієнтування відвідувачів у структурі медичних послуг та полегшує комунікацію між пацієнтами й медичним персоналом.

Матеріали дисертаційного дослідження також використовуються громадською організацією під час:

– обговорення питань доступності медичної допомоги на робочих зустрічах і нарадах;

– консультування клієнтів щодо порядку отримання медичних послуг;

– організації супроводу пацієнтів до закладів охорони здоров'я;

– інформування представників громадського сектору про сучасні підходи до підвищення якості медичного обслуговування.

Результати дисертаційного дослідження Пастущенко Ірини Петрівни є актуальними, науково обґрунтованими та мають практичну цінність. Їх впровадження у діяльність РОКЛ сприяє підвищенню ефективності взаємодії громадських організацій із медичними установами та покращенню доступу пацієнтів до медичних послуг, що підтверджується цією довідкою.

Голова правління
громадської організації
«100 відсотків життя
Рівне»



Євген БАБОРИКІН

УКРАЇНА
РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА РАДА
майдан Просвіти, 1, м. Рівне, 33013. тел. (036-2) 695-202 e-mail: oblrada@ror.gov.ua

14.05.2026 № 01/12-201 На №_____ від _____

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
у діяльність органів місцевого самоврядування

Цією довідкою підтверджується, що результати дисертаційного дослідження **Пастущенко Ірини Петрівни**, здобувачки кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету на тему ***«Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України»***, поданого на *здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD)* у галузі знань *28 «Публічне управління та адміністрування»* за спеціальністю *281 «Публічне управління та адміністрування»,* враховано у діяльності постійної комісії з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства Рівненської обласної ради.

У діяльності постійної комісії використано окремі результати дисертаційного дослідження, зокрема **модель сервісної маршрутизації пацієнтів**, апробовану на базі Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка Рівненської обласної ради, як інструмент удосконалення управління у сфері медичного обслуговування населення. Зазначена модель розглядається як ефективне управлінське рішення, спрямоване на впорядкування потоків пацієнтів, оптимізацію організації надання медичних послуг та нормативного закріплення стандартів сервісної взаємодії у закладах охорони здоров'я.

У межах діяльності постійної комісії опрацьовуються питання щодо можливості поширення зазначених підходів на інші заклади охорони здоров'я області з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення. Врахування результатів дисертаційного дослідження сприяє підвищенню обґрунтованості управлінських рішень, ефективнішому використанню ресурсів у сфері охорони здоров'я, посиленню прозорості та підзвітності у процесі надання медичних послуг.

Результати дисертаційного дослідження є науково обґрунтованими, актуальними та мають практичне значення для вдосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Голова постійної комісії
з питань охорони здоров'я,
материнства та дитинства **Юрій БІЛИК**

РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
вул. 16 Липня, 38, м. Рівне, 33028, тел. (0362) 26 67 34
E-mail: operator.rouoz@gmail.com, office@rouoz.gov.ua, rouoz.gov.ua
Код в ЄДРПОУ 44333711

23.03.2026 № 60-К

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження в практичну діяльність органів публічного управління

Видана аспірантці кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету **Пастущенко Ірині Петрівні** про те, що результати її дисертаційного дослідження на тему **«Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України»**, поданого на здобуття наукового ступеня **доктора філософії (PhD)** у галузі знань ***28 «Публічне управління та адміністрування»*** за спеціальністю ***281 «Публічне управління та адміністрування»***, мають науково-теоретичне та прикладне значення і використовуються у практичній діяльності Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації.

У дисертаційному дослідженні здійснено комплексний аналіз організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України, визначено ключові проблеми її функціонування та обґрунтовано напрями вдосконалення нормативно-правового забезпечення та публічно-управлінських управлінських інструментів державної політики у зазначеній сфері.

Актуальність проведеного дослідження зумовлена необхідністю підвищення ефективності публічного управління медичним обслуговуванням в умовах реформування галузі та воєнного стану функціонування держави.

Результати дисертаційного дослідження **використано під час розроблення підрозділу «Охорона здоров'я» Стратегії розвитку Рівненської області на**

період до 2027 року, схваленої розпорядженням голови Рівненської обласної державної адміністрації від 28.02.2025 № 122.

Фахівцями департаменту надано позитивну оцінку результатам дослідження, зокрема аналізу зарубіжного досвіду функціонування систем охорони здоров'я та кращих моделей медичного обслуговування населення, у тому числі досвіду Японії, де забезпечується один із найвищих показників тривалості життя населення у світі.

Практичну цінність становлять науково обґрунтовані пропозиції щодо підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я як важливого чинника вдосконалення публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України, особливо в умовах воєнного стану.

Розроблену авторкою **структурно-функціональну модель сервісної маршрутизації пацієнтів** (розділ 3.3 дисертаційної роботи) впроваджено в практичну діяльність комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради з метою удосконалення організації надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, оптимізації управлінських процесів та покращення комунікації з пацієнтами.

Окремі положення та матеріали дисертаційного дослідження використовуються у діяльності структурних підрозділів Департаменту під час:

підготовки управлінських рішень у сфері охорони здоров'я;

проведення робочих та виробничих нарад;

організації заходів з підвищення кваліфікації працівників органів державної влади та органів місцевого самоврядування;

розроблення професійних програм підвищення кваліфікації, тематичних семінарів та лекційних занять.

Результати дисертаційного дослідження можуть бути рекомендовані для подальшого використання у практиці публічного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні.

Директор департаменту **Олег Вівсянник**

М.П.





УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
бульвар Шевченка, 185, м. Черкаси, 18001, тел./факс: (0472) 37-93-39
E-mail: 02012378@ck.gov.ua, сайт: www.uoz.ck.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 02012378

ДОВІДКА

про практичне впровадження результатів дисертаційного дослідження Пастущенко Ірини Петрівни на тему «Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення» на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі публічного управління та адміністрування

Цією довідкою засвідчуємо, що результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри публічного управління, адміністрування та соціальної роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика Пастущенко Ірини Петрівни на тему «Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення» на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі публічного управління та адміністрування мають практичне значення, в період реформування охорони здоров'я України та пошуку ефективних механізмів вдосконалення і підвищення якості медичного обслуговування населення України. Особливої уваги заслуговує аналіз правового механізму публічного управління медичним обслуговуванням, адже виявлені прогалини та надані пропозиції допоможуть удосконалити нормативно-правову базу охорони здоров'я. При ознайомленні з дисертаційними матеріалами та публікаціями аспірантки Пастущенко І. П. працівниками дана позитивна оцінка розкритим в дисертації зарубіжному досвіду та кращим моделям медичного обслуговування. Заслуговують на увагу пропозиції з підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, як імперативу вдосконалення управління сферою медичного обслуговування населення України, в умовах військової агресії.

Надані матеріали дисертаційного дослідження аспіранткою Пастущенко І.П. використовуються співробітниками структурних підрозділів управління для проведення виробничих нарад та рекомендовані для підвищення кваліфікації працівників органів публічної влади та органів місцевого самоврядування, які регулюють діяльність закладів охорони здоров'я в області.

Начальник управління Антоніна УМАНЕЦЬ

Черкаська обласна державна адміністрація
№ 4314/02/12-01-15 від 13.02.2025

РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО «РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ ЮРІЯ СЕМЕНЮКА» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
(КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР)
вул. Київська, 78-г, м. Рівне, 33012, тел. (0362) 64-38-23
e-mail: info@rokl.rv.ua, web: http://www.rokl.rv.ua
код ЄДРПОУ 02000010

20.02.2026 № 245/2/01-15/26

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор комунального підприємства
“Рівненська обласна клінічна лікарня
імені Юрія Семенюка” Рівненської
обласної ради
02000010
Віктор ТКАЧ
«__» _____ 2026 року

А К Т

про впровадження результатів дисертаційного дослідження у діяльність закладу охорони здоров’я

Комісія у складі:

Голова комісії:

Віктор ТКАЧ – директор комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради.

Члени комісії:

1. **Руслан КОСТЮКЕВИЧ** – заступник директора з економічних питань, доцент кафедри менеджменту та публічного врядування, кандидат економічних наук.
2. **Максим БАРСА** – медичний директор з хірургії, доктор філософії.

склала цей акт про те, що результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету **Пастущенко Ірини Петрівни** на тему *«Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України»,* поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) у галузі знань **28 «Публічне управління та адміністрування»** за спеціальністю **281 «Публічне управління та адміністрування»**, використано у розпорядчо-управлінській діяльності комунального підприємства.

Зокрема результати дисертаційного дослідження були враховані під час підготовки та впровадження таких розпорядчо-управлінських документів:

– наказу КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР від 23.02.2024 №22-ОД «Про контроль та оцінку якості надання медичної допомоги в КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР», а також змін до нього відповідно до наказу від 20.06.2024 №75-ОД/4;

– наказу КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР від 10.07.2024 №85-ОД/3 «Положення сервісного центру комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради»;

– наказу КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР від 03.06.2024 №64-ОД/3 «Про затвердження Плану заходів із удосконалення медичного обслуговування на 2024–2026 роки»;

– Стратегії розвитку КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР до 2026 року.

У процесі діяльності КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради» використано окремі результати дисертаційного дослідження, зокрема елементи концепції сервісної маршрутизації пацієнтів (розділ 3.3 дисертаційної роботи), а саме:

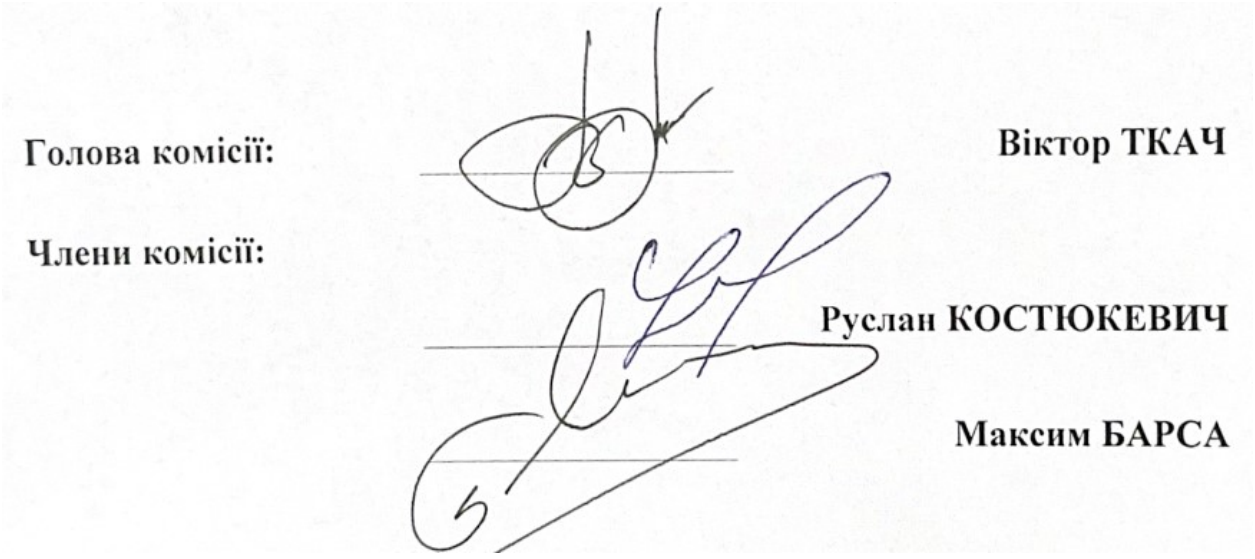
– науково обґрунтовані підходи до формування та функціонування організаційно-правового механізму публічного управління у сфері медичного обслуговування, які застосовуються під час удосконалення управлінських процесів у закладі охорони здоров’я;

– структурно-функціональну модель сервісної маршрутизації пацієнтів, інтегровану в організацію амбулаторно-поліклінічної допомоги та систему комунікації з пацієнтами;

– практичні рекомендації щодо підвищення ефективності управлінських рішень у сфері медичного обслуговування населення в умовах цифровізації та реалізації реформи системи охорони здоров'я.

Використання зазначених результатів сприяло:

– оптимізації організаційно-управлінських процесів у закладі;
– підвищенню якості та доступності медичних послуг;
– зниженню адміністративного навантаження на медичний персонал;
– формуванню пацієнтоорієнтованої моделі управління діяльністю закладу охорони здоров'я.



«20» лютого 2026 року

Міністерство освіти і науки України
ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА (ЖДУ)
вул. В. Бердичівська, 40, м. Житомир, 10008 / факс (0412) 43-14-17
e-mail: zu@zu.edu.ua Web: www.zu.edu
код ЄДРПОУ 02125208

19.03.2026 р. № 363-01-09/2026 на № _____ від _____

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження в освітньо-науковий процес

Цією довідкою підтверджується, що результати дисертаційного дослідження **Пастущенко Ірини Петрівни,** здобувачки кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету, на тему ***«Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування населення України»,*** поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) у галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», впроваджено в освітній та науково-дослідний процес кафедри права та публічного управління Житомирського державного університету імені Івана Франка.

У процесі освітньої та наукової діяльності кафедри права та публічного управління використано такі релевантні результати дисертаційного дослідження, зокрема:

- систематизацію понять і категорій публічного управління медичним обслуговуванням, що використовується при підготовці лекційних і семінарських занять, а також у методичних матеріалах кафедри (підрозділи 1.1- 1.3);
- методи та інструменти організаційно-правового механізму щодо удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я;
- узагальнення сучасних вітчизняних проблем та зарубіжних трендів публічного управління у сфері охорони здоров'я (розділ 2), які інтегровано в освітній контент дисциплін «Публічне управління соціальною сферою», «Механізми публічного управління», «Державна соціальна політика»;
- методичні підходи до підвищення доступності, якості та пацієнтоорієнтованості послуг (підрозділ 3.1), що використовуються при підготовці магістерських і дисертаційних робіт;
- положення щодо ролі цифровізації та технологізації як стратегічного пріоритету публічного управління сферою медичного обслуговування (підрозділ 3.2), інтегровані в освітні кейси та практичні завдання.

UB
ЖДУ ім. Івана Франка
№363-01-09/2026 від 19.03.2026 Жуковська В.В. (Проректор) 19.03.2026 12:43

Зазначені результати дисертаційного дослідження аспірантки Пастущенко І. П. сприяють підвищенню якості підготовки здобувачів вищої освіти, розвитку наукових досліджень кафедри та формуванню у студентів і аспірантів системного розуміння організаційно-правових механізмів публічного управління в соціальній сфері, зокрема у сфері медичного обслуговування населення.

Результати впровадження дисертаційного дослідження **Пастущенко Ірини Петрівни** затверджено на засіданні кафедри права та публічного управління Житомирського державного університету імені Івана Франка (протокол № 14 від 18 березня 2026 р.).

Проректор з наукової та міжнародної роботи доктор філологічних наук, професор — Вікторія ЖУКОВСЬКА

Завідувач кафедри права та публічного управління кандидат юридичних наук, доцент — Ольга РУДНИЦЬКА



«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Проректор з наукової роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
професор _____ Наталія САВИЧУК
«___» _____ 2026 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* дисертаційне дослідження на тему «Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України».

2. *Установа-розробннк, виконавці:* кафедра публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету.

3. *Автор:* Пастущенко Ірина Петрівна, здобувачка кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету, дисертаційне дослідження на тему «Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України», поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) у галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування».

4. *Джерела інформації:*

• Механізми публічного управління в сфері медичного обслуговування як предмет наукових досліджень / І.П. Пастущенко // «Інвестиції: практика та досвід» електронне фахове видання. Серія «Державне управління» №4(2024) с. 249-253. DOI: 10.32702/2306 6814.2024.4.249.

• Правове регулювання публічного управління в сфері медичного обслуговування в Україні / І.П. Пастущенко // Наукові перспективи: журн. Серія «Державне управління». – 2024. – № 8 (50). –. URL: http://perspcctives.pp.iia/index.php/np/article/view/14438/14507.

• Зарубіжний досвід організації публічного управління медичним обслуговуванням у контексті сучасних глобальних викликів охорони здоров'я / І.П. Пастущенко / 7 міжнародний журнал «Veda a perspeklivy».. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/authors 16 стор. грудень 2024.

• Соціально-демографічні виміри публічного управління медичним обслуговуванням в Україні / І.П. Пастущенко // «Актуальні питання в сучасній науці». №7(37) 2025. с.296-311.

• Політичні фактори публічного управління сферою медичного обслуговування в умовах збройної агресії проти України / І.П. Пастущенко // «Національні інтереси України» № 6 (11) 2025. с. 969-981.

• Сервісні маршрути пацієнтів як організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері медичного обслуговування (на прикладі регіональної клінічної лікарні). Видавничий дім «Гельветика», м. Одеса, № 4 (82), 2025. с. 154-166 (**SCOPUS**).

• Як запровадити сервісні маршрути пацієнтів: інструкція та досвід колег / І.П. Пастущенко // Управління закладом охорони здоров'я: цифр. вид-во. – 2025. – №9. – URL: https://egolovlikar.experus.com.ua/10025926.

5. *Заклад, в якому впроваджено:* Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я.

6. *Терміни впровадження:* 2026 р.

7. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень Пастущенко І.П. впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання дисциплін «Організація і управління охороною здоров'я», «Правові питання управління закладами охорони здоров'я», «Антикризове управління охороною здоров'я», «Технології контролінгу в сфері охорони здоров'я», «Управління паліативною та хоспісною допомогою: вітчизняний та міжнародний досвід».

8. *Ефективність впровадження:* впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.

9. *Зауваження та пропозиції:* зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес. Запропонована розробка щодо меднко-соціального обґрунтування опіімізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни є ефективною і рекомендується до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Публічне управління та соціальна робота», «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика від 05.01.2026 р., протокол № 1.

Відповідальний
за впровадження:
Завідувач кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор



Василь МИХАЛЬЧУК

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
просп. Будівельників, 129-а, м. Маріуполь, 87548; тимчасове місцезнаходження просп. Повітряних Сил, 31, м. Київ, 03037
тел.: (0629) 59-75-00, (0629) 58-75-90, e-mail: info@mu.edu.ua, сайт: mu.edu.ua, код згідно ЄДРПОУ 265208

31 серпня 2026 р. № 01-25/626.1 на № _____ від _____

Акт
про впровадження результатів дисертаційної роботи за темою *«Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України»* здобувачки ступеня доктора філософії з галузі знань 28 Публічне управління та адміністрування за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету **Пастущенко Ірини Петрівни**

Дисертаційну роботу Пастущенко Ірини Петрівни на тему «Організаційно-правовий механізм публічного управління в сфері медичного обслуговування населення України» виконано відповідно до тематики науково-дослідної роботи Маріупольського державного університету Міністерства освіти і науки України «Публічне управління для сталого територіального розвитку» (період розробки НДР: 2025-2028, номер державної реєстрації)

Матеріали дисертаційної роботи, зокрема, розробки та рекомендації дослідження впроваджено у навчальний процес при розробці навчально-методичного забезпечення з дисциплін «Основи сталого розвитку суспільства» та «Сталий розвиток і соціальна відповідальність в державній та муніципальній владі» освітньої програми «Публічне управління та адміністрування» першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти денної та заочної форми навчання.

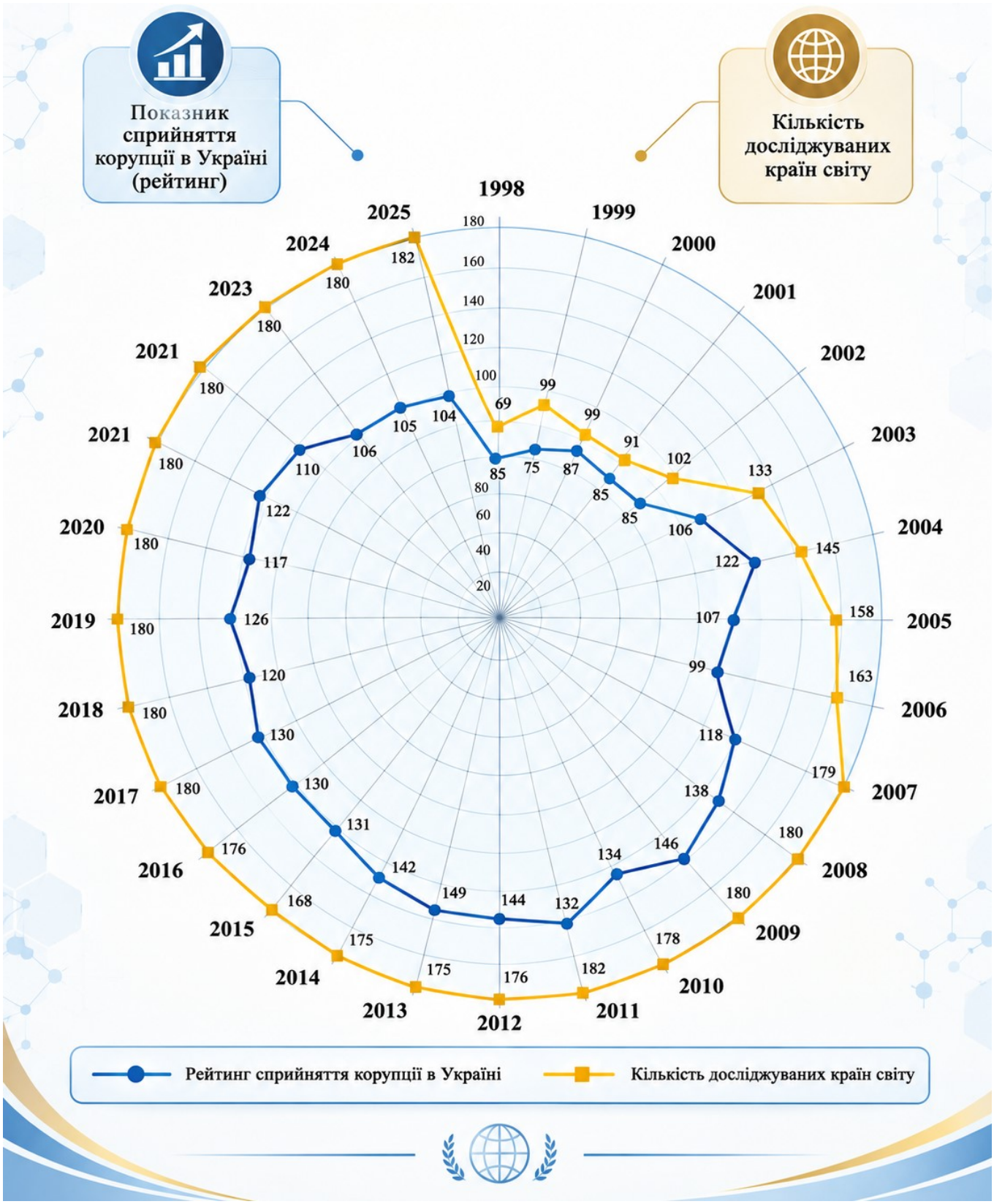
Проректор з науково-педагогічної роботи та молодіжної політики — Юлія ДЕМИДОВА

Завідувачка кафедри публічного управління та адміністрування — Анна ЧЕЧЕЛЬ

Алла НОВІКОВА
+380983588479

ДОДАТОК Б

Декомпозиція динаміки рейтингів *індексів сприйняття корупції* (ІСК) в Україні, 1998-2025 рр.



Розроблено автором на основі джерела [238].

ДОДАТОК В.1

Хронологічні віхи становлення та розвитку Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Юрія Семенюка (РОКЛ)

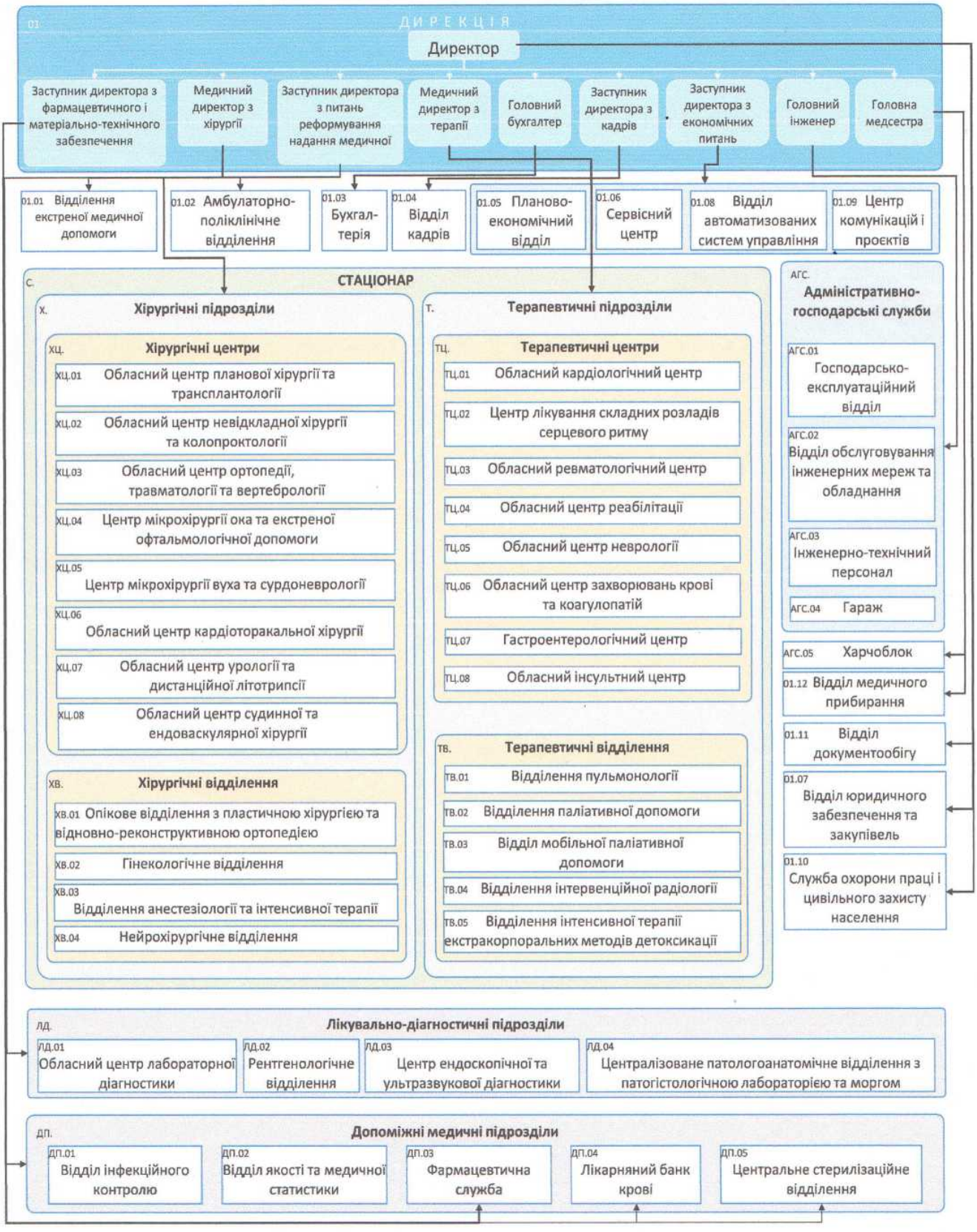
№ з/п	Історичні дати	Хронологія важливих подій
1.	01.03.1951–1963 роки	Створено обласну лікарню згідно з Наказом Рівненського обласного відділу охорони здоров'я від 01.03.1951 р. № 154а на базі 2-ї терапевтичної лікарні м. Рівного, де було розпочато реконструкцію. Головним лікарем призначено І.С. Ткаченка (1951-1953 рр). У лікарні було терапевтичне та хірургічне відділення, 100 ліжок, працювало 27 лікарів та 85 медичних сестер. Протягом 1951-1963 рр. в обласній лікарні було підготовлено 75 хірургів, 63 операційних сестри та 54 анестезистів. З 1953 до 1960 року головний лікар обласної лікарні – Т.Д. Костюкевич. З 1960 до 1965 року – головний лікар обласної лікарні В.М. Вельський.
2.	1963-1965 роки	Лікарня розміщується в нових корпусах, побудованих на площі підсобного господарства Видумської дільничної лікарні та розширюється до 350 ліжок із хірурічним, торакально-судинним, анестезіологічним, уро-гінекологічним, терапевтичним, офтальмологічним, отоларингологічним, травматологічним, рентгенологічним, фізіотерапевтичним, поліклінічним, екстрено-планової консультативної допомоги, оргметодичним, лабораторним та іншими відділеннями, а також аптекою. У лікарні зареєстровано 81 посаду лікарів і 226 посад середнього медперсоналу.
3.	1965-1971 роки	Головний лікар обласної лікарні О.М. Давидюк. У 1970 році в лікарні на 400 ліжок лікувалось 6500 хворих, серед них – 60 % селян. Штат лікарні – 82 лікарі та 224 середніх медпрацівники.
4.	1971-1977 роки	Головний лікар – М.Ю. Сивий, який побудував кардіологічний корпус лікарні. З 1976 р. з уведенням в експлуатацію нового корпусу на 300 ліжок зі штатом лікарні 169 лікарів і 398 середніх медпрацівників, облікарня стала найбільшим лікувально-діагностичним і організаційно-методичним центром області, базою передового досвіду МОЗ України, кафедри організації охорони здоров'я Київського ін-ту вдосконалення лікарів, ЦОЛІУЛ і ВООЗ із охорони здоров'я сільського населення. В РОКЛ було створено допоміжні служби – відділення функціональної діагностики, рентгенологічне, фізіотерапевтичне, патологоанатомічне відділення, гістологічна та цитологічна лабораторії, централізована стерилізаційна та подача кисню, аптека, харчоблок, Застосовується лазерна терапія і гіпербарична оксигенація.
5.	1977-1995 роки	Лікарню очолював М.С. Брожик. Було збудовано хірургічний корпус на 240 ліжок, добудовано поліклініку на 250 відвідувань у зміну, кафе і гуртожиток, розширено кисневу станцію, реконструйовано адміністративний корпус. У лікарні функціонувало 915 ліжок, діяло 18 стаціонарних та 15 допоміжних відділень. Були створені нові відділення: ангіографії, рентгенотерапії, детоксикації, нетрадиційних методів лікування та діагностики, ультразвукових досліджень, АСУ, спелеотерапії, електрокардіографічний діагностичний центр, лабораторія імунної діагностики та інші підрозділи.

Продовження до ДОДАТКУ В.1

6.	1995-1999 роки	Лікарню очолював Я.О. Маслій, за роки правління якого в лікарні відкрилися нові спеціалізовані центри та відділення: центр лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань, відділення ультразвукових досліджень, підліткове відділення в поліклініці, центр лікування складних порушень серцевого ритму та ендоваскулярної рентгенохірургії, центр мікрохірургії вуха та сурдоневрології, центр мікрохірургії ока та екстреної офтальмологічної допомоги при невідкладних етапах, центр шлунково-кишкових кровотеч, а відділення судинної хірургії розширено до центру серцево-судинної хірургії. У 1998 році центральною акредитаційною комісією МОЗ України РОКЛ присвоєно вищу акредитаційну категорію. У 1999 р. в лікарні функціонувало 710 ліжок, працювало 1579 співробітників: 219 лікарів (серед них 40 лікарів-інтернів), 705 середніх медпрацівників.
7.	2000-2005 роки	Лікарню очолював Ю.С. Семенюк – заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, головний хірург управління охорони здоров'я Рівненської облдержадміністрації, завідувач Центром лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань Рівненської обласної клінічної лікарні. Протягом цього періоду: лікарня стала клінічним закладом; було осучаснено медичне обладнання; відкрито відділення трансфузіології, кардіохірургії та МРТ; проведено повну реконструкцію відділення детоксикації та гемодіалізу, хірургії органів травлення та ендокринології; лікарня здобула вищий рівень діагностично-лікувального процесу, а в 2003 р. стала лауреатом рейтингу «Кращі підприємства України» в номінації «Медицина та охорона здоров'я».
8.	Жовтень 2005 року – жовтень 2010 року	Головний лікар Рівненської обласної клінічної лікарні М.М. Семанів, який одночасно займав посаду начальника обласного управління охорони здоров'я. Зміцни матеріально-технічну базу лікарні: створено 5 нових відділень (ендоскопічне, нефрологічне, відділення торакальної хірургії, УЗД з новим приміщенням, гнійно-кісткове); придбано нову мед.апаратуру, введено в дію нові технології діагностичного та лікувального процесів (цифровий рентген-апарат, апарат УЗД серця, 2 ендоскопічні стійки, мікроскоп для офтальмологічних операцій, імуноферментний аналізатор та ін.).
9.	25.10.2010-06.11.2012	Рівненську обласну клінічну лікарню очолював заслужений лікар України, депутат обласної ради В.М. Кисіль. На посаді головного лікаря зосередився на питаннях реформування медицини, реорганізації та оптимізації підрозділів лікарні, оновлення застарілого медичного обладнання та апаратури, ремонту приміщень, кабінетів лікарні та упорядкування території лікарні.
10.	07.11.2012-05.12.2013	Заклад очолював В.Б. Лепеха. Обласну лікарню перейменовано в комунальний заклад «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради згідно рішення Рівненської облради від 21.12.2012 р. № 825.
11.	06.12.2013-31.05.2020	Головним лікарем комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради призначено І.Я. Зима.
12.	14.09.2018	Комунальний заклад «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради реорганізовано в комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради відповідно до рішення Рівненської обласної ради від 18 травня 2018 року № 956.
13.	01.06.2020 – дотепер	КП «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. Головним лікарем, а з 19.01.2021 р. директором – призначено В.О. Ткача.

ДОДАТОК В.2

Організаційна діаграма
Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Ю.Семенюка (РОКЛ)



ДОДАТОК В.3

Стратегічні цілі розвитку Рівненської обласної клінічної лікарні імені Юрія Семенюка Рівненської обласної ради на 2023-2026 роки [165]



ДОДАТОК В.4

Маршрут для оцінки якості надання медичної допомоги на стаціонарі в РОКЛ[9]



[9] *Примітка.* Додаток 11 до Наказу КП «Рівненська обласна клінічна лікарня ім. Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради від 23.02.2024 № 22-ОД «Про контроль та оцінку якості надання медичної допомоги в РОКЛ» (зі змінами внесен. Наказом РОКЛ від 20.06.2024 № 75-ОД/4).

ДОДАТОК В.5

Положення сервізного центру РОКЛ (витяг з наказу)[10]

І. Загальні положення

1.3. Сервісний центр не юридична особа. Гарантом юридичних прав діяльності центру виступає КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР в особі директора.

1.4. Сервісний центр створений відповідно до наказу та з метою реалізації пацієнт-орієнтованої та людиноцентрованої моделі надання медичної допомоги та обслуговування, побудови якісної системи комунікації з клієнтами медичного закладу, надання інформаційної та консультативної підтримки населенню громади, а також підвищення економічної ефективності та збільшення надходження позабюджетних коштів від медичної діяльності.

1.5. Сервісний центр підпорядковується директору та медичним директорам КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР.

1.6. Центр є самостійним структурним підрозділом закладу, створюється і ліквідується за наказом директора, утворений згідно з наказами МОЗ України, погодженням Рівненської обласної ради.

1.7. У своїй діяльності працівники сервісного центру керуються Конституцією України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров’я України, територіальних органів охорони здоров’я та наказами і розпорядженнями директора КП «РОКЛ ім. Ю.Семенюка» РОР у сфері надання медичних послуг.

1.8. Адреса: 33007, м. Рівне вул. Київська, 78-г.

ІІ. Основні завдання

2.1. Забезпечення високого клієнтського сервісу та задоволеності пацієнтів та їх родичів рівнем обслуговування, спираючись на їх потреби та очікування.

2.2. Забезпечення доступу населення до актуальної, достовірної і повної інформації щодо медичних послуг, що надаються закладі, зокрема особливостей, порядку їх отримання, графіку роботи лікарів, підрозділів закладу, іншої необхідної інформації, використовуючи різні шляхи комунікації (телефонний зв’язок, інтернет ресурси, соціальні мережі, роздаткові матеріали тощо).

[10] *Примітка.* Витяг з Наказу РОКЛ від 10.07.2024 р. № 85-ОД/3 «Положення сервісного центру комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради».

2.3. Побудова і реалізація ефективної комунікації на всіх етапах взаємодії з клієнтами закладу та їх родинами, покращення комунікації на рівні «медичний фахівець – клієнт закладу».

2.4. Забезпечення надання якісних медичних послуг.

2.5. Здійснення постійного контролю якості надання медичних послуг пацієнтам у відділеннях та центрах закладу через різні канали зворотнього зв'язку: сайт, соціальні мережі, QR-коди з анкетами-опитувальниками, рандомне опитування операторами контакт-центру.

2.6. Створення комфортних умов та організація якісного прийому пацієнтів лікарями в відділеннях та центрах.

III. Функції

3.1. Надання інформаційних послуг населенню шляхом обробки їхніх вхідних звернень (особисто або через засоби телекомунікації).

3.2. Забезпечення отримання інформації про медичний заклад та медичні послуги, використовуючи алгоритми та комунікаційні шаблони.

3.3. Організація та сприяння ефективній комунікації між клієнтами та медичними працівниками (лікарями/лікарками, медичними братами / сестрами тощо) і немедичними працівниками КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» РОР.

3.4. Забезпечення інформаційного супроводу клієнтів на всіх етапах взаємодії з РОКЛ.

3.5. Координація роботи по обслуговуванню клієнтів та взаємодія з іншими підрозділами лікувального закладу.

3.6. Здійснення запису пацієнтів на прийом, введення даних у медичну інформаційну систему.

3.7. Збір і обробка персоналізованої інформації про клієнтів закладу.

3.8. Сприяння забезпеченню немедичних потреб клієнтів (створення комфортного і безпечного середовища).

3.9. Організація збору та аналізу інформації щодо задоволеності клієнтів якістю медичної допомоги та рівнем обслуговування. Робота з відгуками, скаргами та пропозиціями.

3.10. Розробка та використання інструментів моніторингу і контролю рівня пацієнтоорієнтованості надання медичних та немедичних послуг.

3.11. Створення та підтримка позитивного іміджу та бренду закладу.

3.12. Сприяння формуванню лояльності клієнтів до закладу.

3.13. Розробка та створення інформаційно-комунікативної інфраструктури РОКЛ.

3.14. Публікування, модерування актуальних інформаційних повідомлень, що стосуються медичної та адміністративної діяльності РОКЛ (сайт, соціальні мережі, регіональні ЗМІ тощо).

3.15. Забезпечення дотримання лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.

3.16. Забезпечення безпечних умов праці для працівників сервісного центру та профілактики у них професійних захворювань.

3.17. Забезпечення дотримання прав пацієнтів і конфіденційності інформації про них.

3.18. Ведення затвердженої в установленому порядку облікової та звітної документації, проведення постійного моніторингу якості надання медичної допомоги та складання звітів за затвердженою формою.

3.19. Підвищення рівня теоретичних знань персоналу сервісного центру.

IV. Керівництво

4.1. За наказом директора начальником сервісного центру призначається лікар – спеціаліст відповідного профілю з вищою кваліфікаційною категорією, який має стаж роботи не менше 5 років, володіє методами надання невідкладної медичної допомоги, методами реанімації і має досвід лікування хворих терапевтичного профілю. Начальник сервісного центру підпорядковується у своїй роботі директору закладу та медичним директорам згідно повноважень.

4.2. Начальник сервісного центру керує всіма працівниками центру. Впроваджує нові методи роботи, сприяє направленню співробітників для підвищення кваліфікації, подає звіти про діяльність сервісного центру в органи управління охороною здоров’я та провідні установи, контролює видатки та витратні матеріали, готує заявки на планування витрат на наступний рік (в межах загального фінансування), готує заявки на придбання устаткування, апаратури, витратних матеріалів з урахуванням об’єму і потреб.

V. Організаційна структура

5.1. До складу сервісного центру входять:

- начальник центру;
- адміністратор;
- реєстратори медичні;
- молодша медична сестра.

Продовження до ДОДАТКУ В.5

5.2. У складі сервісного центру повинно бути обладнано:

- кабінет начальника центру;
- кабінет адміністратора;
- кабінет платних послуг;
- рецепція;
- контакт-центр;
- реєстраційні стійки;
- консультативний кабінет;
- гардероб.

VI. Контроль та перевірка діяльності сервісного центру

6.1. Поточний внутрішній контроль якості надання медичної допомоги покладається на начальника сервісного центру.

6.2. Вибірковий зовнішній контроль діяльності сервісного центру здійснюють директор, медичні директори згідно повноважень та головна медична сестра.

6.3. Внутрішній і зовнішній контроль якості надання медичної допомоги пацієнтам здійснюється із обов'язковим врахуванням результатів вивчення оцінки пацієнтами якості отриманої допомоги.

ДОДАТОК В.6

Класифікація скарг щодо якості надання медичної допомоги (послуг) та їх «маршрут» (згідно до Наказу РОКЛ від 20.06.2024 р. № 75-ОД/4**)**

4. Після ретельного обговорення та аналізу на засіданні Медичної ради, кожна скарга отримує свою категоризацію, що визначає подальший алгоритм дій, спрямований на підвищення якості медичного обслуговування та реалізації принципу пацієнтоорієнтованості.

4.1. Обґрунтовані (підтверджені) скарги.

Формування офіційної відповіді заявнику: юрист-консультант, спільно з відповідальними заступниками директора, готує офіційну письмову відповідь пацієнту або його законному представнику. У відповіді чітко зазначаються результати розгляду скарги, підтверджені факти та конкретні заходи, вжиті лікарнею для усунення виявлених недоліків, запобігання їх повторенню. Відповідь надсилається у встановлені законодавством терміни.

Виконання коригуючих та превентивних заходів: приймаються рішення про застосування дисциплінарних заходів (за наявності вини) та впровадження системних змін (оновлення протоколів, навчання персоналу, зміни в адміністративних процесах) для постійного покращення сервісу.

Контроль виконання та аналіз для системного покращення: заступник директора з управління якістю спільно з медичними директорами контролюють виконання всіх рішень та використовують інформацію про обґрунтовані скарги як цінне джерело для постійного аналізу та вдосконалення системи якості.

4.2. Необґрунтовані скарги (непідтверджені):

Формування офіційної відповіді заявнику: пацієнту надається офіційна письмова відповідь, де чітко та аргументовано пояснюється, чому скарга визнана необґрунтованою, зберігаючи принцип прозорості. Метою є надання повних роз'яснень та зняття непорозумінь.

4.3. Скарги, що вимагають правового аналізу:

Юридичний супровід: юрист-консультант РОКЛ бере на себе повний юридичний супровід таких справ, взаємодіючи з відповідними зовнішніми органами (поліція, суд), надаючи необхідні документи та пояснення.

5. Деталізація маршруту скарги за її змістом і призначенням.

Скарга після реєстрації направляється до відповідного профільного заступника директора (відповідальної особи), який здійснює аналіз та готує матеріали на засідання Медичної ради. Відповідальні за опрацювання скарг щодо:

якості надання медичної допомоги (лікування, діагностика, неналежне виконання обов'язків) – заступник директора з управління якістю;

летальних (особливих) випадків – заступник директора з управління якістю координує розгляд з максимальною ретельністю, залученням усіх необхідних даних та, за потреби, формуванням спеціальної внутрішньої комісії;

етики та деонтології (некоректне ставлення, грубість персоналу, порушення професійної етики) – медичний директор з терапії, медичний директор з хірургії (залежно від профілю відділення) або Заступник директора з управління якістю;

фінансових питань (вимоги про додаткову оплату, непорозуміння щодо послуг НСЗУ) – юрист-консультант у взаємодії з фінансовою службою;

організаційних питань (довге очікування, проблеми з чергою, умови перебування, доступність послуг) – медичний директор з терапії/хірургії або заступник директора з адміністративно-господарських питань, або заступник директора з управління якістю;

корупційних дій – юрисконсульт лікарні проводить перевірку, збирає доказову базу та готує матеріали для розгляду на Медичній раді, а за потреби для взаємодіє з відповідними правоохоронними органами;

роботи середнього, молодшого медперсоналу – головна медична сестра, як керівник сестринського персоналу має повноваження для оперативного з'ясування обставин, проведення бесід і, за потреби, ініціювання внутрішніх заходів;

скарги, що надійшли від вищих інстанцій (Департамент охорони здоров'я, НСЗУ, МОЗ) – після реєстрації передаються відповідальному профільному заступнику директора. Відповідь подається заявнику та відповідній інстанції.

6. Особливості розгляду анонімних та неанонімних скарг.

Анонімні скарги (без зазначення особистих даних) реєструються та передається на розгляд Медичній раді, яка використовує їх для виявлення повторюваних проблем («гарячих точок»), проведення внутрішніх перевірок та формування рекомендацій щодо превентивних заходів та покращення процесів.

Неанонімні скарги (із зазначенням контактних даних пацієнта) реєструються, розглядаються, а офіційна письмова відповідь про прийняте Медичною радою рішення надсилається заявнику. У відповіді детально викладаються підтверджені факти або аргументоване пояснення необґрунтованості та конкретні заходи, які були вжиті або будуть вжиті лікарнею за результатами розгляду скарги.

ДОДАТОК Ґ

Програмне забезпечення комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради

Askep.net – медико-інформаційна система, що функціонує через мережу Інтернет. Доступ до системи здійснюється через веб-браузер або мобільний додаток. Дані зберігаються на серверах постачальника послуг. Основні модулі системи: «Реєстратура»; «Електронна медична картка пацієнта»; «Лабораторія»; «Стаціонар»; «Статистика».

MASTER: Медицина – спеціалізоване, комплексне програмне забезпечення для автоматизації таких напрямів діяльності: облік заробітної плати («Зарплата»); управління матеріальними цінностями («Матеріальні цінності»); кадровий облік («Кадри»).

Terra Lab – лабораторна інформаційна управлінська система, що дозволяє автоматизовано здійснювати складні схеми лабораторних процесів, вести управлінський облік та контролювати діяльність лабораторії. Має інтеграцію з системою «Askep.net».

X-Ray (рентгенологічна інформаційна система) – програмне забезпечення для автоматизації повного циклу рентгенологічних досліджень: від реєстрації пацієнта та призначення дослідження до зберігання і поширення результатів.

ІКС-РЕЙ ПОРТАЛ – програмно-апаратний комплекс для автоматизації роботи рентгенологічного відділення. Об’єднує автоматизовані робочі місця реєстраторів, лаборантів, лікарів-діагностів і клініцистів.

Реєстр компонентів крові – програмне забезпечення для обліку, зберігання та розподілу компонентів крові, інтегроване з базою даних Рівненського обласного центру служби крові.

Медичні кадри – програма для автоматизації роботи відділу кадрів, підтримання бази персональних даних у актуальному стані та формування достовірної статистичної інформації.

МедСтат – інформаційна система для автоматизації збору, аналізу та зберігання медико-статистичних даних відповідно до державних звітних форм.

Ургентні хворі – програмний модуль для обліку пацієнтів, що звертаються у відділення екстреної медичної допомоги та формування відповідної звітності.

Програма «Статистика» призначена для формування статистичних звітів за різними показниками діяльності закладу.

Система керування електронною чергою – забезпечує автоматизацію процесів реєстрації пацієнтів у Сервісному центрі. Система дозволяє ефективно розподіляти потік відвідувачів між терміналами та вікнами прийому, що скорочує час очікування й підвищує комфортність обслуговування.

ДОДАТОК Д.1

Трансформація сервісних маршрутів пацієнта в РОКЛ у межах політики «поліклініка без черг»

Напрями трансформації	Стан організації сервісних маршрутів	
	до реформи («як було»)	**після реформи** («як стало»)
Організація первинної комунікації з пацієнтом	Єдиний телефонний канал у реєстратурі; постійне перевантаження лінії ускладнювало забезпечення стабільного запису; часті помилки, збої в роботі через поєднання телефонних та фізичних звернень.	Запроваджено стандартизовані скрипти операторів і систему навчання персоналу; створено сервісний контакт-центр з використанням IP-телефонії, записом розмов та аналітикою звернень; впроваджено стандартизовані скрипти операторів; організовано системну підготовку операторів; мінімізовані збої та помилки в роботі і незручності звернень пацієнтів.
Запис на прийом та управління чергами	Реєстратура пострадянського зразка: значні «живі» черги та скупчення пацієнтів (до 200 осіб одночасно); низька доступність медичних працівників; тривалий час очікування; хаотичність процесів і високий рівень скарг.	Оптимізовано розподіл потоків: зона фронт-офісу розділена на чотири функціональні частини (інформування, реєстрація, госпіталізація, очікування); зменшено навантаження на реєстратуру через впровадження реєстраційного терміналу; зменшено «живі» черги на 70%, створено комфортні умови очікування, стандартизовано алгоритми взаємодії, що забезпечило підвищення якості сервісного обслуговування.
Навігація пацієнтів у закладі	Відсутність внутрішньої візуальної навігації; дезорієнтація пацієнтів через труднощі в пошуку кабінетів і служб; додаткове навантаження на персонал.	Упроваджено інтуїтивно зрозумілу 3D-навігацію, адаптовану для осіб з особливими потребами; за необхідності надається персональний супровід пацієнтів.
Інформування пацієнтів та зворотній зв'язок	Ручне та несистемне повідомлення про прийом, зміни графіків чи результатів; відсутність стандартизованих каналів інформування та зворотного зв’язку.	Автоматизовано SMS-нагадування, про прийом; пацієнтам надсилаються інструкції щодо візиту; після прийому – анкети для оцінювання якості послуг.
Сервісна та клінічна маршрутизація пацієнта	Відсутність чітко структурованого маршруту та уніфікованих процедур; персонал діяв ситуативно; етапи взаємодії не були стандартизовані.	Інтегровано медичну інформаційну систему, яка дозволяє реєстратору одразу формувати клінічний і сервісний маршрути; забезпечено узгодженість дій усіх учасників сервісного і клінічного процесу; прозора логістика та скорочення часу очікування.

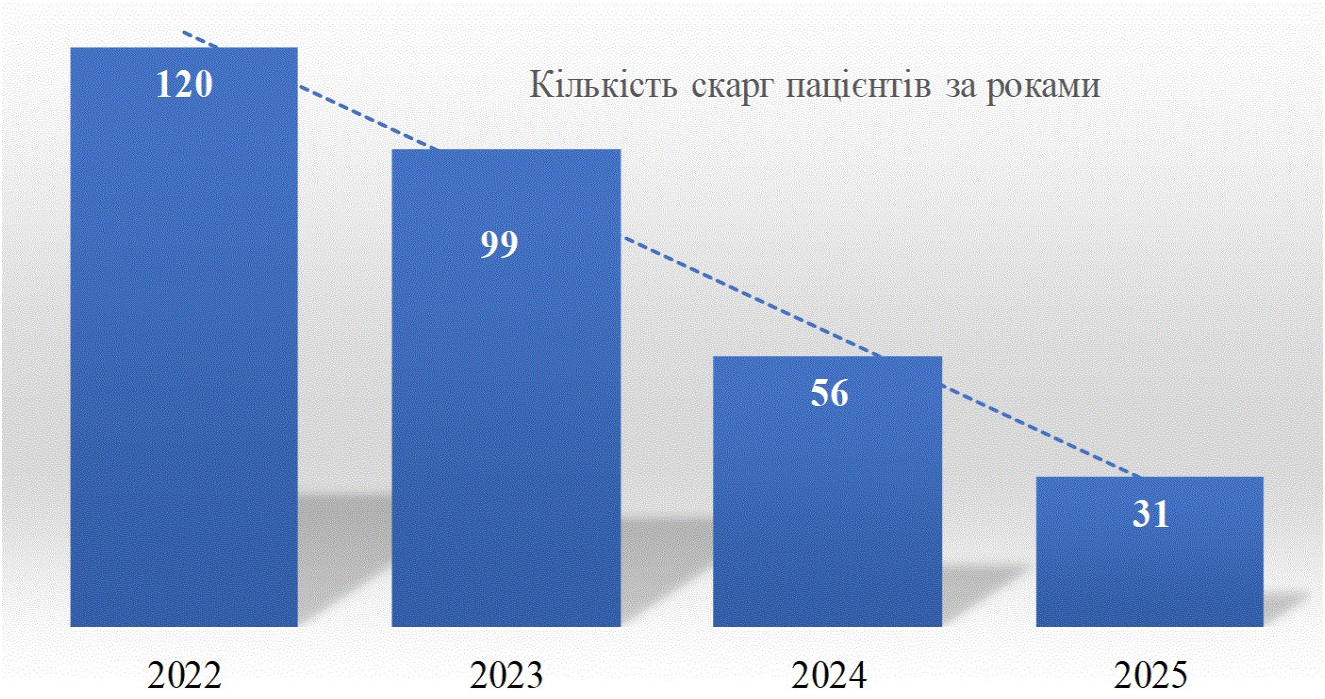
ДОДАТОК Д.2

Зона фронт-офісу РОКЛ після впровадження політики «поліклініка без черг» та реформування сервісних маршрутів пацієнта (сервісно-орієнтована модель організації обслуговування)



ДОДАТОК Е.1

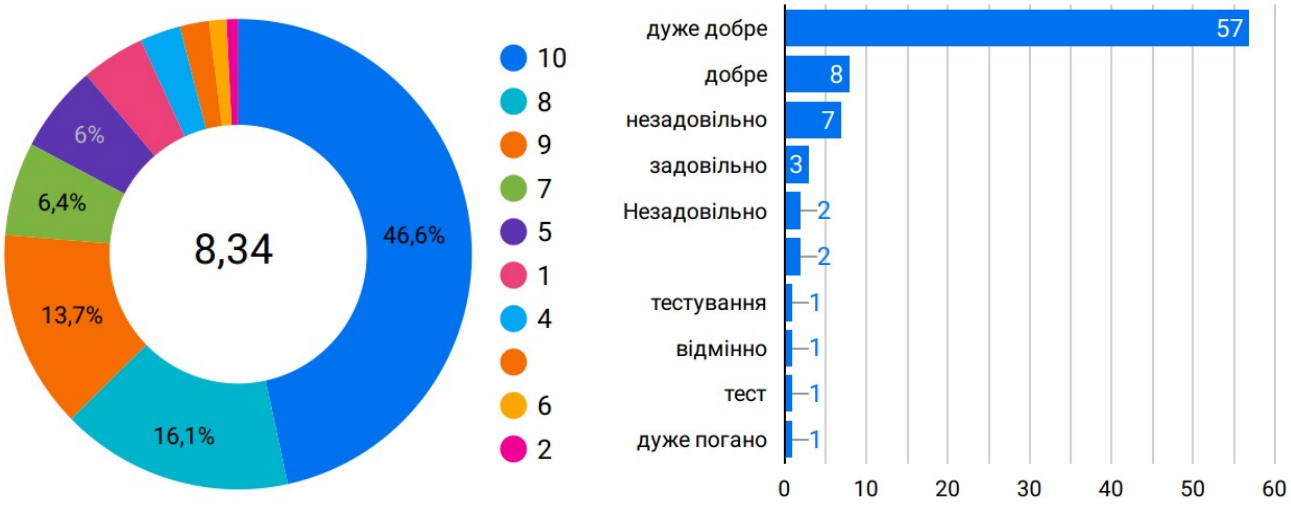
Динаміка кількості скарг пацієнтів щодо організації медичного обслуговування та якості медичних послуг (допомоги) в РОКЛ, *2022-2025 роки*



Розроблено автором.

ДОДАТОК Е.2

Результати *опитування*[11] задоволеності пацієнтів *якістю медичних послуг*[12] та *сервісного обслуговування*[13] в РОКЛ, *2025 рік*



[11] *Примітка.* Під час опитування застосовувалася уніфікована ***10-бальна шкала оцінювання***, де 0 балів відповідало оцінці «дуже погано», а 10 балів – «дуже добре», що забезпечує порівнюваність та аналітичну валідність отриманих показників. **Шкала оцінювання (0-10):** 0 – «дуже погано» (медичні послуги фактично не надані або надані з грубими порушеннями); 1 – «вкрай погано» (суттєві недоліки в організації лікування та обслуговування); 2 – «дуже низький рівень» (послуги надані частково, значні проблеми з комунікацією, умовами або якістю допомоги); 3 – «низький рівень» (мінімально допустимий рівень медичної допомоги з численними недоліками); 4 – «нижче середнього» (послуги надані з помітними організаційними чи професійними недоліками); 5 – «задовільно» (базові медичні послуги надані належним чином без істотних порушень); 6 – «достатній рівень» (загалом позитивний досвід з незначними недоліками); 7 – «добре» (якісна медична допомога та коректне ставлення персоналу); 8 – «дуже добре» (високий професіоналізм персоналу, ефективна комунікація та комфортні умови); 9 – «відмінно» (майже бездоганна якість медичних послуг і сервісу); 10 – «дуже добре, ідеально» (найвищий рівень якості медичної допомоги та обслуговування, повне задоволення пацієнта).

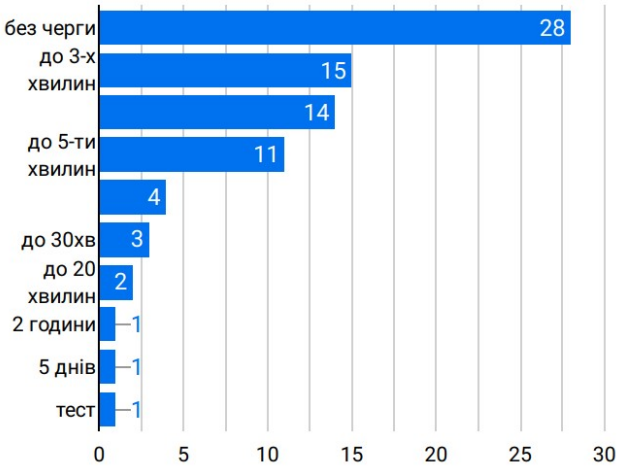
[12] *Примітка.* **Рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг** визначено за оцінками опитування пацієнтів амбулаторно-поліклінічного відділення РОКЛ у 2025 р. Опитування проведено через Інтернет – респонденти заповнювали анкети, розміщені на веб-сторінках: **1)** https://docs.google.com/forms/d/1nCMJVeR96MtMOMr3xHniSTopz6suUAEc29ZwfJyqL94/viewform?edit_requested=true; **2)** https://docs.google.com/forms/d/1zdfdnGg8wTJIOPRRfEI45eh3gfOH-PBWzaWmX9XxcYQ/edit?usp=drive_web&ouid=111448506717208393485.

[13] *Примітка.* **Рівень задоволеності пацієнтів якістю обслуговування Сервісним центром** визначено за оцінками відгуків 88 пацієнтів РОКЛ у 2025 р.

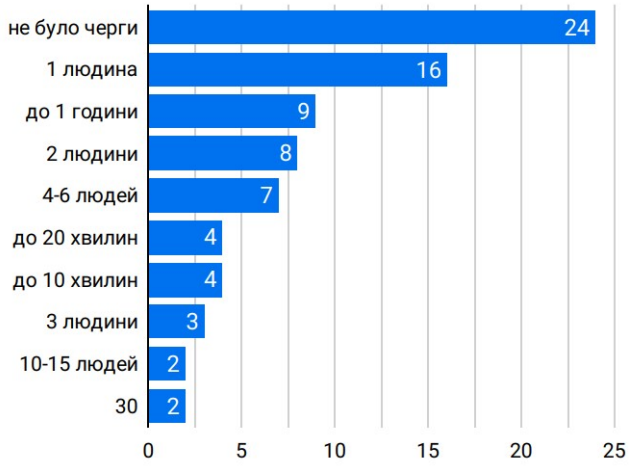
ДОДАТОК Е.3

Оцінка респондентами часу очікування в черзі для запису на прийом до лікаря в амбулаторно-поліклінічному відділенні в РОКЛ, *2025 рік*

Час очікування в черзі для запису на прийом?



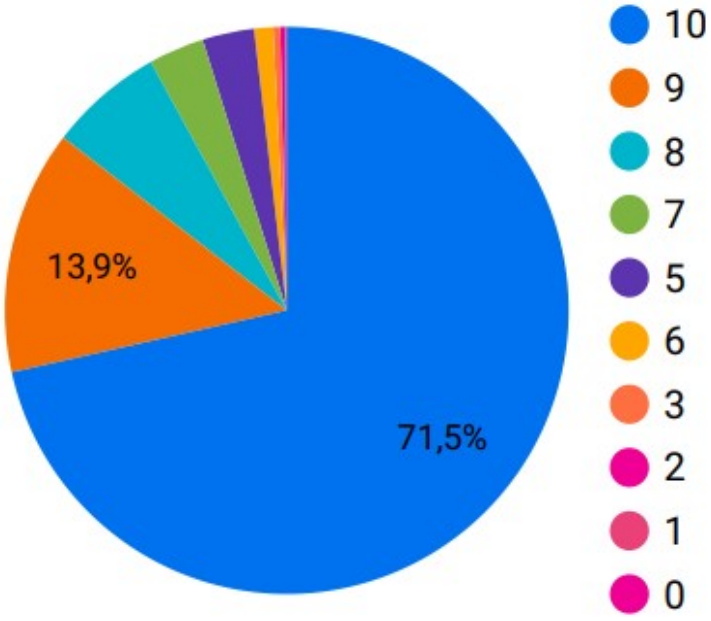
Скільки перед Вами було людей в черзі, коли Ви стали в чергу?



ДОДАТОК Е.4

Оцінка готовності пацієнтів до повторного звернення за медичною допомогою в РОКЛ, *2025 рік*

Чи оберете Ви РОКЛ при потребі повторної медичної допомоги?



ДОДАТОК Е.5

Оцінка пацієнтами випадків
неформальних фінансових платежів у РОКЛ, *2025 рік*

Чи вимагали у Вас кошти за лікування, обстеження?

