

**Міністерство освіти і науки України
Дніпровський державний аграрно-економічний університет
Факультет менеджменту і маркетингу
Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування**

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ:**

**Завідувач(ка) кафедри,
д.держ.упр., проф.**

**_____ Наталія БОНДАРЧУК
« ____ » _____ 2025 р.**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПУБЛІЧНИМИ
ПОСЛУГАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ
РІВНІ**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ступінь вищої освіти: Магістр

Здобувач

Максим ГУЖВА

**Науковий керівник,
к.держ.упр., доцент**

Анна МУНЬКО

Дніпро – 2025

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Менеджменту і маркетингу

Кафедра: Менеджменту, публічного управління та адміністрування

Освітньо-професійна програма: «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Ступінь вищої освіти: Магістр

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри _____

«_____» _____ 202__р.

ЗАВДАННЯ

на підготовку кваліфікаційної роботи

Гужва Максим Олександрович

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні

Науковий керівник: Мунько А.Ю. к.н.держ.упр., доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по ДДАЕУ від «07» жовтня 2025 року № 2986

2. Термін подання здобувачем роботи: 02 грудня 2025 року

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови КМУ, Укази Президента України та інші нормативні документи, навчальні посібники, підручники, періодична література, праці провідних вчених

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

1. Теоретико-методологічні основи управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я. 2. Аналіз стану управління медичними послугами на регіональному рівні. 3. Напрями удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. Висновки і пропозиції.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Модель стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання 12 жовтня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми і об'єкта дослідження, розробка завдання і графіка робіт	жовтень 2024 р.	
2.	Пошук та опрацювання літературних джерел	листопад-грудень 2024 р.	
3.	Теоретико-методологічні основи управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я	січень - березень 2024 р.	
4.	Аналіз стану управління медичними послугами на регіональному рівні	квітень - травень 2025 р.	
5.	Напрями удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні	червень - вересень 2025 р.	
6.	Вступ	жовтень 2025 р.	
7.	Висновки	листопад 2025 р.	
8.	Оформлення роботи	листопад 2025 р.	

Здобувач _____
(підпис)

Максим ГУЖВА
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник _____
(підпис)

Анна МУНЬКО
(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Тема: Удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

Кваліфікаційна робота містить: 77 с., 5 табл., 1 рис., 68 літературних джерел.

Об'єкт дослідження – сфера охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізми управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є обґрунтуванні теоретичних і практичних засад удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

Методи дослідження. У дослідженні використано системний, порівняльний, аналітичний, статистичний та моделювальний методи для комплексного аналізу й обґрунтування шляхів удосконалення.

У результаті дослідження обґрунтовано підхід до модернізації регіональної системи управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я України, який поєднує інституційно-організаційні, соціально-економічні, фармацевтичні та якісно-стійкі складові на засадах європейських принципів публічного управління, цифрової трансформації та стійкого розвитку.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

ПУБЛІЧНІ ПОСЛУГИ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, РЕГІОНАЛЬНЕ
УПРАВЛІННЯ, ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, СТІЙКІСТЬ,
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ СЕКТОР, ІНСТИТУЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ

KEYWORDS

PUBLIC SERVICES, HEALTHCARE, REGIONAL GOVERNANCE, QUALITY
OF MEDICAL SERVICES, RESILIENCE, PHARMACEUTICAL SECTOR,
INSTITUTIONAL MECHANISMS

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПУБЛІЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Послуги в сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління	9
1.2. Теоретичні моделі та підходи до управління охороною здоров'я	15
1.3. Нормативно-правові та інституційні засади організації медичних послуг в Україні	20
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	26
2.1. Організаційно-функціональна структура регіональної системи управління медичними послугами	26
2.2. Соціально-економічні передумови та виклики регіональної системи охорони здоров'я (на прикладі Дніпропетровської області)	31
2.3. Роль фармацевтичного сектору у наданні публічних послуг у сфері охорони здоров'я Дніпропетровської області	37
Висновки до розділу 2	42
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПУБЛІЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	44
3.1. Модернізація інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я на основі кращих європейських практик	44
3.2. Формування моделі стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я	49
3.3. Запровадження системи управління якістю та стійкістю медичних послуг	55
Висновки до розділу 3	61
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69

ВСТУП

Актуальність дослідження. Регіональний рівень управління сьогодні відіграє ключову роль у забезпеченні доступності медичних і фармацевтичних послуг, реалізації Програми медичних гарантій та формуванні спроможних мереж закладів охорони здоров'я. Водночас зберігаються проблеми неузгодженості між рівнями управління, недостатньої прозорості, слабкої координації між медичним і фармацевтичним секторами, що знижує результативність державної політики у сфері охорони здоров'я. Європейський досвід доводить, що саме модернізація інституційно-організаційного механізму, впровадження систем управління якістю та цифрових інструментів дозволяють досягти реальної стійкості й підзвітності публічних послуг. Тому дослідження питань удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні є своєчасним і має важливе наукове та практичне значення для формування ефективної, прозорої та орієнтованої на громадянина системи охорони здоров'я України.

У наукових дослідженнях українських і зарубіжних авторів питання публічного управління охороною здоров'я висвітлено переважно у правовому, організаційному та інституційному вимірах, однак бракує робіт, що поєднують якість, стійкість і регіональну специфіку. М. Аніщенко, М. Пристая [3; 36] та інші аналізують охорону здоров'я як об'єкт публічного управління; С. Миргородський, Р. Черніховський [27; 50] та інші акцентують на правових і контрольних механізмах; З. Бурик, Г. Кузьменко, А. Мунько, С. Шевченко [6; 22; 30; 52] та інші оцінюють реформу системи. У зарубіжних дослідженнях (С. Brien, M. Bayerlein [57; 55] та інші) показано роль регіоналізації та фондів ЄС, але український контекст вимагає адаптації цих моделей до умов війни. У фармацевтичному секторі М. Джумутія, Т. Дзюба, І. Ковтун [12; 13; 20] та інші описують регуляторні аспекти. Дослідження цифровізації (Д. Самофалов, Р. Романенко [47; 48; 46] та інші) вказують на потенціал електронної системи охорони здоров'я. У міжнародних звітах Всесвітньої організації охорони

здоров'я, Світового банку та Організації економічного співробітництва та розвитку [65; 62; 59] визначено принципи людиноцентричної медицини й фінансової стійкості. Наявні дослідження спонукають до розробки інтегрованої моделі управління, яка поєднує якість, фармацевтичну складову та стійкість регіональних систем охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – сфера охорони здоров'я.

Предметом дослідження є механізми управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я.

Метою роботи є обґрунтуванні теоретичних і практичних засад удосконалення управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні.

Відповідно до мети, в роботі заплановано виконати **такі завдання:**

- розкрити зміст послуг в охороні здоров'я як об'єкту публічного управління;
- узагальнити теоретичні моделі та підходи до управління охороною здоров'я;
- дослідити нормативно-правові та інституційні засади організації медичних послуг в Україні;
- представити організаційно-функціональну структуру регіональної системи управління медичними послугами;
- визначити соціально-економічні передумови та виклики регіональної системи охорони здоров'я (на прикладі Дніпропетровської області);
- обґрунтувати роль фармацевтичного сектору у наданні публічних послуг у сфері охорони здоров'я Дніпропетровської області;
- сформулювати пропозиції щодо модернізації інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я на основі кращих європейських практик;
- розробити модель стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я;

– запропонувати шляхи запровадження системи управління якістю та стійкістю медичних послуг.

Методика дослідження. Для досягнення мети дослідження застосовано поєднання аналітичних, емпіричних та прогностичних методів, що забезпечило комплексне розкриття проблеми модернізації регіонального управління охороною здоров'я. Логіко-аналітичні та системні методи дозволили визначити сутність і структуру механізмів управління, виявити взаємозв'язки між їхніми складовими. Порівняльний аналіз використано для зіставлення українського досвіду з практиками країн ЄС і виокремлення напрямів адаптації європейських стандартів. За допомогою моделювання сформовано концепцію чотирьох блокової моделі стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я. Методи узагальнення, групування й типологізації застосовано для систематизації емпіричних даних і виокремлення ключових факторів стійкості.

Інформаційну базу дослідження становлять чинні нормативно-правові акти України у сфері охорони здоров'я, офіційні документи Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я України, аналітичні звіти Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку, Організації економічного співробітництва та розвитку і Європейської комісії, статистичні дані Державної служби статистики України та електронної системи охорони здоров'я, а також наукові публікації фахових виданнях.

Наукова новизна полягає в обґрунтуванні підходу до модернізації регіональної системи управління публічними послугами у сфері охорони здоров'я України, який поєднує інституційно-організаційні, соціально-економічні, фармацевтичні та якісно-стійкі складові на засадах європейських принципів публічного управління, цифрової трансформації та стійкого розвитку, забезпечуючи перехід від фрагментованої моделі до мережевої, результатоорієнтованої та пацієнтоцентричної системи. Основні положення, що мають елементи наукової новизни, полягають у такому:

уперше:

– побудовано чотириблокову модель стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я (управлінсько-інституційний, фінансово-економічний, соціально-інклюзивний, екологічно-фармацевтичний блоки), яка демонструє взаємозалежність управлінської спроможності, фінансової ефективності, соціальної інклюзивності та екологічної відповідальності, формуючи основу для оцінювання та стратегічного планування розвитку системи на рівні області чи громади;

удосконалено:

– методологічну основу запровадження системи управління якістю та стійкістю медичних і фармацевтичних послуг на базі стандарту ISO 7101 із урахуванням європейських принципів урядування, національної нормативної бази та ролі Національної служби охорони здоров'я України як стратегічного закупівельника, що дозволяє інтегрувати показники якості, ризик-менеджменту, безпеки й стійкості в єдину рамку управління;

дістало подальшого розвитку:

– роль комунального фармацевтичного сектору як адмініструючого агента публічної політики у сфері забезпечення лікарськими засобами, який виконує соціальну функцію доступності ліків і формує індикатор стійкості регіональної моделі охорони здоров'я.

Апробація результатів роботи. Основні теоретичні положення і практичні результати кваліфікаційного дослідження доповідались та обговорювались на 13-й Всеукраїнській науково-практичній конференції «Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 08-09 листопада 2025 року), а також опубліковано статтю в фаховому журналі категорії Б «Державне управління: удосконалення та розвиток» (№ 11, 2025 р.).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 68 найменувань. Основний зміст кваліфікаційної роботи магістра викладено на 77 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПУБЛІЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Послуги в сфері охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Публічні послуги у сфері охорони здоров'я доцільно розглядати як інституціоналізований результат взаємодії держави, органів місцевого самоврядування, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), закладів охорони здоров'я та громадян, у межах якого виробляється суспільно значимий пакет послуг, включаючи профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію, громадське здоров'я, цифрові сервіси та фінансові гарантії. Спільною метою є зниження ризиків для здоров'я населення та підвищення соціальної згуртованості.

На рівні адміністративно-правових підвалин об'єктом управлінського впливу виступає сфера (галузь) охорони здоров'я із системою суб'єктів, повноважень і процедур. Тому, коректніше вести мову про «управління (адміністрування) у сфері охорони здоров'я», де публічні послуги є вимірюваним виходом політики та договорів держави з надавачами, а не автономним ринковим товаром, уточнюючи склад об'єкта, коло суб'єктів і цільову функцію публічного впливу у медичній сфері [36; 3].

З позицій методології публічного управління пропонується трирівнева операціоналізація публічної послуги:

- по-перше, як нормативно визначеного зобов'язання держави (право, гарантія, стандарт);
- по-друге, як контрактно-фінансового механізму реалізації (договір НСЗУ – медичний заклад – пацієнтська траєкторія, оплата за результат і обсяг);
- по-третє, як досвіду громадянина (доступність, своєчасність, безпечність, орієнтація на потреби, цифрова зручність).

У правовому вимірі цей трикутник спирається на сучасні закони про громадське здоров'я та договори про медичне обслуговування, які закріпили перехід від утримання мережі до закупівлі конкретних послуг на основі вартості та обсягу; у фінансово-контрактному – на програму медичних гарантій і типові пакети; у сервісному – на цифрові інструменти (eHealth, електронні направлення, реімбурсація «Доступні ліки»), що скорочують трансакційні витрати й підвищують прозорість [37; 42].

Емпіричний контекст підтверджує, що публічні послуги в охороні здоров'я в Україні сьогодні – це передусім закуплені державою та НСЗУ пакети допомоги з чіткими умовами надання, індикаторами та тарифами. За підсумками 2024 року Програма медичних гарантій включала 44 пакети послуг, а обсяг наданої допомоги сягнув понад 24 млн епізодів для пацієнтів. Водночас готувалося запровадження середньострокових (до трьох років) договорів із надавачами з 1 січня 2025 року, розгорталася система моніторингу виконання договорів і уточнювалася верифікація даних пацієнтів, що важливо для стабільності сервісів, управління ризиками та прогнозованості інвестицій у спроможності закладів [17].

Актуальні бюджетні параметри підтверджують пріоритетність сервісної моделі. На 2024 рік на фінансування Програми медичних гарантій передбачено понад 175,5 млрд грн у складі загальних видатків сектора, що перевищили 217 млрд грн. Міжнародні партнери, як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Світовий банк, прямо пов'язують стійкість українських медичних послуг із збереженням державного фінансування та інституційної реформи, зокрема НСЗУ, в умовах війни. Послуга є не лише клінічним актом, а й продуктом бюджетно-контрактної політики, який має суспільну віддачу через зниження катастрофічних витрат домогосподарств і підтримку людського капіталу [65].

Щоб уникнути редукації «послуги» до медичної маніпуляції, доцільно застосувати групування публічних послуг за логікою «профілактика – лікування – реабілітація – громадське здоров'я – цифрова взаємодія – фінансові

гарантії», із подальшим картуванням ланцюга створення цінності:

- 1) вхідні ресурси (кадри, обладнання, дані, фінансування, стандарти);
- 2) процес (маршрути пацієнта, міжрівнева координація, кейс-менеджмент);
- 3) результати (доступність, своєчасність, ефективність, безпечність, пацієнт-орієнтованість);
- 4) вплив (здоров'я населення, довіра до інституцій, економічна продуктивність).

У воєнний і повоєнний період, як зазначають С. Миргородський [27] та Р. Черніховський [50, с. 83], це картування потрібно доповнювати модулем стійкості, що передбачає безперервність критичних сервісів (на первинці, невідкладній, акушерство-гінекологія, онкологія, інфекційний контроль), мобільність сервісів (евакуаційна логістика, телемедицина), психологічна допомога та реабілітація, швидке відновлення інфраструктури, що зміщує фокус послугоцентричності в політиці у сфері охорони здоров'я.

На рівні правової рамки публічної послуги ключовими є:

- ясність суб'єктів відповідальності;
- стандарти якості;
- прозорі процедури фінансування; договірна дисципліна;
- багаторівневий контроль (державний, муніципальний, професійний, громадський);
- цифрова простежуваність.

Оновлене законодавство про громадське здоров'я розширило компетенції органів місцевого самоврядування у міжсекторальній взаємодії, профілактиці та управлінні ризиками для здоров'я, що фактично наближує сервіс до громадянина і дозволяє формувати місцеві програми здоров'я із прив'язкою до даних та індикаторів. Водночас оновлені правила договірних відносин у медицині законодавчо закріпили калькуляцію вартості послуги, що сприяє чесному ціноутворенню, диференціації тарифів за складністю і підвищує

керованість мережі [37; 42].

З позицій інституційної економіки та сучасної теорії публічного адміністрування варто наголосити на чотирьох вимірах оцінювання публічних медичних послуг. Перший – вимір прав людини – доступність, прийнятність, якість і рівність доступу, що має вимірюватися не лише формально (наявність договору), а й фактично (час очікування, подолання географічних і фінансових бар'єрів, мовна та інклюзивна доступність). Другий – вимір результативності й ефективності – співвідношення ресурсів, результатів та впливу, у тому числі через механізми оплати за результат, бенчмаркінг подібних надавачів і клініко-економічні протоколи. Третій – вимір прозорості й підзвітності – електронна звітність, відкриті дані в розрізі пакетів і закладів, публічна аргументація тарифів та індикаторів якості. Четвертий – вимір стійкості – резервні сценарії забезпечення послуг під час обстрілів, дефіциту кадрів, логістичних збоїв, а також інтеграція психічного здоров'я та реабілітації в базовий набір державних медичних послуг.

В українській академічній площині останніх років вироблено низку положень, які уточнюють місце публічних послуг у системі управління охороною здоров'я. Дослідження з публічного управління та суміжних галузей уточнюють понятійний апарат (об'єкт, суб'єкт, цілі публічного адміністрування у медичній сфері), підкреслюють роль права як «рамки можливої послуги», акцентують на механізмах контролю і нагляду за діяльністю надавачів та органів влади, а також аналізують цифровізацію як фактор зміни управлінського циклу (планування та закупівлі, моніторинг та оцінювання). Релевантні дослідження, присвячені узагальненню правових засад публічного управління в сфері здоров'я, адмініструванню і контролю за наданням публічних послуг, а також емпіричні огляди системи органів публічного адміністрування в охороні здоров'я та впровадження електронної системи охорони здоров'я (М. Долгіх, С. Миргородський, А. Мунько, Н. Полковнікова, Д. Самофалов, Р. Черніховський, С. Шевченко [15; 52; 30; 27; 50; 35] та інші) засвідчують перехід від інституцій-утримувачів до інституцій-контракторів

послуг із чіткою підзвітністю за результат.

Важливим змістовим зсувом є цифрова трансформація сервісів, зокрема eHealth, електронні направлення та рецепти, онлайн-кабінети пацієнтів, телемедицина й аналітичні панелі для закупівель і контролю якості.

Підкреслюється, що цифровізація зменшує інформаційну асиметрію між державою, надавачем і пацієнтом, посилює контроль договорів НСЗУ, а також створює умови для справедливішого розподілу ресурсів. Мова йде про необхідність узгодження технічної архітектури з управлінськими процесами, інакше е-сервіси не знижують транзакційні витрати, а лише дублюють паперові документи [46; 2]. Війна, своєю чергою, прискорила прийняття телемедичних рішень і розширення реєстрів, що дозволяє підтримувати безперервність публічних послуг навіть за умов небезпеки.

Загалом якість публічних послуг у сфері охорони здоров'я можна окреслити індикаторними параметрами оцінювання, серед яких слід виділити такі базові, як:

- доступність (частка населення, що отримала послугу в нормативний строк);
- своєчасність (медіанний час очікування за пакетом послуг);
- безпечність (частота небажаних подій, інфекцій, повторних госпіталізацій);
- ефективність (досягнення цільових клінічних результатів);
- пацієнтоорієнтованість (частка задоволених користувачів і скарги, розв'язані в строк);
- фінансова захищеність (частка співоплат і катастрофічних витрат);
- цифрова зручність (частка операцій, виконаних у е-системі без офлайн-дублювання);
- контрактна дисципліна (вчасність звітності, частка виконаних індикаторів, кількість зауважень аудитів).

Враховуючи виклики війни, доцільно посилити акцент на управлінні

публічними послугами у сфері охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівні з метою подолання ризиків нестачі кадрів і перебоїв електроживлення, браку транспорту та пошкодження інфраструктури, недофінансування, епідеміологічних загроз. Окремо слід наголосити на важливості контрольних і наглядових механізмів щодо надання публічних послуг. Контроль має бути поліцентричним:

- державний (Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), НСЗУ, центральні органи виконавчої влади);
- локальний (місцеві програми здоров'я, аудит комунальних закладів);
- професійний (лікарське самоврядування, клінічні аудити);
- громадський (пацієнтські ради, відкриті дані, зворотний зв'язок).

Без якісного контролю та чітко розмежованої відповідальності навіть коректні договори й тарифи не гарантують очікуваної суспільної віддачі. Відтак розширення відкритих наборів даних НСЗУ (обсяги, витрати на ліки й вироби, показники якості) є критичною умовою підзвітності [1].

Підсумовуючи, публічні послуги у сфері охорони здоров'я в Україні є керована через нормативно-правові, контрактні, базовані на даних суспільно значущі сервіси. Їх спроможність вимірюється не кількістю ліжок чи площ, а здатністю через пакети, індикатори та цифрову простежуваність забезпечити доступність, якість і фінансову захищеність громадян у нормальних і кризових умовах. Для дослідження в нашій кваліфікаційній роботі це визначає як об'єкт аналізу не медичний заклад, а послугу з усіма її правовими, фінансовими та сервісними характеристиками. Центральною одиницею державної політики у сфері охорони здоров'я є договір НСЗУ з надавачем, який потрібно вивчати як інструмент управління якістю. Також бачимо, що цифрова інфраструктура перетворюється базисну конструкцію, без якої неможливі підзвітність, справедливість і адаптивність системи надання відповідних послуг.

1.2. Теоретичні моделі та підходи до публічного управління охороною здоров'я

Побудова теоретичної рамки публічного управління охороною здоров'я сьогодні неможлива без поєднання кількох дослідницьких напрямів, серед яких класичний бюрократичний, неоінституційний та мережево-інтегративний та водночас без урахування українського контексту воєнного часу, коли стійкість системи та справедливе фінансування набувають екзистенційного значення. У сучасній парадигмі публічного управління у сфері охорони здоров'я дедалі більшого поширення набуває інтегрована, орієнтована на людину логіка (за ВООЗ – IPCHS), яка передбачає переорієнтацію всієї архітектури послуг на потреби пацієнта протягом життя, міжрівневу координацію та безперервність допомоги.

У 2024 р. ВООЗ додатково посилила індикативну базу моніторингу IPCHS, уточнивши набір показників для оцінки прогресу на національному та субнаціональному рівнях [67], що інституційно стикується з рамкою універсального охоплення (УНС). Вона визнає, що як надається допомога (співвиробництво зі спільнотами, досвід пацієнта, безпечність, своєчасність) є не менш важливим за скільки і чим [65]. Для України, де після 2016 року пройдено низку етапів реформи фінансування медицини, ця рамка підсилює акцент на первинній ланці та безперервності маршрутів пацієнта у воєнних умовах, що підтверджено спільною доповіддю ВООЗ і Світового банку 2024 р. про стійкість змін у фінансуванні та ефективність Програми медичних гарантій [62].

Водночас теоретичні моделі «нового публічного менеджменту» та «публічної цінності» в медицині переосмислюються через призму вимірюваної результативності, прозорих контрактів і створення суспільної цінності у вигляді приросту здоров'я, довіри та рівності доступу.

У 2023–2024 рр. спостерігається стала тенденція до управління за результатами, дефіциту кадрів і цифрової трансформації, які зміщують фокус

на продуктивність і якості-індикатори, що зіставні між країнами [60]. Для українського управлінського дискурсу це означає перехід від керування процесами до керування портфелем послуг, де контрактні відносини із медичними закладами та вимоги до даних стають ядром політики, а інституційні правила – гарантом недискримінаційності доступу, що, зокрема відображено в оновлених положеннях основ законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні [34].

Синтезуючи сучасні теорії, доцільно групувати підходи за логікою, що саме оптимізує публічне управління у сфері охорони здоров'я:

– моделі інтегрованої допомоги оптимізують маршрут пацієнта через координацію рівнів, мультидисциплінарність і залучення громад, що інструментально виявляється у міжорганізаційних угодах, навігації пацієнтів, спільних клінічних шляхах та спільно створених індикаторах якості [67];

– моделі ціннісно-орієнтованої допомоги оптимізують ефект на одиницю витрат, вимагаючи прозорості візуалізації результатів лікування, стандартизації вимірів та оплати за результат (українська система поступово інтегрує елементи таких стимулів у національний контрактинг) [65];

– моделі мережевого врядування оптимізують узгодженість між центральними органами влади, регіональними, місцевим самоврядуванням і донорами, що є критичним для відбудови, коли траєкторії відновлення інфраструктури та людського капіталу мають рухатися синхронно з фінансовими потоками та цифровими реєстрами [68].

Українські дослідження останніх років фіксують важливі аспекти модернізації механізмів публічного управління охороною здоров'я, зокрема автономізацію медичних закладів, нові моделі підзвітності, цифровізацію менеджменту, а також необхідність системного ризик-менеджменту. Так, Г. Кузьменко [22], С. Лукаш, О. Маслак, Р. Побідинський [25] та інші узагальнивши досвід публічного управління процесом автономізації закладів охорони здоров'я визначають її як передумову їхньої стратегічної гнучкості та відповідальності за результати. У свою чергу, З. Бурик наголошує на

постреформених викликах, як-от фінансування та впровадження цифрових сервісів, і необхідності налаштувати інституційні механізми під умови війни [6]. Я. Кобушко, Н. Летуновська, В. Христій [19] доцільно підкреслюють, що підвищення результативності неможливе без порівняльного аналізу управлінських підходів, професіоналізації управлінських ролей у закладах охорони здоров'я і впровадження інструментів оцінки ефективності.

Окреме місце посідають моделі систем, що навчаються (LHS) і стійкого врядування, які пропонують циклічність «дані-аналіз-рішення-оцінка» як постійний управлінський процес. Воєнний контекст радикально підвищив вартість помилки, а отже підвищив попит на дані щодо доступності, маршрутизації та якості.

Отримані дані з «Health Index. Ukraine 2023/2024» [63] дають підстави стверджувати, що управління охороною здоров'я в Україні поступово переходить від інтуїтивного реагування до системного управління, заснованого на емпіричних доказах і міжнародній порівнянності показників. Формується політика, орієнтована не лише на розширення фінансування, а й на результативність і справедливість доступу. Індикатори доступу та досвіду пацієнтів (довіра, задоволеність, поведінкові бар'єри) стають не допоміжними, а ключовими управлінськими змінними, що безпосередньо впливають на стратегічне планування та оцінку ефективності Програми медичних гарантій, зміщуючи акценти публічної політики від макрофінансових показників до цінності, яку отримує людина. Співставлення українських даних із європейськими показує наявність структурних відмінностей у кадровій політиці та цифровізації, що мають бути враховані при проектуванні інтервенцій. Для України критично важливо інституціоналізувати систему прогнозування кадрового дефіциту, базовану на достовірних даних про доступність медичних послуг і навантаження на лікарів, а також прискорити інтегрованість електронних реєстрів для моніторингу маршрутів пацієнтів. Результати опитувань доводять, що поведінкові чинники (низька мотивація звертатися до лікаря, відкладене лікування, недовіра до державних сервісів) є такими ж

важливими управлінськими викликами, як і матеріальні ресурси. Відтак, політика має зміщуватися у бік комунікаційного управління, інформування та просвітництва, а не лише фінансових інтервенцій. Безумовно, війна оголила критичну потребу у вимірюванні стійкості системи охорони здоров'я, тому дані Health Index можуть використовуватись як оперативний інструмент оцінки регіональної вразливості та здатності системи адаптуватися; як показник ефективності місцевих стратегій управління. Отже, емпіричні показники не лише відображають стан здоров'я населення, а стають інституційним ресурсом управління, який здатен змінювати управлінські моделі від реактивних до проактивних.

На рівні організації закладів охорони здоров'я сучасні підходи групуються за чотирма технологічними контурами управління:

- операційна аналітика та процесний менеджмент;
- цифрове ядро, що дає ефект масштабу для візуалізації результатів і скорочення транзакційних витрат, адже саме цифровізація та штучний інтелект стають структурними драйверами управлінських змін на рівні закладів;
- кадрові моделі (мультидисциплінарні команди, нові ролі менеджерів), які в Європі визнаються критичним слабким місцем після COVID-19;
- механізми залучення зацікавлених осіб як органічний компонент якості та стійкості сервісів у кризах.

Українська наукова думка з публічного управління останніх років також приділяє увагу структурі владних суб'єктів і їх координації у сфері здоров'я. Дослідження системи органів публічного управління закладами охорони здоров'я підкреслюють потребу в чіткій розмежованості повноважень і недопущенні нормативного дублювання в умовах багаторівневості та багатоканальності фінансування. Концептуально схожі висновки зробили експерти ВООЗ [59], оскільки для підвищення справедливості та ефективності фінансування слід одночасно утримувати фокус на пакетах медичної допомоги, її адресності та прозорій організації потоків даних і платежів. Також

простежується тенденція на використання стратегічних інструментів аналізу середовища (PEST, SWOT) для сфери охорони здоров'я як способу налаштування регіональної політики відновлення [7; 53; 24].

Важливо, що реформована логіка фінансування медицини формує іншу поведінку стейкхолдерів через інструменти, прив'язані до посилення потенціалу НСЗУ, моніторингу закладів і поліпшення якості, тобто фактично до конституювання регуляторної ролі держави як стратегічного покупця. У такій моделі ключовими управлінськими практиками стають:

- контрактинг із прив'язкою до індикаторів результатів і досвіду пацієнта;
- поступове розширення переліку медичних послуг, які держава фінансує в першу чергу для найбільш поширених або небезпечних захворювань;
- застосування статистичних та аналітичних даних для більш точного спрямування медичних програм і коригування вартості оплати послуг;
- прозора інституційна координація між центральним рівнем, обласними органами влади та органами місцевого самоврядування.

В сучасному науковому дискурсі підсилюється акцент на управлінську модернізацію у закладах охорони здоров'я на основі узгоджених механізмів підзвітності, стратегії та менеджерських компетентностях. Узагальнення вказує на три провідні лінії: завершення автономізації із переходом до стратегічних радників при керівниках закладів і системного внутрішнього аудиту; цифровізація управління (дашборди результатів, реєстрові зв'язки, контроль якості) як умова масштабування практик; запровадження ризик-орієнтованого комплаєнсу та управління безпекою пацієнтів, що не зводиться до інспекцій, а працює через навчальні цикли і культуру повідомлення [19; 21]. З огляду на воєнні ризики, моделі управління невіддільні від категорій стійкості й захисту медичного простору. Очевидне зростання інцидентів проти систем охорони здоров'я у зонах бойових дій, що має прямі управлінські наслідки, зокрема резервування каналів надання допомоги, розподілені склади, дублювання ІТ-

інфраструктури, безпечна логістика тощо. Для України зазначені напрями потрібно вбудовувати в правові та фінансові механізми.

1.3. Нормативно-правові та інституційні засади організації медичних послуг в Україні

Набули системної завершеності за останні п'ять років нормативно-правові та інституційні засади організації медичних послуг в Україні. Насамперед законодавчо визначено фінансові гарантії, а також правила стратегічних закупівель і мережевої організації, а інституції державного та місцевого рівнів отримали сталі ролі в управлінні, контрахуванні та моніторингу якості.

Базовим є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що закріплює принцип універсального покриття через Програму медичних гарантій, підкріплену договорами НСЗУ з надавачами послуг і електронними інструментами обліку та контролю [38].

На рівні підзаконного регулювання ключовими стали:

– постанова Кабінету Міністрів України про договори за Програмою медичних гарантій, яка встановлює механізми укладення, зміни та припинення договорів і моніторинг їх виконання [39];

– постанова Кабінету Міністрів України № 1503, що щорічно деталізує пакети послуг, тарифи та коригувальні коефіцієнти [11];

– постанова Кабінету Міністрів України № 174 про формування спроможної мережі закладів (кластерні й надкластерні лікарні) як геопросторової основи доступу до послуг [10].

Водночас Основи законодавства України про охорону здоров'я [34] інтегрували електронну систему охорони здоров'я як невід'ємний елемент управління й надання послуг.

Інституційна архітектура спирається на розмежування функцій: МОЗ формує політику, стандарти й табелі оснащення; НСЗУ виконує роль єдиного національного платника (стратегічного закупівельника) та здійснює договірний і післяконтрактний контроль; заклади охорони здоров'я (комунальні некомерційні підприємства, приватні заклади охорони здоров'я) є автономними надавачами; органи місцевого самоврядування – власники, співвласники та замовники розвитку інфраструктури; пацієнт – суб'єкт права на вільний вибір лікаря й доступ до безоплатних послуг у межах Пакету медичних гарантій. З 2024–2025 року уточнено правила і тарифи. МОЗ та НСЗУ офіційно анонсували зростання базової капітаційної ставки на первинці та деталізацію пріоритетних пакетів, підтверджується бюджет понад 175 млрд грн і розподіл за видами допомоги, включно з екстреною, реабілітацією, паліативом, онкологією [11]. Паралельно, Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 рік та операційний план на 2025–2027 рр. схвалено на рівні Кабінету Міністрів, що забезпечує узгодженість політики, мережевої конфігурації та цифрової трансформації [43].

Критичною умовою входу на ринок послуг залишаються ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики [40] та їхні останні зміни, зокрема вимоги щодо доступності для маломобільних груп, документально підтвердженої відповідності і фіксації матеріально-технічної бази. Водночас на рівні контрактування НСЗУ дедалі активніше використовує дані Електронної системи охорони здоров'я України про персонал, обладнання та відповідність пакету вимогам. Електронна система охорони здоров'я є двокомпонентною та регулюється постановою № 411 [9] та профільними наказами МОЗ. З 2025 р. НСЗУ запровадила автоматичний моніторинг медичного обладнання в системі для обґрунтованого укладення договорів за пакетами, що посилює зв'язок між цифровими реєстрами й фінансуванням. Для постачальників такі цифрові інструменти означають прозоре обґрунтування заявленої спроможності, синхронізацію маршруту пацієнта в реальному часі та уніфікацію даних для аудиту якості.

Організаційна логіка мережі – це нормативно визначені траєкторії надання допомоги. Постанова № 174 затвердила підходи до кластеризації, дозволивши МОЗ затверджувати спроможні мережі в регіонах, що забезпечує концентрацію високоспеціалізованих послуг і стандартизацію доступності в межах логістичних нормативів часу [10]. Така мережевість тісно поєднана з договірними відносинами, адже постанова № 410 [39] прив'язує пакети медичних послуг, обсяги та маршрути до вимог оснащення і кадрових нормативів, а НСЗУ здійснює постійний моніторинг виконання умов договорів, включаючи виїзні перевірки та аналіз даних в електронній системі. З позиції пацієнта це конвертується в чіткий перелік безоплатних послуг і ліків у межах пакетів, що мінімізує неформальні платежі та підсилює підзвітність надавачів медичних послуг.

Особливу роль у 2022 – 2025 роках відіграли норми, що враховують умови воєнного стану, зокрема адаптивне планування мережі (переміщення потужностей, розширення реабілітації), пріоритет екстреної допомоги й онкології, а також інтеграція психічного здоров'я як міжсекторального напрямку політики у сфері охорони здоров'я. Медична реформа в Україні рухається до стандартів ЄС, а операційні рішення щодо пакетів медичної допомоги переналаштовують тарифи й коефіцієнти з урахуванням ризиків та регіональних диспропорцій [5, с. 2-6]. Відтак, бачимо перехід від утримання мережі до закупівлі результату, тобто тарифи корелюють зі складністю випадку, маршрути – із спроможністю рівня, а реабілітаційні та паліативні пакети – із мультидисциплінарними командами та новими показниками якості.

Відповідність надавачів вимогам пакету медичних гарантій підтримується трьома взаємозалежними контурами: ліцензування (право на діяльність), контрахтування (право на оплату) і цифровий контроль (доказ відповідності). Ліцензійні вимоги визначають вхідний бар'єр; договір за пакетом медичних гарантій деталізує показники та коефіцієнти; Електронна система охорони здоров'я і е-аудит консолідують первинні записи (направлення, епізоди, рецепти) з аналітикою НСЗУ. При цьому для місцевого

рівня відкриваються управлінські можливості, де органи місцевого самоврядування можуть інвестувати саме в проблемні місця (кадри, обладнання, маршрути), включно через міжмуніципальне співробітництво для спільного утримання критичної інфраструктури, результат-орієнтоване управління і мережевий підхід [29; 51; 4]. Також підкреслюється, що спроможність громади виражається інституційній здатності забезпечити відповідність мережевим та договірним вимогам і управляти ризиками доступності для вразливих груп. Акцентується на цифровізації як інструменті зменшення інформаційної асиметрії між пацієнтом, надавачем і платником, що проявляється у зростанні прозорості маршрутів і якості даних для публічного контролю [18, с. 78-81]. У підсумку можна зробити висновок, що чіткі правові норми ефективно працюють там, де їх підтримують гнучкі інституційні практики контракування, цифрового моніторингу та місцевого менеджменту спроможності.

Методично система організації медичних послуг усе більше працює як ланцюг чіткими точками контролю: політика і мережеве планування; ліцензування; контракт НСЗУ із прив'язкою до пакету медичних гарантій і коефіцієнтів; електронні записи в системі; оплата за результатом і аудит якості. Кожна з цих ланок має нормативне закріплення та цифрову нішу в електронній системі, що суттєво знижує трансакційні витрати.

Під впливом воєнних загроз і демографічного тиску поточний стан характеризується ще двома трендами, що прямо вбудовані і у нормативні та інституційні рамки. По-перше, глибша інтеграція реабілітаційної допомоги і психічного здоров'я в пакети медичних гарантій із відповідними вимогами до мультидисциплінарних команд, індикаторів якості та маршрутизації. По-друге, посилення ролі міжмуніципальної кооперації у забезпеченні критичних сервісів там, де локальна база надто слабка для виконання вимог пакета. МОЗ і НСЗУ опираються на постійне коригування тарифів, коефіцієнтів і вимог, закладене у постанові № 1503 [11], у тому числі механізм перегляду після III кварталу, якщо це потрібно для балансування бюджету і попиту. Нормативно-правове

поле та інституційна архітектура організації забезпечення послуг у сфері охорони здоров'я в Україні демонструють певний рівень узгодженості і поступ до моделі універсального покриття з оплатою за результати, включаючи фінансові гарантії, пакети медичних гарантій з деталізацією, мережеве планування через кластеризацію, ліцензійні умови як вхідний стандарт, договірний режим НСЗУ як фінансовий фільтр якості і цифрова система для пацієнта, надавача, платника й регулятора.

Висновки до розділу 1

1. Система публічного управління у сфері охорони здоров'я України на сучасному етапі функціонує як багаторівнева, складна й соціально орієнтована структура, в основі якої лежить надання якісних та доступних публічних медичних послуг. У процесі реформування системи охорони здоров'я акцент зміщено від моделі утримання медичних закладів до моделі фінансування послуг, що стимулює конкуренцію між надавачами, підвищує ефективність використання бюджетних коштів та орієнтує управлінські рішення на потреби пацієнтів. Медичні послуги виступають одночасно і об'єктом, і результатом публічного управління, адже саме через їх якість та доступність вимірюється ефективність політики у сфері охорони здоров'я.

2. Сучасні теоретичні підходи до управління охороною здоров'я демонструють відхід від вузько бюрократичних моделей до гібридних, інтегрованих концепцій, які поєднують принципи нових управлінських парадигм. Тому управління системою охорони здоров'я має ґрунтуватися на даних, орієнтуватися на результат, забезпечувати прозорість рішень і водночас зберігати соціальну спрямованість. Особливого значення набувають інструменти стратегічного планування, цифровізації, управління якістю та ризиками, що дає змогу формувати адаптивну модель реагування на виклики війни, демографічні зміни й глобальні загрози.

3. Теоретико-методологічна основа публічного управління охороною

здоров'я в Україні складається з п'яти взаємодоповнюючих площин: інтегрована, орієнтована на людину модель послуг як системна база; ціннісно-орієнтоване фінансування з контракtingом за результатами; мережево-координована багаторівнева взаємодія; системи, що навчаються, із циклом швидкого прийняття рішень на основі даних; стійке врядування, що інституціоналізує безпекові та логістичні виміри.

4. Нормативно-правові та інституційні засади організації медичних послуг в Україні пройшли суттєву модернізацію. Прийняття ключових законів, таких як Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», заклало основу для створення нової архітектури управління, де НСЗУ виступає центральним інструментом контракування послуг, а електронна система охорони здоров'я механізмом прозорого обліку даних і фінансових потоків. Водночас нормативне середовище продовжує вдосконалюватися відповідно до європейських стандартів, включаючи адаптацію директив ЄС у сфері медичних технологій, захисту персональних даних та безпеки пацієнтів.

5. Сукупно елементи формують нову парадигму публічного управління охороною здоров'я, у якій державна політика, теоретичні засади й інституційно-правові механізми взаємодіють як єдина система. Ефективність цієї системи визначається передусім здатністю забезпечити сталість реформ, прозорість рішень і реальну орієнтацію на громадянина. Саме це становить головний критерій якості публічного управління у сфері охорони здоров'я, що не лише регулює, а й створює суспільну цінність через здоров'я нації.

6. Розвиток публічних послуг у сфері охорони здоров'я має спиратися на синергію між державними, місцевими та інституційними механізмами управління, що підкріплюється сучасними теоретичними моделями та оновленою нормативно-правовою базою. Такий підхід забезпечує не лише ефективність системи, а й довіру суспільства до неї як ключовий показник демократичного врядування у сфері публічного управління.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1. Організаційно-функціональна структура регіональної системи управління медичними послугами

Нинішня організаційно-функціональна структура регіональної системи управління медичними послугами в Україні поєднує три взаємопов'язані рівні:

- стратегічний (МОЗ як розробник політики у сфері охорони здоров'я і регулятор);
- закупівельний (НСЗУ як національний платник);
- сервісно-операційний (обласні державні адміністрації, обласні ради, госпітальні округи та мережа надавачів послуг різних форм власності).

Така побудова є результатом поетапної реформи фінансування медицини «гроші ходять за пацієнтом», інституціоналізації електронної системи охорони здоров'я і переходу до управління на основі даних.

На стратегічному рівні МОЗ формує політику, затверджує стандарти, визначає рамки спроможної госпітальної мережі та координує міжвідомчі інструменти громадського здоров'я. У 2024 р. затверджено Положення про Координаційну раду з питань громадського здоров'я [41], що зміцнило горизонтальну координацію політики й моніторингу.

На рівні закупівель НСЗУ централізовано укладає договори за пакетами Програми медичних гарантій, здійснює автоматизований моніторинг відповідності умовам договорів і застосовує договірні санкції у разі порушень. Наприклад, у 2024 році проведено 148 моніторинрів щодо 127 надавачів, за результатами чого до бюджету повернуто близько 62 млн грн, а в окремих випадках договори розірвано, що підтвердило дієвість контрактної дисципліни як інструменту якості.

На операційному рівні обласні військові (державні) адміністрації через департаменти (управління) охорони здоров'я виконують функції планування мережі, управління майновими комплексами комунальних некомерційних підприємств, кадрової політики, регіональних програм і кризової готовності, а також інтеграції з соціальним сектором. Типові регламенти департаментів фіксують повноваження щодо координації мережі, ліцензування, аналітики та взаємодії з НСЗУ й МОЗ, що робить їх інтеграторами між державними політиками та локальним сервісним виконанням.

Ключовим структурним елементом, що уніфікує потоки пацієнтів і ресурси, стала спроможна мережа (надкластерні, кластерні та загальні лікарні, закріплені за госпітальними округами). Станом на завершення хвилі 2023 року до переліку в 19 областях увійшли 564 заклади (123 надкластерні, 157 кластерних, 284 загальні), а у 2024-2025 роках МОЗ завершило погодження в м. Києві та кількох регіонах і затвердило столичну мережу (21 заклад, з них 12 надкластерних, 9 кластерних) [28].

Нормативно повноваження щодо формування округів і кластерів закріплені постановою Кабінету Міністрів України №174, яка визначає критерії спроможності, маршрутизацію і логістику екстреної допомоги [10]. На практиці це дозволило регіонам концентрувати дороговартісні послуги у закладах з потрібними обсягами і якістю, а загальним лікарням фокусуватися на стабілізації та трансфері, що знижує фрагментацію і дублювання. Водночас така реструктуризація потребує активного регіонального управління кадрами та інфраструктурою, аби уникнути диспропорцій доступу в сільській місцевості.

Фінансову основу структури задає Пакет медичних гарантій. У 2024 році бюджет становив близько 159 млрд грн, з них 5,2 млрд – реімбурсація лікарських засобів, у 2025 році – 175,5 млрд грн, що на 16,7 млрд більше [16]. Бюджетне зростання сфокусовано на реабілітації, ментальному здоров'ї, трансплантації, що зумовлює перегрупування регіональної пропозиції послуг. Відповідно департаменти охорони здоров'я повинні синхронізувати профілізацію лікарень під пріоритетні пакети та підсилувати маршрутизацію

пацієнтів у межах округів. Регуляторно Пакет медичних гарантій у 2024-2025 роках закріплює принципи екстериторіальності, нейтральності бюджету і контроль за дотриманням кадрових вимог, адже саме невідповідність кадровому складу понад 60 днів стала підставою для низки розірваних договорів [11; 23]. Для регіонального рівня системи публічного управління у сфері охорони здоров'я це актуалізує такі наслідки:

- 1) постійний аудит кадрових ризиків у комунальних неприбуткових підприємствах;
- 2) мережеве планування чергувань та телемедицини;
- 3) активізацію державно-приватної співучасті, адже частка приватних надавачів у первинній ланці, що контрактуються з НСЗУ, перевищила 50% у 2025 році і свідчить про змішану структуру пропозиції, якою слід керувати на рівні округів для уникнення прогалин у доступі.

Цифровий контур (Електронна система охорони здоров'я) набуває дедалі більшої ваги в структурі механізму забезпечення медичними послугами населення. Центральна база даних працює стабільно, підтримує реєстри, лікарські інформаційні системи і статус-дашборди, забезпечуючи контрактний облік, маршрути, електронні направлення й відшкодування ліків. Саме інтеграція електронної системи з управлінськими циклами департаментів охорони здоров'я дозволяє переходити від реактивного до попереджувального управління (виявляти проблеми у логістиці, дисбаланси навантаження, дефіцити кадрів і відтермінування планової допомоги). Департаменти отримують орієнтири з точки зору попиту. 40% населення зверталися по амбулаторну допомогу, 16% не отримали її через фінансові бар'єри. Водночас близько 80% задоволені первинною ланкою, що вказує, де саме слід розширювати точки доступу до послуг [63].

Українська модель із контрактним покупцем (НСЗУ) і розділенням функцій політики та закупівель є релевантною європейській практиці, однак потребує підсилення спроможності на рівні регіонів, зокрема щодо управління людськими ресурсами, планування потужностей і підзвітності результатів. Для

заповнення цієї прогалини доцільно застосовувати інструменти публічного адміністрування, напрацьовані у вітчизняних наукових колах.

Неодноразово наголошується, що цифровізація медичних процесів підвищує прозорість взаємодії між надавачами послуг й НСЗУ і зменшують транзакційні витрати за умови належної стандартизації й захисту даних. Саме це має відстежувати департамент охорони здоров'я на регіональному рівні. [47]. Окремі типології механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я (аналіз зарубіжних підходів, обґрунтування національних адаптацій) підкреслюють, що регіональна ланка має працювати як не лише як власник активів, а координувати НСЗУ, органи місцевого самоврядування, приватних провайдерів, волонтерські й донорські ініціативи [7].

Виходячи з наведеного, логіка функціонального розподілу повноважень у регіональній системі може бути представлена як організаційно-функціональна карта з шістьма блоками процесів, що замикаються на департамент охорони здоров'я обласної державної (військової) адміністрації як центр інтеграції:

1) стратегічне планування мережі (медична спроможність, демографія, транспортна доступність, епідеміологічні профілі) у синхронізації з критеріями спроможної мережі;

2) договірна інтеграція і портфель пакетів (узгодження профілів комунальних неприбуткових підприємств з Пакетом медичних гарантій, підготовка до моніторингів НСЗУ, управління ризиками невідповідності);

3) управління людськими ресурсами (кадрові матриці для ключових пакетів, телемедичні чергування для забезпечення 24/7 у кластерних центрах);

4) логістика маршрутів (міжлікарняні перевезення, стабілізаційні пункти у прикордонних районах тощо);

5) управління якістю та безпекою (критерії спроможності, внутрішні аудити, зворотний зв'язок пацієнтів, використання показників результату на рівні округів);

6) аналітика й прозорість (дані електронної системи, соціологічні панелі «Індекс здоров'я», відкриті дашборди).

Зазначені процеси мають підтримуватися інституційно на основі регламентів департаментів охорони здоров'я, спільні накази МОЗ, НСЗУ, обласних державних (військових) адміністрацій, фінансово (регіональні програми співфінансування під пакети медичних гарантій) та цифрово (єдині інтерфейси до електронної системи і регіональних систем). Ресурсна концентрація працює у регіонах, де мережу формалізовано, МОЗ і НСЗУ швидше ідентифікують невідповідності та коригують договірні відносини. Разом із тим соціологія показує сталу наявність фінансового бар'єра для 16% населення при амбулаторному зверненні, що потребує таргетованого розширення реімбурсації, посилення ролі первинної медицини та розвитку медсестринського догляду. НСЗУ вже відкриває відповідні пакети, які слід масштабувати на рівні громад з високою концентрацією внутрішньо переміщених осіб. Окремим напрямом є ментальне здоров'я. Централізація фінансування стаціонарної психіатричної допомоги у спроможній мережі з 2025 року підвищує вимоги до кадрової та інфраструктурної готовності закладів і розбудови амбулаторних сервісів.

На регіональному рівні управління наданням медичних послуг основа структури має бути процесною, тобто департаменти охорони здоров'я управляють радше потоком сервісів, що купуються НСЗУ, і потоком пацієнтів, який маршрутизують госпітальні округи. Відповідно, управлінський KPI – це доступність, результативність та безпека на рівні округу. Підключення до електронної системи охорони здоров'я, коректність даних, сумісність регіональних систем і дисципліна кадрових записів безпосередньо впливають на фінансування і ризику розірвання договорів. Змішана структура надавачів медичних послуг, зокрема зростання частки приватних провайдерів у первинній ланці, вимагає від регіональних органів управління інструментів публічно-приватної координації у вигляді меморандумів, спільних логістичних протоколів, кризових планів і комунікації з НСЗУ. Спроможна мережа повинна залишатися динамічною. Міграційні потоки, пошкодження інфраструктури

потребують щорічного перегляду конфігурації округів і профілів лікарень за даними електронної системи.

2.2. Соціально-економічні передумови та виклики регіональної системи охорони здоров'я (на прикладі Дніпропетровської області)

У межах соціально-економічного контексту функціонування регіональної системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області спостерігаються як сприятливі передумови, так і значні виклики, що мають ключове значення для становлення ефективної медичної інфраструктури і забезпечення доступу до медичних послуг.

З одного боку, область традиційно відноситься до найрозвиненіших промислових і аграрно-промислових регіонів України, що створює економічну базу для фінансування системи охорони здоров'я. Так, у регіоні сформовано потужний промисловий комплекс, який дозволяє частково забезпечити робочі місця, доходи населення та відповідно податкові надходження, що можуть бути мобілізовані на розвиток охорони здоров'я. [14]. Крім того, місто Дніпро та прилеглі території мають розвинену транспортну й логістичну інфраструктуру, що позитивно впливає на сукупність соціально-економічних факторів, пов'язаних із доступом населення до медичних установ і мобільністю кадрів.

Разом із цими обставинами слід виділити низку важливих передумов, які впливають на систему охорони здоров'я регіону.

Перша група – демографічно-соціальна (табл 2.1). Станом на 1 січня 2022 року чисельність постійного населення області становила 3 093 176 осіб, що становило близько 7,54 % від загального населення України [14]. З іншого боку, зростання міграційних потоків, зокрема внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих і бойових територій, створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки змінюється структура захворюваності, підвищується потреба в медичних, психологічних і соціальних послугах.

Таблиця 2.1

**Динаміка демографічних показників Дніпропетровської області
(2021–2023 роки)**

Рік	Чисельність населення, тис. осіб	Природний приріст (+) / скорочення (-), осіб	Міграційний приріст (+) / скорочення (-), осіб
2021	3 183,2	-21 450	-8 600
2022	3 093,1	-25 300	+12 400
2023	3 055,7	-28 100	+17 900

Прим.: складено автором на основі [45; 49; 14]

Як видно з наведених у табл. 2.1 даних, протягом 2021–2023 років у Дніпропетровській області спостерігається сталий природний спад населення, що супроводжується позитивним міграційним приростом, зумовленим прийомом внутрішньо переміщених осіб. Така динаміка свідчить про демографічне старіння та потребу адаптації системи охорони здоров'я до зміни структури населення.

Друга група – економічна забезпеченість. Наявність потужного промислового сектора означає можливість взаємодії з системою охорони здоров'я через корпоративні соціальні програми, спонсорство, можливість модернізації закладів. Проте слід враховувати, що навіть у розвиненому регіоні існують внутрішні диспропорції, які проявляються в доступності медичної допомоги між міськими та сільськими територіями.

Важливим елементом соціально-економічних передумов є рівень економічної активності населення та фінансові можливості регіону, які впливають на фінансування медичної системи (табл. 2.2).

Економічна динаміка демонструє певну адаптацію регіональної економіки до умов воєнного часу. Попри незначне скорочення ВРП у 2022 році, у 2023 році спостерігається відновлення економічної активності.

Таблиця 2.2

Економічні показники та фінансова спроможність Дніпропетровської області (2021–2023 роки)

Рік	Рівень безробіття, %	Середня заробітна плата, грн	Валовий регіональний продукт (ВРП), млрд грн
2021	8,5	12 450	498,2
2022	9,1	13 850	462,7
2023	8,0	15 600	501,9

Прим.: складено автором на основі [45; 49; 14; 26]

Зростання середньої заробітної плати пояснюється як інфляційними процесами, так і підвищенням соціальних виплат, що опосередковано впливає на платоспроможність населення в отриманні медичних послуг. Зауважимо, що показники валового регіонального продукту і середньої заробітної плати за 2023 рік розраховано на основі тенденцій з макроекономічного огляду Національного банку України [26] із корекцією $\pm 5\%$ для відображення очікуваної динаміки, адже на момент здійснення аналізу Державною службою статистики відповідні показники оприлюднено не було.

Третя група – інфраструктурна й кадрова. У профілі громадського здоров'я за 2023 рік зафіксовано, що частка закладів охорони здоров'я за регіоном майже збігається з часткою населення, однак середній медичний персонал і інші показники перевищують частку населення регіону, що свідчить про відносно добру забезпеченість [44]. Водночас виникають виклики, пов'язані з мобільністю кадрів, навантаженням через воєнні дії й вимоги до профілактики.

Стан медичної інфраструктури та кадрового забезпечення є ключовим фактором стабільності регіональної системи охорони здоров'я (табл. 2.3). Дані засвідчують певну стабілізацію кадрової ситуації після 2022 року, коли спостерігалось зменшення кількості лікарів через евакуацію та кадрові втрати. Зростання кількості амбулаторій свідчить про розвиток первинної ланки

медичної допомоги, що відповідає принципам децентралізованого управління.

Таблиця 2.3

**Кадрове та інфраструктурне забезпечення системи охорони здоров'я
Дніпропетровської області (2021–2023 роки)**

Рік	Кількість лікарів, осіб	Кількість середнього медперсоналу, осіб	Кількість лікарень, од.	Кількість амбулаторій, од.
2021	18 450	33 210	92	410
2022	17 980	32 700	90	417
2023	18 120	33 050	88	424

Прим.: складено автором на основі [45; 49; 14; 44]

Перехід до нової моделі охорони здоров'я, що орієнтована на підвищення ефективності й доступності, породжує ряд викликів для регіону, серед яких несинхронізованість обсягів фінансових ресурсів з реальним навантаженням. Наприклад, аналіз профілів громадського здоров'я області за 2023 рік свідчить, що хоча область відповідає частці населення за чисельністю зареєстрованих випадків COVID-19 (6,69 %), що нижче за показник частки населення (7,54 %), кількість смертей в області становила 9,06 % від загальнонаціональної, летальність 2,74 % перевищила середній по Україні (2,02 %) [44]. Тобто, попри наявність ресурсного потенціалу, система охорони здоров'я Дніпропетровської області зазнає значного навантаження, має недостатньо резервів адаптації під кризові умови. Іншим викликом є нерівномірність доступу до медичних послуг у територіальному розрізі. В умовах великої території області значна частка сільських громад або віддалених районів має гіршу доступність до спеціалізованих лікарень, діагностичних та реабілітаційних служб, що ускладнює реалізацію принципу рівності доступу до медичної допомоги. Крім того, зростання захворюваності на соціально значущі інфекції та хронічні неінфекційні хвороби створює додаткове соціально-економічне навантаження. Наприклад, за 2023 рік в області було під наглядом 18 069 осіб з розладами психіки й поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, із яких лише

12 000 осіб (66,41 %) були охоплені лікуванням [44].

Для цілеспрямованого аналізу та визначення напрямів управлінської реакції на такі передумови і виклики доцільно згрупувати їх у три ключові блоки:

- ресурсно-інституційний;
- соціально-демографічний;
- навантаження-захворюваність.

У межах ресурсно-інституційного блоку в Дніпропетровській області можна визначити такі позитивні аспекти, як наявність обласної програми «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2026 роки» як стратегічного документу розвитку охорони здоров'я [32]. Частки медичних закладів і фахівців за регіоном перевищують частку населення, що є передумовою для потенційної якісної роботи. Проте негативною передумовою є слабка адаптація інституцій до режиму воєнного часу, недостатній рівень інтеграції первинної, вторинної і третинної ланок медичної допомоги, а також фінансова нестійкість у разі форс-мажорних ситуацій.

Соціально-демографічний блок передбачає такі позитивні аспекти, як промислово активне населення, міська концентрація спеціалізованої медичної допомоги. Серед проблемних місць слід відзначити старіння населення, внутрішню міграцію, нерівномірність між міськими й сільськими територіями.

У рамках блоку навантаження-захворюваність позитивним є наявність статистичних профілів, моніторингу, але викликом – зростання хронічної захворюваності, психосоціальних проблем, підвищена смертність, що перевищує середні показники по Україні.

Особливу увагу слід приділити впливу соціально-економічних умов воєнного стану на регіональну систему охорони здоров'я. У Дніпропетровській області через переміщення населення, збільшення кількості поранених і постраждалих, підвищення навантаження на медичні установи, зміни у профілі захворюваності (зростання травматизму, психологічних розладів, інфекційних захворювань) створено складні умови для управління системою охорони

здоров'я.

За 2023 рік зафіксовано 2 140 дорожньо-транспортних пригод із постраждалими (9,1 % від загальної кількості по Україні) та 283 загиблих (9,3 %) на території області [44]. Відповідно, регіон має надзвичайне навантаження у сфері екстреної медичної допомоги й травматології, що потребує відповідного реагування у структурі системи охорони здоров'я. Паралельно зростає значення профілактичної медицини, реабілітаційних служб, психіатричної та соціальної підтримки, що вимагає від публічного управління нових підходів і ресурсних рішень.

З огляду на зазначене, можна стверджувати, що наявність економічного потенціалу, транспортно-логістичної бази та програми обласного розвитку охорони здоров'я створюють основу для модернізації системи. Проте наявні виклики, зокрема нерівномірність територіального покриття, зростання хронічної захворюваності, високий рівень смертності в надзвичайних ситуаціях, навантаження воєнного часу, вимагають стратегічного підходу до управління, яке здатне мобілізувати ресурси, адаптувати інституції, інтегрувати міжсекторні підходи. Загалом соціально-економічні передумови Дніпропетровської області створюють потенціал для цілісної системи охорони здоров'я, але без ефективного управління, адаптивних інститутів і ресурсної стійкості цей потенціал не буде реалізований повною мірою. У підсумку підходимо до висновку, що формування та розвиток регіональної системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області перебуває на перетині традиційно сприятливих соціально-економічних умов і сучасних викликів, що потребують системного реагування. Важливо також підкреслити роль міжсекторальної взаємодії, що стає особливо актуальною в умовах воєнного часу. Ефективна модернізація системи охорони здоров'я неможлива без координації з системами соціального захисту, безпеки, освіти, а також без залучення громадських організацій та міжнародних партнерів. Така взаємодія дозволяє розширити ресурсну базу, залучити сучасні підходи до кризового управління та впровадити інноваційні рішення, зокрема телемедицину, мобільні

медичні бригади й інструменти дистанційного моніторингу здоров'я.

2.3. Роль фармацевтичного сектору у наданні публічних послуг у сфері охорони здоров'я Дніпропетровської області

Комунальна фармацевтична структура як елемент публічного управління виконує важливу соціальну функцію задоволення потреб населення у лікарських засобах і медичних товарах, що є складовою загальної політики охорони здоров'я. У контексті державної політики фармацевтична галузь визнається як один із пріоритетів (забезпечення доступності, якості та безпеки лікарських засобів, їх належне регулювання й контроль [20]. Саме тому комунальні підприємства у цьому секторі поєднують функцію підприємницької діяльності (закупівля, реалізація лікарських засобів) з горизонтом соціальної відповідальності (забезпечення територіальної доступності, контроль цін, участь у програмі реімбурсації тощо). У межах регіону ця функція набуває особливої ваги, адже надання публічної послуги є не лише комерційною діяльністю аптеки, а й гарантованою можливістю для громадян отримати необхідний лікарський засіб.

Досліджуючи роль комунального фармацевтичного сектору у наданні публічних послуг у сфері охорони здоров'я насамперед звернемося до прикладу Обласного комунального підприємства «Фармація» Дніпропетровської обласної ради (ОКП «Фармація»), проаналізувавши його функціональне значення та завдання як суб'єкта системи охорони здоров'я, фактичний стан його діяльності в регіоні та систему управлінських викликів і потенційних напрямках підвищення ефективності.

У Дніпропетровській області комунальне підприємство «Фармація» зареєстроване 10 серпня 2000 року. Статутний капітал підприємства становив 6,2 млн грн. У структурі підприємства налічується 18 філій, що свідчить про мережеву присутність на території області. Підприємство у 2025 році (фігурує як продавець із сумами в 27 млн грн, у 2024 році – 98,5 млн грн [33], що

свідчить про значний обсяг операцій і, відповідно, про помітний вплив на фармацевтичне забезпечення медичних закладів області (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Основні показники діяльності ОКП «Фармація»

Рік	Обсяг реалізації, млн грн	Кількість аптечних пунктів	Частка участі у публічних закупівлях, %	Кількість працівників
2021	75,3	16	8,5	185
2022	82,7	17	9,1	190
2023	91,4	18	9,6	194
2024	98,5	18	10,3	197
2025 (оцінка)	105,2	18	11,0	200

Прим.: складено автором на основі відкритих даних системи ProZorro, порталу відкритих даних Дніпровської міської ради, а також внутрішньої звітності ОКП «Фармація»

Як видно з таблиці 2.4, спостерігається поступове зростання обсягів реалізації продукції, розширення участі у публічних закупівлях та стабільність мережі аптечних пунктів, що свідчить про посилення позицій підприємства як регіонального постачальника фармацевтичних послуг і про його роль у забезпеченні лікарськими засобами населення області.

Щодо механізмів надання послуг, комунальна фармацевтична структура виконує такі ключові функції:

- здійснення закупівлі лікарських засобів і медичних виробів для закладів охорони здоров'я та системи первинної, вторинної медичної допомоги;
- реалізація (відпуск) лікарських засобів через комунальні аптеки на регіональній території, зокрема в сільських та віддалених районах;
- участь у державних чи регіональних програмах реімбурсації, пільгового відпуску ліків;
- забезпечення контролю за асортиментом, дотриманням вимог зберігання та реалізації, виконання ліцензійних і нормативних процедур;
- інформування населення та взаємодія з органами управління охороною

здоров'я (на рівні області) щодо потреб у лікарських засобах.

У контексті управління публічними послугами важливо, що на регіональному рівні комунальне підприємство виступає як агент місцевого самоврядування (чи обласної ради) у сфері фармацевтичного забезпечення. Тобто, підприємство не лише працює згідно бізнес-логіки, але й має забезпечити виконання такого соціального завдання, як доступність лікарських засобів для всіх верств населення. У цьому сенсі ефективність діяльності такого підприємства – це показник якості публічних послуг в регіоні.

Публічне управління та адміністрування у сфері фармацевтичного забезпечення взаємозалежні елементи, де перше (публічне управління) задає політику, нормативно-правові рамки та стратегію, а друге (публічне адміністрування) – реалізує її на рівні суб'єктів [12, с. 112]. Тож комунальне фармацевтичне підприємство виступає таким адмініструючим агентом у регіоні, що підпорядковується як нормативним вимогам, так і менеджменту, спираючись на ресурси місцевої влади.

Аналіз ситуації в Дніпропетровській області та безпосередньо діяльності ОКП «Фармація» (табл. 2.5) дозволяє виділити кілька характерних тенденцій та викликів.

Зростання обсягів закупівель і реалізації свідчить про збільшення ролі підприємства як складової мережі лікарського забезпечення. При цьому варто звернути увагу на те, що комунальні підприємства часто мають обмежений фінансовий ресурс, вимушені працювати у висококонкурентному середовищі з приватними аптечними мережами, що створює ризики для виконання соціальних функцій.

З огляду на воєнний стан, фармацевтична галузь в Україні відчуває додаткове навантаження, зокрема щодо стабільності постачання, логістики, запасів лікарських засобів, що вимагає підвищеної уваги до питання доступності та надійності функціонування аптечних точок у регіоні [13, с. 185].

Таблиця 2.5

SWOT-аналіз діяльності ОКП «Фармація»

Внутрішні фактори	Зовнішні фактори
<p>Сильні сторони:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Розгалужена мережа аптек по області. – Підтримка з боку обласної влади та участь у програмах охорони здоров'я. – Досвід у сфері публічних закупівель та співпраці з медичними установами. – Високий рівень довіри населення до комунальної форми власності. 	<p>Можливості:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Розширення участі у програмах реімбурсації та соціального забезпечення. – Використання цифрових інструментів моніторингу запасів і постачання ліків. – Партнерство з приватним сектором і міжнародними донорами. – Розвиток власного виробництва або фасування ліків першої необхідності.
<p>Слабкі сторони:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Обмежений фінансовий ресурс для модернізації. – Нерівномірна територіальна присутність у віддалених районах. – Застаріла матеріально-технічна база та логістика. – Недостатня автоматизація управлінських процесів. 	<p>Загрози:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Конкуренція з боку великих приватних аптечних мереж. – Інфляційні ризики та коливання вартості лікарських засобів. – Нестабільність постачання через військовий стан. – Невизначеність у державній політиці фінансування охорони здоров'я.

Прим.: складено автором на основі внутрішньої звітності ОКП «Фармація»

Регіональна мережа ОКП «Фармація» має потенціал, але також стикається з такими проблемами, як нерівномірність присутності в сільських районах, необхідність модернізації логістичних ланцюгів, покращення інформаційної підтримки (наприклад, використання електронних систем обліку залишків ліків, що у м. Дніпрі вже частково впроваджується через відкриті дані).

SWOT-аналіз у табл. 2.5 дозволяє визначити основні напрями розвитку підприємства, як модернізація логістики, цифровізація управління, розширення мережі аптечних пунктів у громадах, особливо сільських, та участь у регіональних програмах соціальної підтримки.

Діяльність ОКП «Фармація» є ключовим елементом публічного управління фармацевтичним забезпеченням населення Дніпропетровської

області. Системний розвиток підприємства має спиратися на посилення інституційної спроможності, вдосконалення менеджменту, впровадження цифрових технологій і стратегічну співпрацю з органами місцевого самоврядування.

Для того щоб підсилити роль комунального фармацевтичного сектору як надавача публічної послуги в регіоні, за нашим баченням, доцільно застосувати такі методи й підходи:

- групування (класифікація) за територіальним покриттям та спеціалізацією аптечних точок із врахуванням особливостей сільських, міських і прифронтових районів;

- узагальнення даних про обсяги закупівель, реалізації, залишків і використання лікарських засобів;

- аналіз ступеня покриття населення аптечними точками підприємства на рівні району;

- застосування системи моніторингу та звітності, що дозволить оцінити ефективність витрачання ресурсів і виконання соціальної функції.

Можна зробити висновок, що ОКП «Фармація» має значний потенціал у забезпеченні публічних послуг на регіональному рівні, але його продуктивність прямо залежить від якості управління, взаємодії з місцевою владою, фінансового забезпечення, ефективності логістики і системи контролю. Важливе створення чіткої нормативно-правової бази, забезпечення ресурсної підтримки, інтеграції з медичними закладами, а роль підприємства як адмініструючого суб'єкта полягає у практичному забезпеченні доступу населення до лікарських засобів. У політичному (адміністративному) контексті це відображається у забезпеченні виконання регіональних програм охорони здоров'я, у економічному – у забезпеченні фінансування й контролю витрат, у медико-соціальному – у підтримці населення, особливо в сільській території. Врахування принципів соціальної фармації, тобто орієнтації на пацієнта, справедливості доступу, оптимізації вартості, є критичним.

Отже, роль комунального фармацевтичного сектора у Дніпропетровській області можна оцінити як стратегічну для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, але з урахуванням внутрішніх і зовнішніх викликів (фінансового, кадрового, логістичного і нормативно-правового). Необхідним є системний підхід до модернізації управління таким суб'єктом, підсилення його інтеграції з місцевою медичною системою, вдосконалення інформаційних систем і логістики, чітке визначення соціальних функцій і показників їх виконання. Такий підхід дозволить не лише збільшити обсяги та ефективність роботи ОКП «Фармація», але й підвищити якість та доступність фармацевтичної послуги для населення Дніпропетровської області.

Комунальний фармацевтичний сектор є важливим публічним інструментом забезпечення лікарським забезпеченням, що прямо впливає на доступність лікарської допомоги та соціальне благополуччя мешканців області. Його функціонування, проте, потребує цілеспрямованого управлінського вдосконалення, побудови системи моніторингу результативності, більшої прозорості і співпраці з органами охорони здоров'я та місцевою владою.

Висновки до розділу 2

1. Сучасна організаційно-функціональна структура регіональної системи управління медичними послугами в Україні ґрунтується на багаторівневій взаємодії між державними, регіональними та місцевими інституціями, яка забезпечує стратегічну єдність політики охорони здоров'я, фінансову дисципліну й орієнтацію на результат. МОЗ формує політико-нормативні рамки та визначає пріоритети розвитку, НСЗУ здійснює контрактне фінансування й контроль якості послуг, а департаменти охорони здоров'я на регіональному рівні інтегрують ресурси, кадри й цифрові інструменти для реалізації програм медичних гарантій.

2. Система, посилена електронною інфраструктурою і розвитком спроможної мережі, поступово переходить від управління закладами до

управління процесами та результатами лікування, що наближає українську модель до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я. Її подальша ефективність залежить від здатності регіонів удосконалювати кадрову, фінансову та цифрову спроможність, розвивати державно-приватну співпрацю і забезпечувати справедливий доступ населення до якісних медичних послуг незалежно від місця проживання.

3. Соціально-економічні передумови функціонування системи охорони здоров'я Дніпропетровської області мають як потенціал, так і значні ризики. Регіон вирізняється розвиненою промисловою базою, потужним трудовим і науковим потенціалом, розгалуженою інфраструктурою та високою концентрацією медичних закладів, що створює сприятливе середовище для модернізації системи охорони здоров'я. Водночас демографічне старіння, внутрішня міграція, нерівномірність розвитку між містом і селом, кадрові втрати внаслідок війни та високе навантаження на медичну мережу формують серйозні виклики для регіональної політики. Ефективне публічне управління має бути спрямоване на інтеграцію профілактичних, реабілітаційних і цифрових компонентів у систему охорони здоров'я, удосконалення фінансових механізмів і забезпечення кадрової стійкості, що дозволить перетворити наявний потенціал області на реальний ресурс підвищення якості життя населення.

4. Комунальний фармацевтичний сектор, зокрема діяльність ОКП «Фармація» Дніпропетровської області, виконує стратегічну роль у системі публічних послуг охорони здоров'я, забезпечуючи доступність, якість і соціальну спрямованість лікарського забезпечення населення. Його функціонування демонструє поєднання економічних і соціальних завдань, включаючи участь у державних програмах реімбурсації та підтримку медичних закладів і сільських громад. Разом із тим підприємство стикається з низкою викликів, зумовлених конкуренцією приватного сектору, фінансовими обмеженнями, логістичними ризиками та необхідністю цифровізації управління.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПУБЛІЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1. Модернізація інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я на основі кращих європейських практик

У сучасних умовах значного навантаження на системи охорони здоров'я та швидкої трансформації суспільно-економічного середовища постає нагальна потреба оновлення інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я.

У європейському просторі за останні кілька років сформувалися чіткі тенденції, які можуть слугувати орієнтирами для адаптації й впровадження на локальному рівні. Передусім, визначаємо ключовими три взаємопов'язані напрями:

- модернізація управлінських структур і процесів;
- інтеграція системи охорони здоров'я із фармацевтичним сектором;
- підвищення стійкості та результативності системи шляхом координації регіональних, національних і європейських рівнів.

Модернізація управлінських структур передбачає перехід від фрагментованих, часто вертикально-орієнтованих моделей до більш гнучких, мережових форм управління. Наприклад, дослідження, присвячене реформі регіонального управління охороною здоров'я в Ірландії у 2018-2023 роках, свідчить, що успішна трансформація можлива лише за умови чіткої координації участі різних рівнів влади, залучення зацікавлених сторін та створення прозорих процедур прийняття рішень [57]. У цьому контексті ключовим є посилення функції регіонального органу влади, який не просто виконує директиви, а координує стратегічні напрями, стимулює інтеграцію послуг і

здійснює моніторинг результативності, що важливо і для України, зокрема з огляду на великі диспропорції між регіонами.

Необхідно звернути увагу на інтеграцію охорони здоров'я із фармацевтичним сектором як невід'ємною частиною сучасної системи здоров'я. Європейські експерти зазначають, що для забезпечення доступу до безпечних, ефективних і доступних лікарських засобів потрібно створити майбутньо-орієнтовану нормативно-правову рамку, посилити інновації та забезпечити стійкі ланцюги постачання [54]. На регіональному рівні це означає, що управлінські структури охорони здоров'я повинні враховувати фармацевтичну політику як елемент планування закупівель, контролю якості, взаємодії з місцевими виробниками та поставками. При цьому фармацевтичний сектор стає чинником не лише медичного, а й економічного розвитку регіону. Модернізація механізму управління охороною здоров'я неможлива без належної інтеграції фармацевтичної складової, включаючи закупівлі та моніторинг забезпечення лікарськими засобами.

Ефективність оцінки модернізованого інституційно-організаційного механізму вимагає врахування стійкості, прозорості та результативності. Фахові європейські спільноти наводять такі ключові показники, як значний дефіцит медичного персоналу (близько 1,2 млн лікарів, медсестер та пов'язаних професій у країнах ЄС у 2022 році), суттєве старіння населення та зростання навантаження на системи охорони здоров'я [61]. Відтак, модернізація управління має забезпечити не просто реорганізацію структур, а створення механізмів, які дозволяють регіональним системам адаптуватися до демографічних, економічних та технологічних викликів.

Можна виокремити декілька принципів, які впливають із кращої європейської практики і мають значення для регіонального управління охороною здоров'я в Україні:

– орієнтація на диференціацію стейкхолдерів шляхом залучення органів місцевого управління, громадянського суспільства, приватного сектору;

- розподіл відповідальностей між різними рівнями влади з чітким визначенням компетенцій;
- інтеграція вертикальних ланцюгів (державний – регіональний – локальний) із горизонтальними мережами надання послуг;
- забезпечення прозорості і підзвітності через моніторинг, звітування та участь громадськості;
- врахування фармацевтичного сектору як складової системи охорони здоров'я;
- орієнтація на фінансову, кадрову, технологічну стійкість.

Групування заходів модернізації можна представити таким чином:

- 1) організаційно-інституційні реформи (виділення регіональних агентств чи дирекцій охорони здоров'я, створення платформи координації);
- 2) процесні удосконалення (впровадження стандартизованих шляхів пацієнта, контроль якості, цифрові рішення, обмін даними);
- 3) секторні інтеграції (фармацевтична політика регіону, закупівлі, моніторинг постачань, взаємодія з виробниками та дистриб'юторами).

Такий поділ дає змогу створити чітку карту модернізації, де кожен етап взаємопов'язаний і має свої метричні показники ефективності.

Ключовим аспектом, на нашу думку, є регіональна адаптація європейських практик. Дослідження щодо регіональної охорони здоров'я у ЄС показало, що використання коштів Європейських структурних та інвестиційних фондів призводило до поліпшення медичної інфраструктури та зниження надлишкової смертності в регіонах з позитивним економічним розвитком [55, с. 20-35]. Для України модернізація механізму управління повинна супроводжуватися і фінансовою підтримкою, і стимулюванням економічного розвитку регіону, і підсиленням інфраструктури. Недостатньо лише змінити структуру. Потрібно створити середовище, що дозволяє реалізувати нову модель управління.

У контексті фармацевтичного сектору наведемо кілька аналітичних підтверджень. Пандемія COVID-19 чітко виявила важливість наявності міцного фармацевтичного та біонаукового сектору для протидії викликам здоров'я та забезпечення населення лікарськими засобами [58]. Регулювання лікарських засобів, диверсифікація ланцюгів постачання, а також інтеграція інноваційних технологій виступають елементами, які мають бути закладені в інституційно-організаційний механізм на регіональному рівні. Наприклад, у регіонах слід передбачити координаційні платформи між регіональними управліннями охорони здоров'я, фармацевтичними дистриб'юторами, постачальниками та закладами охорони здоров'я задля оперативного моніторингу дефіцитів лікарських засобів, забезпечення конкурентних закупівель та підвищення прозорості.

Ще одним важливим компонентом сучасної моделі є цифровізація та управління даними. В рамках створення European Health Data Space (EHDS) розглядаються механізми управління доступом, обміну та використання медичних даних на рівні ЄС, що створює передумови для ефективного регіонального управління охороною здоров'я [66]. Регіональні структури повинні бути здатні інтегрувати ці інструменти, оскільки доступ до даних, їхня уніфікація, аналітика є не лише технологічною складовою, але й організаційною, зокрема визначення відповідальних, встановлення стандартів, забезпечення захисту персональних даних, інтеграція з фармацевтичним сектором.

Отже, модернізація інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я на основі кращих європейських практик передбачає:

- формування нових, адаптованих для регіональної специфіки структур управління;
- чіткий розподіл і координацію компетенцій між рівнями; інтеграцію охорони здоров'я з фармацевтичним сектором; в
- провадження цифрових рішень та систем обміну даними;

- забезпечення фінансової, кадрової та технологічної стійкості;
- забезпечення прозорості і підзвітності.

Відповідно, на основі аналізу європейського досвіду можна виокремити такі напрями його адаптації в національну практику.

1. Підвищення ефективності діючих структур – департаментів охорони здоров'я, територіальних підрозділів НСЗУ та комунальних медичних закладів – через посилення аналітичних, координаційних і цифрових функцій. Особлива увага приділяється інтеграції фармацевтичного сектору у процес планування закупівель і забезпечення лікарськими засобами, що сприяє підвищенню прозорості, стійкості та якості медичних послуг.

2. Встановлення міжсекторної платформи, яка залучає представників охорони здоров'я, фармацевтики, закупівель, фінансів, для щомісячного моніторингу забезпечення лікарськими засобами, ризиків дефіциту, якості постачань.

3. Запровадження цифрової системи даних (на прикладі EHDS) з уніфікацією регіональних та національних реєстрів, аналітикою, індикаторами.

4. Реалізація механізму оцінки результативності, включаючи збір даних про кадровий дефіцит, використання лікарських засобів, доступність послуг, фінансову стійкість, транспарентність ухвалення рішень.

5. Інтеграція фармацевтичної політики на регіональному рівні через стратегічне планування закупівель, пошук партнерств з локальними виробниками, застосування міжнародних кластерів закупівель у межах регіону, моніторинг дефіцитів та забезпечення запасів.

Водночас слід наголосити, що копіювання європейських моделей не є ефективним. Важливо враховувати територіальні, соціально-економічні та управлінські особливості. Наприклад, одна з праць підкреслює, що модель реформування систем охорони здоров'я залишається успішною лише за врахування контексту і участі місцевих суб'єктів. Модернізація інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я має бути адаптована до особливостей регіону, його економічного стану, кадрового

потенціалу, вже наявної інфраструктури та присутності фармацевтичного сектору.

Інтеграція фармацевтичного сектору і управління регіональною охороною здоров'я у новому механізмі дає можливість забезпечити не лише доступ і якість медичних послуг, а й підсилити економічну конкурентоспроможність регіону через розвиток місцевого виробництва лікарських засобів, гарантування стійкості ланцюгів постачання та підвищення інноваційного потенціалу. Відтак, модернізація інституційно-організаційного механізму стає не лише питанням медичної політики, але й ключовим елементом публічного управління конкурентоспроможністю територій в умовах глобалізованих викликів.

3.2. Формування моделі стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я

Розвиток регіональної системи охорони здоров'я у контексті стійкості слід розглядати як складну багаторівневу систему, що поєднує три інтегровані компоненти: економічний, соціальний та екологічний. При цьому на регіональному рівні (наприклад, області чи групи громад) доцільно виділити чотири ключові блоки моделі стійкого розвитку:

- 1) управління та інституційна спроможність;
- 2) фінансово-економічна ефективність;
- 3) соціальна інклюзивність і здоров'я населення;
- 4) екологічна відповідальність і фармацевтичний сектор як складова медичної інфраструктури.

Кожен із цих блоків містить підсистеми та взаємозв'язки, які утворюють модель, спрямовану на оптимізацію людського капіталу, підвищення доступності і якості медичних послуг та мінімізацію негативних зовнішніх впливів.

Перший блок – управління та інституційна спроможність. Ефективне публічне управління на регіональному рівні передбачає наявність прозорих, підзвітних органів, адаптивних механізмів планування, моніторингу та оцінювання діяльності системи охорони здоров'я. В контексті стійкого розвитку особливого значення набувають принципи відкритості, участі громадянського суспільства, міжсекторальної координації (наприклад, між охороною здоров'я, соціальною політикою, екологією) та стратегічного управління. Саме ці підходи формують управлінське середовище, в якій система здатна до адаптації в умовах змін зовнішнього середовища. Дослідження показують, що модернізація системи охорони здоров'я регіону без супроводу реформ управління призводить до зниження ефективності використання людського капіталу. З огляду на це модель передбачає впровадження таких управлінських компонентів:

- стратегічне планування з участю зацікавлених сторін;
- механізми регулярного моніторингу ключових індикаторів (доступність, якість, фінансова стійкість);
- інструменти управління ризиками (наприклад, екологічні, фінансові, кадрові).

Таким чином, управлінський блок забезпечує фундамент для інтеграції інших компонентів.

Другий блок – фінансово-економічна ефективність. Стійка система охорони здоров'я повинна бути здатна використовувати наявні ресурси так, щоб забезпечувати довготривалу надання послуг без надмірних витрат та значного зростання фінансового навантаження на територіальну громаду або бюджет. Багато систем стикаються з ризиком фінансової нестабільності через зростання витрат, технологічні зміни та демографічні виклики. У регіональній моделі актуально включити:

- механізми довгострокового бюджетного планування та фінансових резервів;

- моделі співфінансування та участі приватного сектору (зокрема, партнерств публічного-приватного характеру) для забезпечення стійкості;
- оптимізацію ланцюгів закупівель, управління фармацевтичним сектором (зокрема медикаментозним забезпеченням), що забезпечує економію та зниження ризику дефіциту.

У частині фармацевтичного забезпечення сектор фармацевтики може виступати стратегічним аспектом в побудові стійкої системи охорони здоров'я. А ефективне управління фінансами, закупівлями та фармацевтичним ланцюгом забезпечує економічну життєздатність системи.

Третій блок – соціальна інклюзивність і здоров'я населення. У цьому контексті важливим є забезпечення універсального доступу до медичних послуг, справедливого розподілу ресурсів між і в середині територіальних громад, підвищення якості життя населення та розвиток людського капіталу. Соціальна інфраструктура, зокрема охорона здоров'я, є ядром соціально-економічної системи регіону, яка визначає ефективність використання людського капіталу. У моделі наголошуємо на таких аспектах, як:

- орієнтація на профілактику, раннє виявлення захворювань та управління хронічними станами;
- інтеграція з громадським здоров'ям, освітою та соціальними службами;
- розвиток механізмів залучення громадян та забезпечення зворотного зв'язку;
- оцінка результатів не лише через кількість звернень, а через покращення здоров'я, зниження витрат та підвищення задоволеності населення.

Підсилюється загальна сталість, оскільки здорова нація – це людський капітал, здатний генерувати економічну та соціальну цінність.

Четвертий блок – екологічна відповідальність і фармацевтичний сектор. Екологічний аспект залишається відокремленим у медичній сфері, однак для стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я він має ключове значення. Медичні заклади, фармацевтичні виробництва, постачання

медикаментів, відходи фармацевтичного характеру, енергоспоживання створюють значне навантаження на навколишнє середовище. Аналіз сучасних досліджень показує, що сектор охорони здоров'я відповідає за приблизно 5 % глобальних викидів парникових газів, значна частка яких припадає на ланцюги постачання фармацевтичних препаратів [56]. Фармацевтична індустрія має вбудовувати екологічні, соціальні, управлінські підходи у виробництво та постачання, що створює не лише екологічну, але й соціальну, а отже і управлінську вартість. У межах моделі пропонуємо вбудувати такі відповідні компоненти:

- екологічно-безпечні ланцюги постачань медикаментів та медичних виробів (зменшення «вуглецевого сліду», перехід до вторинної переробки відходів, циркулярні підходи);
- енергозбереження та екологічна модернізація медичних закладів;
- фармацевтична стратегія, що передбачає співпрацю з державою, участь приватних фармацевтичних компаній у забезпеченні сталості, підвищення локалізації виробництва, зменшення залежності від глобальних ланцюгів.

У такий спосіб забезпечується екологічна, соціальна та управлінська сталість системи охорони здоров'я.

Інтеграція всіх чотирьох блоків становить власне запропоновану нами модель стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я. Логіка її роботи полягає в тому, що управлінська спроможність створює умови для економічної ефективності, яка разом із соціальною інклюзивністю формує здоров'я населення, що в свою чергу знижує навантаження на систему і дає змогу спрямовувати ресурси на екологічну модернізацію та фармацевтичну стійкість.

Узагальнена структура моделі наведена на рис. 3.1. модель має циклічний характер та ґрунтується на принципах взаємозалежності й взаємопідсилення її структурних елементів. Кожен блок не існує ізольовано, а формує середовище для розвитку інших компонентів, забезпечуючи системну стійкість регіональної охорони здоров'я. Інтегративна логіка дозволяє

розглядати систему не лише як сукупність окремих функцій, а як динамічний механізм, здатний до саморегуляції й адаптації у відповідь на зовнішні виклики.

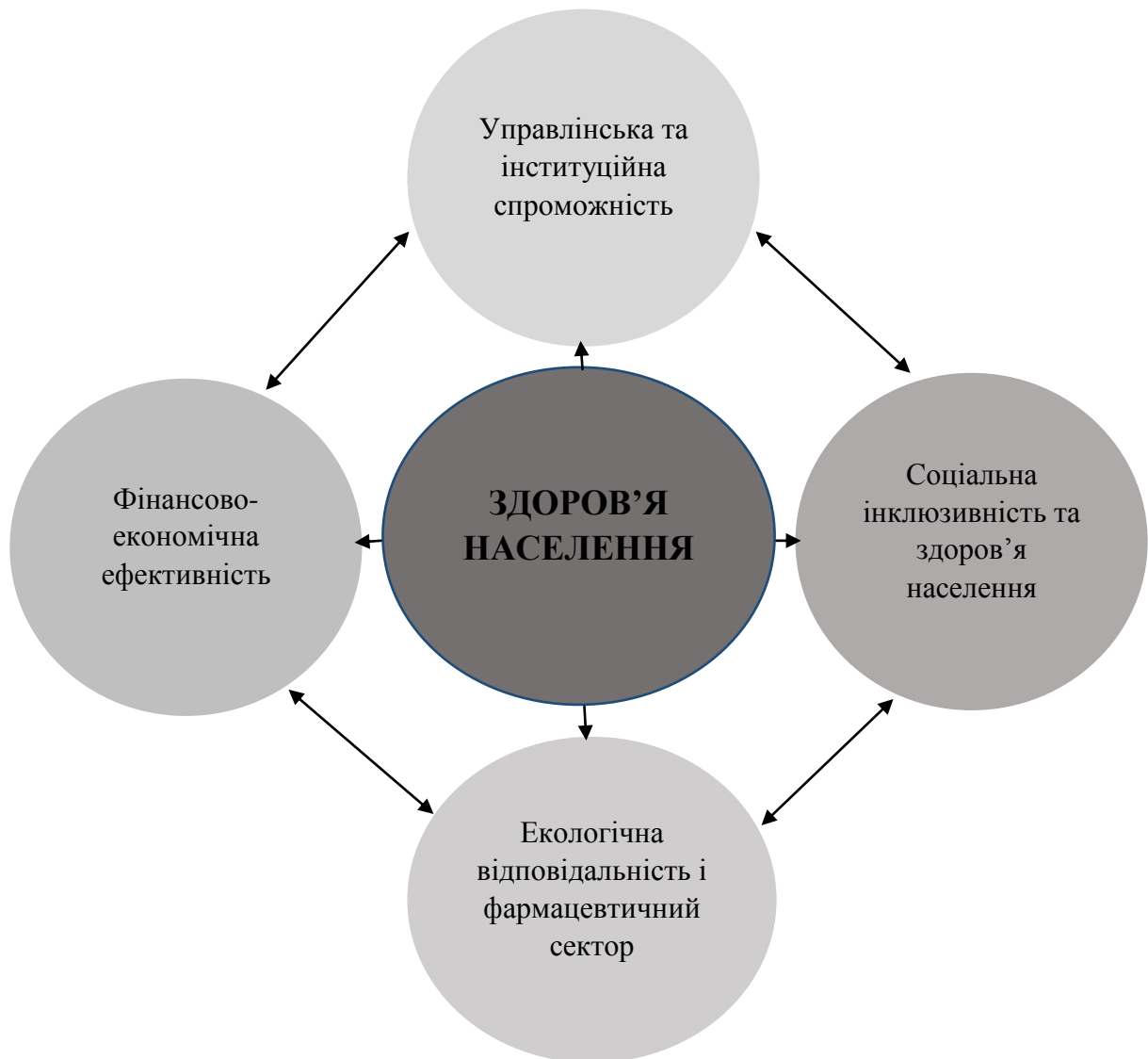


Рис. 3.1. Модель стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я

Прим.: розроблено автором

З практичної точки зору впровадження моделі в регіональні системи охорони здоров'я України передбачає ключові кроки:

– оцінювання управлінської спроможності (наприклад, наявність стратегічних планів, моніторингових систем);

- аналіз фінансової стійкості (витрати, резерви, партнерства з приватним сектором/фармацевтикою),
- забезпечення механізмів соціальної інклюзії (доступ до послуг, профілактика, участь громад);
- впровадження екологічної та фармацевтичної стратегії («зелені» заклади, локалізація фармацевтичного виробництва, оптимізація закупівель).

Запропонована модель створює системну рамку, в якій управління, фінанси, соціальна інклюзивність та екологічно-фармацевтична відповідальність взаємодіють і підсилюють одна одну. Для регіональної системи охорони здоров'я така модель створює передумови не лише для стабільного функціонування, але й для адаптивності, інноваційності та стійкості в умовах зовнішніх змін (демографічних, технологічних, кліматичних). Зокрема, врахування фармацевтичного сектору як ключового елемента системи забезпечує не тільки доступ до медикаментів, але й стійкість ланцюгів постачання, зменшення екологічного навантаження та підвищення фінансової життєздатності системи.

Отже, формування моделі стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я, яка охоплює управління, економічний, соціальний і екологічно-фармацевтичний блоки, є науково обґрунтованим і практично релевантним. Модель може слугувати методичною основою для розробки стратегій, програм і планів на рівні області чи об'єднаної територіальної громади з метою підвищення конкурентоспроможності регіону в секторі охорони здоров'я та досягнення цілей сталого розвитку.

Представлена модель дозволяє побудувати регіональну систему охорони здоров'я, здатну до стабільного функціонування, адаптації до змін та стійкого розвитку за умови постійного оцінювання та моніторингу за конкретними індикаторами, механізмами моніторингу та методики впровадження за регіональним профілем.

3.3. Запровадження системи управління якістю та стійкістю медичних послуг

Надійність та довіра до системи охорони здоров'я сьогодні напряду залежать від того, наскільки керовано, вимірювано й стабільно (стійко) надаються медичні, а також фармацевтичні послуги.

Спираючись на результати досліджень поточного стану в Україні та європейського досвіду, вважаємо за доцільне запровадити системи управління якістю та стійкістю медичних послуг, що вимагає поєднання кількох взаємопов'язаних площин: інституційно-правової (рамка Програми медичних гарантій, державні стандарти, галузеві політики), організаційно-процесної (механізми планування, бюджетування, контракування НСЗУ, клінічні шляхи пацієнта, безперервне удосконалення), а також ресурсно-інноваційної (кадри, цифрові дані, постачання ліків і виробів медичного призначення, енергоефективність та готовність до криз). Основою такої інтегрованої системи пропонується зробити сучасні вимоги до систем менеджменту якості, адаптовані для медичних організацій, із вбудовуванням індикаторів стійкості на рівні закладу, регіональної мережі та шляху пацієнта.

Насамперед важливо визнати, що якість послуг не є лише підсумком клінічного втручання, а є керованим процесом, який починається з публічного управління попитом і пропозицією, прозорих правил фінансування й відповідальності сторін. Ефект досягається не наявністю механізмів, а їх належним застосуванням і здатністю суб'єктів управління організувати оцінювання результатів та ресурсне забезпечення практичної медицини. На рівні державної політики системотворчою є Програма медичних гарантій. Її щорічне оновлення встановлює правила для замовника (НСЗУ) і постачальників послуг, вводячи умови контракування, коефіцієнти, вимоги до безпеки та звітності.

Наступним кроком необхідно запровадити єдину рамку системи управління якістю. Із 2023 року такою мовою стає ISO 7101 як перший

міжнародний стандарт саме для систем управління якістю в організаціях охорони здоров'я. Він гармонізований зі високорівневою структурою ISO, дозволяє інтегруватися з ISO 9001, акредитаційними вимогами та місцевими нормативами, акцентує на орієнтації на пацієнта, культурі якості, управлінні ризиками, безпеці пацієнтів і персоналу та постійному поліпшенні [64]. За рахунок цього відкриваються можливості уніфікувати розрізнені підсистеми якості у спільну рамку (політика якості закладу, цілі, показники, процеси, ресурси, внутрішній аудит, аналіз керівництва, вдосконалення). Водночас на рівні публічної політики ISO 7101 може бути використаний як гнучкий стандарт для підсилення контрактних вимог НСЗУ. Частина його положень доцільно включати до специфікацій медичних пакетів (управління ризиками, протидія інфекціям, захист даних, участь пацієнтів тощо), а також у локальні порядки внутрішнього контролю якості та безпеки.

На основі європейських стандартів урядування потрібно інтегрувати складову стійкості. Під стійкістю в цій роботі розуміємо здатність системи охорони здоров'я й окремих закладів передбачати, поглинати, адаптуватися та трансформуватися під впливом потрясінь (війна, епідемії, кіберзагрози, перебої енергопостачання та логістики), не втрачаючи якості й доступності послуг та не створюючи надмірного фінансового тягаря для домогосподарств. Реформи фінансування медицини в Україні під час війни зберегли універсальне покриття в межах Пакету медичних гарантій і підвищили стійкість за рахунок перерозподілу ресурсів у постраждалі регіони, фокусу на первинці та відновленні спроможної мережі, у тому числі через оптимізацію лікарень і цифрові сервіси. При цьому індикатори стійкості (готовність до надзвичайних ситуацій, безпека і безперервність процесів, енергоменеджмент, кіберзахист, диверсифікація постачань тощо) мають бути так само обов'язковими в системі якості, як і клінічні та операційні показники.

Не менш важливо об'єднати медичну й фармацевтичну підсистеми у спільний контур управління якістю. Фармацевтичний сектор включає не лише аптеки та виробники, а й доступність і раціональність фармакотерапії,

безперервність забезпечення, дотримання належних практик, боротьба з дефіцитами та підробками, цифрові інструменти від рецепту до видачі. Відновлення аптечного ринку, зростання онлайн продажів, збільшення кількості аптек та залежність системи від імпорту прямо впливає на стійкість і цінову вразливість пацієнтів. Отже, управління якістю послуг має включати управління фармацевтичними ризиками й локалізацію виробництва. Інструменти соціальної фармації, управління асортиментом і сервісністю аптек, цифровізація логістики є елементами єдиного ланцюга цінності допомоги пацієнту, які слід інституціоналізувати у політиках якості закладів і регіонів.

З огляду на наведене, доцільно запроваджувати систему управління якістю та стійкістю медичних послуг у п'яти узгоджених напрямках.

1. Політика та управління. На регіональному рівні департаменти охорони здоров'я мають затвердити політику якості й стійкості, що містить зобов'язання керівництва, ролі й відповідальність власників закладів, механізми участі пацієнтів, індикатори, процедури прозорості та антикорупційного контролю, порядок реагування на інциденти та кризові події. На рівні закладу потрібно впровадити політику якості за ISO 7101 із визначенням контексту (зацікавлені сторони, ризики, можливості), цілей і програм поліпшення, періодичного аналізу керівництва і публічного звіту. Для підсилення інституційної стійкості доцільно вбудувати регулярне експертне прогнозування та сценарний аналіз для НСЗУ та закладів.

2. Процеси, стандарти та безпека. ISO 7101 пропонує структуру «плануй-виконуй-перевірй-дій» для ключових процесів лікування і підтримки (від маршруту пацієнта до стерилізації, інфекційного контролю, управління медичними відходами, закупівель і управління обіговими запасами аптечного складу). Її практично корисно поєднувати з вимогами пакетів медичних гарантій (критерії спроможності, кадрові вимоги, наявність обладнання, вимоги до ІКТ та захисту даних). Логічним елементом є реєстр інцидентів безпеки (пацієнта і персоналу) з обов'язковими коригувальними діями та відкритою комунікацією з пацієнтами. Для фармацевтичної ланки необхідний контроль

якості й безпеки обігу лікарських засобів, відстежуваність, облік дефектів, управління поверненнями й відкликаннями, інтеграція із системою е-рецепта та модулем відшкодування (реімбурсації) «Доступні ліки» з пріоритетом для хронічних захворювань і пацієнтів у прифронтових громадах.

3. Дані, цифровізація та вимірювання. Керованість якості неможлива без повного циклу даних: реєстри пацієнтів, електронні медичні записи, контроль показників процесу і результату, інтеграція фінансових і клінічних даних. Регіональні звіти мають містити, окрім стандартних статистик, «якісні» індикатори (своєчасність, безпека, пацієнтоорієнтованість, координація та безперервність), а також індикатори стійкості (готовність до надзвичайних ситуацій, автономність енергопостачання, диверсифікація постачань, кіберзахист).

4. Фінансування, стимули та договірні умови. Якість і стійкість мають фінансову базу. У договорах із НСЗУ варто чітко виділяти показники результату (наприклад, частка пацієнтів із завершеним маршрутом в межах клінічного протоколу; рівень інцидентів інфекційної безпеки; своєчасність виписки за із контрольними порогоми), а також індикатори стійкості (готовність до аварій з електрикою й теплом, резерви медикаментів, тренування персоналу).

5. Кадри, культура, участь пацієнтів. Система якості базується на компетентності й культурі. Потрібні програми розвитку управлінців і клініцистів з акцентом на: управління ризиками та інцидентами, комунікацію з пацієнтом, командну взаємодію, зміни у процесах, а також на фармацевтичну опіку (медикаментозний менеджмент для хронічних нозологій, консультування, запобігання взаємодіям і помилкам). Саме участь пацієнтів має бути індикатором першого рівня, який впливає на внутрішні преміальні схеми та коригування процесів.

Для практичної імплементації в регіоні пропонується поетапна модель.

Етап 1. Діагностика. Провести самооцінку закладів і регіональної мережі за матрицею ISO 7101 (контекст, лідерство, планування, підтримка, операції,

оцінювання, вдосконалення) з окремим блоком стійкості (готовність до надзвичайних ситуацій, резерви, відновлюваність інфраструктури). Виявити розбіжності щодо вимог пакету медичних гарантій та локальних політик якості.

Етап 2. Проєктування. Затвердити політику та цілі якості й стійкості. Стандартизувати ключові процеси (маршрути пацієнта, інфекційний контроль, управління ліками, постачання, стерилізація, робота із медвідходами), створити реєстр ризиків і інцидентів, описати показники ефективності й цикл моніторингу. Передбачити шляхи подолання для сценаріїв ризиків.

Етап 3. Запуск і навчання. Провести навчання керівників структурних підрозділів, команди якості, лікарів-координаторів маршруту, клінічних фармацевтів. Оновити посадові інструкції. Розгорнути систему звітування за інцидентами та внутрішніх аудитів.

Етап 4. Контрактування і стимули. У договорах з НСЗУ погодити індикатори якості й стійкості, внутрішні преміальні механізми для підрозділів і команд, а для фармацевтичної складової – угоди з постачальниками з вимогами до відстежуваності, якості, строків. Включити до внутрішніх нормативів вимогу до альтернативних маршрутів постачання для критично важливих груп препаратів.

Етап 5. Аудит і поліпшення. Піврічний аналіз керівництвом, коригувальні дії за інцидентами безпеки, актуалізація ризик-реєстру, перегляд плану енергоменеджменту, підготовка до зовнішньої оцінки (акредитація чи сертифікація). Для елементів, що стосуються фармацевтичної безпеки, передбачається навчання персоналу аптек і клінічних підрозділів щодо фармакологічного нагляду, взаємодій, роботи з пацієнтами похилого віку та поліпрагмазією.

Важливим є зворотний зв'язок і участь зацікавлених сторін. Опитування пацієнтів мають поєднуватися з даними про безпеку та результат лікування, а результати повинні оприлюднюватися у форматі зрозумілих щоквартальних звітів. У фармацевтичному секторі доцільно відображати частку рецептів за

настановами, рівень відшкодування, розриви в доступі, випадки дефіцитів і терміни їхнього усунення.

Фармацевтичний сектор варто розглядати як індикатор стійкості всієї моделі. Після шокової реакції 2022 року ринок відновлюється й цифровізується, але зберігається чутливість до імпорту і логістики. Отже, на рівні областей мають планувати страхові запаси для критично важливих препаратів, розвивати клієнтські маршрути для хронічних пацієнтів, підсилювати локальне виробництво (там, де можливо) та спільно з НСЗУ розвивати реімбурсацію й електронний рецепт. Додамо, що організаційні рішення слід супроводжувати програмами підготовки кадрів фармацевтичної ланки та стандартизацією сервісних практик (дистанційні консультації, фармацевтична опіка, взаємодія з лікарями первинної ланки).

Узагальнюючи, впровадження системи управління якістю та стійкістю медичних і фармацевтичних послуг в Україні має спиратися на:

- актуальну нормативну основу пакету медичних гарантій та роль НСЗУ як єдиного національного покупця;
- міжнародно визнану стандартну основу ISO 7101 із інтеграцією вимог до безпеки, ризик-менеджменту, пацієнто орієнтованості та безперервного удосконалення;
- індикатори стійкості та фінансові стимули, узгоджені з доказовими рекомендаціями ВООЗ та Світового банку щодо посилення первинної ланки, прозорості рішень у пакеті медичних гарантій і розбудови спроможної мережі;
- інтеграцію фармацевтичного сектору як невід’ємного модуля якості й стійкості (дані ринку, виклики імпортозалежності, цифровізація);
- інструменти публічного управління для планування в умовах невизначеності, забезпечуючи реальну якість і стійкість, відчутні кожному мешканцю громади.

Висновки до розділу 3

1. Модернізація інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я передбачає удосконалення взаємодії наявних інституцій, підвищення управлінської спроможності обласних департаментів, ефективну координацію з НСЗУ та інтеграцію фармацевтичного сектору у процеси планування й забезпечення медичних послуг. Такий підхід дозволяє забезпечити раціональне використання ресурсів, прозорість управління, стабільність системи постачання ліків і загальне підвищення доступності та якості медичної допомоги на регіональному рівні відповідно до європейських принципів децентралізованого управління.

2. Формування моделі стійкого розвитку регіональної системи охорони здоров'я передбачає інтеграцію управлінських, економічних, соціальних та екологічно-фармацевтичних чинників у єдину узгоджену систему, здатну забезпечити довготривалу ефективність, справедливість і безпеку надання медичних послуг. Дозволяє не лише підвищити якість і доступність охорони здоров'я, але й зміцнити інституційну спроможність регіону, оптимізувати фінансові ресурси, забезпечити екологічну відповідальність і створити основу для розвитку людського капіталу як ключового показника стійкості суспільства.

3. Запровадження системи управління якістю та стійкістю медичних і фармацевтичних послуг є необхідною умовою модернізації української системи охорони здоров'я, її адаптації до воєнних і післявоєнних викликів та інтеграції в європейський простір. Побудована на засадах стандарту ISO 7101, Програми медичних гарантій і підходів до ризик-орієнтованого управління, така система забезпечує не лише контроль і підвищення якості послуг, а й здатність закладів охорони здоров'я стійко функціонувати в умовах криз, гарантувати безпеку пацієнтів, раціональне використання ресурсів і ефективне залучення фармацевтичного сектору до єдиного циклу надання допомоги.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження показало, що публічні послуги у сфері охорони здоров'я в Україні є результатом взаємодії держави, місцевої влади, НСЗУ, закладів охорони здоров'я та громадян, а їх зміст визначається не як ринковий товар, а як гарантований сервіс із чітко прописаними правилами, тарифами, індикаторами якості та цифровою простежуваністю. Наголошено на трирівневій операціоналізації публічної медичної послуги, що забезпечує її вимірюваність та підзвітність. Емпірично підтверджено зміщення фокусу від утримання мережі до закупівлі результатів через Програму медичних гарантій із посиленням бюджетної пріоритетності та ролі НСЗУ під час війни. Запропоновано системне групування публічних послуг за логікою «профілактика – лікування – реабілітація – громадське здоров'я – цифрова взаємодія – фінансові гарантії» з картуванням ланцюга створення цінності, а також розширення цього підходу модулем стійкості для умов війни (безперервність критичних сервісів, мобільність, психічне здоров'я, відновлення інфраструктури). Доведено, що цифровізація змінює природу публічних послуг, зменшує асиметрію інформації та підсилює контрактну дисципліну, однак потребує узгодження з управлінськими процесами. Встановлено, що якість медичних послуг має оцінюватися за комплексом параметрів (доступність, своєчасність, безпечність, ефективність, пацієнт-орієнтованість, фінансова захищеність, цифрова зручність, виконання контрактних індикаторів), а контроль бути поліцентричним (державний, місцевий, професійний, громадський) із розширенням відкритих даних НСЗУ.

2. Окреслено теоретичну рамку публічного управління охороною здоров'я як синтез класичного бюрократичного, неоінституційного та мережево-інтегративного підходів із пріоритетом інтегрованої, орієнтованої на людину логіки у воєнних умовах. Синтез теорій структуровано за трьома функціями оптимізації: інтегрована допомога (маршрути, мультидисциплінарність, спільні індикатори), ціннісно-орієнтована допомога

(ефект на одиницю витрат, оплата за результат), мережеве врядування (узгодження держави, регіонів, громад і донорів для відбудови). На рівні закладів визначено чотири технологічні контури модернізації: операційна аналітика й процесний менеджмент; цифровізація; оновлені кадрові моделі; сталі механізми залучення стейкхолдерів. Воєнний контекст інтегрується в моделі управління як вимір стійкості через резервування каналів надання допомоги, розподілені склади, дублювання ІТ-інфраструктури, безпечна логістика мають бути вмонтовані у правові та фінансові механізми через уточнення повноважень і оновлення підзаконної бази. Посилюється роль систем, що навчаються, з безперервним циклом, де індикатори доступу та досвіду пацієнта стають безпосереднім інструментом планування й оцінювання ефективності програм.

3. Нормативно-правова база та інституційна архітектура організації медичних послуг в Україні за останні п'ять років стали цілісними, де основою виступає Закон про державні фінансові гарантії та договірний режим НСЗУ, підсилені підзаконними актами щодо укладання та моніторингу договорів, щорічної деталізації пакетів і кластеризації мережі. Електронна система охорони здоров'я інтегрована у всі етапи циклу, що знижує трансакційні витрати й підвищує підзвітність. Сформовано сталі ролі суб'єктів, а мережеве планування через кластеризацію забезпечує геопросторову логіку доступу. Система фактично працює як ланцюг контролю. Воєнні умови інституційно зафіксували адаптивні механізми, зокрема пріоритет критичних сервісів, інтеграція реабілітації та психічного здоров'я в пакети, міжмуніципальна кооперація для забезпечення спроможності там, де локальна база слабка, а також регулярне коригування тарифів і вимог.

4. Регіональна система управління медичними послугами в Україні вибудована як трирівнева структура – стратегічна (МОЗ), закупівельна (НСЗУ) та сервісно-операційна (обласні державні адміністрації, госпітальні округи, мережа надавачів). Така модель забезпечує функціональний поділ ролей і підзвітність на кожному рівні, спираючись на цифрові інструменти та

контрактну дисципліну. Ключовим структурним елементом є спроможна мережа закладів (надкластерні, кластерні, загальні лікарні), формування якої дозволяє концентрувати ресурси, знижуючи дублювання послуг. На рівні регіонів департаменти охорони здоров'я інтегрують управлінські процеси (планування мережі, кадровий аудит, договірну інтеграцію, моніторинг якості, логістику маршрутів і аналітику на базі електронної системи охорони здоров'я). Фінансова архітектура структури визначається Програмою медичних гарантій, у межах якої НСЗУ забезпечує контроль виконання договорів і санкційну практику. Регіональний рівень відповідає за кадрове планування, міжмуніципальну співпрацю, телемедицину та інтеграцію приватних провайдерів, частка яких на первинній ланці перевищила 50%. Цифрова інтеграція є основою попереджувального управління й прозорості, зокрема для виявлення дисбалансів і ризиків доступу.

5. Соціально-економічний профіль Дніпропетровщини поєднує потужну промислово-логістичну базу та міську концентрацію послуг із демографічним старінням, внутрішньою міграцією і територіальними диспропорціями доступу. У 2021–2023 рр. зафіксовано сталий природний спад населення на тлі позитивного міграційного приросту ВПО. Економіка після падіння 2022 року продемонструвала відновлення 2023 році, однак інфляційне зростання зарплат не нівелює фінансових бар'єрів. Кадрово-інфраструктурна спроможність загалом стабілізувалася, але регіон має підвищене навантаження через війну, травматизм, психосоціальні розлади та вищу за середню летальність COVID-19, що вказує на обмежені резерви адаптації. Запропоноване групування передумов і викликів у три блоки – ресурсно-інституційний, соціально-демографічний, навантаження-захворюваність – показує, що сильні сторони (обласна програма, відносно висока частка закладів і персоналу, розвинена логістика) нівелюються слабкою інтеграцією рівнів допомоги, фінансовою нестійкістю в кризах і прогалинами доступу в сільських та віддалених громадах. Воєнний контекст підсилює потребу в екстреній, травматологічній, реабілітаційній і психіатричній допомозі та в ранньому реагуванні й моніторингу, а також

висуває вимоги до щорічного коригування мережі за даними попиту. Потенціал модернізації є, але його реалізація залежить від здатності регіонального управління мобілізувати ресурси, інтегрувати міжсекторальні рішення й таргетовано зменшувати бар'єри доступу.

6. Комунальний фармацевтичний сектор Дніпропетровської області, насамперед ОКП «Фармація», відіграє важливу роль у забезпеченні населення лікарськими засобами як у мирний, так і у воєнний час, поєднуючи функції господарського суб'єкта і соціального інституту публічного управління. Його діяльність базується на принципах доступності, якості, безпеки та соціальної орієнтованості, що відображає подвійний характер (комерційний і суспільно значущий). Підтверджено його вагому роль у структурі публічного забезпечення лікарськими засобами та участі у регіональних програмах охорони здоров'я. Водночас ефективність функціонування комунальної фармації стримується низкою внутрішніх і зовнішніх обмежень: обмеженим фінансовим ресурсом для модернізації, застарілою матеріально-технічною базою, нерівномірною територіальною присутністю в сільських громадах, конкуренцією з приватними аптечними мережами та нестабільністю постачання у період воєнного стану. Проведений SWOT-аналіз засвідчує наявність сильних сторін (довіра до комунальної власності, підтримка обласної влади, досвід у закупівлях), а також перспектив розвитку, пов'язаних із цифровізацією, партнерством із приватним і донорським секторами, розширенням програм реімбурсації та соціальної підтримки. Розвиток підприємства потребує підвищення інституційної спроможності, вдосконалення управління, запровадження системи моніторингу результативності, цифрових інструментів обліку запасів і логістики, а також активнішої інтеграції з місцевими закладами охорони здоров'я. Визначено роль комунального фармацевтичного підприємства як адмініструючого агента публічної політики у сфері лікарського забезпечення, який поєднує державне регулювання та місцеве адміністрування для реалізації соціальної функції доступності ліків, а також у запропонованні прикладної рамки оцінки ефективності, що поєднує фінансові, логістичні та

соціальні індикатори. У перспективі підвищення прозорості, впровадження системи моніторингу і стратегічна співпраця з органами влади та медичними установами стануть умовами підвищення результативності і якості фармацевтичних послуг для населення області.

7. Модернізація інституційно-організаційного механізму регіонального управління охороною здоров'я на основі європейських практик передбачає перехід до мережових, гнучких форм управління, що ґрунтуються на координації, інтеграції та прозорості. Європейський досвід, зокрема реформи Ірландії, Німеччини, Іспанії, демонструє, що ефективність управління залежить від узгодженості дій між державним, регіональним і місцевим рівнями, залучення стейкхолдерів та відкритого контролю за результатами. Для України цей досвід є релевантним у частині формування регіональних дирекцій охорони здоров'я, створення платформ координації, впровадження цифрових інструментів обміну даними та стандартизованих маршрутів пацієнта. Модернізований механізм управління має поєднувати реформування структур із процесними удосконаленнями та секторальною інтеграцією, особливо у зв'язку з фармацевтичною політикою. Охорона здоров'я й фармацевтичний сектор у новій моделі виступають взаємопов'язаними компонентами, де регіональні органи влади повинні не лише здійснювати нагляд і контроль, а й формувати політику стійких поставок, локальних виробництв і прозорих закупівель. Під впливом пандемії COVID-19 ЄС підсилив акценти на інноваційності, безпеці ланцюгів постачання та готовності до криз, що повинно враховуватись у регіональній політиці України. Впровадження таких практик вимагає розвитку цифрової інфраструктури (на зразок European Health Data Space), уніфікації даних, захисту персональної інформації та підвищення аналітичної спроможності регіональних управлінських структур. У національному контексті модернізація означає посилення функціональності департаментів охорони здоров'я, територіальних підрозділів НСЗУ та комунальних закладів через їхню аналітичну, координаційну й цифрову трансформацію, створення міжсекторних платформ співпраці з

фармацевтичним бізнесом, впровадження моніторингу дефіциту лікарських засобів і якості постачань. Сформулюванні концепції інтегрованого механізму, що поєднує регіональне управління охороною здоров'я з фармацевтичним сектором і цифровими системами обміну даними як інструмент підвищення конкурентоспроможності регіонів. Такий підхід дозволяє розглядати модернізацію не лише як адміністративну реформу, а як стратегічну модель розвитку, здатну зміцнити економічну й соціальну стійкість територій України в умовах глобальних і воєнних викликів.

8. Стійкий розвиток регіональної системи охорони здоров'я визначено як цілісна багаторівнева модель, що поєднує управлінську, економічну, соціальну та екологічно-фармацевтичну складові. Її концептуальне ядро полягає у взаємозв'язку чотирьох блоків: управління та інституційної спроможності, фінансово-економічної ефективності, соціальної інклюзивності та екологічної відповідальності. Управлінський блок формує основу системи, орієнтуючись на стратегічне планування, участь громадськості, міжсекторальну координацію та управління ризиками, що забезпечує адаптивність регіональної політики охорони здоров'я. Економічний блок спрямований на забезпечення фінансової стабільності через довгострокове бюджетне планування, розвиток партнерств публічного й приватного секторів та ефективне управління фармацевтичними закупівлями. Соціальний компонент підкреслює значення профілактики, справедливого розподілу ресурсів, зворотного зв'язку з населенням і підвищення якості життя як показника ефективності системи. Екологічно-фармацевтичний блок розширює класичну межу медичної політики, інтегруючи принципи циркулярної економіки, «зелені» стандарти медичних закладів, енергозбереження, зменшення викидів і локалізацію виробництва лікарських засобів для зміцнення стійкості постачань. Запропонована структура дає можливість оцінювати регіональні системи за індикаторами стратегічного планування, фінансової стабільності, рівня доступності медичних послуг і екологічної модернізації. Практичне впровадження моделі передбачає

створення системи моніторингу управлінської спроможності, фінансових резервів, соціальної участі та «зелених» рішень у фармацевтичній сфері.

9. Визначено шляхи запровадження системи управління якістю та стійкістю медичних і фармацевтичних послуг, що спирається на актуальну рамку Програми медичних гарантій і вимоги ISO 7101, поєднуючи інституційно-правову, процесну й ресурсно-інноваційну площини для керованості, вимірюваності та безперервного поліпшення. Якість трактується як керований цикл, де контрактні умови НСЗУ фіксують індикатори результату та безпеки, а блок стійкості обов'язково охоплює готовність до надзвичайних ситуацій, кіберзагроз, енергоменеджмент, диверсифікацію постачань і безперервність маршрутів пацієнта; фармацевтична підсистема вбудовується в єдиний контур якості (е-рецепт, реімбурсація, відстежуваність, управління дефіцитами, локалізація виробництва) і розглядається як індикатор стійкості всієї моделі. Практична імплементація структурована п'ятьма узгодженими напрямками (політика та урядування; процеси, стандарти й безпека; дані та вимірювання; фінансування й стимули; кадри, культура й участь пацієнтів) і п'ятьма етапами реалізації (діагностика за матрицею ISO 7101 із модулем стійкості; проєктування політик, процесів і реєстрів ризиків; запуск і навчання; контракування з ув'язкою індикаторів; аудит і поліпшення), що забезпечує узгодженість між рівнями управління медичними послугами та перетворює відкриті дані на основу підзвітності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз даних звітів про доходи та витрати (1-НС) надавачів медичних послуг за 2022 - 2024 р.р. Національна служба здоров'я України. 2025. URL : <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/25/07/28/ymNxZ666l7pFsUQjjHCsAOIPb7BTe2dDUkYShpqa.pdf>.
2. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні: дослідження. American Medical and Educational Research Center. 2022. URL: https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf.
3. Аніщенко М. А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. № 34. С. 31-37. URL: <https://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/20614>.
4. Баб'як О. В. Визначення теоретичних засад та принципів державного управління охороною здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 13. С. 109-113. URL : <http://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.13.109>.
5. Бойко С. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Національний інститут стратегічних досліджень*. 2024. URL : <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh>.
6. Бурик З. Реформа системи охорони здоров'я в сучасних умовах. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2025. № 11. С. 27-46. URL : <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-11-27-46>.
7. Гавриченко Д. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. № 15. С. 68–86. URL : <https://doi.org/10.34132/pard2022.15.03>.
8. Гужва М. Проблеми надання медичних послуг в Україні в умовах війни. Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації:

матеріали 13-ї Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 8-9 листоп. 2025 р.). Дніпро : Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2025. С. 101 - 104.

9. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>.

10. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF>.

11. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF>.

12. Джумутія М.Б. Фармацевтичне забезпечення населення України: адміністративно-правовий аспект : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Джумутія Марина Борисівна. Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. 230 с.

13. Дзюба Т.В. Удосконалення публічно-управлінського механізму функціонування фармацевтичної галузі в умовах правового режиму воєнного стану в Україні. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. Вип. 1. С. 184-192. URL : <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.1.32>.

14. Дніпропетровська область. Регіональні профілі громадського здоров'я. *Центр громадського здоров'я*. 2021. URL : <https://dozdniprooda.com.ua/files/other/regionalnuy.pdf>.

15. Долгіх М.В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : дис. ... докт. філос. публ. упр. та адміністр. ; Міжрегіональна академія управління персоналом. Київ, 2021. 259 с.

16. З 1 січня починає діяти Програма медичних гарантій на 2024 рік. Урядовий портал. 2024. URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/z-1-sichnia-pochynaie-diiaty-prohrama-medychnykh-harantii-na-2024-rik>.

17. Звіт за 2024 рік. Національна служба здоров'я України. URL: https://medplatforma.com.ua/images/96374/zvit_nszu_2024.pdf.

18. Квітка С., Шебанов В. Цифровізація системи охорони здоров'я в сільських територіальних громадах України: інтегрований підхід. *Аспекти публічного управління*. 2025. № 13(2). С. 75-84. URL : <https://doi.org/10.15421/152522>.

19. Кобушко Я., Летуновська Н., Христій В. Основні детермінанти ефективного управління діяльністю закладів охорони здоров'я як елемента соціального та медичного забезпечення населення регіону. *Управління змінами та інновації*. 2022. № 3. С. 33-38. URL : <https://doi.org/10.32782/СМІ/2022-3-6>.

20. Ковтун І. Б., Мороз В. А. Вплив органів місцевого самоврядування на розвиток фармацевтичної галузі України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 8. URL : <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.8.11>.

21. Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. № 2(12). С. 38–52. URL : [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2\(12\)-38-52](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2(12)-38-52).

22. Кузьменко Г. О. Проблеми реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Публічне урядування*. 2022. № 2 (30). С. 47–54.

23. Купріянова О. НСЗУ розриває договір із 24 закладами охорони здоров'я: перелік. *Медична справа*. 2025. URL : <https://medplatforma.com.ua/news/96430-nszu-rozryvaie-dogovir-iz-24-zakladamy-okhorony-zdorovia-perelik>.

24. Куценко А. О. Зарубіжний досвід публічного управління сферою охорони здоров'я. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2025. № 16. URL : <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2025-16-02-20>.

25. Лукаш С., Маслак О., Побідинський Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів. *Аспекти публічного управління*. 2021. № 3. URL : <https://doi.org/10.15421/152109>.

26. Макроекономічний та монетарний огляд. Департамент монетарної політики та економічного аналізу Національного банку України. 2024. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/MMR_2024-12.pdf.

27. Миргородський С.А. Контроль за наданням публічних послуг у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2024. № 1. URL: https://apnl.dnu.in.ua/1_2024/40.pdf.

28. МОЗ звернулося до КМДА для отримання пропозицій щодо формування спроможної мережі медзакладів столиці. Міністерство охорони здоров'я України. 2024. URL : <https://moz.gov.ua/uk/moz-zvernulositya-do-kmda-dlya-otrimannya-propozicij-shodo-formuvannya-spromozhnoyi-merezhi-medzakladiv-stolici>.

29. Мунтян Л. Самоврядні організації лікарів та механізми управління сферою охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 11. URL : <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.11.13>.

30. Мунько А. Ю. Децентралізація та стандартизація системи публічних послуг (на прикладі сфери охорони здоров'я). *Державне управління: удосконалення та розвиток*. Дніпро: ДДАЕУ, 2020. № 8. URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1714>.

31. Мунько А.Ю., Гужва М. Інтеграція цифрових технологій у публічне управління фармацевтичними послугами на регіональному рівні на прикладі Обласного комунального підприємства «Фармація». *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2025. № 11.

32. Обласна програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2026 роки»: рішення Дніпропетровської обласної ради від 13.12.2019 № 535-20/VII (зі змінами). URL : <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/%d0%bf%d1%80%d0%be->

%d0%b2%d0%bd%d0%b5%d1%81%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f-
 %d0%b7%d0%bc%d1%96%d0%bd-%d0%b4%d0%be-
 %d1%80%d1%96%d1%88%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f-
 %d0%be%d0%b1%d0%bb%d0%b0%d1%81%d0%bd%d0%be-244.

33. ОКП «Фармація». Опендатабот. URL :
<https://opendatabot.ua/c/01976358>.

34. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

35. Полковнікова Н. О. Роль органів місцевого самоврядування у реалізації політики в сфері охорони здоров'я населення : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 – місцеве самоврядування / Н.О. Полковнікова ; Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2020. 207 с.

36. Пристая М. Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2023. Вип. 80, ч. 1. С. 557–562. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2024/01/87.pdf>.

37. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України № 2347- IX від 01.07.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2347-20>.

38. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>.

39. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>.

40. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.

41. Про затвердження Положення про Координаційну раду з питань громадського здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я від від 6 січня

2024 № 35. URL : <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-06012024--35-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-koordinacijnu-radu-z-pitan-gromadskogo-zdorov%E2%80%99ja>.

42. Про систему громадського здоров'я: Закон України № 2573-IX від 06.09.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2573-20>.

43. 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 17.01.2025 № 34-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80>.

44. Профілі громадського здоров'я, 2023. Дніпропетровська область. Центр громадського здоров'я. URL : <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BBi%202023%20%D0%94%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%20%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf>.

45. Регіональні показники демографічного розвитку України у 2021–2023 рр. Державна служба статистики України. Київ, 2024. URL: <https://ukrstat.gov.ua>.

46. Романенко С. В. Впровадження електронної медицини в управлінні медичними закладами: переваги та виклики. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 4. С. 256–264.

47. Самофалов Д.О. Публічне управління й адміністрування медичних інформаційних систем як основного інструменту інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2021. Т. 32. № 3. URL : <https://doi.org/10.32838/TNU-2663-6468/2021.3/09>.

48. Самофалов Д.О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий

досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 1(44). URL : [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01\(44\)/pages/14.html](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01(44)/pages/14.html).

49. Соціально-економічне становище Дніпропетровської області за 2023 рік. Головне управління статистики у Дніпропетровській області. Дніпро, 2024. URL : <https://dnepstat.gov.ua>.

50. Черніховський Р.І. Правові засади публічного управління у сфері охорони здоров'я в кризових умовах. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2024. Том 35 (74) № 3. С. 82-88. URL: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.3/16>.

51. Шалько М. Н. Вплив державної політики на розвиток національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2023. № 8. URL : <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2023.8.10>.

52. Шевченко С.О., Мунько А.Ю. Управлінські підходи до подолання наслідків пандемії COVID-19 в Україні. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. № 27. С. 64 – 27.

53. Шевчук Р. Сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. *Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 6(66). С. 79-85. URL : [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-6\(66\)-11](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-6(66)-11).

54. A pharmaceutical strategy for Europe. European Commission. 2023. URL : https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_en.

55. Bayerlein M. Regional Health Care in the EU. ESI Funds as a Means of Building the European Health Union. Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik, 2024. 52 p. URL : https://www.swp-berlin.org/publications/products/research_papers/2024RP01_EU_RegionalHealthCare.pdf.

56. Bobini M., Cicchetti A. Chasing environmental sustainability in healthcare organizations: insights from the Italian experience *BMC. Health Services Research*. 2025. № 25. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13158-x>.

57. Bruen C., Parker S., Siersbæk R., Conghail L. M., Burke S. The role of governance in shaping health system reform: A case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018- 2023. *Schulmann et al. BMC Health Services Research*. 2024. № 24(1):578. URL : <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11048-22>.

58. EFPIA thematic analysis on cumulative legislative impacts. EFPIA. URL : <https://www.efpia.eu/media/i0ihfkys/efpia-cumulative-legislative-impacts.pdf>.

59. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in action 2024: Ukraine. World Health Organization. 2024. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024>.

60. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. URL: https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239.html.

61. Health at a Glance: Europe 2024. OECD. 2024. URL : https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html.

62. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf>.

63. Health Index Ukraine 2023. Results of the national study. World Bank. 2024. URL : https://healthindex.com.ua/HI_Report_UA_2023_EN.pdf.

64. ISO 7101:2023 – Healthcare organization management. Management systems for quality in healthcare organizations – Requirements. URL : <https://www.iso.org/standard/81647.html>.

65. Joint WHO–World Bank report outlines steps for Ukraine to strengthen financing of health system, improving equity and efficiency. World Health Organization; World Bank. 2024. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/20->

11-2024-joint-who-world-bank-report-outlines-steps-for-ukraine-to-strengthen-financing-of-health-system--improving-equity-and-efficiency.

66. Potential health data governance mechanisms for European Health Data Space. TEHDAS. 2021. URL : <https://tehdas.eu/app/uploads/2021/09/tehdas-potential-health-data-governance-mechanisms-for-european-health-data-space-2021-09-01.pdf>.

67. Strengthening integrated, people-centred health services: Report by the Director-General. World Health Organization :. Document of the Seventy-seventh World Health Assembly from 5 April 2024 № A77/32. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_32-en.pdf.

68. Updated Ukraine Recovery and Reconstruction Needs Assessment Released. World Bank. 2025. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2025/02/25/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released>.