ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПАШНЄВ ВІТАЛІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ

УДК 351.84:614.2:005.591.6(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____В.О. Пашнєв

Науковий керівник (консультант): Дорофєєв Олександр Вікторович, доктор економічних наук, професор

Полтава, 2026

АНОТАЦІЯ

Пашнєв В.О. Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» (галузь знань 28 «Публічне управління та адміністрування»). – Полтавський державний аграрний університет, Полтава, 2026.

Дисертаційне дослідження присвячене розвитку теоретико-методичних засад та обґрунтуванню практичних рекомендацій щодо удосконалення адміністративних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Актуальність теми роботи зумовлена необхідністю підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я в умовах масштабних соціально-економічних трансформацій, триваючої медичної реформи, посилення цифровізації суспільних процесів, євроінтеграційних змін, а також значного впливу воєнних дій на стан медичної інфраструктури, кадровий потенціал галузі та доступність медичних послуг для населення.

У першому розділі дослідження розглянуто теоретичні засади публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. На основі систематизації наукових підходів встановлено відсутність єдиного трактування сутності поняття «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я». Узагальнення наявних наукових підходів дозволило уточнити зміст цієї категорії як цілеспрямованої діяльності суб'єктів публічного управління, що реалізується на основі принципів багаторівневого врядування, людиноцентризму, відкритості, інклюзивності та партнерської взаємодії з метою забезпечення доступності, якості та безперервності медичних послуг.

Обґрунтовано доцільність розгляду публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я як багаторівневої системи, що охоплює наднаціональний,

національний, регіональний та локальний рівні управління. Визначено, що ефективність функціонування такої системи забезпечується завдяки узгодженості стратегічних цілей, інституційних механізмів, ресурсного забезпечення та практичній реалізації управлінських рішень. Особливу увагу приділено ролі механізмів зворотного зв'язку як інструменту оцінювання результативності та адаптації системи до змін у зовнішньому середовищі.

За результатами дослідження удосконалено концептуальну модель публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, яка базується на інтеграції аксіологічного, інструментального та процесуального аспектів управління. На відміну від існуючих підходів, запропонована модель передбачає поєднання діяльності органів публічної влади, інститутів громадянського суспільства та приватного сектору на засадах відкритості, підзвітності, партнерства та людиноцентризму, що забезпечує підвищення результативності управлінських рішень і посилення адаптивності системи охорони здоров'я до сучасних викликів.

Встановлено, що функціонування системи охорони здоров'я визначається комплексним впливом соціально-економічних, демографічних, інституційних, політичних та безпекових чинників. Доведено, що в умовах воєнного стану особливого значення набуває здатність системи публічного адміністрування забезпечувати гнучкість, оперативність та адаптивність управлінських процесів.

У результаті дослідження набула подальшого розвитку послідовність дій із забезпечення функціонування публічного адміністрування як гнучкої адаптивної системи. Запропонований підхід ґрунтується на встановленні взаємозв'язків між структурами, інструментами та процесами управління з урахуванням особливостей кризових умов та воєнного стану. Його реалізація базується на принципах процесно-правової та інституційної спроможності, юридичної формалізації, кризової трансформації, оперативної гнучкості та безперервного вдосконалення управлінських механізмів.

У другому розділі здійснено комплексний аналіз реалізації інструментів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що система охорони здоров'я України зазнала суттєвих інституційних змін унаслідок реалізації медичної реформи, що дало змогу сформувати необхідний базис для подальшого розвитку галузі. Разом із тим виявлено низку проблем, серед яких недостатній рівень фінансового забезпечення, кадровий дефіцит, нерівномірне територіальне розміщення медичних закладів, обмеженість інвестиційних ресурсів, зношеність матеріально-технічної бази та негативний вплив воєнних дій на функціонування медичної інфраструктури.

Дослідження показало, що важливим напрямом удосконалення системи охорони здоров'я є забезпечення комплексної інтеграції інструментів публічного адміністрування. На цій основі набули подальшого розвитку методичні засади побудови архітектури інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я. Запропонована архітектура передбачає синергійну взаємодію нормативно-правового, інституційно-організаційного, фінансово-економічного, кадрового, інформаційно-аналітичного та комунікаційно-соціального інструментарію.

Обґрунтовано, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від рівня інтегрованості зазначених інструментів та їх здатності забезпечувати досягнення стратегічних цілей державної політики у сфері охорони здоров'я. Визначено напрями удосконалення нормативно-правового забезпечення галузі, зокрема щодо подолання регуляторної фрагментарності, посилення міжвідомчої координації та розвитку стратегічного планування.

Здійснено оцінювання соціально-економічних детермінант ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. За допомогою економіко-математичних методів і регресійного аналізу доведено наявність стійких взаємозв'язків між результативністю управлінських процесів і рівнем соціально-економічного розвитку держави. Встановлено, що на ефективність системи охорони здоров'я найбільший вплив мають рівень

доходів населення, зайнятість, масштаби соціальних ризиків, бюджетне фінансування та демографічні показники.

У зв’язку з цим удосконалено підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я шляхом обґрунтування домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант та уточнення критерію результативності на основі показника валового національного доходу на душу населення. Отримані результати доводять необхідність інтеграції політики охорони здоров’я з політикою зайнятості, соціального захисту, макроекономічної стабілізації та управління соціальними ризиками.

У третьому розділі визначено стратегічні пріоритети модернізації механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я. Проведене емпіричне дослідження дозволило встановити ключові чинники внутрішнього розвитку закладів охорони здоров’я, що впливають на результативність управлінських механізмів. Виявлено, що вирішальне значення мають рівень організаційної зрілості, якість внутрішніх комунікацій, ефективність систем мотивації персоналу, стратегічне планування та управлінська підтримка.

Визначено основні проблеми функціонування медичних закладів, серед яких домінують надмірне адміністративне навантаження, кадровий дефіцит, недостатній рівень матеріального стимулювання працівників та недосконаліть внутрішніх комунікаційних процесів. Обґрунтовано необхідність підвищення організаційної стійкості медичних установ як передумови забезпечення ефективності публічного адміністрування в умовах воєнного стану.

Удосконалено теоретико-методичні засади моделювання механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я шляхом урахування чинників внутрішнього розвитку медичних закладів у структурі управлінських моделей оцінювання та підвищення ефективності. На основі результатів опитування уточнено роль організаційної зрілості, рівня управлінської підтримки та мотивації персоналу у забезпеченні результативності діяльності медичних установ.

Особливу увагу приділено питанням забезпечення інклюзивності медичних послуг в умовах зростання потреб населення, спричинених наслідками воєнних дій. Встановлено необхідність впровадження сучасних механізмів створення безбар'єрного середовища, розвитку інклюзивної інфраструктури та вдосконалення інструментів соціальної інтеграції пацієнтів.

На основі узагальнення результатів дослідження сформовано механізм удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я як цілісну інтегровану систему управлінських впливів, що поєднує інституційні, організаційно-правові, ресурсні та інструментальні компоненти. Запропонований механізм орієнтований на адаптацію системи охорони здоров'я до наслідків воєнних дій, відновлення медичної інфраструктури, забезпечення міжінституційної координації та підвищення ефективності реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Отримані результати дозволили досягти поставленої мети дослідження щодо розвитку теоретико-методичних засад та обґрунтування практичних рекомендацій з удосконалення адміністративних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Розроблені наукові положення поглиблюють теорію публічного управління та адміністрування, розширюють наукові уявлення про закономірності функціонування системи охорони здоров'я та формують методологічне підґрунтя для розроблення адаптивних управлінських механізмів забезпечення її стійкого розвитку.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості використання розроблених теоретико-методичних положень і практичних рекомендацій органами державної влади, органами місцевого самоврядування, Національною службою здоров'я України, керівниками закладів охорони здоров'я та іншими суб'єктами системи охорони здоров'я під час формування та реалізації державної політики у галузі. Запропонована концептуальна модель публічного адміністрування може бути використана для вдосконалення механізмів координації між суб'єктами управління та

підвищення якості управлінських рішень. Розроблений підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування створює методичне підґрунтя для моніторингу результативності державної політики у сфері охорони здоров'я та врахування соціально-економічних чинників під час її реалізації. Запропоновані підходи до моделювання механізмів публічного адміністрування можуть бути використані для підвищення організаційної спроможності медичних закладів, удосконалення кадрової політики та розвитку системи внутрішнього управління. Розроблений механізм удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я доцільно застосовувати під час розроблення програм відновлення медичної інфраструктури, підвищення стійкості системи охорони здоров'я та адаптації управлінських процесів до викликів воєнного й післявоєнного періодів.

Основні положення та висновки дисертації мають прикладний характер і впроваджені в діяльність низки установ та організацій.

У Міській клінічній лікарні №13 (довідка №1 від 06.05.2026 р.) концептуальні засади функціонування механізму публічного адміністрування застосовано в організаційній, планово-економічній та лікувально-діагностичній діяльності.

У ГО «Інститут економічних та Еколого-енергетичних досліджень» (довідка № 171 від 01.05.2026 р.) впроваджено інструментарій оцінювання результативності медичної галузі та рекомендації щодо її крос-секторальної інтеграції з державними політиками зайнятості й макростабілізації.

У ГО «Інститут інноваційного провайдингу «Сталий розвиток» (довідка № 03 від 20.05.2026 р.) використано підхід до оцінювання ефективності адміністрування з урахуванням ВНД на душу населення для обґрунтування стійкого фінансування системи.

У ГО «ICEI» (довідка № 03 від 05.02.2026 р.) застосовано науково-методичні засади моделювання механізмів публічного адміністрування на основі чинників внутрішнього розвитку медичних закладів.

Результати дослідження також використовуються у навчальному процесі. У Полтавському державному аграрному університеті (довідка № 01-11/85 від 14.05.2026 р.) матеріали залучено до викладання дисциплін «Адміністративне управління в організаціях публічної сфери», «Правові засади адміністративної діяльності», «Публічне управління», «Служба в органах місцевого самоврядування» для бакалаврів та «Електронне урядування» для магістрів. У Полтавському державному медичному університеті МОЗ України (довідка № 03-18/41 від 08.04.2026 р.) результати застосовано під час викладання дисципліни «Державна політика та організаційно-правові засади управління системою охорони здоров'я» для здобувачів другого магістерського рівня.

Ключові слова: публічне адміністрування, публічне управління, охорона здоров'я, система охорони здоров'я, механізми публічного адміністрування, адміністративні механізми, ефективність публічного адміністрування, інструменти публічного адміністрування, розвиток соціально-економічних систем, цифровізація, медичні послуги, війна, управління, стратегія, розвиток.

ABSTRACT

Pashnev V.O. Improvement of the Administrative Mechanism of Public Governance in the Healthcare Sector. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy in Specialty 281 «Public Management and Administration» (field of knowledge 28 «Public management and administration»). – Poltava State Agrarian University, Poltava, 2026.

The dissertation research is devoted to developing theoretical and methodological foundations and substantiating practical recommendations to improve the administrative mechanisms of public governance in the healthcare sector during martial law and in the post-war recovery of Ukraine. The relevance of

the study is determined by the need to enhance the efficiency of the healthcare system in the context of large-scale socio-economic transformations, the ongoing healthcare reform, the intensification of digitalization processes, European integration changes, and the significant impact of military actions on healthcare infrastructure, human resources, and the accessibility of medical services for the population.

The first chapter examines the theoretical foundations of public administration in the healthcare sector. Based on the systematization of scientific approaches, the absence of a unified interpretation of the concept of "public administration in healthcare" has been identified. Generalizing existing scientific approaches clarified the content of this category as the purposeful activity of public administration entities, implemented on the basis of the principles of multi-level governance, human-centeredness, openness, inclusiveness, and partnership, aimed at ensuring the accessibility, quality, and continuity of healthcare services.

The study substantiates the expediency of considering public administration in healthcare as a multi-level system encompassing supranational, national, regional, and local governance levels. It has been determined that the effectiveness of such a system depends on the consistency of strategic goals, institutional mechanisms, resource provision, and the practical implementation of managerial decisions. Particular attention is paid to the role of feedback mechanisms as instruments for evaluating performance and adapting the system to changes in the external environment.

As a result of the research, the conceptual model of public administration in healthcare has been improved. The proposed model integrates the axiological, instrumental, and procedural aspects of governance. Unlike existing approaches, it envisages the interaction among public authorities, civil society institutions, and the private sector, based on the principles of openness, accountability, partnership, and human-centeredness, thereby enhancing the effectiveness of managerial decisions and strengthening the healthcare system's adaptability to contemporary challenges.

It has been established that the functioning of the healthcare system is determined by the complex influence of socio-economic, demographic, institutional, political, and security factors. It has been proven that under martial law, the ability of the public administration system to ensure flexibility, responsiveness, and adaptability of management processes becomes particularly important.

As a result of the study, the sequence of actions to ensure the functioning of public administration as a flexible, adaptive system has been further developed. The proposed approach is based on establishing interconnections among governance structures, instruments, and processes, while taking into account the specifics of crisis and wartime conditions. Its implementation is grounded on the principles of procedural and legal capacity, institutional capability, legal formalization, crisis transformation, operational flexibility, and continuous improvement of administrative mechanisms.

The second chapter provides a comprehensive analysis of the implementation of public administration instruments in the healthcare sector. It has been established that Ukraine's healthcare system has undergone significant institutional changes as a result of healthcare reform, creating the necessary foundation for further development of the sector. At the same time, several challenges have been identified, including insufficient financial support, shortages of healthcare personnel, uneven territorial distribution of healthcare facilities, limited investment resources, deterioration of material and technical infrastructure, and the negative impact of military actions on healthcare infrastructure.

The research demonstrated that an important direction for improving the healthcare system is the comprehensive integration of public administration instruments. On this basis, the methodological principles for constructing the architecture of instrumental support for public administration in healthcare have been further developed. The proposed architecture envisages the synergistic interaction of regulatory and legal, institutional and organizational, financial and economic, human resource, information and analytical, and communication and social instruments.

It has been substantiated that the effectiveness of the healthcare system largely depends on the degree of integration of these instruments and their ability to ensure the achievement of strategic goals of state healthcare policy. Directions for improving the regulatory and legal framework of the sector have been identified, particularly with regard to overcoming regulatory fragmentation, strengthening interagency coordination, and developing strategic planning.

An assessment of the socio-economic determinants of public administration effectiveness in healthcare has been conducted. Using economic and mathematical methods and regression analysis, stable relationships between the effectiveness of management processes and the level of socio-economic development of the state have been confirmed. It has been established that the most significant factors influencing healthcare system performance include household income levels, employment, the scale of social risks, budget financing, and demographic indicators.

In this regard, the approach to assessing the effectiveness of public administration in healthcare has been improved by substantiating the dominant role of external socio-economic determinants and refining the performance criterion through the use of gross national income per capita. The obtained results prove the necessity of integrating healthcare policy with employment policy, social protection, macroeconomic stabilization, and social risk management.

The third chapter identifies strategic priorities for the modernization of public administration mechanisms in healthcare. The conducted empirical study made it possible to determine the key internal development factors of healthcare institutions affecting the effectiveness of management mechanisms. It was found that organizational maturity, the quality of internal communications, the effectiveness of personnel motivation systems, strategic planning, and managerial support play a decisive role.

The main problems affecting healthcare institutions were identified, among which excessive administrative workload, staff shortages, insufficient material incentives, and shortcomings in internal communication processes prevail. The necessity of strengthening the organizational resilience of healthcare institutions as

a prerequisite for ensuring the effectiveness of public administration under martial law has been substantiated.

The theoretical and methodological foundations for modeling public administration mechanisms in healthcare have been improved by incorporating internal development factors of healthcare institutions into management models for assessing and enhancing effectiveness. Based on survey results, the role of organizational maturity, managerial support, and personnel motivation in ensuring the performance of healthcare institutions has been clarified.

Special attention is devoted to ensuring the inclusiveness of healthcare services amid growing healthcare needs caused by the consequences of military actions. The necessity of implementing modern mechanisms for creating a barrier-free environment, developing inclusive infrastructure, and improving instruments of patients' social integration has been established.

Based on the generalization of research results, a mechanism for improving public administration in healthcare has been developed as an integrated system of managerial influences combining institutional, organizational and legal, resource, and instrumental components. The proposed mechanism is aimed at adapting the healthcare system to the consequences of military actions, restoring healthcare infrastructure, ensuring interinstitutional coordination, and improving the effectiveness of state healthcare policy implementation.

The obtained results made it possible to achieve the research objective concerning the development of theoretical and methodological foundations and practical recommendations for improving administrative mechanisms of public governance in the healthcare sector under martial law and the post-war recovery of Ukraine. The developed scientific provisions deepen the theory of public governance and administration, expand scientific understanding of the patterns of healthcare system functioning, and form a methodological basis for the development of adaptive governance mechanisms ensuring its sustainable development.

The practical significance of the obtained results lies in the possibility of using the developed theoretical and methodological provisions and practical recommendations by public authorities, local self-government bodies, the National

Health Service of Ukraine, managers of healthcare institutions, and other stakeholders in the healthcare system when formulating and implementing public healthcare policy. The proposed conceptual model of public administration can be applied to improve coordination mechanisms among governance actors and enhance the quality of managerial decisions. The developed approach to assessing the effectiveness of public administration provides a methodological basis for monitoring the effectiveness of healthcare policy and taking socio-economic factors into account during its implementation. The proposed approaches to modeling public administration mechanisms may be used to strengthen the organizational capacity of healthcare institutions, improve human resource policies, and develop internal management systems. The developed mechanism for improving public administration in healthcare is advisable for use in designing healthcare infrastructure recovery programs, strengthening the healthcare system's resilience, and adapting governance processes to the challenges of wartime and post-war periods. The main provisions and conclusions of the dissertation are applied in nature, have been tested in practice, and are actively used by several organizations and institutions.

The main provisions and conclusions of the dissertation are applied in the activities of several institutions and organizations.

In the City Clinical Hospital No.13 (certificate no. 1 dated 06.05.2026), the conceptual principles of the functioning of the public administration mechanism have been applied in organizational, planning-economic, and medical-diagnostic activities.

In the NGO "Institute of Economic and Environmental-Energy Research" (certificate no. 171 dated 01.05.2026), a toolkit for assessing the effectiveness of the medical industry and recommendations for its cross-sectoral integration with state employment and macro-stabilization policies have been implemented.

In the NGO "Institute of Innovative Providing "Sustainable Development" (certificate no. 03 dated 20.05.2026), an approach to assessing the effectiveness of administration taking into account GNI per capita to justify sustainable financing of the system has been used.

In the NGO "ISEI" (certificate no. 03 dated 05.02.2026), scientific and methodological principles of modeling public administration mechanisms based on factors of internal development of medical institutions have been applied.

The study's results are also used in the educational process. In the Poltava State Agrarian University (certificate no. 01-11/85 dated 14.05.2026), the materials are used in teaching the disciplines "Administrative management in public sector organizations", "Legal principles of administrative activity", "Public administration", "Service in local government bodies" for bachelors and "Electronic governance" for masters. At the Poltava State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (certificate no. 03-18/41 dated 08.04.2026), the results were applied when teaching the discipline "State Policy and Organizational and Legal Principles of Healthcare System Management" for second-level master's degree applicants.

Keywords: public administration, public management, healthcare, healthcare system, public administration mechanisms, administrative mechanisms, public administration efficiency, public administration tools, development of socio-economic systems, digitalization, medical services, war, management, strategy, development.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях:

1. **Пашнєв В.** Трансформація механізмів публічного адміністрування в охороні здоров'я в умовах децентралізації. *Актуальні проблеми інноваційної економіки та права*. 2025. № 3. С. 12-15. **Фахове видання (кат. Б)** (0,53 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.36887/2524-0455-2025-3-2

URL: https://apie.org.ua/en/transformation-of-public-administration-mechanisms-in-healthcare-under-decentralization/

2. **Пашнєв В.** Чинники внутрішнього розвитку медичних закладів як базису механізмів вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. *Наукові перспективи*. 2025. № 12(66). С. 1142-1153. **Фахове видання (кат. Б)** (0,51 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-12(66)-1142-1153

URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/34477

3. Дорофєєв О., **Пашнєв В.** Поняття та структура механізму публічного управління. Hera*ld of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences*, 2023. Vol. 324 (6), P. 256-261. **Фахове видання (кат. Б)** (0,35 ум-друк. арк./0,18 ум-друк. арк. автора)

DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2023-324-6-43

URL: https://heraldes.khmnu.edu.ua/index.php/heraldes/article/view/310

(авторський внесок полягає у визначенні складу комплексного механізму управління, до якого можуть належати: економічні, мотиваційні, організаційні, політичні та правові механізми, а також обґрунтуванні авторського бачення визначення терміна «механізм державного управління»).

4. **Пашнєв В.** Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2026. № 5 (57). С. 5206-5217.**Фахове видання (кат. Б)** (0,52 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-5(57)-5206-5217

URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/44147

5. **Пашнєв В.** Необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни. *Успіхи і досягнення у науці. Серія «Управління та адміністрування».* 2024. № 3(3). Том 2. С. 181-193.

DOI: https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3(3)-181-193

URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/sas/article/view/11582

Праці апробаційного характеру:

6. **Пашнєв В.** Організаційно-правові компоненти механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час. Глобальні економічні виклики та їх вплив на галузевий розвиток: міжнародні перспективи: II Міжнародний науково-практичний семінар, 09 квітня 2025 р. К.: НУБіП України. 2025. С. 39-43. (0,17 ум-друк. арк.)

URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/rich_text_files/%21_2_2025%20%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A_%D

0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%BA%D1%96%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%281%29.pdf

7. **Пашнєв В.О.** Особливості оцінки рівня інклюзивності в публічному адмініструванні закладів охорони здоров'я. State Глобальні економічні трансформації та цифрові інновації в бізнесі: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 15 травня 2026 р. Держ. біотехнологічний ун-т. Харків, 2026. С. 507-519. (0,2 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.20489970

URL: http://btu.kharkov.ua/nauka/konferentsiyi/

8. **Пашнєв В.** Архітектура системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні. Advanced Technologies in Scientific Research: Collection of Scientific Papers with Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference. International Scientific Unity. Rotterdam, Netherlands. May 13-15, 2026. С. 499-520. (0,22 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.70286/isu-13.05.2026

9. **Пашнєв В. О.** Публічне управління у сфері охорони здоров'я: сутність та зміст дефініції. Сучасні тенденції та розвиток соціально-економічних систем : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 4 грудня 2024 року. Харків: Харківський національний економічний університет імені Семена Кузнеця, 2024. С. 345-347. (0,18 ум-друк. арк.)

10. **Пашнєв В.** Обґрунтування управлінських рішень в контексті публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Матеріали конференції. XXIII international scientific conference. Dortmund. Germany. 18-19.December 2025. P. 22-23. (0,15 ум-друк. арк.)

URL: https://conference-w.com/wp-content/uploads/2026/01/Ger.D-1819122025.pdf

ЗМІСТ

ВСТУП 19

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я 31

1.1. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я: зміст та основні поняття 31

1.2. Міжнародна практика публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я 51

1.3. Особливості взаємозв'язку механізмів публічного управління і адміністрування в Україні в умовах дії воєнного стану 73

Висновки до розділу 1 90

РОЗДІЛ 2 РЕАЛІЗАЦІЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я 94

2.1. Сучасний стан розвитку сфери охорони здоров’я України 94

2.2. Інструментальне забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров’я в Україні 115

2.3. Моделювання управлінських рішень в контексті публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я на основі кореляційно-регресійного аналізу 139

Висновки до розділу 2 157

РОЗДІЛ 3 СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я 162

3.1. Виявлення чинників внутрішнього розвитку медичних закладів як базису механізмів вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров’я 162

3.2. Забезпечення інклюзивності лікарів і пацієнтів у публічному адмініструванні реформ охорони здоров’я України 183

3.3. Організаційно-правові засади механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час 199

Висновки до розділу 3 218

ВИСНОВКИ 220

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 224

ДОДАТКИ 246

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний розвиток системи охорони здоров'я України відбувається в умовах масштабних суспільно-економічних трансформацій, цифровізації державного управління, реформування публічного сектору, посилення інтеграційних процесів із Європейським Союзом та необхідності адаптації до нових безпекових викликів. Особливої складності функціонуванню системи охорони здоров'я додають наслідки повномасштабної воєнної агресії, які спричинили руйнування медичної інфраструктури, поглиблення територіальних диспропорцій у доступі до медичних послуг, зростання навантаження на заклади охорони здоров'я, дефіцит кадрових ресурсів та необхідність оперативного реагування на нові соціальні ризики. За таких умов сфера охорони здоров'я набуває не лише соціального, а й стратегічного значення для забезпечення національної безпеки, людського розвитку та післявоєнного відновлення держави.

У сучасній моделі публічного управління охорона здоров'я функціонує як складна багаторівнева система, ефективність роботи якої визначається не лише обсягами фінансового забезпечення чи станом матеріально-технічної бази, а насамперед якістю механізмів публічного адміністрування, рівнем координації між суб'єктами управління, спроможністю інституцій до адаптації та швидкого реагування на зміни зовнішнього середовища. Від результативності управлінських рішень у сфері охорони здоров'я значною мірою залежать показники тривалості життя населення, рівень захворюваності, доступність та якість медичних послуг, соціальна стабільність суспільства та ефективність використання державних ресурсів.

Наявний розвиток системи охорони здоров'я України характеризується необхідністю формування нової парадигми публічного адміністрування, орієнтованої на принципи людиноцентризму, відкритості, підзвітності, інклюзивності та партнерської взаємодії між органами публічної влади, закладами охорони здоров'я, громадянським суспільством, міжнародними

організаціями та приватним сектором. У таких умовах публічне адміністрування перестає виконувати виключно регуляторну функцію та трансформується у складний механізм координації інтересів різних груп стейкхолдерів, спрямований на забезпечення суспільного добробуту, соціальної справедливості та сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Особливої актуальності набуває проблема забезпечення ефективності механізмів публічного адміністрування в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення країни. Руйнування медичних закладів, внутрішня міграція населення, зміна структури захворюваності, збільшення потреб у реабілітації, протезуванні та психологічній допомозі зумовлюють необхідність перегляду наявних управлінських підходів і формування нових механізмів управління, здатних забезпечити стійкість системи охорони здоров'я в умовах високого рівня невизначеності та ресурсних обмежень.

Напрямом сучасної модернізації публічного адміністрування є цифрова трансформація системи охорони здоров'я. Впровадження електронних медичних сервісів, інформаційно-аналітичних платформ, цифрових інструментів комунікації та систем підтримки управлінських рішень створює передумови для підвищення прозорості, оперативності та ефективності управління. Водночас цифровізація потребує формування нових організаційних механізмів координації, удосконалення нормативно-правового забезпечення та розвитку кадрового потенціалу, здатного працювати в умовах цифрового середовища.

Проблематика публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я знайшла широке відображення у працях багатьох зарубіжних та вітчизняних учених. Теоретичні засади публічного управління та адміністрування досліджували такі зарубіжні науковці, як В. Вільсон, М. Вебер, Г. Саймон, Д. Осборн, Т. Габлер та інші. В їх працях закладено концептуальні засади сучасного публічного управління, обґрунтовано принципи ефективності, підзвітності та орієнтації на потреби громадян.

Значний внесок у розвиток теоретико-методологічних засад публічного адміністрування зробили українські науковці, серед яких В. Бакуменко,

В. Князєв, Ю. Ковбасюк, О. Оболенський, Н. Нижник, Т. Василевська та інші. В їх роботах досліджено особливості функціонування системи публічного управління, механізми державного регулювання соціальної сфери, питання інституційного розвитку та підвищення ефективності діяльності органів публічної влади.

Теоретичні та прикладні аспекти функціонування систем охорони здоров'я, реформування медичної галузі, фінансового забезпечення та управління медичними закладами висвітлено у працях багатьох українських і зарубіжних дослідників. Значний внесок у розвиток теорії та практики управління системами охорони здоров'я зробили такі зарубіжні вчені, як М. Портер, Е. Фішер, Д. Бервік, Е. Кові, Дж. Л. Гранд, В. Хсяо, які досліджували проблеми підвищення ефективності медичних систем, реформування механізмів фінансування охорони здоров'я, забезпечення якості медичних послуг і розвитку медичного страхування. Серед українських науковців вагомий внесок у дослідження проблем реформування системи охорони здоров'я, державного регулювання медичної сфери та управління медичними закладами зробили З. С. Гладун, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, І. Я. Сенюта, Н. О. Васюк, Л. І. Жаліло, О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, І. М. Солоненко, Я. Ф. Радиш та інші. У працях зазначених учених значну увагу приділено питанням доступності медичних послуг, розвитку медичного страхування, цифровізації охорони здоров'я, удосконалення кадрової політики, розвитку механізмів стратегічного управління та підвищення ефективності використання ресурсів галузі.

Окремий напрям наукових досліджень пов'язаний із вивченням проблем інституційної спроможності системи охорони здоров'я в умовах кризових явищ, надзвичайних ситуацій та воєнних конфліктів. Значний внесок у дослідження стійкості систем охорони здоров'я та управління ними в кризових умовах здійснили Д. Набарро, М. Мармот, Т. Гебреєсус, Л. Гостін та інші, які розглядали питання глобальної безпеки здоров'я, кризового управління та адаптації медичних систем до надзвичайних ситуацій. Серед українських дослідників проблеми інституційної спроможності, публічного

адміністрування та управління соціально-гуманітарною сферою в умовах кризових викликів досліджували В. Бакуменко, Н. Нижник, Т. Василевська, О. Оболенський, Ю. Ковбасюк, С. Серьогін, В. Баштанник, В. Загорський та інші. Значна увага у їхніх працях приділяється питанням стійкості медичних систем, управління ризиками, адаптивності публічного адміністрування, відновлення медичної інфраструктури, розвитку міжінституційної взаємодії та забезпечення безперервності надання медичних послуг в умовах зростання соціальних і безпекових загроз. Особливої актуальності ці дослідження набули в умовах повномасштабної війни в Україні, коли ефективність публічного адміністрування безпосередньо впливає на здатність системи охорони здоров'я забезпечувати належний рівень медичного обслуговування населення та підтримувати стійкість її функціонування.

Водночас, незважаючи на значний науковий доробок у сфері публічного управління та охорони здоров'я, недостатньо дослідженими залишаються питання формування комплексних механізмів удосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Потребують подальшого розвитку теоретико-методичні підходи до оцінювання ефективності публічного адміністрування, визначення впливу зовнішніх соціально-економічних чинників на результативність управлінських процесів, обґрунтування ролі внутрішньої організаційної спроможності закладів охорони здоров'я та формування інтегрованих механізмів управління, здатних забезпечити стійкість і адаптивність системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. Потребують поглибленого наукового обґрунтування питання забезпечення інклюзивності медичних послуг, розвитку партнерської взаємодії між державою, громадянським суспільством та приватним сектором, удосконалення організаційно-правових засад функціонування галузі та формування сучасної архітектури інструментального забезпечення публічного адміністрування, орієнтованої на досягнення цілей сталого розвитку та інтеграцію України до європейського простору охорони здоров'я.

Зв’язок дисертаційної роботи з науковими програмами, планами і темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Харківського національного економічного університету імені Семена Кузнеця за темами: «Теоретичний базис управління інноваційним розвитком на засадах забезпечення конкурентоспроможності організацій в умовах цифрової економіки» (державний реєстраційний номер 0126U000988), за якою здобувачем розроблено розділ «Інтеграція маркетингу і логістики в рамках сучасних бізнес процесів» (довідка № 21/2026 від 23.06.2026 р. Додаток В).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертації є розвиток теоретико-методичних засад та обґрунтування практичних рекомендацій щодо удосконалення адміністративних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров’я з метою адаптації управлінських процесів до умов воєнного стану й післявоєнного відновлення України.

Для досягнення визначеної мети було окреслено наступні завдання:

дослідити теоретичні засади публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я та удосконалити концептуальні засади його функціонування;

визначити послідовність забезпечення функціонування публічного адміністрування як гнучкої адаптивної системи та обґрунтувати взаємозв’язки його структури, інструментів та процесів в умовах війни;

обґрунтувати інструментальне забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров’я;

дослідити засади оцінювання ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я та визначити соціально-економічні детермінанти результативності функціонування системи;

систематизувати чинники розвитку закладів охорони здоров’я, що впливають на ефективність механізмів публічного адміністрування;

обґрунтувати теоретико-методичні засади моделювання механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я з урахуванням внутрішніх організаційних чинників діяльності медичних закладів.

Об’єктом дослідження є процеси публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я України в умовах реформування системи охорони здоров’я, воєнного стану та післявоєнного відновлення.

Предмет дослідження – теоретичні, методичні та прикладні засади формування, функціонування й удосконалення механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я, а також сукупність організаційних, інституційних, соціально-економічних, ресурсних та управлінських відносин, що виникають у процесі реалізації державної політики у цій сфері.

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження становлять загальнонаукові та спеціальні методи пізнання економічних процесів, зокрема: методи теоретичного узагальнення, аналізу та синтезу для дослідження сутності публічного адміністрування та формування понятійно-категоріального апарату; системний підхід для обґрунтування концептуальної моделі публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я; структурно-функціональний аналіз для дослідження механізмів та інструментів публічного адміністрування; статистичний та економічний аналіз для оцінювання сучасного стану системи охорони здоров’я; методи економіко-математичного моделювання та регресійного аналізу для визначення впливу соціально-економічних чинників на ефективність публічного адміністрування; соціологічні методи (анкетування та опитування) для оцінювання внутрішніх чинників розвитку закладів охорони здоров’я; графічний метод для візуалізації результатів дослідження; абстрактно-логічний метод для формування висновків, рекомендацій та обґрунтування напрямів удосконалення механізмів публічного адміністрування.

Поставлені завдання вирішено з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica, та інших.

Інформаційну базу досліджень склали нормативно-правові акти України та міжнародних організацій у сфері охорони здоров’я; офіційні матеріали Міністерства охорони здоров’я України, Національної служби здоров’я України, Державної служби статистики України, Міністерства фінансів України; статистичні та аналітичні матеріали міжнародних

організацій (ВООЗ, Світового банку, OECD, Європейської Комісії); наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених; монографії, статті у фахових виданнях, аналітичні звіти та електронні інформаційні ресурси, а також результати власних соціологічних досліджень і результати власних аналітичних розрахунків автора.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження. полягає в розробці та обґрунтуванні нових теоретико-методичних засад щодо удосконалення адміністративних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров’я з метою адаптації управлінських процесів до умов воєнного стану й післявоєнного відновлення України.

Найбільш важливими науковими результатами, що характеризуються новизною, є наступні положення:

Удосконалено:

концептуальну модель публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, яка, на відміну від існуючих, ґрунтується на інтеграції аксіологічного, інструментального та процесуального аспектів публічного управління, поєднує взаємодію органів публічної влади, інститутів громадянського суспільства та приватного сектору на засадах партнерства, відкритості, підзвітності та людиноцентризму, що дозволяє підвищити результативність управлінських рішень, забезпечити якісне надання медичних послуг та посилити адаптивність системи охорони здоров'я до сучасних суспільних викликів;

підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я, який у порівнянні з існуючими здійснюється шляхом обґрунтування домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант у формуванні її інтегрального рівня; на основі уточнення критерія результативності публічного адміністрування шляхом використання показника валового національного доходу на душу населення доведено необхідність інтеграції політики охорони здоров’я з політикою зайнятості, макроекономічної стабілізації та управління соціальними ризиками як передумови стійкого фінансування й підвищення управлінської

результативності системи в умовах відновлення України;

теоретико-методичні засади моделювання механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я шляхом урахування чинників внутрішнього розвитку медичних закладів у структурі управлінських моделей оцінювання та підвищення їх ефективності, які на відміну від існуючих, ґрунтуються на основі опитування та уточнюють роль організаційної зрілості закладів охорони здоров'я, рівня управлінської підтримки та мотивації персоналу, а також ранжують проблеми в практиці управління персоналом у медичних закладах, врахування яких спрямоване на підвищення залученості персоналу, стійкості та результативності закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану та триваючих інституційних реформ;

набули подальшого розвитку:

послідовність дій із забезпечення функціонування публічного адміністрування як гнучкої системи через обумовлення зв'язків у структурах, інструментах і процесах з урахуванням специфіки воєнного часу в Україні, яка у порівнянні з існуючими, будується на принципах процесно-правової та інституційної спроможності; юридичної і процедурної формалізації та трансформація в умовах кризи (воєнного часу); оперативної гнучкості та вдосконалення, що дозволить підвищити дієвість та відновлення механізмів публічного адміністрування та знизити ризики невідповідності цілей розвитку релевантним потребам;

методичні засади побудови архітектури системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні, які на відміну від існуючих, ґрунтуються на виділенні, компліментарності і синергійної взаємодії її основних елементів: нормативно-правового інструментарію, інституційно-організаційного інструментарію, фінансово-економічного, кадрового, інформаційно-аналітичного та комунікаційно-соціального інструментарію;

концептуальні положення щодо формування та функціонування механізму удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я як цілісної інтегрованої системи управлінських впливів, що, у

порівнянні з існуючими, ґрунтується на поєднанні інституційних, організаційно-правових, ресурсних та інструментальних компонентів з урахуванням специфіки публічного сектору, що дозволяє забезпечити узгодженість управлінських рішень між рівнями публічної влади, адаптацію адміністрування до наслідків воєнних дій, ступеня руйнування медичної інфраструктури та реальних потреб населення, а також підвищити ефективність реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах відновлення України.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості використання розроблених теоретико-методичних положень і практичних рекомендацій органами державної влади, органами місцевого самоврядування, Національною службою здоров'я України, керівниками закладів охорони здоров'я та іншими суб'єктами системи охорони здоров'я під час формування та реалізації державної політики у галузі. Запропонована концептуальна модель публічного адміністрування може бути використана для вдосконалення механізмів координації між суб'єктами управління та підвищення якості управлінських рішень. Розроблений підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування створює методичне підґрунтя для моніторингу результативності державної політики у сфері охорони здоров'я та врахування соціально-економічних чинників під час її реалізації. Запропоновані підходи до моделювання механізмів публічного адміністрування можуть бути використані для підвищення організаційної спроможності медичних закладів, удосконалення кадрової політики та розвитку системи внутрішнього управління. Розроблений механізм удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я доцільно застосовувати під час розроблення програм відновлення медичної інфраструктури, підвищення стійкості системи охорони здоров'я та адаптації управлінських процесів до викликів воєнного й післявоєнного періодів.

Основні положення та висновки дисертації мають прикладний характер, пройшли апробацію та активно використовуються в діяльності таких організацій і установ: Міська клінічна лікарня №13 (довідка про впровадження

результатів дисертаційного дослідження №1 від 06.05.2026 р., Додаток Г) - теоретико-методичні засади щодо удосконалення механізмів публічного адміністрування сфери охорони здоров'я, в частині уточнення концептуальних положень щодо формування та функціонування механізму удосконалення публічного адміністрування як цілісної інтегрованої системи управлінських впливів знайшли своє практичне застосування та були успішно впроваджені в організаційно-управлінську, планово-економічну та лікувально-діагностичну діяльність; ГО «Інститут економічних та Еколого-енергетичних досліджень» (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження № 171 від 01.05.2026 р., Додаток Д) - обґрунтований інструментарій комплексного оцінювання результативності публічного управління медичною галуззю, який ґрунтується на визначенні домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант у формуванні інтегрального рівня ефективності системи, а також запропоновані стратегічні орієнтири та прикладні рекомендації щодо крос-секторальної інтеграції політики охорони здоров'я з державними політиками зайнятості, макроекономічної стабілізації та проактивного управління соціальними ризиками; ГО «Інститут інноваційного провайдингу «Сталий розвиток» (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження № 03 від 20.05.2026 р., Додаток Е) - підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, який здійснюється шляхом обґрунтування домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант у формуванні її інтегрального рівня; на основі уточнення критерія результативності публічного адміністрування шляхом використання показника валового національного доходу на душу населення доведено необхідність інтеграції політики охорони здоров'я з політикою зайнятості, макроекономічної стабілізації та управління соціальними ризиками як передумови стійкого фінансування й підвищення управлінської результативності системи в умовах відновлення України; ГО «ІСЕІ» (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження № 03 від 05.02.2026 р., Додаток Ж) - науково-методичні засади моделювання

механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я шляхом урахування чинників внутрішнього розвитку медичних закладів у структурі управлінських моделей оцінювання та підвищення їх ефективності.

Теоретичні та методичні положення дисертаційної роботи використовувалися в навчальному процесі Полтавського державного аграрного університету (довідка про впровадження науково-прикладних результатів № 01-11/85 від 14.05.2026 р., Додаток И) під час викладання дисциплін «Адміністративне управління в організаціях публічної сфери», «Правові засади адміністративної діяльності», «Публічне управління», «Служба в органах місцевого самоврядування» для здобувачів ОПП «Місцеве самоврядування» першого бакалаврського рівня вищої освіти та дисципліни «Електронне урядування» для здобувачів ОПП «Зв'язки з громадськістю» другого магістерського рівня вищої освіти та Полтавського державного медичного університету МОЗ України (довідка про впровадження науково-прикладних результатів № 03-08/41 від 08.04.2026 р., Додаток К) під час викладання дисциплін «Державна політика та організаційно-правові засади управління системою охорони здоров'я» для здобувачів освіти галузі знань D «Бізнес, адміністрування та право» другого магістерського рівня вищої освіти.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним і завершеним науковим дослідженням, виконаним автором особисто. Всі наукові результати, представлені в дисертації, отримані автором самостійно та опубліковані в наукових статтях. Із праць, написаних у співавторстві, у дисертації використані лише ті ідеї та положення, які є результатом особистих досліджень здобувача. Особистий внесок автора детально зазначено в переліку публікацій.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дисертаційного дослідження доповідалися, обговорювалися та отримали схвальні відгуки на 5 міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема: ІІ Міжнародний науково-практичний семінар «Глобальні економічні виклики та їх вплив на галузевий розвиток: міжнародні

перспективи», (09 квітня 2025 року, м. Київ); Міжнародній науково-практичній конференції «Глобальні економічні трансформації та цифрові інновації в бізнесі», (15 травня 2026 року, м. Харків); 4th International Scientific and Practical Conference «Advanced Technologies in Scientific Research», (13–15 травня 2026 року, м. Роттердам, Нідерланди); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні тенденції та розвиток соціально-економічних систем», (04 грудня 2024 року, м. Харків); XXIII International Scientific Conference, (18–19 грудня 2025 року, м. Дортмунд, Німеччина).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи опубліковано у 10 наукових працях загальним обсягом 2,68 ум-друк. арк., з яких особисто автору належить 2,5 ум-друк. арк. У тому числі 5 статті у наукових фахових виданнях (до захисту зараховано 5 статей), 5 публікацій у матеріалах і збірниках тез доповідей на наукових конференціях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Роботу викладено на 265 сторінках машинописного тексту (10,81 авт. арк.). Дисертаційна робота містить 38 рисунків, 18 таблиць, 10 додатків – на 19 сторінках, список використаних джерел із 209 найменувань – на 22 сторінках. Обсяг основного тексту дисертації становить 207 сторінок (8,92 авт. арк.).

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я: зміст та основні поняття

Одним із головних показників якості життя та рівня соціального розвитку держави є стан здоров'я населення, а отже, кожна країна потребує ефективної та людиноорієнтованої системи публічного адміністрування. Глибокі соціально-економічні, політичні та безпекові виклики, з якими стикається Україна на сучасному етапі розвитку, зумовлюють актуальність цього дослідження.

Крім того, на тлі поточної трансформації медичної галузі вирішальною стає роль публічного адміністрування як механізму реалізації державної політики, що забезпечує доступність медичних послуг, раціональне використання бюджетних коштів та підвищення якості медичної допомоги. Реалізація механізму фінансування «гроші йдуть за пацієнтом», функціонування Національної служби здоров'я України, упорядкування правовідносин «лікар – пацієнт», а також впровадження цифрових сервісів і розбудова екосистеми eHealth потребують належного адміністративно-правового супроводу та управлінської координації.

Варто зазначити, що вказані питання набувають нового значення у світлі наслідків повномасштабної збройної агресії проти України, які спричинили зростання навантаження на систему охорони здоров'я, збільшення кількості поранених, осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб, а також потребу в реабілітаційній, психологічній та паліативній допомозі. З подібними викликами, які суттєво уповільнюють та/або ставлять під загрозу дієвість

механізмів публічного адміністрування, не стикалася жодна з країн Європи. За таких обставин якість публічного адміністрування є визначальним фактором життєздатності системи охорони здоров’я та безпеки держави.

Разом з тим, європейський вектор розвитку України вимагає приведення вітчизняної моделі охорони здоров’я у відповідність до стандартів Європейського Союзу у сфері менеджменту, якості та безпеки медичної допомоги. Водночас це вимагає модернізації підходів до публічного адміністрування, більш тісної міжгалузевої координації, участі громадянського суспільства та впровадження сучасних управлінських практик.

Тож розбудова системи, орієнтованої на пацієнта та здатної забезпечити справедливе загальне охоплення медичними послугами всього населення країни, є метою публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я.

Відповідно до чинного законодавства України [50, 76] охорона здоров’я є загальним обов’язком суспільства і держави. При цьому її пріоритетність зобов’язані забезпечити органи публічної влади, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» [76] охорону здоров’я, визначає як багаторівневу систему взаємодії державних інституцій, приватного сектору та громадськості, що має на меті забезпечення повноцінного фізичного й ментального здоров’я, підтримку соціальної спроможності та досягнення максимального довголіття людини.

У рамках нашого дослідження необхідно з’ясувати, перш за все, сутність ключового поняття «здоров’я». Слід підкреслити, що на сьогоднішній день неможливо виокремити єдине загальновизнане тлумачення цього складного явища через неоднозначність підходів до його розуміння.

Офіційно термін «здоров'я» уперше введено на початку 1940 р. завдяки Річарду Сігерісту (США). Він стверджував, що справжнє здоров'я визначається не лише клінічними показниками, а й позитивним світосприйняттям і готовністю людини до активної, відповідальної життєдіяльності [202]. Таке визначення виходило за рамки античних уявлень

про фізичне й душевне здоров'я, а саме закликало сприймати його, зокрема як соціальне явище, а не лише як душевний чи фізичний стан людини.

Такий підхід надихнув експертів — фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі — ВООЗ) — визначати «здоров'я» в контексті концепції Р. Сігеріста. Отож, здоров'я далі вже характеризувалося як комплексна категорія, що охоплює гармонійне поєднання фізичного, ментального та соціального станів індивіда, виходячи далеко за межі суто медичного розуміння відсутності патологій. А згодом, у листопаді 1997 року, ВООЗ внесла поправки до цього поняття з урахуванням того, що «здоров'я – це динамічний стан», а решта змісту визначення залишилася практично без змін [56].

Відомий англійський історик Арнольд Дж. Тойнбі справедливо зазначав, що основною ознакою XX сторіччя, яка затьмарює навіть космічні досягнення та політичні трансформації, стала зміна парадигми в сфері здоров’я. Уперше в історії глобальне здоров’я населення було трансформоване з абстрактної ідеї у практичне завдання державної та міжнародної політики [56].

На важливості здоров'я наголошував й відомий філософ, лікар Авіценна, який вважав головним скарбом життя не завойовані землі, не багатства, які є у скринях, а саме здоров’я.

Зазначимо, що й сьогодні точиться дискусія серед науковців щодо розуміння цієї наукової категорії. Так, Л. Сущенко пропонує розглядати здоров’я як оцінку зіставлення практичного рівня здоров'я людини (або її окремих органів) із тими ідеальними параметрами, які прийнято вважати «нормою» в медицині чи в конкретному суспільстві. При цьому автор наголошує, що під нормою мається на увазі не фіксовані цифри, а певний інтервал, у межах якого органи та підсистеми людини можуть стабільно функціонувати та розвиватися [116, с. 31].

У свою чергу, А. Царенко стверджує, що здоров’я є динамічним станом організму людини, який характеризується потужним енергетичним ресурсом та ефективними механізмами пристосування до зовнішніх змін, що

забезпечують всебічний прогрес особистості, сприяють продуктивному довголіттю та формують надійний бар'єр проти виникнення хвороб [126, с. 20].

Більш детально, за Ю. Танасійчук [117, с. 49], здоров'я - це:

адаптивність, тобто здатність до гармонійної синхронізації з умовами довкілля та власним психофізіологічним ресурсом;

резистентність, що виявляється у спроможності ефективно протидіяти деструктивним внутрішнім та зовнішнім чинникам (захворюванням, віковим змінам, деградації);

екологічність - збереження цілісності власного «Я» та сталого стану оточуючого середовища;

експансія можливостей (постійне розширення горизонтів взаємодії з екологічним, культурним та інтелектуальним простором);

пролонгація активності, яка полягає у збільшенні періоду повноцінної та якісної життєдіяльності;

самовдосконалення, що передбачає розвиток функціональних резервів організму та покращення життєвого середовища;

свідомість та етика – формування зрілої самосвідомості та ціннісних орієнтирів (етико-естетичних і моральних).

З огляду на цільові функції будь-якого суспільства найбільш вдалим, на нашу думку, є визначення Л. Корінчак запропонувала трактувати здоров'я як багатогранний антропологічний феномен, що відображає цілісність буття особистості та інтегрує внутрішню динаміку індивіда з його зовнішньою соціальною реалізацією. Такий стан базується на гармонійній єдності соматичного, когнітивного, суспільного та етичного вимірів, що дозволяє людині зберігати життєстійкість та продуктивність у динамічному середовищі [51, с. 91].

Вказані визначення поняття, що досліджується, свідчать, що здоров'я є багатоплановим поняттям, не обмежуваним лише фізичним станом людини, а включає духовне та соціальне здоров'я, а також психоемоційну

врівноваженість. Всі його аспекти (фізичне, духовне, соціальне та психічне здоров'я) є однаково важливими і розглядаються у взаємозв'язку.

У контексті нашого дослідження доцільним буде більш детально зупинитись на акцентах публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. При цьому наголосимо, що поняття «публічне адміністрування», як і більшість термінів, не визначається наявністю єдиного підходу до характеристики його сутності. Більш того, трансформації системи державного управління в Україні призвели до поява таких управлінських категорій, як «належне урядування (good governance)», «електронне урядування (e-government)», «публічне управління (public management)» та «публічне адміністрування (public administration)».

В цілому, на думку П. Друкера, управління - це особливий вид діяльності, що перетворює неорганізований натовп у ефективну, цілеспрямовану та продуктивну групу [53, с. 2].

У науковій літературі з досліджуваної тематики зустрічається як термін «публічне управління у сфері охорони здоров'я», так і «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я». То що ж управління чи адміністрування?

Щодо публічного адміністрування, то вперше цей термін було використано у 1887 року майбутнім 28-м президентом США Вудро Вільсоном в своєму есе «The Study of administration» («Вивчення адміністрації»). Це дало початок розвитку нового наукового і освітнього напряму. За словами Вудро Вільсона головне завдання адміністративної науки полягає в окресленні функціонального поля діяльності уряду та знаходженні механізмів оптимізації процесів для досягнення результатів за мінімального використання ресурсів [209, с. 198].

Що ж стосується терміну «публічне управління», то воно з'явилося у 1972 р. завдяки англійському державному службовцю Десмонду Кілінгу, який його вперше використав. Він розумів публічне управління як пошук найкращого способу використання ресурсів для досягнення пріоритетних

цілей державної політики [179].

Враховуючи той факт, що багато вітчизняних науковців розглядають «публічне адміністрування» як один із елементів публічного управління, та що предметом дослідження цієї роботи є формування механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час, а не співвідношення понять адміністрування та управління, то для спрощення та адаптації в нашому дослідженні вони уживатимуться із синонімічним змістом. Такий підхід не заперечує вітчизняні наукові напрацювання в цьому напрямку, ні європейські традиції застосування цього поняття, де воно дуже часто вживається [41, с. 8].

З часом зміст цього поняття доповнювався, уточнювався.

У таблиці наведено визначення понять «публічне управління» та «публічне адміністрування», які зустрічаються в сучасних наукових працях (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Визначення поняття «публічне управління» та «публічне адміністрування», які зустрічаються у сучасних наукових працях

п/п	Термін	Визначення	Автор
1.	публічне адміністрування	діяльність органів влади, орієнтована на надання якісних послуг громадянам та створення умов для благополуччя суспільства	О. Кузьменко [55, с. 23].
2.	публічне управління	процес стратегічного поєднання кадрового потенціалу та матеріальних активів у єдину систему задля реалізації поставлених завдань і отримання запланованих результатів	Дж.М. Пріфінер та Р. Пристюс [100, с. 3].
3.	публічне управління	діяльність владних інституцій, яка полягає у коригуванні поведінки та діяльності суспільних суб'єктів задля реалізації пріоритетних цілей розвитку громади чи держави	Н. Аврамчикова [179].
4.	публічне адміністрування	багаторівнева структура публічних установ, побудована на принципах суворої субординації, що забезпечує трансляцію та реалізацію стратегічних державних директив від вищих ешелонів влади до безпосередніх виконавців	Н. Мельтюхова В. Корженко, Ю. Дідок [36, с. 4].
5.	публічне адміністрування	спосіб здійснення публічної влади, за якого обрані народом представники формують стратегічні завдання, а їх практичне втілення доручають підпорядкованим виконавчим органам	В. Мартиненко [61, с. 20–21]

Продовження табл. 1.1

п/п	Термін	Визначення	Автор
6.	публічне адміністрування	метод управління, що базується на виконанні законодавчо закріплених норм та реалізації політичних пріоритетів, які отримали підтримку більшості через інструмент народного волевиявлення	Т. Семенчук [105]
7.	публічне управління	система управлінських дій суб'єктів публічної адміністрації, спрямована на виконання законодавчих актів та політичних рішень шляхом безпосереднього регулювання суспільних відносин в інтересах соціуму	Адміністративне право України: словник термінів [4]
8.	публічне управління	підхід, який розглядає управління не як набір інструментів, а як живий механізм узгодження потреб народу з діями посадових осіб	Н.В. Філіпова [179]
9.	публічне управління	процес спрямованого впливу суб'єктів влади на соціальні та приватні процеси, що здійснюється через механізми організації та регулювання	С. Кравченко [53, с. 2]
10.	публічне управління	методична реалізація правових норм, яка базується на чіткому алгоритмі дій та системному підході до впровадження закону в кожній конкретній ситуації	В. Вільсон [209]
11.	публічне управління	сфера життєдіяльності, що функціонує в точці перетину політичної волі, правового регулювання та суспільного діалогу, поєднуючи стратегічні цілі держави з інтересами громадян	Г. Букерт [142]
12.	публічне управління	динамічна сукупність соціальних ролей та взаємодій, через які держава реалізує свій вплив, інтегрує ресурси та зусилля на всіх ієрархічних рівнях, забезпечуючи регулювання тих аспектів суспільного буття, які потребують державної участі чи координації	О. Марухленко [63]
13.	публічне управління	діяльність, спрямована на оптимізацію владних інститутів шляхом активної співпраці з усіма зацікавленими сторонами	О. Базарна [5]
14.	публічне адміністрування	механізм практичного втілення народного суверенітету, що охоплює всі сфери державної діяльності, який забезпечує стале функціонування законодавства через систему публічних послуг та послідовну реалізацію зовнішньої і внутрішньої політики уповноваженими представниками виконавчої влади	Т. Семенчук [104, с. 389]

Джерело: складено автором на основі [4, 5, 36, 53, 61, 65, 105, 179, 142, 100, 209, 104, 55]

Отож, публічне адміністрування доречно розглядати як діяльність окремих груп (органів публічної влади, представників недержавного сектору),

які взаємодіють і співпрацюють з метою досягнення загальних цілей держави (публічних цілей). Мова йде про цілі які, стосуються питаннь безпеки, комунікації, охорони, збереження конституційних прав, а саме:

гарантування національної безпеки та обороноздатності;

захист недоторканності державного кордону;

забезпечення законності та громадської безпеки;

медичне обслуговування та санітарно-епідемічне благополуччя;

створення доступної системи надання публічних послуг;

освітня діяльність та підготовка кадрів тощо.

На нашу думку, на відміну від традиційного державного управління, публічне адміністрування, в першу чергу, орієнтоване на потреби людини та суспільства, передбачає відкритість, прозорість і підзвітність; залучає недержавних суб'єктів (громадські організації, приватний сектор) і базується на принципах партнерства та сервісної держави.

Проведений аналіз цього поняття висвітлює наявність різних точок зору щодо публічного адміністрування, окреслює змістовні трактування, що підтверджує складність, багатоаспектність і багатоплановість цього поняття. У науковому дискурсі воно трактується як комплексна категорія, що охоплює:

аксіологічний аспект (задоволення потреб суспільства як територіальної спільноти);

інструментальний аспект (втілення державної стратегії в життя);

процесуальний аспект (практичну діяльність суб'єктів влади задля забезпечення суспільного добробуту).

Узагальнення підходів дозволило сформувати концептуальну модель публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я (рис. 1.1).

Представлена модель відображає багаторівневу структуру публічного адміністрування та взаємозв'язок між ключовими елементами системи, що забезпечує її адаптивність і результативність.

У наукових працях з державного управління, медичних і юридичних наук сфера охорони здоров'я та сфера медичних послуг зазвичай

розглядаються як об’єкт публічного адміністрування. У цих працях наводяться дослідження таких дефініцій, як «стратегічне управління у сфері охорони здоров’я» [12], «публічне управління у сфері охорони здоров’я» [49], «публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я» [59], «публічне управління системою охорони здоров’я» [28], «менеджмент у галузі охорони здоров’я» [62] тощо.

Рис. 1.1. Концептуальна модель публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я. *Джерело: авторська розробка*

Щодо поняття «охорона здоров'я», то воно, хоча й знайшло своє відображення в законодавстві, проте в науковій літературі все ж таки відсутнє його узгоджене тлумачення. У більшості випадків воно визначається через сукупність заходів, засобів, суб'єктів і мети.

Вище наведено законодавче визначення категорії «охорона здоров'я» [76]. У підручнику з курсу адміністративного права України знайдено досить схоже твердження, за якого під охороною здоров'я вважається система заходів публічної адміністрації, що базується на створенні безпечного середовища для превенції та терапії патологій, мета якої полягає в максимізації тривалості життя та підтримці високого рівня соціально-трудового потенціалу особистості [58, с. 812].

Заслуговує на увагу й думка В. Карлаш, який охорону здоров'я розуміє як інтегровану модель, що поєднує економічні ресурси, соціальні гарантії та медичні технології. Її призначення полягає у системному забезпеченні життєвого потенціалу як окремої особистості, так і всієї нації через превентивні та відновлювальні заходи [43, с. 17].

Л. Руснак у сутності поняття «охорона здоров'я» зводить її до того, що це цілісна сукупність механізмів, призначених для підтримки, превенції та реабілітації психофізіологічного потенціалу людини, реалізація якої є спільним обов'язком владних інституцій, громадянського сектору та кожної особи зокрема, що забезпечує гармонійний баланс між індивідуальним благополуччям і суспільним здоров'ям [102, с. 38-39].

Досить розгорнуте визначення сутності досліджуваного поняття подає В. Гресько, відповідно до його думки, охорона здоров'я – це сукупність нормативно-регулятивних інструментів, що впроваджуються суб'єктами публічної влади для створення правових гарантій, які сприяють збереженню людського капіталу. Діяльність спрямована на законодавче забезпечення умов, що стимулюють високу професійну та суспільну продуктивність громадян, а також сприяють досягненню біологічного максимуму тривалості життя [22].

Зазначимо, що в Україні охорона здоров’я громадян ґрунтується на ряду принципів, зазначених в Основах законодавства України про охорону здоров’я. Назвемо основні з них:

законність;

доступність і рівність медичної допомоги;

гуманізм і соціальна справедливість;

ефективність і результативність;

прозорість і підзвітність;

децентралізація;

орієнтація на якість медичних послуг та інше [76].

Аналіз наукових праць, що стосуються питань медичної сфери, дає змогу розуміти публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я як цілеспрямовану діяльність, що охоплює правове регулювання, кадрове забезпечення та фінансове стимулювання в конкретній сфері. Метою такої активності є створення максимально сприятливого середовища для ефективної роботи галузі та її адаптації до сучасних викликів за допомогою механізмів трансформації.

Зміст поняття публічного адміністрування за своєю структурою включає такі складові, які утворюють певну систему:

– суб'єкти адміністрування (керуючу систему);

– об'єкти адміністрування (суспільну систему);

– взаємодію (комунікацію, державно-управлінські відносини).

Суб’єктами публічного адміністрування у закладах охорони здоров’я є центральні та місцеві органи державної виконавчої влади, а також органи місцевого самоврядування, в тому числі:

Верховна Рада України – законодавче регулювання;

Кабінет Міністрів України – реалізація державної політики;

Міністерство охорони здоров’я України – провідна державна інституція, відповідальна за стратегічне планування та впровадження політики у галузі медицини, а також за епідемічну безпеку країни. Внутрішня структура

відомства включає 21 підрозділ (департаменти, управління, відділи та сектори);

Національна служба здоров'я України, яка є центральним органом, що забезпечує фінансування медичної допомоги населенню в межах державних гарантій;

органи місцевого самоврядування – органи, що відповідають за функціонування та розвиток медичних установ у громадах;

мережа надавачів послуг – сукупність лікувальних установ усіх форм власності (державних, приватних та комунальних);

громадський сектор, представлений неурядовими організаціями та професійними спільнотами медиків.

На думку відомих науковців В. Бугро та А. Дакал, до об'єктів публічного адміністрування охорони здоров'я належать:

система охорони здоров'я України;

усі лікувальні та лікувально-профілактичні заклади як державні, так і муніципальні та приватні; фельдшерсько-акушерські пункти, фармацевтичні кампанії, наукові медичні інститути та лабораторії, аптеки тощо;

суспільні відносини, в тому числі між суб'єктами й об'єктами адміністрування зі створення, розподілу і споживання медичних послуг, інформаційно-комунікаційна взаємодія Міністерства охорони здоров'я, лікувальних закладів та громадян і організацій громадянського суспільства тощо [12].

Звернемо увагу, що зміст публічного адміністрування в охороні здоров'я охоплює, в тому числі:

формування державної політики у сфері охорони здоров'я (стратегії, концепції, програми реформування);

нормативно-правове регулювання (закони, підзаконні акти, медичні стандарти, ліцензування);

організацію системи надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна допомога; екстрена медицина);

фінансування охорони здоров’я (державний і місцеві бюджети, програма медичних гарантій, НСЗУ);

контроль і нагляд (якість медичних послуг, дотримання стандартів, безпека пацієнтів);

кадрове забезпечення (підготовка, розподіл, підвищення кваліфікації медичних працівників);

цифровізацію та інновації (eHealth, електронні рецепти, медичні інформаційні системи).

Слід сказати, що публічне адміністрування в сфері охорони здоров’я не розвивається та не функціонує в ізоляції від проблем сьогодення та наслідків суспільного розвитку. Реформування центральних органів виконавчої влади, місцевих органів публічної адміністрації (місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування); медична реформа, яка вже декілька років триває в нашій країні; пандемія COVID-19, військовий стан, повномасштабне вторгнення – усі ці виклики сьогодення вносять свої корективи в управління цією важливою сферою людського життя.

Як позитивний момент зазначимо, що на сьогодні в українській медичній системі наявний широкий спектр медичних послуг, як діагностичних, так і лікувальних. Ці послуги є доступними та значною мірою відповідають основним потребам пацієнтів. Однак нові виклики визначають нові вимоги, які потрібно враховувати під час розробки пропозицій щодо впровадження стратегічних напрямків покращення доступу населення до медичних послуг.

Тож в цьому контексті задля повного розкриття потенціалу сектору та формування дієвого механізму підготовки управлінських рішень на державному рівні виникає потреба у формуванні механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я у воєнний час. Щодо основних напрямків цього удосконалення, то пріоритетами мають стати інвестиції в людський капітал через механізми збільшення тривалості життя, покращення біологічного благополуччя наступних поколінь, а також формування стійкої системи протидії епідеміологічним викликам. Тому, у

процесі вироблення та реалізації публічно-владних рішень, важливо базуватися на наукових підходах до формування механізму вдосконалення публічного адміністрування в указаній галузі.

З огляду на проведене дослідження можна стверджувати, що стратегічною метою публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я є зміцнення здоров’я як ресурсу держави, скорочення поширеності хвороб і стимулювання сприятливих демографічних трендів. Очевидно, що досягнення цієї мети вимагає стратегічного підходу та стратегічного управління окресленої сфери суспільно життя, що реалізується на місцях.

В науковій літературі виокремлюють чотири складові стратегічного управління системою охорони здоров'я [5], а саме:

ціннісно-регуляторний вектор, який охоплює формування людиноцентричної парадигми, у якій здоров'я визнається пріоритетною державною цінністю. Він включає правове та адміністративне впорядкування соціальних взаємодій у медичній сфері та утвердження філософії сервісного підходу до пацієнта;

інституційно-ресурсний вектор, зосереджений на розбудові ефективної мережі закладів та їхньої структури. Держава забезпечує цей компонент через цільове фінансування, науково-технологічне оновлення, розвиток інтелектуального капіталу та підготовку кадрів;

організаційно-технологічний вектор, що включає безпосередні механізми менеджменту та інструменти публічного контролю. Це система моніторингу за станом галузі, аудит ресурсів (фінансів, майна, персоналу) та впровадження коригувальних заходів для підвищення коефіцієнту корисної дії медичних установ;

безпековий вектор, що визначає захист здоров'я як стратегічний елемент національної безпеки, спрямований на подолання глобальних та внутрішніх загроз життєдіяльності нації.

Отже, сутність публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я логічно визначати, поєднуючи загальну теорію публічного адміністрування зі

специфікою сфери охорони здоров'я. Це виконавчо-розпорядча діяльність, регламентована відповідними нормативно-правовими актами у сфері охорони та забезпечення необхідного стану повного фізичного, духовного, соціального та психічного благополуччя шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг у сфері охорони здоров'я.

Як уже наголошувалося, публічне адміністрування у галузі охорони здоров'я постає як інтегрований процес стратегічного менеджменту, що охоплює впорядкування ресурсів і координацію зусиль задля підвищення рівня громадського добробуту. Ця діяльність базується на безперервному циклі та складається зі стратегічного планування, структурної організації, практичного впровадження та критичного аудиту медичних програм і соціальних сервісів. Більш детально розкриємо кілька його основних аспектів [87]:

популяційний менеджмент, тобто перехід від індивідуального лікування до управління здоров'ям суспільства загалом. Це передбачає глибокий моніторинг факторів ризику, виявлення системних тенденцій та розробку превентивних заходів;

розробка політики (активна участь управлінців у формуванні нормативної бази та стратегій на всіх ієрархічних рівнях – від локального до національного);

планування та оцінка програми. Йдеться про розробку та практичне впровадження цільових програм охорони здоров'я, що супроводжується жорстким контролем результативності;

розподіл ресурсів. Оптимізація розподілу ресурсів передбачає раціональне маневрування фінансовим, кадровим та технологічним капіталом для забезпечення потреб системи відповідно до пріоритетів громади;

готовність до надзвичайних ситуацій і реагування. Кризовий менеджмент та біобезпека включають заходи щодо розробки протоколів оперативного реагування на надзвичайні ситуації (пандемії, епідемії), що мінімізують негативні наслідки для національної безпеки;

залучення громади. Дієве адміністрування медичної галузі ґрунтується на принципах партисипації (участі). Тісна співпраця з населенням не лише дає змогу врахувати унікальний контекст кожної громади, а й виступає фундаментом для формування взаємної довіри, підтверджуючи професійну спроможність та обґрунтованість дій органів влади;

збір та аналіз даних. Прийняття управлінських рішень базується на зборі та інтерпретації великих масивів даних, що дозволяє прогнозувати розвиток галузі та оцінювати ефективність впроваджених ініціатив;

консалтингова діяльність – лобіювання інтересів громадського здоров'я, підвищення рівня обізнаності політиків та соціуму щодо важливості профілактики захворювань;

міжгалузеве співробітництво. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я базується на принципі командної взаємодії фахівців широкого профілю. Залучення соціальних працівників, екологів, правників та медиків дозволяє сформувати цілісний погляд на проблеми соціуму та розробити стратегії, що враховують усі аспекти людського добробуту;

постійне покращення якості, тобто впровадження циклічного процесу оцінювання та вдосконалення медичних послуг для досягнення найвищих стандартів ефективності. Сюди входять моніторинг та оцінка програм, визначення областей для покращення та впровадження змін для підвищення ефективності.

Тож, варто зазначити, що публічне адміністрування у цій сфері постає не просто як бюрократичний процес, а як динамічна система координації суспільних інтересів, наукових даних та ресурсних можливостей задля забезпечення життєздатності нації.

Переважна більшість науковців, чиї праці присвячені дослідженням різних аспектів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та процесів, що відбуваються під час її реформування, розкриває ці питання крізь призму джерел фінансування медичної галузі. Ми вважаємо, що публічне адміністрування такою важливою сферою людського життя, як сфера охорони

здоров'я, не може зводитися виключно до фінансування галузі.

Ми розділяємо думку Б. Логвиненка, який наводить інший підхід та пропонує виокремити три основні моделі публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров’я за критерієм обсягу публічних повноважень:

імперативна модель, яка передбачає абсолютну централізацію управління, де держава виступає єдиним розпорядником ресурсів та організатором усіх процесів у медичній галузі;

державна модель, яка базується на домінантній ролі владних інституцій як головних суб’єктів прийняття рішень, що володіють виключними повноваженнями у визначенні вектору розвитку системи;

ліберально-регулятивна модель (конкурентна), яка характеризується переходом держави до ролі «арбітра». Її функції обмежуються встановленням нормативно-правових меж, розробкою стратегій та контролем за дотриманням правил ринку, тоді як безпосередня діяльність здійснюється автономними суб'єктами [59, с. 32].

Цей підхід є раціональним та представляє модель владного управлінського впливу на вказану складову суспільного життя.

Отже, у контексті нашого дослідження далі доцільно розглянути сутність терміна «публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я» через дослідження основних підходів до розгляду його складових: «публічне адміністрування» [55, с. 23], «охорона здоров’я» [43] та узагальнення їхніх основних положень. На рисунку наведено схему формування автором визначення поняття «публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я» (рис. 1.2).

Тож пропонуємо розглядати публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я як цілеспрямовану діяльність, основану на певній моделі багаторівневого врядування, що об’єднує зусилля держави та зацікавлених сторін для підвищення індивідуального й колективного благополуччя, що фокусується на інклюзивному процесі прийняття рішень та побудові стійкої

системи надання доступних публічних послуг щодо системного забезпечення життєвого потенціалу суспільства.

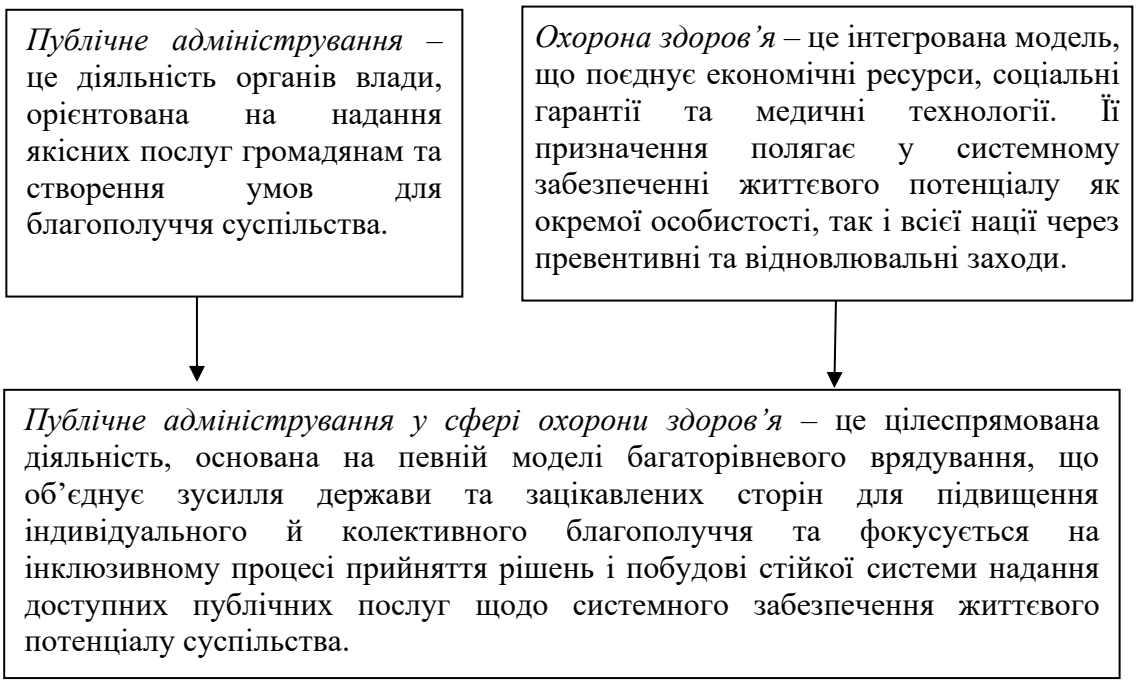

Рис 1.2. Схема формування визначення поняття «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я»

Джерело: авторська розробка

Отже, визначаючи сутність публічного адміністрування в охороні здоров'я, необхідно синтезувати його ключові характеристики з урахуванням динаміки соціально-економічних трансформацій та актуальних глобальних викликів. Такий підхід дозволить забезпечити об'єктивність оцінювання ефективності управлінської діяльності в цій стратегічній сфері.

Враховуючи сучасні виклики функціонування системи охорони здоров'я, доцільним є формування механізму вдосконалення публічного адміністрування у цій сфері, який може бути представлений у вигляді концептуальної моделі (рис. 1.3).

Запропонована авторська модель механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я відображає цілісну логіку формування, реалізації та коригування управлінських рішень в умовах динамічного, невизначеного та ризиконасиченого середовища, характерного

для сучасного етапу розвитку держави. Її концептуальна побудова ґрунтується на інтеграції зовнішніх контекстуальних факторів, інституційних впливів та системи управлінських інструментів, що дає змогу розглядати процес публічного адміністрування не як лінійну послідовність дій, а як багаторівневий адаптивний механізм, у межах якого відбувається постійне узгодження стратегічних цілей, ресурсних можливостей та суспільних запитів.

Особливе значення у структурі моделі має контекстуальний блок, який акумулює впливи зовнішнього середовища, зокрема соціально-економічні трансформації, технологічні зміни, демографічні виклики та зростання потреб населення у якісних і доступних медичних послугах, що в сукупності формують запит на трансформацію системи охорони здоров'я. Саме через механізм інституційних впливів відбувається трансляція цих факторів у площину державної політики, де вони набувають форми стратегічних пріоритетів, регуляторних рішень та управлінських імперативів, що визначають подальшу логіку функціонування системи. У цьому контексті модель дозволяє чітко простежити взаємозв'язок між зовнішніми умовами та внутрішньою архітектурою управління, що є принципово важливим для забезпечення її адекватності сучасним викликам.

Центральним елементом запропонованої моделі є система інструментів публічного адміністрування, яка охоплює нормативно-правове регулювання, фінансові механізми, інструменти контролю та нагляду, а також цифрові рішення, зокрема розвиток eHealth і управління кадровим потенціалом, що забезпечують практичну реалізацію управлінських рішень і функціонування галузі. Водночас принципово важливим є виділення процесного компонента, який підкреслює безперервність і циклічність управління, оскільки прийняття рішень не завершується їх реалізацією, а передбачає постійний моніторинг, оцінку результатів і коригування відповідно до змін у зовнішньому середовищі. Такий підхід дозволяє інтерпретувати публічне адміністрування як динамічну систему, здатну до саморегуляції та адаптації, що особливо актуально в умовах воєнних і посткризових трансформацій.

Рис. 1.3. Концептуальна модель механізму удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

Результативний блок моделі фокусує увагу на досягненні стратегічно значущих ефектів, серед яких ключовими є покращення стану здоров'я

населення, підвищення доступності та якості медичних послуг, а також забезпечення ефективності функціонування системи охорони здоров'я загалом, при цьому важливою характеристикою запропонованого підходу є наявність інтегрованого механізму зворотного зв'язку, який забезпечує не лише оцінку досягнутих результатів, але й формує підґрунтя для перегляду управлінських рішень, уточнення пріоритетів та підвищення адаптивності системи до нових викликів. Таким чином, розроблена модель дозволяє не лише систематизувати наявні підходи до публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, а й пропонує концептуальну основу для його вдосконалення, орієнтовану на підвищення ефективності, гнучкості та стійкості галузі в умовах сучасних трансформацій.

1.2. Міжнародна практика публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

Результати наукової розвідки щодо уточнення сутнісних характеристик уживаного понятєвого апарату дають змогу стверджувати, що здоров'я кожної людини є не лише джерелом добробуту як окремої особистості, так і нації в цілому, а й найбільшою цінністю для людини. Більше того, соціальні й економічні компоненти розвитку національного господарства в повній мірі залежать від стану здоров'я кожної окремої людини.

Як доводить практика поколінь, мрією більшості людей є довге, щасливе, повноцінне, сповнене здоров'ям життя. Ці мрії збігаються з бажанням більшості держав зробити все можливе для досягнення максимального благополуччя своїх громадян. І тут логічним є застосування всіх наявних матеріальних і нематеріальних джерел для здоровозбереження (низка заходів — від профілактики та мотивування до здорового способу життя і аж до максимальної безпеки навколишнього середовища).

Тож, невипадково, головним на порядку денному в Україні постає питання щонайшвидшого завершення реформування системи охорони

здоров’я з урахуванням відповідності міжнародній практиці публічного адміністрування в цій сфері, а також її тенденцій та трендів.

У цьому контексті, на нашу думку, основним «модним» трендом має стати розуміння системи охорони здоров’я в Україні як перспективної, інвестиційної та пріоритетної сфери, а не просто збиткової, якою вона протягом усього існування нашої держави вважалася.

Слід сказати, що на сьогодні проблеми в сфері охорони здоров'я спостерігаються не лише в країнах, що розвиваються. Як показує практика, великі групи людей навіть в деяких «багатих» країнах не мають доступу до своєчасної медичної допомоги. У більшості своїй це відбувається через несправедливу організацію соціального захисту або надмірне зростання цін.

Світова спільнота однозначна у своїх думках щодо важливості та першочерговості питання по створенню урядами країн надійних і дієвих систем охорони здоров'я. Саме вони забезпечують ефективне лікування і профілактику хвороб для всіх громадян, незалежно від того, де вони живуть, який в них соціальний статус або дохід.

Проаналізувавши наукові праці з питань, що досліджуються, слід зазначити, що у світі існують різні моделі організації системи охорони здоров’я [30, 44, 94]. У таблиці наведено найбільш поширені з них (Табл. 1.2).

Система Бісмарка – це модель соціального медичного страхування, впроваджена в Німеччині ще в 1883 році, яка стала основою для створення аналогічних систем у багатьох інших країнах. Назвемо основні характеристики цієї моделі:

1. *Обов'язкове страхування*, яке передбачає обов'язкову участь у системі для всіх працівників. Щодо внесків, то їх сплачують як роботодавці, так і працівники. Вони розраховуються як відсоток від заробітної плати. Такий підхід гарантує широке охоплення населення медичними послугами.

2. *Децентралізована структура*, а це означає, що в системі діє велика кількість незалежних страхових фондів, які конкурують між собою за

застрахованих осіб. Це сприяє підвищенню якості послуг і ефективності роботи фондів.

Таблиця 1.2

Поширені світові моделі організації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

Назва моделі	Взаємодія «лікар - пацієнт»	Джерело фінансування	Роль держави	Публічне адміністрування	Країни – представники
Система Бісмарка (модель соціального медичного страхування)	Як вільні суб'єкти, лікарі пропонують свої послуги; пацієнти за власні кошти отримують медичні послуги	Власні кошти пацієнтів, чи кошти роботодавців	У національному масштабі гарантує медичне страхування	Децентралізована структура, державне регулювання	Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія, Франція, Австрія, Нідерланди та ін.
Ринкова модель (модель з прямим платежем, «з власної кишені»)	Лікарі пропонують свої послуги за ринковою ціною	Власні кошти пацієнтів	Нормативно регулює відносини суб'єктів ринку та частково від шкодовує неспроможності моделі	Мінімальне державне втручання	США, сільські райони Індії, Китаю, Африки, Південної Америки
Модель Бевериджа (національна медична служба з єдиним платежем)	Існують суттєві обмеження ринкових відносин між лікарями та пацієнтами	Фінансує Уряд, або кошти від добровільно-го страхування	Усім громадянам гарантує отримання медичних послуг	Централізоване управління, пріоритет державної власності	Велика Британія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба
Національна модель медичного страхування	Постачальники послуг є приватними	Уряд виступає єдиним платником медичних процедур	Ця система надає населенню більшість медичних процедур незалежно від рівня доходу	Державне регулювання і контроль	Канада, Тайвань, Південна Корея

Джерело: узагальнено автором на основі [47, 65]

3. *Державне регулювання*, тобто держава встановлює основні правила та нормативи для функціонування системи, зокрема визначає обсяг медичних послуг, які мають надаватися всім застрахованим особам.

4. Солідарність і перерозподіл – забезпечення принципу солідарності відбувається, коли здорові та молоді громадяни допомагають фінансувати медичні витрати для хворих та старших людей. Це сприяє соціальній справедливості та доступності медичних послуг для всіх.

Ринкова модель медичного страхування, також відома як модель з прямим платежем або модель «з власної кишені», характеризується такими основними рисами:

1. *Прямі платежі*, тобто пацієнти оплачують медичні послуги безпосередньо зі своїх власних коштів. Витрати на медицину не покриваються страховими полісами або державними програмами.

2. *Конкуренція і вибір*, а це означає, що медичні заклади та лікарі конкурують за пацієнтів, пропонуючи різні послуги за різними цінами. Це дає пацієнтам можливість вибирати медичні послуги та лікарів відповідно до своїх фінансових можливостей та потреб. Така конкуренція може стимулювати поліпшення якості послуг та впровадження інновацій, але це залежить від попиту і платоспроможності пацієнтів.

3. *Мінімальне державне втручання*, тобто в такій системі держава відіграє обмежену роль у регулюванні медичних послуг і страхуванні. Втручання держави може бути обмежено забезпеченням базової санітарної інфраструктури та мінімальних стандартів якості медичних послуг.

4. *Ризик фінансових труднощів*, обумовлений повною відповідальністю пацієнтів за оплату медичних послуг, що може призвести до значних фінансових труднощів у разі серйозних або хронічних захворювань. Відсутність страхування означає, що людина повинна мати значні фінансові резерви для покриття медичних витрат.

Модель Бевериджа, також відома як модель національної медичної служби з єдиним платежем, названа на честь британського економіста Вільяма

Бевериджа. Вона була впроваджена у Великій Британії після Другої світової війни і є основою для функціонування Національної служби охорони здоров'я (NHS). Основні характеристики цієї моделі такі:

1. Фінансування за рахунок податків – медичні послуги фінансуються з державного бюджету, який поповнюється за рахунок податків. Це означає, що медична допомога доступна для всіх громадян без необхідності в прямих платежах за кожен прийом чи процедуру.

2. *Державна власність* – більшість лікарень та медичних установ перебувають у державній власності. Медичний персонал часто є державними службовцями або працює на умовах, встановлених державою.

3. *Централізоване управління* означає, що система управляється централізовано державними органами, які визначають обсяги фінансування, стандарти надання медичних послуг і регулюють діяльність медичних установ.

4. *Превентивна медицина* – основний акцент робиться на профілактику захворювань і здоровий спосіб життя, що допомагає знижувати загальні витрати на охорону здоров'я в довгостроковій перспективі.

Модель медичного страхування є одним із ключових підходів до організації систем охорони здоров'я. Вона передбачає фінансування медичних послуг за рахунок страхових внесків, сплачених застрахованими особами або їхніми роботодавцями. Основні характеристики цієї моделі такі:

1. *Обов'язкове або добровільне страхування. У цьому аспекті в цивілізованому світі існують різні моделі медичного страхування: воно* може бути обов'язковим для всіх громадян або добровільним, коли люди самостійно вирішують, чи підписувати страхові поліси.

2. *Перерозподіл ризиків,* тобто такий підхід означає, що великі медичні витрати окремих осіб покриваються за рахунок внесків багатьох застрахованих.

3. *Регулювання і контроль* – державні органи зазвичай встановлюють нормативи і правила для функціонування системи медичного страхування,

включаючи мінімальні вимоги до страхових полісів, обсяг послуг, що надаються, та механізми контролю якості.

4. *Стимулювання профілактики* – страхові компанії можуть заохочувати своїх клієнтів до ведення здорового способу життя і участі в профілактичних програмах, що допомагає зменшити загальні витрати на охорону здоров'я.

У табл. 1.2 здійснено порівняння найпоширеніших світових моделей організації публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я, що використовуються в останні десятиліття.

Щодо України, то довгий час тут реалізовувалася модель Семашка, де, на відміну від ринкових відносин, діяли державно-адміністративні. Ця система визначалася відсутністю заохочень для покращення надання медичних послуг, доволі повільним темпом розвитку галузі та вкрай низьким рівнем заробітної плати медичного персоналу. І лише медична реформа, розпочата у 2018 році, дала поштовх до позитивних змін у вітчизняній системі охорони здоров’я.

Ґрунтуючись на проведеному дослідженні, можна стверджувати, що кожна з цих моделей має свої переваги та недоліки. Наприклад, суттєвими перевагами моделі Бевериджа є стовідсотковий доступ усіх громадян до медичних послуг, фінансова захищеність громадян від високих медичних витрат, спрощені технології фінансування та оплати праці в цій галузі. Щодо недоліків, то через відсутність конкуренції на ринку медичних послуг по всій країні надаються однакові, стандартизовані пільги, а також є тенденція до довгих списків очікування таких послуг.

Сьогодні цю проблему відчувають громадяни України, які через військові дії переїхали до країн, де реалізується ця система. Оскільки її ще називають «моделлю для заможних країн», бо її реалізація потребує значних фінансових ресурсів, то в Україні в найближчій перспективі через низку обставин запровадити таку систему практично неможливо.

Основною перевагою системи Бісмарка є її стабільність та широке охоплення населення, що забезпечує високий рівень медичного

обслуговування. Однак вона також має свої виклики, зокрема необхідність контролювати зростання витрат на медицину та підтримувати конкуренцію між страховими фондами. Фокусуючи увагу на тих, хто може зробити свій внесок у фінансову сферу, країни у яких реалізована модель Бісмарка, стикаються з низкою проблем, а саме: як опікуватися тими, хто не може працювати, чи не може робити собі внески; як подолати кризу, пов'язану зі старінням населення тощо.

Через порівняно низький дохід населення України, цю модель майже неможливо запровадити в нашій країні. Безперспективною для нашої країни ця система є й через потребу у значних ресурсах на утримання значного адміністративного апарату, необхідного для здійснення складної системи розрахунків із лікувально-профілактичними закладами.

Важка ситуація складається в країнах із ринковою моделлю, коли бідні громадяни, не маючи достатньої кількості грошей, залишаються без належної медичної допомоги. Та й слід сказати про високі ціни на медичні послуги й неможливість здійснення державного контролю.

І хоча ця модель пришвидшує розвиток нових медичних технологій і дозволяє суттєво підвищити якість надання медичних послуг, фахівці (як науковці, так і практики) все ж таки не радять в Україні переходити до такої моделі. Вони мотивують це тим, що в нас може початися «тиха приватизація». Це призведе до того, що на чолі лікувально-профілактичних закладів з'являться представники вітчизняного та іноземного бізнесу, для яких головною метою буде отримання прибутку, а не розвиток галузі охорони здоров'я.

Оскільки Національна модель медичного страхування базується на аспектах двох моделей Бісмарка і Беверіджа, то й країни, які її обирають, стикаються з подібними проблемами, на кшталт завеликого споживання медичних ресурсів в екстрених ситуаціях (землетруси й інші природні лиха, війна, пандемія тощо) тощо. Серед переваг цієї моделі – гарантований обсяг медичних послуг для застрахованого населення; забезпечення фінансової

захищеності громадян від високих медичних витрат; наявність конкуренції на ринку таких послуг, заснованої на співпраці. Проте її ефективність може залежати від рівня конкуренції між страховими компаніями, якості регулювання та управління системи, а також від рівня усвідомленості й відповідальності громадян.

На підставі результатів дослідження наголосимо, що «у чистому вигляді» жодна з розглянутих вище моделей не може бути запропонована для реалізації в Україні. Тож постає гостра потреба в розробці вітчизняної моделі організації системи охорони здоров’я на основі найкращих світових практик, з урахуванням специфіки нашої країни та соціальних пріоритетів.

Далі вважаємо за доцільне звернутися в нашому дослідженні до міжнародної практики країн світу щодо публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я для можливого застосування певних підходів або механізмів фінансування цієї галузі в Україні.

Цікавим є досвід країн, що є членами Організації економічного співробітництва і розвитку [31], створеної у 1961 році. Спочатку до її складу входили країни Європи та Північної Америки. А вже сьогодні ця організація об'єднує понад 30 країн: Австралію, Австрію, Бельгію, Великобританію, Грецію, Данію, Естонію, Ізраїль, Іспанію, Ісландію, Ірландію, Італію, Канаду та ін.

Дійсно, в межах одного дослідження ми не зможемо проаналізувати досвід усіх 35 країн-членів Організації економічного співробітництва і розвитку. Зробимо вибірковий огляд досвіду публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я в Канаді та Німеччині, який нам видався корисним та перспективним у плані застосування в нашій країні.

В першу чергу проаналізуємо досвід Канади, який, на нашу думку є найцікавішим. Систему охорони здоров'я цієї країни можна охарактеризувати як сформовану, стабільну систему універсального покриття послугами, доступну для всіх громадян і прив’язану до пацієнта, який може безперешкодно подорожувати країною [40, 134, 198].

Канадська система охорони здоров'я відома як Medicare і фінансується переважно з податків. Кожна провінція та територія має свою власну систему, але всі вони підпорядковуються федеральним стандартам, визначеним Законом про охорону здоров'я Канади.

Усі резиденти Канади мають доступ до медичних послуг, незалежно від їхнього доходу, віку або стану здоров'я. Цей принцип універсальності гарантує, що кожен має право на необхідне медичне обслуговування.

Система охоплює широкий спектр медичних послуг, включаючи лікарську допомогу, госпіталізацію, хірургічні операції та інші необхідні медичні процедури. Проте, деякі послуги, такі як стоматологічні чи офтальмологічні, можуть не бути повністю покриті.

Громадяни мають право на медичні послуги на будь-якій території, незалежно від місця проживання. Це важливо для тих, хто переїжджає або подорожує країною.

Система спрямована на забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального чи економічного становища.

До речі, громадяни Канади вирізняються досить високими показниками здоров’я: жінки живуть до 84 років, а чоловіки — до 80 років (7 місце у світі за очікуваною тривалістю життя) [134].

При всіх позитивних моментах, Канадська система охорони здоров'я також стикається з певними викликами, основними серед яких є:

– черги на обслуговування. Пацієнти часто стикаються з тривалим очікуванням отримання спеціалізованої медичної допомоги. Наприклад, понад 9 тижнів у 1993 році доводилося чекати канадському пацієнту від моменту обстеження до отримання спеціалізованого лікування. А вже до 2007 року термін очікування майже подвоївся [64]. Справедливо буде зазначити, що на тривалий час очікування скаржаться в багатьох країнах, зокрема в Британії, Франції, Австралії та ін.;

– обмеженість ресурсів. В деяких регіонах є нестача медичного персоналу та обладнання.

– фінансовий тиск. Зростаючі витрати на медичне обслуговування створюють фінансовий тиск на систему. Наприклад, у період 1997–2007 років у всіх канадських провінціях витрати на систему охорони здоров’я зросли за рік у середньому на 7,3%, при цьому темпи зростання доходів провінцій становили 5,6%. Тобто спостерігалася ситуація, коли витрати на охорону здоров’я в країні зростали швидше, ніж здатність держави їх покривати [64].

Не зважаючи на це, Канада постійно працює над вдосконаленням своєї системи через дослідження та адаптацію нових технологій. Для вирішення вищевказаних викликів впроваджуються різноманітні реформи та інновації, в тому числі:

– **і**нвестиції в телемедицину, що дозволяє покращити доступ до медичних послуг у віддалених районах;

– розвиток первинної медичної допомоги, і це посилює роль сімейних лікарів і медичних сестер;

– оптимізація управління ресурсами, що дає змогу використовувати сучасні технології для ефективного управління медичними закладами.

Хоча більшість громадян і не влаштовує доволі тривале очікування на прийом, проте близько 57% канадців «задоволені» чи «дуже задоволені» системою охорони здоров’я своєї країни. До прикладу, лише 25% американців задовольняє система медичних послуг у їхній країні [134].

Отож, канадська система охорони здоров'я є прикладом успішного впровадження принципів універсальності та доступності, що дозволяє забезпечити медичну допомогу високої якості для всіх громадян. Водночас, постійні реформи та модернізації сприяють підтримці ефективності та інноваційності системи.

Цікавим, з точки зору нашого дослідження, є й досвід Німеччини. Найефективніша та найстаріша у світі німецька система охорони здоров'я

поєднує елементи як державного, так і приватного страхування. Вона забезпечує високий рівень доступу до медичних послуг [66, 70].

Ця система базується на принципах соціального страхування. Всі громадяни та законні резиденти Німеччини повинні мати медичне страхування [38], яке забезпечується через:

– державні страхові фонди (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) – охоплюють близько 90% населення;

– приватні страхові компанії (Private Krankenversicherung, PKV) – для осіб з високим доходом, державних службовців та самозайнятих осіб.

Система фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників, а також податкових надходжень. Рівень внесків залежить від доходу, що робить систему солідарною – ті, хто заробляють більше, платять більше, але всі отримують однакові медичні послуги.

Обов'язковість медичного страхування для всіх громадян гарантує універсальний доступ до медичних послуг. Навіть ті, хто не може дозволити собі страхування, отримують допомогу через соціальні програми.

Пацієнти мають вільний вибір лікарів і медичних установ. Це створює конкуренцію між медичними закладами, а це, у свою чергу, сприяє підвищенню якості медичних послуг.

Система охоплює широкий спектр медичних послуг, включаючи амбулаторну та стаціонарну допомогу, стоматологічні послуги, ліки та профілактичні заходи.

Німецька система охорони здоров'я відома своєю високою ефективністю і якістю медичних послуг. Велика увага приділяється профілактиці захворювань і ранньому виявленню проблем зі здоров'ям.

Попри високий рівень якості, система охорони здоров'я Німеччини стикається з певними викликами, які в першу чергу пов’язані зі **с**тарінням населення. Зростання кількості літніх людей створює додатковий тиск на систему охорони здоров'я.

Іншим викликом для німецької системи охорони здоров'я є фінансова стійкість. Збільшення витрат на медичні послуги вимагає постійних реформ, щоб забезпечити фінансову стійкість системи.

Для покращення системи охорони здоров'я Німеччина активно впроваджує інновації та реформи, серед яких слід назвати:

– електронне здоров'я, тобто розвиток цифрових технологій, таких як електронні медичні картки та телемедицина;

– зміцнення первинної медичної допомоги, що передбачає збільшення ролі сімейних лікарів та медичних сестер у наданні первинної медичної допомоги;

– профілактика та здоровий спосіб життя, основані на підтримці програм, спрямованих на профілактику захворювань і популяризацію здорового способу життя.

Отже, німецька система охорони здоров'я, завдяки своєму високому рівню доступності, якості та ефективності, є зразком для багатьох країн, в тому числі й для України. Вона забезпечує універсальний доступ до медичних послуг через систему соціального страхування, поєднуючи державне та приватне фінансування. Постійні реформи та інновації дозволяють підтримувати високий рівень медичного обслуговування та адаптувати систему до нових викликів.

Для узагальнення особливостей функціонування національних систем охорони здоров’я доцільно здійснити їх порівняльний аналіз на прикладі окремих країн (табл. 1.3).

Слід підкреслити, що Україна не стоїть осторонь найкращих сучасних тенденцій у медичній сфері та, трансформуючи вітчизняну систему, вже використовує деякі аспекти вказаних моделі, а саме:

– впровадження сучасної електронної системи охорони здоров’я (електронні рецепти, електронні направлення на подальші обстеження, електронна медична картка – поки що в тестовому режимі);

– вільний вибір медичного закладу та лікаря;

– на рівні сімейної медицини українці мають гарантований пакет медичних послуг;

– гроші «йдуть» до лікарні за пацієнтом.

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика національних підходів до організації системи охорони здоров'я (на прикладі окремих країн)

Критерій	Канада	Німеччина	Велика Британія	США
Тип системи	національне медичне страхування	соціальне страхування (Бісмарк)	державна (Беверидж)	ринково-орієнтована
Джерело фінансування	податки	страхові внески	державний бюджет	приватні платежі + страхування
Роль держави	високий рівень регулювання	регулятор + контроль	повний контроль	обмежена
Доступність послуг	універсальна	висока	універсальна	нерівномірна
Організація надання послуг	децентралізована	страхові фонди	централізована (NHS)	ринкова
Рівень витрат	середній	високий	контрольований	дуже високий
Основні переваги	рівний доступ, стабільність	якість, конкуренція	соціальна справедливість	інновації
Основні недоліки	черги, навантаження	складність системи	черги, перевантаження	нерівність доступу
Актуальні виклики	дефіцит ресурсів	старіння населення	перевантаження NHS	висока вартість

Джерело: складено автором

Цей огляд надає загальну картину підходів до публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в країнах, що є членами Організації економічного співробітництва і розвитку. Ці підходи в першу чергу спрямовані на забезпечення високої якості медичних послуг та задоволення потреб населення.

Досвід публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в цих країнах базується на принципах доступності, високої якості, справедливості, макроекономічної ефективності. Країни впроваджують різні підходи для досягнення високих стандартів медичних послуг.

Аналіз наукових праць з цієї тематики [66, 70, 132, 134, 198] дозволяють

виокремити кілька основних аспектів цього досвіду:

1. Універсальне охоплення. Передбачає забезпечення універсального, стандартизованого доступу до медичних послуг для всіх громадян країни, незалежно від їхнього соціального статусу або доходу. Це досягається через державне фінансування охорони здоров'я або змішані системи фінансування.

2. Профілактика здоров'я. Вакцинації, скринінгам та освітнім кампаніям із пропаганди здорового способу життя – цим профілактичним заходам приділяється значна увага. Така діяльність допомагає знижувати навантаження на медичну систему та покращувати загальний стан здоров'я населення.

3. Доказова медицина. Використання науково обґрунтованих доказів у клінічній практиці є пріоритетом. На основі найкращих доступних доказів розробляються клінічні настанови, протоколи для забезпечення ефективного лікування та догляду.

4. Електронні медичні записи. Перевагою є впровадження електронних систем для зберігання (за фактом і в часі) та обміну медичною інформацією, що покращує координацію догляду та підвищує ефективність роботи медичного персоналу.

5. Фінансування через податки та соціальне страхування. У більшості країн, що є членами Організації економічного співробітництва і розвитку, медична допомога фінансується через податки або обов'язкове соціальне страхування. Це забезпечує стабільне фінансування та доступ громадян до медичних послуг.

6. Пацієнт-орієнтоване адміністрування. Мається на увазі таке публічне адміністрування, яке сфокусоване на потребах пацієнтів та їх активну участь у прийнятті рішень щодо лікування. Це дозволяє персоналізувати підхід до лікування та догляду.

7. Інновації та технології. Передбачає використання новітніх медичних технологій, таких як телемедицина, мобільні додатки та цифрові платформи, для покращення доступу до медичних послуг і підвищення їхньої якості.

8. Командний підхід. Активне використання цього підходу в медичному обслуговуванні, де лікарі, медсестри, фармацевти та інші фахівці працюють разом, щоб забезпечувати комплексний догляд за пацієнтами.

9. Контроль якості та акредитація. Це допомагає підтримувати високі стандарти якості медичних послуг завдяки різним системам акредитації та сертифікації для медичних закладів і професіоналів.

10. Міжнародне співробітництво. Країни активно співпрацюють у сфері охорони здоров’я, обмінюючись досвідом, даними та інноваціями. Це сприяє підвищенню загального рівня медичних послуг на континенті.

Ці аспекти відображають підхід країн, які є членами Організації економічного співробітництва і розвитку, до управління охороною здоров’я, що сприяє забезпеченню високої якості медичних послуг і здоров’я населення.

Далі розглянемо досвід публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в Сполучених Штатах Америки (далі – США), яка кардинально відрізняється від попередніх, що ми розглядали. На думку експертів, система охорони здоров'я в США є багаторівневою, найскладнішою, найрізноманітнішою та однією з найдорожчих у світі.. Вона включає як державні, так і приватні установи [70, 118].

Більшість лікарень, клінік та медичних практик перебувають у приватній власності. Медичне страхування охоплює близько половини населення країни, що вже стало нормою у більшості штатів. Основна ідея зводиться до того, що майже кожен громадянин країни повинен мати страховий поліс, чи іншу форму покриття. До речі, багатьом американцям ці збитки покривають роботодавці, або витрати поділяються між працівником та роботодавцем.

Поряд із цим у країні є велика кількість осіб, які не мають медичного страхування. Таким громадянам медична допомога надається за надзвичайно великі кошти. Наприклад, вилікувати перелом ноги можна, витративши суму до 7500 доларів, а за триденне перебування в лікарні у середньому можна сплатити близько 30000 доларів [201]. Отож, у більшості випадків

незастраховані особи найчастіше відмовляються від медичної підтримки, і це призводить до серйозних наслідків.

Одночасно з приватними діють і державні програми, такі як**:**

– Medicare – це федеральна програма для осіб старше 65 років та деяких людей молодшого віку з обмеженими можливостями [206].

– Medicaid – це спільна федерально-штатна програма для осіб з низьким доходом [199].

– CHIP – це програма для дітей з сімей з доходами, які перевищують рівень для Medicaid, але недостатні для придбання приватного страхування [39].

Охорона здоров'я в США є однією з найдорожчих у світі. Витрати на медичні послуги постійно зростають, що створює фінансовий тиск як на приватних осіб, так і на компанії.

Отож, як бачимо, суттєвий обсяг медичних послуг у країні надається на платній основі, а приватні кошти складають понад 58% усіх витрат на охорону здоров’я. З них майже 27% — пряма особиста оплата населення за медичну допомогу, і близько 32% — кошти від приватного страхування здоров’я. Особливістю американської медичної системи є диференційований підхід держави до забезпечення медичних потреб громадян шляхом розроблення та впровадження цільових програм соціального страхування [44].

Незважаючи на наявність численних державних програм, доступ до якісних медичних послуг все ще нерівномірний. Багато людей, особливо з низьким доходом, не мають достатнього доступу до медичної допомоги.

США мають високі стандарти медичних послуг, і багато лікарень та клінік оснащені найсучаснішим обладнанням. Проте, якість обслуговування може сильно варіюватися залежно від місця проживання та фінансових можливостей пацієнтів.

Система охорони здоров'я США є одним з лідерів у впровадженні новітніх медичних технологій та інновацій. Це включає розвиток електронних медичних записів, телемедицини, роботизованої хірургії тощо. Країна

розробляє багато технологій та ліків, які використовуються в усьому світі [207].

Система охорони здоров'я в США постійно реформується. Обговорюються різні підходи до подальшого розширення доступу до медичної допомоги та зниження витрат, зокрема пропозиції щодо запровадження універсального медичного страхування.

На підтвердження цього, у 2010 році було прийнято Закон про доступне медичне обслуговування, який мав на меті розширити доступ до медичного страхування, знизити витрати та підвищити якість медичних послуг. Він включав такі заходи, як субсидії на страхування, розширення Medicaid та заборону відмови в страхуванні через попередні медичні умови. Проте, як вже зазначалося вище, лише 25% громадян США задоволені вітчизняною системою медичних послуг [134].

Система охорони здоров'я в США є однією з найскладніших та найдорожчих у світі. Вона має свої переваги, такі як високий рівень технологій і якість медичних послуг, але також стикається з серйозними викликами, зокрема з нерівним доступом і високою вартістю медичних послуг. Постійні реформи націлені на вирішення цих проблем і загальне покращення системи.

На відміну від США, значною особливістю системи охорони здоров’я Японії є безкоштовний доступ до медичних установ [70]. Крім того, населення Японії вважається одним із найбільш здорових порівняно з громадянами інших країн світу.

Досвід публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в Японії є одним з найбільш ефективних у світі. Система охорони здоров'я в цій країні забезпечує високу якість медичних послуг, доступність для всіх громадян і є прикладом для багатьох інших країн.

В Японії ще з 1960-х років діє універсальна система державного медичного страхування, яка забезпечує всебічне охоплення всіх громадян Японії [200, 188 с. 16]. Усі громадяни та резиденти Японії мають обов'язкове

медичне страхування. Це включає як працівників, так і самозайнятих осіб, студентів і пенсіонерів.

В країні існує два основні типи страхування**:**

– страхування для працівників, яке забезпечується роботодавцями і покриває страхування працівників та їхні сім'ї;

– національна система медичного страхування, яка діє для самозайнятих, пенсіонерів та інших, хто не охоплюється страхуванням роботодавця.

Система фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників, а також субсидій від центрального і місцевого урядів. Пацієнти зазвичай сплачують близько 30% вартості медичних послуг, але є верхні межі для співоплати залежно від доходу. Медичне страхування охоплює понад 5000 видів медичної, стоматологічної допомоги та ліки [150 с. 68].

Завдяки універсальному страхуванню, всі громадяни мають доступ до медичних послуг. Лікарні та клініки розташовані рівномірно по всій країні, що забезпечує зручний доступ до медичної допомоги.

Японія відома високою якістю медичних послуг. Країна має одну з найвищих тривалостей життя у світі, а також низький рівень дитячої смертності.

Японія є лідером у впровадженні медичних технологій. Лікарні обладнані сучасною технікою, що дозволяє проводити складні медичні процедури та операції.

Японська система охорони здоров'я приділяє велику увагу профілактиці захворювань. Програми вакцинації, регулярні медичні огляди та освітні кампанії спрямовані на збереження здоров'я громадян.

Уряд постійно працює над удосконаленням системи медичного страхування. Останні реформи спрямовані на зниження витрат на медичне обслуговування та підвищення якості послуг.

Японія стикається з викликом старіння населення. Це збільшує попит на медичні послуги для літніх людей і створює додатковий фінансовий тиск на систему охорони здоров'я.

Розробка нових методів лікування та профілактики захворювань, впровадження цифрових технологій у медицину та розвиток телемедицини – це головні переваги японської медичної галузі.

Японська система охорони здоров'я є зразковою завдяки своїй ефективності, доступності та високій якості медичних послуг. Вона базується на принципах універсального страхування і фінансується за рахунок внесків та податків. Незважаючи на виклики, такі як старіння населення, система продовжує розвиватися і впроваджувати інновації, щоб забезпечити здоров'я своїх громадян.

Якщо ми звернемося до світових рейтингів щодо вибору найкращої моделі охорони здоров’я, то, скоріш за все, не знайдемо однозначної відповіді, яка країна є світовим лідером у цій сфері. Це пов’язано, в першу чергу, з тим, що під час розрахунків цих рейтингів використовуються різні критерії оцінювання. Наприклад, згідно з рейтингом процвітання, перше місце за рівнем ефективності у 2019 році посідала система охорони здоров’я Сінгапура, друге — японська, і третє — швейцарська. Щодо нашої вітчизняної системи охорони здоров’я, то Україна займала 114 місце [205].

У Глобальному індексі безпеки здоров’я за 2019 рік серед найкращих країн світу бачимо США, Об’єднане Королівство Великої Британії та Північної Ірландії, Нідерланди, Австралію. А ось Україна в цьому рейтингу посіла 94 місце [174].

У звіті про Європейський індекс споживачів охорони здоров’я найкращими системами охорони здоров’я у 2018 р. визнані швейцарська, нідерландська та норвезька. Хоча у цьому ж звіті визнано, що найкращі результати лікування є у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, а забезпечення прав пацієнтів – у Нідерландах та Норвегії, профілактика – у Норвегії, доступність – у Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах та Швеції, фармацевтичні препарати – у Німеччині та Нідерландах [168].

Вітчизняні науковці М. Шкільняк, Т. Желюк та ін. на підставі власних досліджень склали рейтинг з 10 країн за найкращими національними

моделями управління сферою охорони здоров’я [68]:

Франція, де система базується на широкій мережі страхових фондів, що гарантує населенню високий стандарт медичної допомоги;

Італія, яка має децентралізовану модель публічного адміністрування, коли держава обмежується стратегічним плануванням, моніторингом здоров’я та регулюванням трудових відносин у галузі;

Андорра, яка демонструє ефективність моделі повного державного управління, що в повному обсязі забезпечує медичні потреби громадян;

Мальта, пріоритетом національної політики якої є досягнення найвищих якісних показників медичного сервісу;

Сінгапур – азійський лідер галузі, чия політика спрямована на індивідуальну відповідальність громадян, розвиток профілактики та адресне субсидування лікування;

Велика Британія, яка впровадила модель Національної служби охорони здоров’я, де майже всі послуги (крім офтальмології, стоматології та частини ліків) фінансуються державою;

Сан-Марино, де високий рівень медичної допомоги досягається через синергію безоплатного базового пакета та приватного страхування;

Австрія, яка забезпечує рівний доступ до якісної безоплатної медицини як для власних громадян, так і для іноземних гостей;

Японія, медична сфера якої базується на принципі загального охоплення через обов’язкове поєднання державних та приватних страхових механізмів;

Швейцарія, яка реалізує гібридну модель, інтегруючи ринкові механізми в систему загальнообов’язкового медичного страхування.

Тож, як бачимо, не існує єдиної правильної, унікальної, всеосяжної моделі фінансування системи охорони здоров’я. Країни обирають прийнятний собі варіант публічного управляння системою охорони здоров'я. В одних відбувається тотальний державний контроль, повне фінансування за рахунок коштів державного бюджету; в інших – система охорони здоров'я розвивається

за ринковими умовами та правилами, використовуючи кошти пацієнтів або працедавців, треті – обирають змішану систему.

Справедливо буде зазначити, що Україна, відійшовши від не працюючої у сучасному світі розвинутих медичних технологій моделі Семашка, вже зробила перші кроки у трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я та почала застосовувати передовий міжнародний досвід. Це і впровадження сучасної електронної системи охорони здоров'я, і можливість вільного вибору медичних закладів та лікарів; і наявність гарантованого пакету медичних послуг на рівні сімейної медицини та ін.

Узагальнення міжнародного досвіду функціонування систем охорони здоров'я та підходів до їх організації дозволяє сформувати організаційно-економічний механізм реалізації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я (рис. 1.4), який враховує сучасні виклики та специфіку національного середовища.

Механізм, представлений на рис. 1.4, конкретизує структурні елементи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я через виділення взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують перехід від стратегічних орієнтирів до практичної реалізації управлінських рішень. Його побудова дозволяє систематизувати вплив вхідних параметрів, зокрема соціально-економічних викликів, ресурсних обмежень та наслідків воєнного стану, на формування цільових орієнтирів розвитку галузі, що, у свою чергу, визначають зміст і спрямованість інструментального забезпечення.

Центральним елементом механізму виступає інтеграція нормативно-правових, фінансово-економічних, організаційних та інформаційно-цифрових компонентів, які у сукупності формують основу функціонування системи охорони здоров'я та забезпечують її адаптивність до змін зовнішнього середовища. Виділення етапу реалізації управлінських рішень дозволяє відобразити практичний вимір функціонування системи, пов'язаний із наданням медичних послуг, впровадженням реформ та забезпеченням діяльності закладів охорони здоров'я, тоді як результуючий блок фіксує

досягнення стратегічних цілей через покращення стану здоров'я населення та підвищення ефективності системи.

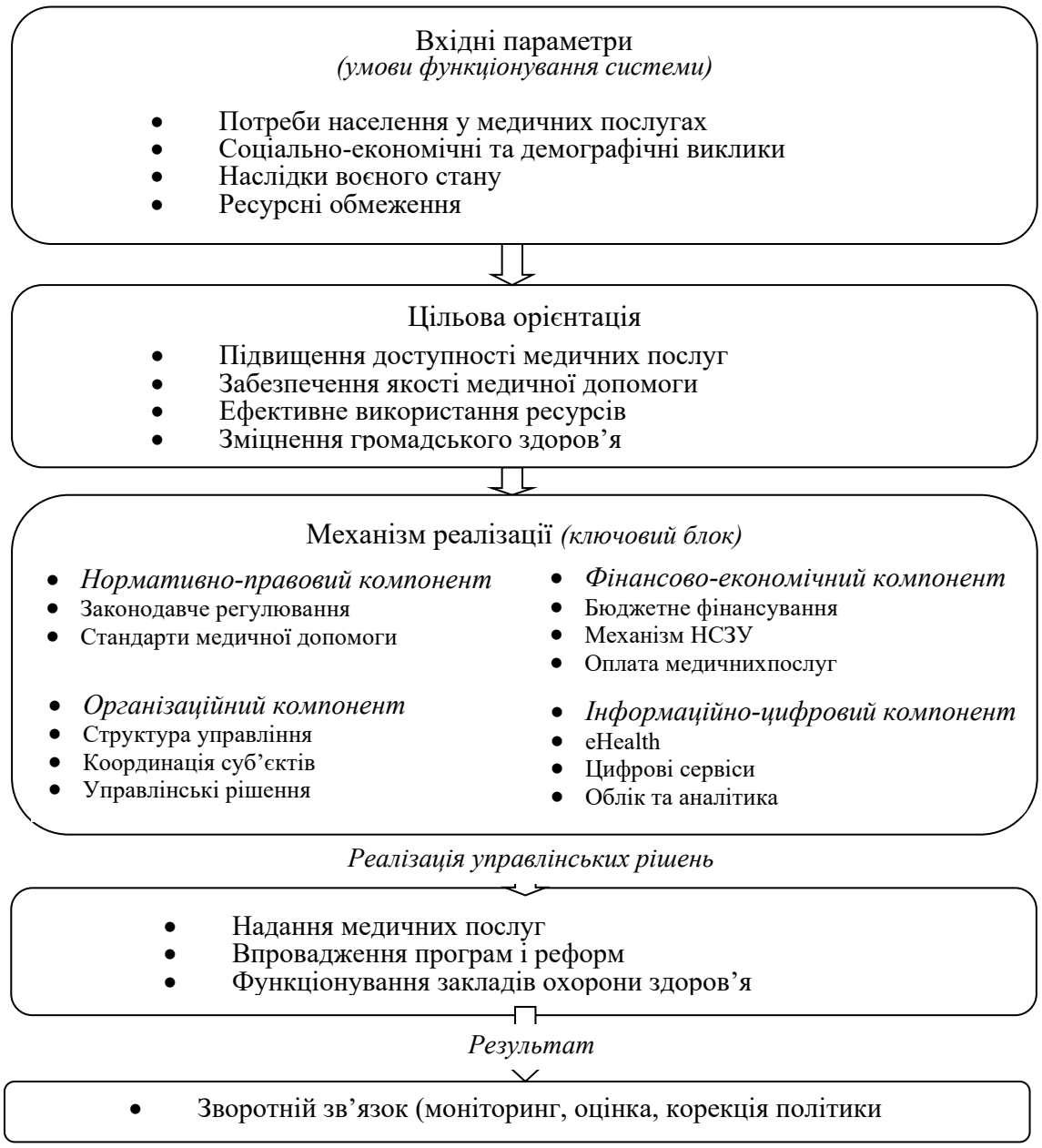

Рис. 1.4. Організаційно – економічний механізм публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

Джерело: авторська розробка

Важливою характеристикою запропонованого механізму є наявність зворотного зв'язку, який забезпечує можливість коригування управлінських рішень на основі оцінки їх результативності, що дає змогу розглядати публічне адміністрування як безперервний процес удосконалення.

1.3. Особливості взаємозв'язку механізмів публічного управління і адміністрування в Україні в умовах дії воєнного стану

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров’я особливого значення набуває уточнення змісту та функціонального наповнення категорій «публічне управління» та «публічне адміністрування». Коректне розмежування цих понять є необхідною передумовою для формування ефективних механізмів регулювання галузі, оптимізації організаційних процесів і забезпечення узгодженості дій суб’єктів влади на різних рівнях.

Публічне управління у сфері охорони здоров’я характеризує стратегічний рівень діяльності держави, спрямований на формування цілей, принципів, нормативно-правових рамок і загальної архітектури сектору. Воно охоплює розроблення державної політики у галузі, визначення пріоритетів розвитку, встановлення критеріїв доступності та якості медичних послуг, а також формування інституційних умов для реалізації реформи. Таким чином, публічне управління забезпечує концептуальне бачення та стратегічний вектор функціонування системи охорони здоров’я.

Натомість публічне адміністрування відображає операційно-виконавчий рівень реалізації сформованої політики. Воно передбачає інструментальне забезпечення управлінських рішень, організацію надання медичних послуг, управління ресурсами, адміністративні процедури, контроль виконання норм та регламентів. Публічне адміністрування включає діяльність органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, адміністрацій медичних закладів і сервісних інституцій, що відповідають за практичне втілення стратегічних рішень у щоденне функціонування галузі.

Отже, ключова відмінність полягає в поділі функцій за рівнем: публічне управління визначає стратегічні орієнтири та правила розвитку системи охорони здоров’я, тоді як публічне адміністрування забезпечує їхню практичну реалізацію шляхом організації процесів, ресурсного забезпечення

та контролю за виконанням. Такий підхід дозволяє структурувати механізми державного впливу та підвищити ефективність функціонування галузі.

З метою забезпечення достатнього теоретико-методичного базису об'єкта дослідження в дисертаційній роботі більш детально визначимо специфіку та структуру публічного адміністрування в Україні.

У роботі Є. Жукової [32] подано методологічне визначення структури адміністрації як сукупності елементів, відносин, зв’язків і функцій, що забезпечують сталість і стійкість правового явища. За цією моделлю «публічне адміністрування» сприймається як автономна правова сфера — із власною організаційною структурою, суб’єктами (адміністративні органи, посадові особи), правовими формами (адміністративні акти, процедури) та функціональними завданнями (надання послуг, ухвалення рішень, реалізація політик) [32, С. 289].

Також М. Пристая [97] здійснює детальний аналіз інституційної належності закладів охорони здоров’я як суб’єктів публічної адміністрації. Більшу увагу привернуто до меж компетенції, процедурних гарантій і практичних бар’єрів у реалізації політик.

Такі підходи дозволяють чітко відмежувати публічне адміністрування від інших публічно-владних сфер (наприклад, законодавчої чи судової), зосереджуючи увагу на адміністративно-правовій діяльності саме виконавчих і виконавчо-адміністративних органів. Отже, на рівні теорії структура публічного адміністрування формується як системна, багаторівнева, із визначеними елементами (суб’єкти, акти, процедури, взаємозв’язки) та чіткою функціональною спрямованістю.

Шевченко С. та Бутковська Н. [131] розглядають правову базу організації галузі, механізми державного регулювання та пропонує напрями удосконалення правового інструментарію у сфері охорони здоров’я. Авторка підкреслює важливість адаптації норм до стандартів медичного обслуговування. В той же час Р. Черніховським [128] проведено аналіз нормативних документів, прийнятих органами публічного управління,

відповідно до потреби реагування системи охорони здоров'я на кризові умови, зумовлені російсько-українською війною. З формалізованої точки зору Д. Павленком [78] аргументовано класифікує медичні заклади як суб'єктів адміністративної діяльності, розглядає відповідальність адміністрації закладів, стандарти звітності та питання взаємодії з органами влади.

Цікавими й своєчасними є дослідження щодо реформування охорони здоров'я та адміністрування. Так З. Бурик [14] слушно робить акцент на трансформації моделі фінансування, переході до сервіс-орієнтованих адміністративних процедур, необхідності інтеграції електронних послуг і посиленні моніторингу якості. Автор робить певне узагальнення підходів: управління (governance) віднесено до стратегічного, політико-нормативного рівня, а адміністрування — до процедурно-організаційного та виконавчого.

Багато робіт роблять наголос на функціональній взаємодії та процедурній легітимності. В аналітичних матеріалах щодо впровадження адміністративних процедур, зокрема у [120], обговорюються методичні рекомендації щодо застосування норм Закону про адміністративну процедуру; наводяться приклади практичних кейсів: електронні звернення, строки розгляду, обґрунтування рішень. Ці документи є вкрай корисними для конкретизації процесного інструментарію в сучасних умовах. Важливими в контексті забезпечення ефективності публічного адміністрування є тематичні дослідження кадрового менеджменту у публічній службі [10, 18], в яких підкреслюють:

- потребу в сучасних підходах до управління людськими ресурсами (competency management);
- важливість етичних стандартів і системи добору та оцінки персоналу і організації в цілому;
- наявність особливих умов реалізації зазначених механізмів через виклики отримання кваліфікації та професійного розвитку під час воєнних дій.

Стратегічне значення практичних процедур фінансового адміністрування і закупівель у сфері охорони здоров'я розкрито в роботах [25,

92]. Вказані висновки стосуються дослідження публічних закупівель, прозорості витрат, бюджетної відповідальності установ охорони здоров'я. Акценти проставлені на необхідності сучасних механізмів контролю й аудиту для підвищення ефективності.

Тож зроблено висновок, що Закон України «Про адміністративну процедуру» (17.02.2022, № 2073-IX) [98] встановлює єдині правила адміністративного провадження, визначає поняття адміністративного акта, права громадян при зверненнях, порядок обґрунтування і оскарження рішень, тобто юридичну структуру публічного адміністрування. Закон є базовим нормативним документом для організації процедур у сферах, зокрема в охороні здоров'я. В сучасних умовах динамічного середовища необхідною є системна оцінка спроможності української публічної адміністрації за принципами публічного управління (організація, підзвітність, сервіс-орієнтація тощо). Наголошуємо на потребі посилення кадрового менеджменту, підвищення якості послуг і електронного сервісу, а також на викликах, пов'язаних із воєнним станом і реформами.

Правильне розуміння специфіки взаємозв'язку механізмів публічного управління і публічного адміністрування дає змогу виявити ступінь керованості останніх і систему чинників, що впливають на їх ефективність. Так, слід зазначити, що у системі охорони здоров'я механізми публічного управління та публічного адміністрування не існують автономно: вони утворюють єдиний управлінський цикл, у межах якого стратегічне бачення держави переходить у практичні рішення, а результати реалізації цих рішень формують зворотний зв'язок для подальшого вдосконалення політики. Взаємодія між ними носить як вертикальний (стратегія – виконання), так і горизонтальний (координація між інституціями) характер. Саме ця взаємозалежність забезпечує цілісність реформ, узгодженість дій і стійкість системи охорони здоров'я.

На рис. 1.4. наведено схематичне відображення взаємозв'язку механізмів публічного адміністрування з публічним управлінням з урахуванням специфіки воєнного часу, притаманного Україні.

Рис. 1.4. Схема взаємозв'язку механізмів публічного адміністрування з публічним управлінням

Джерело: авторська розробка

Отже, зважаючи на наведене, відзначимо, що публічне управління формує певну стратегічну рамку, у якій визначаються напрями розвитку системи охорони здоров'я, принципи фінансування, стандарти надання послуг, а також вимоги до якості та доступності медичної допомоги. На цьому рівні

народжуються реформи, нормативні акти та концепції галузевої політики з урахуванням змін і потреб, зумовлених викликами війни в Україні.

В свою чергу, механізми публічного адміністрування забезпечують реалізацію сформованої стратегії, трансформуючи її в конкретні організаційні процеси: укладання договорів із закладами, моніторинг виконання програм, управління установами, цифровізацію, кадрове забезпечення, контроль за ресурсами та результатами діяльності. Вочевидь, для забезпечення ефективності зазначених дій та процедур результати адміністративної реалізації повертаються у систему управління у формі зворотного зв'язку: статистичні дані, дані моніторингу НСЗУ, результати аудиту, оцінка потреб і ризиків, аналіз ефективності реформ. Саме такий підхід дозволяє виявляти проблеми, точково коригувати політику та вдосконалювати механізми управління, зокрема з урахуванням релевантних змін в період дії воєнного стану. Таким чином, публічне управління та публічне адміністрування утворюють циклічну систему, де стратегічні рішення визначають рамки діяльності, а операційні механізми забезпечують їх практичне втілення та генерацію нової інформації для оновлення політики у сфері охорони здоров'я та забезпечення підтримки й соціального розвитку в країні.

Спираючись на положення, сформульовані в законодавстві та реалізовані на практиці, Г. Лорткіпанідзе, Д. Павленок, В. Першин [60, 78, 88] виокремлюють низку ознак, притаманних інструментам діяльності публічної адміністрації, які мають системне значення для управління складними соціальними секторами, зокрема охороною здоров'я. Зазначені інструменти застосовуються безпосередньо суб'єктами публічної адміністрації у процесі реалізації управлінських функцій, мають публічно-правову природу та функціонують у межах адміністративно-правового регулювання. Їх використання детермінується компетенцією відповідного органу, сферою його діяльності та поставленими управлінськими цілями, а результати застосування проявляються у виникненні, зміні або припиненні адміністративно-правових відносин, а також у досягненні фактичних управлінських ефектів, що є

особливо важливим для забезпечення безперервності та якості медичних послуг. Залежно від виду інструменту вони можуть мати імперативний або диспозитивний характер, а до основних форм їх реалізації належать нормативні та адміністративні акти, адміністративні договори, акти-плани й акти-дії.

Узагальнення наукових підходів до визначення сутності та класифікації інструментів публічного адміністрування засвідчує поступовий відхід від вузької адміністративно-правової парадигми, зосередженої виключно на формах і методах державного управління. У сучасних дослідженнях інструмент дедалі частіше розглядається як самостійна управлінська категорія, що виконує функцію сполучної ланки між нормативними приписами та практикою їх реалізації в публічному секторі. Такий підхід є методологічно продуктивним, особливо для сфери охорони здоров’я, де ефективність політики безпосередньо залежить від якості її інструментального втілення на операційному рівні.

Водночас навіть концептуально зрілі підходи не повною мірою враховують два принципово важливі аспекти. По-перше, більшість досліджень аналізує інструменти публічного адміністрування поза контекстом трансформацій, зумовлених зміною правового режиму. Функціонування системи охорони здоров’я в умовах воєнного чи надзвичайного стану актуалізує потребу в дослідженні динамічності інструментарію, його адаптації до режимних обмежень, змін у правовій природі, легітимаційних засадах і межах управлінського та юрисдикційного контролю. По-друге, потребує остаточного теоретичного розмежування публічне адміністрування та адміністративно-правове регулювання. Публічне адміністрування не слід ототожнювати з правотворчою діяльністю, оскільки воно є самостійною сферою практичної реалізації публічної політики, що ґрунтується на нормах адміністративного права, але не зводиться до їх встановлення чи систематизації. У цьому контексті інструменти публічного адміністрування

виступають засобами управлінської реалізації політики у сфері охорони здоров’я, а не формами нормотворчості.

Слід зазначити, що урахування зазначених положень (а саме розуміння інструменту як динамічної правової конструкції та визнання публічного адміністрування як автономної сфери управлінської діяльності) створює підґрунтя для формування власної дослідницької позиції. Основна теза дослідження полягає в тому, що інструменти діяльності публічної адміністрації в сфері охорони здоров’я становлять відносно самостійну адміністративно-правову та управлінську категорію, яка не зводиться ані до форм, ані до методів чи визначених адміністративних процедур, бо має власну юридичну природу, об’єктивні класифікаційні ознаки та функціональну залежність від типу правового режиму, в межах якого застосовується. У менеджерському вимірі інструмент виступає засобом цілеспрямованого управлінського впливу на процеси та учасників публічно-правових відносин у системі охорони здоров’я, спираючись на чинні правові норми, а не формуючи їх.

В умовах особливих правових режимів, зокрема воєнного стану, інструментальна система публічного адміністрування зазнає суттєвих трансформацій, що впливають на межі допустимого застосування управлінських рішень, рівень їх легітимності, підконтрольності та ефективності. Це обумовлює необхідність переосмислення традиційних теоретико-правових підходів і адаптації їх до реалій кризового управління в охороні здоров’я.

Таким чином, до ключових ознак інструментів діяльності публічної адміністрації слід віднести: юридичну визначеність і адміністративно-правовий характер; функціональну орієнтацію на реалізацію публічного інтересу; чіткий зв’язок із компетенцією суб’єкта управління; операційну спрямованість як засобу реалізації норм, а не їх формування. А також погоджуємося з висновками М. Бліхара та В. Юрченка [8] про необхідність включення інтегративності, що поєднує правові, організаційні та управлінські

компоненти, а також режимної чутливості, яка визначає допустимість і межі застосування інструменту залежно від умов функціонування системи.

У підсумку інструменти діяльності публічної адміністрації доцільно визначати як юридично опосередковані засоби цілеспрямованого управлінського впливу суб'єктів публічного адміністрування на суспільні процеси та учасників публічно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, що реалізуються в межах компетенції та чинного адміністративного законодавства з метою досягнення публічно значущих управлінських результатів у відповідному правовому режимі.

З метою глибокого розуміння та впорядкування арсеналу інструментів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, а також для розкриття їхньої функціональної сутності у реалізації публічної політики, пропонується їх класифікувати. Ключовими критеріями для цієї класифікації мають стати рівні публічного управління та домінуючі управлінські методи. Завдяки цьому ми зможемо виявити, що інструменти функціонують не ізольовано, а інтегровані в багаторівневу структуру публічної влади (від формування політики до операційної діяльності). Такий акцент також допоможе проілюструвати специфіку застосування комбінації заохочення, переконання і примусу в українській медичній системі (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Основні інструменти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України в розрізі рівнів управління та методів впливу

Рівень публічного управління	Інструменти публічного адміністрування	Характеристика інструментів у сфері охорони здоров'я	Домінуючі методи впливу в публічному адмініструванні
Політико-формувальний	Нормативні акти	Формують засади державної політики у сфері охорони здоров'я, визначають стратегічні цілі, принципи, стандарти та правила функціонування системи (програми медичних гарантій, стандарти медичної допомоги, нормативи фінансування). Забезпечують єдність та стабільність управлінського впливу.	Переконання (через стандарти, політики, рекомендації); примус (обов'язковість виконання норм); заохочення (через нормативно закріплені стимули)

Продовження табл. 1.4

Рівень публічного управління	Інструменти публічного адміністрування	Характеристика інструментів у сфері охорони здоров'я	Домінуючі методи впливу в публічному адмініструванні
Організаційно-управлінський	Адміністративні акти	Індивідуальні владні рішення, спрямовані на реалізацію політики у конкретних правовідносинах (ліцензування, акредитація, приписи, дозволи, включення до програм фінансування). Забезпечують адресність і підконтрольність управління.	Примус (приписи, санкції, заборони); заохочення (дозволи, статуси, доступ до ресурсів); переконання (допоміжно)
Організаційно-управлінський	Адміністративні договори	Публічно-правові угоди, що поєднують владний і договірний елементи, забезпечують реалізацію публічної політики через партнерство (договори НСЗУ з надавачами медичних послуг, угоди співпраці). Сприяють балансуванню публічного і приватного інтересів.	Заохочення (фінансування, тарифи, гарантії); переконання (договірні умови); примус (через відповідальність за порушення договору)
Стратегічно-координа-ційний	Акти-плани	Програмно-цільові документи, що визначають пріоритети розвитку системи охорони здоров'я, етапність реформ, розподіл ресурсів і відповідальність суб'єктів (державні програми, плани реагування на НС). Забезпечують узгодженість дій.	Переконання (формування бачення і цілей); заохочення (програмне фінансування); примус (обов'яз-ковість виконання для підпорядкованих суб'єктів)
Операційний (виконавчий)	Акти-дії (фактичні дії)	Практичні організаційні, контрольні та інформаційні дії, спрямовані на безпосереднє виконання управлінських рішень (перевірки, вакцинаційні кампанії, моніторинг якості медичних послуг). Забезпечують результативність політики.	Переконання (інформування, просвітництво); примус (контроль і нагляд); заохочення (підтримка, визнання, організаційні стимули)

Джерело: сформованого автором на основі [8, 60, 78, 92]

Таким чином, інструменти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я функціонують у логічному взаємозв'язку з рівнями публічного управління: від політико-формувального, де домінують нормативні та стратегічні інструменти переконання, до операційного, на якому поєднуються переконання, заохочення та примус. Така багаторівнева інструментальна

система забезпечує адаптивність, керованість і результативність реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. На рис. 1.5. наведено послідовність та особливості функціонування публічного адміністрування як системи, зокрема зв'язки в структурах, інструментах і процесах такого адміністрування, з урахуванням специфіки воєнного часу в Україні.

Рис. 1.5. Послідовність та особливості функціонування публічного адміністрування як системи. *Джерело: сформовано автором на основі [25, 45, 120, 128. 129]*

Наведена послідовність у системі публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я відображає сукупність обумовлених структур, інструментів і процесів: від нормативної бази та організаційної структури через процедури й адміністративні акти до конкретних публічних послуг (функцій) і далі — до моніторингу, оцінки, коригування. Саме таким чином функціонує публічне адміністрування як гнучка система.

Отже, публічне адміністрування в Україні має свою структуру як сукупність інституцій, суб'єктів, правових форм, процедур та функцій. В умовах сьогодення це не хаотичні дії органів влади, а впорядкована система, що має методологічну основу та гнучкість у відповідь на потреби воєнного часу. Його інструментарій включає нормативно-правову базу, організаційно-кадрові рішення, процедури, адміністративні акти, фінансові механізми, стандарти надання послуг, моніторинг. Названі компоненти в комплексі необхідні для практичної реалізації політики. Як показує практика, для соціально значущих галузей, зокрема таких як охорона здоров'я, важливо, щоб цей інструментарій працював зв'язно та системно, зокрема на основі виваженої структури і процедур, за реально здійснюваного контролю і моніторингу, що забезпечують ефективне досягнення цільових показників розвитку та, за потреби, швидку адаптацію до умов і викликів.

В Україні за останні роки (особливо 2022–2025 рр.) спостерігаються значні кроки зі формалізації та модернізації публічного адміністрування: прийнято новий закон, триває оцінювання системи за міжнародними стандартами, активно обговорюються питання стабільності та подолання слабких місць. І для забезпечення повноцінного функціонування механізмів публічного адміністрування слід забезпечити дотримання відповідних принципів, а саме: процесно-правова та інституційна спроможність, юридична і процедурна формалізація та трансформація в умовах кризи (воєнного часу), а також оперативна гнучкість та можливість вдосконалення. На підтвердження доцільності таких принципів, узагальнено ключові висновки наробок і досліджень в науковій літературі в воєнний час:

1. Право та процедурні компоненти є основою адміністрування. Більшість авторів і нормативних джерел сходяться на тому, що нормативно-правова база (зокрема Закон 2022 р. [98]) створює процесно-правові умови, без яких неможлива системна реалізація публічних сервісів у медицині. Це надає легітимність, встановлює терміни, порядок мотивування рішень і права на оскарження. Про таку системоутворювальну роль наведених чинників у своїх роботах писали Д. Білий, Д. Гомон, Р. Черніховський, І. Чурпій та інші.

2. Інституційна спроможність і кадрова політика, а саме їхні слабкі чи критичні місця. SIGMA [37] та кілька наукових оглядів [97, 120, 128, 129] виділяють кадровий менеджмент і інституційну координацію як основні напрями, де потрібні підсилення і стандартизація, а також етика. Для галузі охорони здоров'я це означає: підвищення компетенцій управлінців лікарень, стандартизацію вимог до адміністрування медичних послуг.

3. Сервіс-орієнтація і цифровізація як ефективні трансформаційні інструменти. Експерти-практики та науковці [10, 24, 37, 78] стверджують, що перехід до е-послуг, єдиних електронних процедур і прозорого надання послуг (включно з НСЗУ-моделями) суттєво підвищує доступність і контроль якості. Це підтверджується як аналітикою реформ, так і міжнародними оцінками.

4. Моніторинг, оцінка ефективності та зворотний зв'язок, що створюють відповідний цикл вдосконалення. Практичноорієнтовані дослідження і SIGMA [1, 24, 37, 97] наголошують на необхідності організації системи моніторингу, аудиту, аналізу ризиків і механізмів зворотного зв'язку між адмініструванням і політикою; саме ці канали забезпечують коригування стратегічних рішень.

5. Юридична і процедурна формалізація та оперативна гнучкість управління. У наукових публікаціях [18, 37, 45, 78] часто згадується дилема: необхідність жорсткої формалізації процедур (для прозорості) і, водночас, загострена потреба в оперативності ухвалення рішень (особливо в умовах кризи чи воєнного часу). В такому контексті серед рекомендацій переважають

заходи, спрямовані на впровадження механізмів, які дозволяють підтримувати баланс між передбачуваністю процедур і можливістю швидкої адаптації.

Підсумовуючи наведене, слід зазначити, що публічне адміністрування в галузі охорони здоров'я України у період відновлення та післявоєнний час стикається з комплексом системних та операційних викликів, що вимагають негайного та стратегічного реагування.

Насамперед, гостро стоїть проблема відновлення та модернізації зруйнованої інфраструктури. Велика кількість закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) пошкоджена або повністю знищена, що призводить до фізичної недоступності медичних послуг у багатьох регіонах. Адміністрування цього процесу ускладнюється необхідністю не просто відбудувати, а й впровадити нові стандарти енергоефективності, інклюзивності та стійкості.

Другою критичною проблемою є дефіцит та перерозподіл кадрів, що викликаний внутрішньою і зовнішньою міграцією, мобілізацією, смертністю та скороченням кількості випускників медичних освітніх закладів. Значний відтік медичних працівників за кордон, мобілізація та внутрішнє переміщення спричинили дисбаланс у забезпеченні фахівцями, особливо у первинній ланці та вузьких спеціальностях. Це вимагає створення дієвих адміністративних механізмів для утримання та повернення кадрів, прискореного навчання та перекваліфікації, а також забезпечення гідних умов праці та соціальних гарантій.

Наступна значуща проблема пов’язана з управлінням надзвичайним зростанням потреб у психологічній та реабілітаційній допомозі. Війна залишила глибокий слід у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР), травматичних ампутацій та хронічних захворювань, загострених стресом. Публічне адміністрування має швидко розширити мережу та можливості реабілітаційних центрів, інтегрувати послуги ментального здоров'я у первинну медичну допомогу та забезпечити їхнє стабільне фінансування.

Четверта проблема полягає у стійкості та фінансовій стабільності системи. Потреба у додаткових ресурсах для відновлення та лікування ветеранів, поєднана зі зниженням ВВП та податкових надходжень, створює значне навантаження на Державний бюджет і Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Адміністраторам доводиться вирішувати питання ефективного використання обмежених ресурсів, прозорого залучення міжнародної допомоги та адаптації Програми медичних гарантій до повоєнних реалій, зберігаючи при цьому принципи універсального доступу.

П'ята, не менш важлива, проблема – подолання корупційних ризиків в умовах масштабного фінансування відновлення та закупівель. Забезпечення прозорості та підзвітності у процесах тендерів, розподілу обладнання та гуманітарної допомоги є ключовим завданням для відновлення довіри та ефективного використання коштів.

Введення воєнного стану в Україні кардинально трансформувало проблемне поле та архітектуру взаємозв'язку між публічним управлінням (як процесом формування політики та стратегічного визначення цілей) і публічним адмініструванням (як механізмом реалізації рішень та надання послуг).

Звісно, проблемне поле публічного управління у воєнний період характеризується домінуванням цілей виживання та обороноздатності над цілями сталого розвитку, що вимагає перегляду ієрархії пріоритетів та швидкої адаптації стратегічних документів. При цьому ключовими проблемами зараз є наступні:

1. Дисбаланс централізації (децентралізації). Потреба у швидкому та жорсткому прийнятті рішень (військово-адміністративне управління) вступає у конфлікт із принципами децентралізації, вимагаючи пошуку ad hoc балансу (тобто «по ситуации», «спеціально для такого випадку») для забезпечення життєдіяльності територіальних громад, особливо у прифронтових та деокупованих зонах.

2. Управління ризиками та невизначеністю. Необхідність функціонування в умовах постійної непередбачуваності (загроза обстрілів, руйнування інфраструктури, стрімка динаміка смертності) вимагає переходу від планового управління до кризового менеджменту з високим ступенем гнучкості та мобільності.

3. Фінансова стійкість та ресурсна обмеженість: Управління державними фінансами зосереджено на пріоритетах оборони та соціального захисту, що обмежує фінансування інших сфер і вимагає адміністративного впровадження жорстких режимів економії та ефективного залучення міжнародної допомоги.

Особливості взаємозв'язку публічного управління та адміністрування в медичній сфері, як вже зазначалося, має свою специфіку. Взаємозв'язок між механізмами такого управління і адміністрування зараз набуває низки специфічних рис:

1. Прискорення управлінського циклу та директивність. Справа в тому, що воєнний стан суттєво скорочує час між прийняттям управлінського рішення (рівень політики) та його адміністративною реалізацією (рівень виконавчої влади). Механізм адміністрування стає більш директивним, зменшуючи дискрецію виконавців та посилюючи вертикаль підпорядкування до оптимального рівня.

2. Пріоритет безпеки над відкритістю. Низка адміністративних процесів (закупівлі для армії, забезпечення критичної інфраструктури, управління ресурсами) переводиться у закритий або обмежений режим, що є вимушеною мірою безпеки, але створює ризики для прозорості та підзвітності медичних закладів та підрозділів в Україні, що вимагає впровадження посилених внутрішніх контрольних механізмів.

3. Перехід до гібридних форм адміністрування. У таких умовах з'являються нові суб'єкти адміністрування (військово-цивільні адміністрації, волонтерські організації, міжнародні місії), які інтегруються у традиційну систему органів влади. У такий спосіб створюються гібридні механізми

реалізації цієї політики, що потребують узгодження їхніх повноважень та координації їхньої діяльності згідно із законодавством про воєнний стан і цілями сталого розвитку, пов’язаними з медичними аспектами та актуальними в довгостроковій перспективі.

4. Електронне адміністрування як критичний елемент стійкості. Як показує практика, механізми електронного урядування (наприклад, застосунок «Дія») стають критично важливими для забезпечення неперервності надання публічних послуг в умовах фізичного руйнування офісів чи переміщення населення. Це посилює роль цифровізації як основного інструменту адміністрування.

Таким чином, механізми публічного адміністрування виступають як ключовий інструмент оперативного реагування на управлінські директиви, трансформуючись від рутинної бюрократії до гнучкого та кризового виконавчого апарату, що діє в умовах екстремальної невизначеності та обмеженості ресурсів.

Таким чином, публічне адміністрування галузі охорони здоров'я має одночасно вирішувати завдання фізичного відновлення інфраструктури, кадрового забезпечення, забезпечення нових видів медичної допомоги (особливо реабілітації та ментального здоров'я), фінансової стійкості та прозорості управління.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що інструменти публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я становлять цілісну, багаторівневу та динамічну систему юридично опосередкованих засобів управлінського впливу, за допомогою яких забезпечується реалізація публічної політики, досягнення суспільно значущих цілей та захист публічного інтересу. Їх застосування відбувається у тісному зв’язку з рівнями публічного управління від політико-формувального, на якому закладаються стратегічні орієнтири та нормативні засади функціонування системи охорони здоров’я, до операційного, де забезпечується безпосереднє виконання управлінських рішень.

Обґрунтовано, що жоден із інструментів публічного адміністрування не є універсальним або самодостатнім, а їх ефективність зумовлюється комплексним поєднанням методів заохочення, переконання та примусу, співвідношення яких змінюється залежно від виду інструмента, рівня управління та правового режиму його застосування. Водночас доведено, що інструменти публічного адміністрування не зводяться ані до форм і методів державного управління, ані до адміністративно-правового регулювання, а виступають самостійною адміністративно-правовою категорією, спрямованою на практичну реалізацію норм права та публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Також подано чітко структурований аналіз взаємозв'язку між механізмами публічного управління та публічного адміністрування в охороні здоров'я, а також схематичне відображення цього зв'язку й пояснення критичних зон, дослідження проблемного поля, принципів реалізації з урахуванням життєздатності і релевантності застосовуваного інтрументарію в сучасних реаліях.

Таким чином, інструментальний підхід дозволяє комплексно осмислити сучасні трансформації публічного адміністрування в охороні здоров'я України, врахувати вплив особливих правових режимів і забезпечити методологічне підґрунтя для подальшого вдосконалення механізмів управлінського впливу, орієнтованих на ефективність, легітимність та публічну цінність результатів управління.

Висновки до розділу 1

Проведене дослідження дозволяє зробити висновок про те, що в наявній вітчизняній науковій літературі відсутнє єдине визначення поняття «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я». Діапазон визначень достатньо широкий і стосується різних напрямів публічного адміністрування. Узагальнення визначеннь і тлумаченнь сутності понятть «публічне

адміністрування», «здоров'я», «охорона здоров'я» дало можливість уточнити термін «публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я» як цілеспрямовану діяльність, основану на моделі багаторівневого врядування, що об’єднує зусилля держави та зацікавлених сторін для підвищення індивідуального й колективного благополуччя, що фокусується на інклюзивному процесі прийняття рішень та побудові стійкої системи надання доступних публічних послуг щодо системного забезпечення життєвого потенціалу суспільства. Такий підхід дозволяє зосередити увагу на необхідності співпраці експертів з різних галузей у вирішенні питань функціонування системи охорони здоров’я та сукупності можливостей щодо вирішення багатьох складних аспектів у медичній галузі в процесі надання кваліфікованих послуг.

Публічне адміністрування у сфері охорони здоров’я доцільно розглядати як багаторівневу систему, в межах якої наднаціональний рівень задає нормативно-ціннісні орієнтири розвитку через формування стратегічних пріоритетів, принципів доступності та якості медичних послуг і відповідних стандартів, що через механізм трансляції інтегруються в інституційне середовище, де відбувається узгодження інтересів суб’єктів, координація політик і зниження управлінських дисбалансів, забезпечуючи перехід від загальних орієнтирів до конкретних управлінських впливів, які реалізуються на національному рівні як центральній ланці системи через формування державної політики, фінансове забезпечення, регулювання ринку медичних послуг, кадрову політику та цифровізацію галузі, тоді як мікрорівень виступає простором практичної реалізації управлінських рішень через надання медичних послуг і безпосередню взаємодію лікаря і пацієнта, що у сукупності формує результати функціонування системи у вигляді стану здоров’я населення та рівня доступності й якості медичних послуг, при цьому наявність зворотного зв’язку забезпечує можливість оцінки ефективності, корекції управлінських рішень і адаптації всієї системи до змін зовнішнього середовища, що підкреслює її не статичний, а динамічний і взаємопов’язаний характер.

Функціонування системи охорони здоров’я визначається впливом зовнішнього контексту, який формує запит на її адаптацію та розвиток і задають пріоритети державної політики, що через інституційні механізми трансформуються у конкретні управлінські рішення та інструменти їх реалізації, включаючи нормативно-правове регулювання, фінансово-економічні важелі, організаційні підходи та цифрові рішення, забезпечуючи функціонування системи як цілісного та взаємопов’язаного утворення, водночас процес прийняття та реалізації рішень набуває безперервного характеру, оскільки результати у вигляді стану здоров’я населення, рівня доступності та якості медичних послуг формують зворотний зв’язок, що впливає на корекцію управлінських дій та уточнення пріоритетів.

Спираючись на отримані результати щодо виокремлення основних елементів моделі функціонування систем охорони здоров’я у різних країнах світу та публічного адміністрування у зазначеній сфері, їхніх переваг і недоліків, визначено певні аспекти реалізації цього механізму. Ключовою відмінністю є питання фінансового забезпечення. Практично не існує єдиної правильної, унікальної, всеосяжної моделі фінансування системи охорони здоров’я. Міжнародна практика продемонструвала важливість культури суспільства та соціальної поведінки громадян конкретної країни для функціонування системи охорони здоров’я. Вдосконалення механізму фінансового забезпечення системи охорони здоров’я може бути успішно реалізовано як у межах соціального медичного страхування, так і бюджетного фінансування.

Реалізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я здійснюється через організаційно-економічний механізм, у межах якого вхідні параметри, представлені потребами населення, соціально-економічними викликами, ресурсними обмеженнями та наслідками воєнного стану, визначають цільову орієнтацію розвитку системи, що концентрується на забезпеченні доступності, якості та ефективності медичних послуг, тоді як центральне місце займає інтегрований блок механізму, який поєднує нормативно-правові, фінансово-економічні, організаційні та інформаційно-

цифрові компоненти, через які здійснюється перехід від стратегічних орієнтирів до практичної реалізації управлінських рішень, при цьому результати функціонування системи відображаються у стані здоров'я населення та рівні ефективності галузі, а наявність зворотного зв'язку забезпечує можливість оцінки досягнутих результатів і корекції управлінських рішень, що надає механізму характеру безперервного та адаптивного процесу.

У результаті дослідження встановлено, що інструменти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я утворюють цілісну багаторівневу систему практичних засобів реалізації публічної політики та управлінського впливу. Їх застосування безпосередньо пов'язане з рівнями публічного управління, що дозволяє забезпечити узгодженість управлінських рішень і практичних дій. Доведено, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я в сучасних умовах залежить від збалансованого поєднання заохочення, переконання та примусу в межах відповідних інструментів адміністрування.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованої класифікації для оптимізації управлінських рішень органами державної влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. Вона дозволяє чіткіше визначати доцільний інструмент залежно від управлінської мети, правового режиму та очікуваного результату. Обґрунтовано, що інструменти публічного адміністрування є засобами реалізації публічної політики, а не формами правотворчості, що має прикладне значення для розмежування управлінських і регуляторних функцій. Отримані висновки можуть бути використані під час розроблення програм розвитку охорони здоров'я, удосконалення діяльності НСЗУ та МОЗ, а також у процесі адаптації управлінських механізмів до умов воєнного чи надзвичайного стану. Запропонований інструментальний підхід сприяє підвищенню результативності, прозорості та легітимності публічного адміністрування в системі охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 2
РЕАЛІЗАЦІЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Сучасний стан розвитку сфери охорони здоров'я України

Охорона здоров'я є ключовою сферою суспільного розвитку та управління в усіх країнах світу. Вона безпосередньо впливає на якість життя, соціальну стабільність та економічну продуктивність населення. В Україні сфера охорони здоров'я проходить трансформаційні процеси, зумовлені як глобальними тенденціями цифровізації та інтеграції до міжнародних стандартів, так і специфічними внутрішніми викликами, зокрема демографічними змінами, нерівномірним доступом до медичних послуг та обмеженістю ресурсів. Виняткова важливість охорони здоров'я для суспільства має стратегічне значення і проявляється у підтримці здорового та працездатного населення, підвищенні економічної ефективності та формуванні якісного й доступного середовища життя, що забезпечує демографічну і соціальну стабільність країни. Основним чинником досягнення цих результатів є ефективне управління системою охорони здоров'я, яке включає стратегічне планування, раціональний розподіл ресурсів, стандартизацію та контроль якості послуг, а також впровадження цифрових та інноваційних рішень. Саме управлінський підхід дозволяє інтегрувати медичні заклади та послуги в цілісну, ефективну та інклюзивну систему, спроможну забезпечити високий ступінь адаптивності до сучасних викликів і сталий розвиток суспільства.

Сфера охорони здоров'я відіграє значну роль у економіці будь-якої розвинутої країни світу та є стратегічним пріоритетом у механізмах фінансового забезпечення. Витрати на медичні послуги, розвиток

інфраструктури та інноваційних технологій у сфері охорони здоров'я становлять значну частку валового внутрішнього продукту та є основною статтею витрат у національних бюджетах. За даними Всесвітньої Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD), у 2024 році середній розмір витрат сектору охорони здоров'я у ВВП склав 9,3% і демонстрував стале зростання. У США частка витрат становить 17,2%, Канаді – 11,3%, Великобританії – 11,1%, Японії – 10,6%, Австралії – 10,3%. [179]. За даними Європейської Комісії та Євростату, середня частка охорони здоров'я у ВВП становить близько 10%, із найвищим рівнем у Німеччині — 11,7%, Франції — 11,5%, Швеції — 11,5% та найнижчим — у Румунії — 5,7%, Люксембурзі — 5,6%, Угорщині — 6,4%. Середньорічний розмір витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного мешканця країн Європейського Союзу дорівнює 3835 євро [180].

В Україні частка сектору охорони здоров'я та надання соціальної допомоги у структурі національного ВВП є значно нижчою та за підсумками 2023 року складає 2,7% із відносно стабільним трендом та максимальним значенням за останні роки — у 2010 році на рівні 3,6% (рис. 2.1). При цьому валовий внутрішній продукт галузі (за виробничим методом у фактичних цінах поточного року) характеризується постійним зростанням та у 2023 році склав 181,1 млрд грн.

Рис. 2.1. Частка витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП, %

Джерело: побудовано автором за даними: [16, 180]

Розмір і структура витрат на розвиток сфери охорони здоров'я є головними чинником, який опосередковує обсяг, потенціал, інфраструктурні можливості та якість надання медичних послуг населенню. Важливим індикатором оцінки сучасного стану розвитку сфери охорони здоров'я є кількість медичних закладів є, оскільки він безпосередньо відображає рівень сформованості її інфраструктури та потенціал забезпечення доступності медичних послуг для населення. Динаміка цього показника дозволяє оцінити просторову організацію системи охорони здоров'я, ефективність управлінських рішень у сфері оптимізації мережі закладів та спроможність галузі реагувати на соціально-демографічні виклики. В умовах військового конфлікту значення кількості медичних закладів набуває особливої актуальності, оскільки бойові дії, руйнування інфраструктури, тимчасова окупація територій та міграційні процеси створюють додаткові ризики для функціонування медичної системи. В Україні за останні роки ці ризики призвели до скорочення (перерозподілу) мережі медичних установ, зростання навантаження на наявні заклади та ускладнення забезпечення рівного доступу українців до медичної допомоги, що потребує підвищеної уваги з боку державного управління.

Як свідчать результати досліджень, незважаючи на виклики та наслідки військового конфлікту, загальна кількість закладів охорони здоров'я в Україні протягом останніх десяти років демонструвала стабільну тенденцію до зростання. У 2023 році кількість медичних закладів становила 33,4 тис. од., з яких максимальну питому вагу – 40,7% – займали заклади надання стоматологічної допомоги населенню (13,6 тис. од.). Кількість закладів загальної та спеціальної медичної практики також характеризувалася поступовим зростанням і становила 5,8 та 3,9 тис. од. відповідно.

Кількість закладів охорони здоров'я в Україні залежить від регіонального розрізу й визначається не лише адміністративно-територіальними межами, а й розмірами населених пунктів.

Таблиця 2.1

Кількість закладів сфери охорони здоров'я в Україні

Показники	Роки								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Кількість закладів – всього, тис од	19,9	19,6	19,9	22,4	26,4	28,7	29,8	28,7	33,4
у т. ч. медичної та стоматологічної практики	15,9	16,4	16,7	18,4	20,8	22,6	23,2	21,7	23,4
загальної медичної практики	3,4	3,9	3,8	4,3	5,1	5,6	5,9	5,4	5,8
спеціалізованої медичної практики	2,5	2,6	2,6	2,9	3,3	3,6	3,8	3,6	3,9
стоматологічної практики	9,9	9,9	10,2	11,1	12,4	13,4	13,5	12,7	13,6

Джерело: складено автором за даними: [46].

Велика кількість медичних установ концентрується в містах із значною чисельністю населення, де загальний попит на медичні послуги є вищим через щільність населення, широке соціально-економічне навантаження, а також різноманіття медичних потреб. У менших містах та на сільській місцевості, де кількість мешканців є меншою, мережа закладів охорони здоров'я має більш розріджений характер і, як правило, сконцентрована навколо базових амбулаторно-поліклінічних структур та ФАПів. Така просторово-організаційна диференціація мережі медичних закладів ускладнюється також нерівномірністю рівня фінансування, доступом до кваліфікованих кадрів, транспортною доступністю та соціально-економічними характеристиками регіонів. Сучасний розподіл медичних закладів в Україні є функцією демографічних параметрів, географічної щільності населення і сформованого попиту на медичні послуги, що відображає загальні закономірності просторової організації охорони здоров'я.

Як свідчать дані Державної служби статистики, найбільша кількість та щільність закладів охорони здоров'я сконцентрована у м. Києві (14,6%), Дніпропетровській області (8,1%), Львівській та Одеській областях (відповідно 8,7% та 6,9%).

Крім локальних показників кількості закладів охорони здоров'я та ліжкомісць у медичних закладах, у міжнародній практиці для оцінювання та порівняння рівня розвитку й ефективності систем охорони здоров'я застосовується низка глобальних індексів, які дозволяють проводити комплексну оцінку результативності державної політики та якості управління галуззю. Такі індекси формуються на основі агрегованих показників стану здоров'я населення, доступності та якості медичних послуг, фінансування й інституційної спроможності системи охорони здоров'я. Найбільш відомими серед них є: індекс глобального здоров'я (Global Health Index), індекс охорони здоров'я (Health Care Index), індекс витрат на охорону здоров'я (Health Expenditure Index), показники середньої тривалості життя населення країни в цілому та в гендерному розрізі.

У 2025 році у рейтингу країн із найвищим значенням індексу глобального здоров'я (GHI) лідерами стали Сінгапур (95,3 бали), Японія, Південна Корея, Тайвань, Ізраїль, Норвегія, Ісландія, Швеція та Швейцарія. Україна з відповідним значенням GHI 77,5 балів зайняла 73-тє місце. 5 [160].

За світовим рейтингом індексу охорони здоров'я (HCI) серед європейських країн Україна зайняла 29 позицію із значенням показника 55,8 балів та обійшла такі країни ЄС, як Ірландія, Мальта та Угорщина (рис. 2.2.).

Одним із основних узагальнювальних індикаторів ефективності національних систем охорони здоров'я є середня тривалість життя населення. Даний показник має комплексний та універсальний характер і відображає не лише фактичний рівень медичного забезпечення та доступності медичних послуг, а й результативність державного управління у сфері профілактики захворювань, організації медичної допомоги та раціонального використання фінансових ресурсів сектору охорони здоров'я.

Динаміка цього показника дає змогу оцінити довгострокові наслідки управлінських рішень у галузі охорони здоров'я та їхній вплив на якість і тривалість життя населення. У країнах ЄС середня тривалість життя (за оцінками 2023 року) склала 81,5 роки, у т. ч. серед жінок – 84,0 роки, чоловіків

– 78,7 роки [197]. В Україні середня тривалість життя за період 2020-2023 років скоротилася: серед жінок — з 76,2 до 70,9 року, серед чоловіків — з 66,4 до 57,3 року [108].

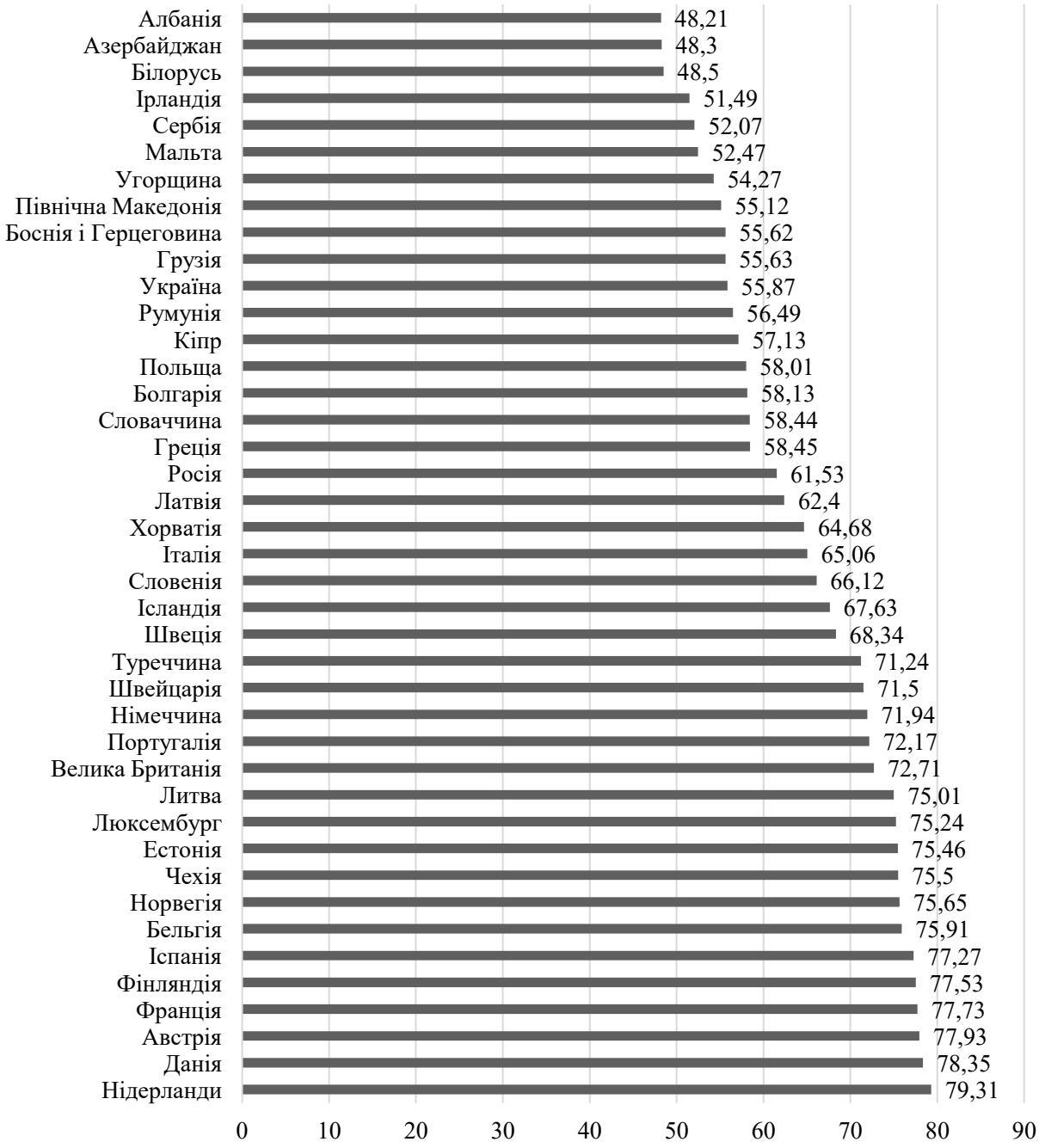

Рис. 2.2. Рейтинг країн за значенням глобального індексу охорони здоров'я, 2025 рік

Джерело: побудовано автором за даними: [169]

Непрямими показниками ефективності діючої системи охорони здоров'я також є рівень смертності та народжуваності. За експертними оцінками ЦРУ

США у 2024 році Україна очолила антирейтинг країн світу за рівнем смертності населення (у розрахунку на 1000 осіб) із відповідним показником 18,6%. Серед європейських країн найвищі показники рівня смертності мають Литва (15,2), Сербія (14,9), Латвія (14,7), Румунія та Угорщина (відповідно 14,6 та 14,5) [122].

Як свідчать дані статистичних спостережень, чисельність померлого населення в Україні у 2024 році дорівнює 495,9 тис осіб, що у 2,8 рази перевищує чисельність новонароджених – 176,7 тис осіб (табл. 2.2). Серед основних причин смертності мешканців Україні, крім прямого впливу фактору військового конфлікту, постають хвороби системи кровообігу (у т.ч. ішемічні хвороби серця), новоутворення, хвороби органів дихання та органів травлення [19]

Таблиця 2.2

Динаміка чисельності народженого та померлого населення України

Показники	Роки									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кількість померлих, тис осіб	594,8	583,6	574,1	298	304,3	287	349	291,1	258	495,9
Індекс зміни, %	94,1	98,1	98,4	51,9	102,1	94,3	121,6	83,4	88,6	192,2
Кількість народжених, тис осіб	411,8	397	363,9	335,9	308,8	299	273,8	206	187,4	176,7
Індекс зміни, %	88,4	96,4	91,7	92,3	91,9	96,8	91,6	75,2	91,0	94,3

Джерело: розраховано автором за даними: [111, 71, 121]

У регіональному розрізі лідерами країни за кількістю новонароджених українців є м. Київ – 19,7 тис. немовлят; Львівська область (16,5 тис. осіб), Дніпропетровська (14,0 тис. осіб), Одеська та Київська області (рис. 2.3).

Ключовою детермінантою здатності системи охорони здоров'я забезпечувати належну кількість, високу якість та ефективність медичних послуг є обсяг фінансування, що проявляється в рівні забезпеченості медичних закладів ресурсним потенціалом та персоналом. Оцінка ефективності сфери

охорони здоров'я здійснюється шляхом співвідношення досягнутих результатів (клінічних, соціальних, економічних) до залучених ресурсів.

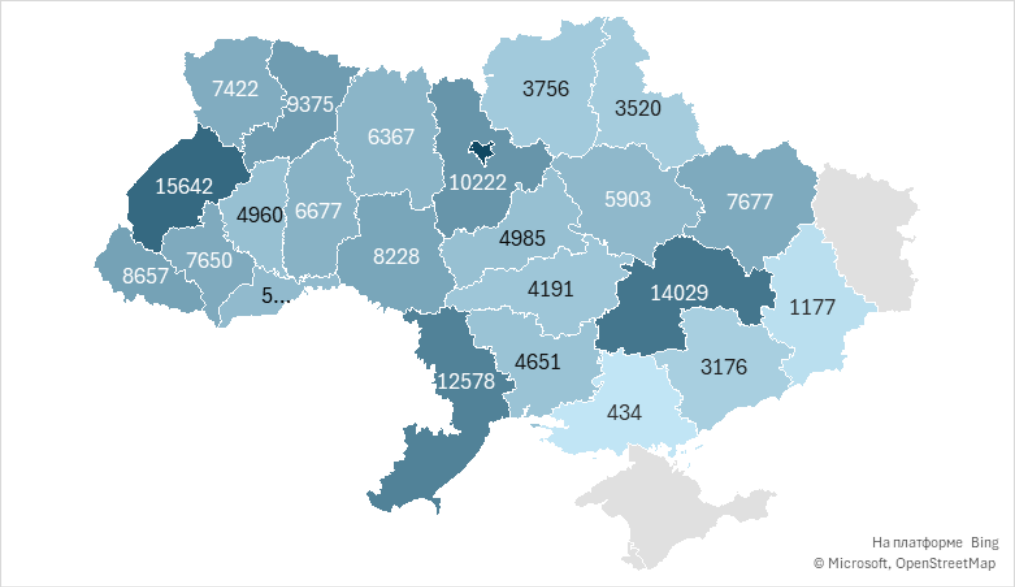

Рис. 2.3. Чисельність народженого населення України за регіонами, 2024 рік, осіб. *Джерело: побудовано автором за даними: [121]*

Оцінка ефективності сфери охорони здоров'я здійснюється шляхом співвідношення досягнутих результатів (клінічних, соціальних, економічних) до залучених ресурсів. Потужний ресурсний потенціал сам по собі не гарантує ефективності надання медичних послуг населенню, якщо він не організований оптимально: ефективність зростає завдяки збалансованому використанню кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів, впровадженню сучасних підходів до управління, цифровізації процесів, стандартизації клінічних протоколів і контролю якості. При цьому достатня кількість ресурсів, сучасна матеріально-технічна база та високий рівень кваліфікації медичного персоналу є вихідними передумовами якісного та інклюзивного медичного забезпечення населення країни, підвищення якості його життя та збереження здоров'я нації.

Сучасне матеріально-технічне забезпечення закладів сектору охорони здоров'я є першочерговою умовою повного й якісного надання медичних послуг населенню. Проте за останні роки внаслідок обмеженого державного потенціалу фінансування медичні установи досить часто стикалися з низкою

системних проблемних аспектів, що стримують розвиток процесів покращення якості та збільшення обсягів медичного обслуговування. Однією з ключових проблем є високий ступінь зношеності основних засобів: значна частина медичного обладнання, будівель і інженерних мереж експлуатується понад нормативні строки, що знижує їхню функціональну надійність та ефективність використання.

Вагомим проблемним аспектом залишається технологічна нерівномірність матеріально-технічної бази між регіонами та між міськими і сільськими закладами охорони здоров'я, що формує диспропорції в доступі населення до сучасної діагностики та лікування. Обмеженість фінансових ресурсів, зокрема інвестиційного фінансування, ускладнює оновлення обладнання, впровадження інноваційних медичних технологій та модернізацію інфраструктури. Матеріально-технічне забезпечення медичних закладів суттєво постраждало внаслідок воєнного конфлікту: пошкодження або знищення медичних закладів, перебої з логістикою постачання, а також необхідність переорієнтації ресурсів на екстрені та військово-медичні потреби посилили навантаження на наявну матеріальну базу. У сукупності ці чинники зумовлюють зниження технічної спроможності закладів охорони здоров'я та актуалізують потребу в системному оновленні й раціоналізації матеріально-технічного забезпечення галузі.

Це підтверджують проведені розрахунки (табл. 2.3), які показали, що середня вартість сукупних активів, які має у розпорядженні середньостатистичний заклад охорони здоров'я в Україні, становить близько 7,0 млн грн. Вартість необоротних активів, які формують основу технічного базису медичних установ, становить 5047,8 тис. грн у розрахунку на одне підприємство, а оборотних активів – 1951 тис. грн. Незважаючи на сталу тенденцію зростання вартості активів закладів усіх видів, науковці звертають підвищену увагу на їхню недостатність і необхідність зміни стратегічних векторів управління системою матеріально-технічного забезпечення сектору

охорони здоров'я, який би відповідав сучасним європейським вимогам та орієнтирам сталого розвитку [27].

Таблиця 2.3

Ресурсний потенціал закладів охорони здоров'я України

Показники	Роки										2024р. до 2015р., %
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Кількість персоналу, тис осіб	78,9	81,8	82,7	216,8	537,9	682,3	674,2	577,9	571,2	573	726,2
у т. ч у розрахунку на 1-у медичну установу, осіб	4	4,2	4,2	9,7	20,4	23,8	22,6	20,1	17,1	н/д	х
Вартість необоротних активів, млрд грн	8,5	8,7	10,6	18,7	50,7	98,3	119,8	136,5	168,6	191,4	2243
у т. ч у розрахунку на 1-у медичну установу, тис грн	428,9	442,6	534,4	837	1918,9	3426,2	4021,3	4754,7	5047,8	н/д	х
Вартість оборотних активів, млрд грн	3,1	4,2	5,2	8,4	15,8	43,4	46,5	60,5	65,2	65,6	2129,7
у т. ч у розрахунку на 1-у медичну установу, тис грн	154,8	212,3	259,4	373	597,9	1512,8	1560,3	2107,8	1950,9	н/д	х
Вартість сукупних активів, млрд грн	11,62	12,84	15,80	26,83	66,44	141,76	166,41	197,00	233,80	257,08	2212,9
Вартість сукупних активів у розрахунку на 1-у медичну установу, тис грн	583,8	655	793,8	1197,9	2516,8	4939,5	5584,1	6864,1	7000	н/д	х
Власний капітал, млн грн	3,39	4,42	4,60	13,21	46,44	94,45	107,45	122,12	140,99	150,07	4429,1

Джерело: розраховано автором за [27].

Проте, центральною та критичною, поряд із проблемою матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, залишається проблема дефіциту кадрових ресурсів. Кадрова недостатність проявляється як у кількісному, так і в якісному вимірах, формуючи стійкі диспропорції між потребами населення в медичній допомозі та можливостями системи їх задовольнити.

Ключовими чинниками загострення дефіциту медичних кадрів є демографічне старіння персоналу, хронічна міграція лікарів і середнього медичного персоналу за кордон, а також внутрішнє переміщення фахівців із регіонів, постраждалих від війни. Низький рівень оплати праці, надмірне професійне навантаження, високий рівень емоційного вигорання та обмежені

можливості професійного розвитку додатково знижують привабливість роботи в державному секторі охорони здоров’я.

Суттєвим проблемним аспектом є також територіальна нерівномірність розподілу медичних кадрів: у сільській місцевості та малих містах дефіцит лікарів і медичних сестер набуває особливо гострих форм, що погіршує доступність базових медичних послуг для значної частини населення. Воєнні ризики, погіршення безпекових умов і зростання потреби в екстреній та реабілітаційній допомозі ще більше посилюють кадрове навантаження на чинний персонал. Як зазначають Жеков І.І. та Халецький А.В., дефіцит кадрів у сфері охорони здоров’я має комплексну природу та є наслідком сукупної дії економічних, соціальних, демографічних і безпекових факторів. Його подолання потребує системних рішень, спрямованих не лише на кількісне відновлення кадрового потенціалу, а й на створення стійких умов для професійного розвитку, утримання фахівців і підвищення престижу медичної професії в Україні [31]

Ключовим фактором залучення фахівців до сфери охорони здоров’я залишається розмір оплати праці. Обмеженість фінансового потенціалу державного бюджету, традиційно, поставала однією з основних причин зниження престижності праці медичних працівників, відтоку кадрів та дефіциту персоналу медичних закладів. Сектор охорони здоров’я в Україні залишається у переліку галузей-антилідерів національного рейтингу. Розмір заробітної плати медичного персоналу становить 79,7% від середнього рівня за видами економічної діяльності – 17115 грн за місяць (близько 420 дол) (рис. 2.4). Крім того, темпи зростання оплати праці у медичній сфері залишаються найнижчими – 114,3% порівняно з попереднім періодом.

Також зростають фінансові розриви між рівнем заробітної плати в Україні та інших країн світу. Так, середня заробітна плата лікарів у США за підсумками 2024 року становила 261,2 тис дол на рік (21766,6 дол на місяць), у Німеччині – 12958 дол на місяць, Італії – 11650 дол, Ізраїлі – 11550 дол, Польщі – 5658 дол/міс (рис. 2.4) [165].

Рис. 2.4. Рейтинг середньої заробітної плати за видами економічної діяльності в Україні у 2024 році, грн/міс

Джерело: побудовано автором за даними: [107]

Таке зростання спричиняє низку негативних соціально-економічних і інституційних наслідків для національної системи охорони здоров’я. Передусім це стимулює зовнішню трудову міграцію лікарів і середнього медичного персоналу, що призводить до стійкого скорочення кадрового

потенціалу та «витоку» людського капіталу, у підготовку якого вже були інвестовані значні державні ресурси.

Посилення міграційних процесів поглиблює дефіцит кадрів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, підвищує навантаження на наявний персонал і негативно впливає на якість та безперервність надання медичних послуг. Як наголошує МОЗ України, сьогодні дефіцит кадрів становить близько 30-40% загальної потреби [52]. У довгостроковій перспективі це знижуватиме ефективність функціонування всієї системи охорони здоров'я, ускладнює реалізацію реформи і підриває спроможність держави адекватно реагувати на демографічні, епідеміологічні та воєнні виклики.

Кадровий дефіцит, об'єктивна необхідність у підвищенні матеріально-технічної бази сфери охорони здоров'я, а також виклики для сектору, що формуються внаслідок військового конфлікту, потребують інвестиційних потоків у галузь. Інвестиції виступають ключовим інструментом відновлення і модернізації матеріально-технічної складової, створення економічних і професійних стимулів для утримання й розвитку кадрового потенціалу, підвищення якості та доступності медичного обслуговування для населення.

Акумулювання інвестицій у модернізацію обладнання, цифровізацію медичних процесів, покращення умов праці та підвищення оплати праці медичних працівників формує мультиплікативний ефект, що підвищує ефективність використання ресурсів і загальну стійкість системи охорони здоров'я. Необхідність нарощування інвестування додатково посилюється наслідками воєнного конфлікту, який призвів до руйнування медичної інфраструктури, зростання потреби в медичній та реабілітаційній допомозі й суттєвого підвищення навантаження на наявні ресурси галузі. Специфіка управління національним сектором охорони здоров'я в Україні визначається переважно, централізованим характером залучення фінансових ресурсів, джерелом яких є кошти Державного та місцевих бюджетів. За умов їх суттєвого обмеження, якісні трансформації медичної галузі потребують удосконалення механізмів і розширення джерел залучення інвестицій.

За період 2015-2024 років обсяг інвестиційних потоків, залучених у сектор охорони здоров'я України, збільшився у 35,6 раз і склав 22,6 млрд грн (рис. 2.5). З 0,3% до 3,7% зросла також й частка інвестицій медичної галузі у структурі інвестиційного забезпечення за видами економічної діяльності. Проте, питома вага галузі у інвестиційних надходженнях залишається значно нижчою у порівнянні з іншими секторами національної економіки. Розуміючи проблему дефіциту фінансово-інвестиційних ресурсів у сфері охорони здоров'я, уряд України активно започатковує нові механізми акумулювання ресурсів як на національному, так і на міжнародному рівнях. Сьогодні українські медичні заклади мають можливість пільгової участі в міжнародних та європейських інвестиційних проектах, таких як «EU4Health», а також у плаформних механізмах світового донорства капіталу та ін. Поряд з цим, стратегію нарощування інвестування у сферу охорони здоров'я вітчизняні науковці вважають стратегічним пріоритетом політики державного управління [69]

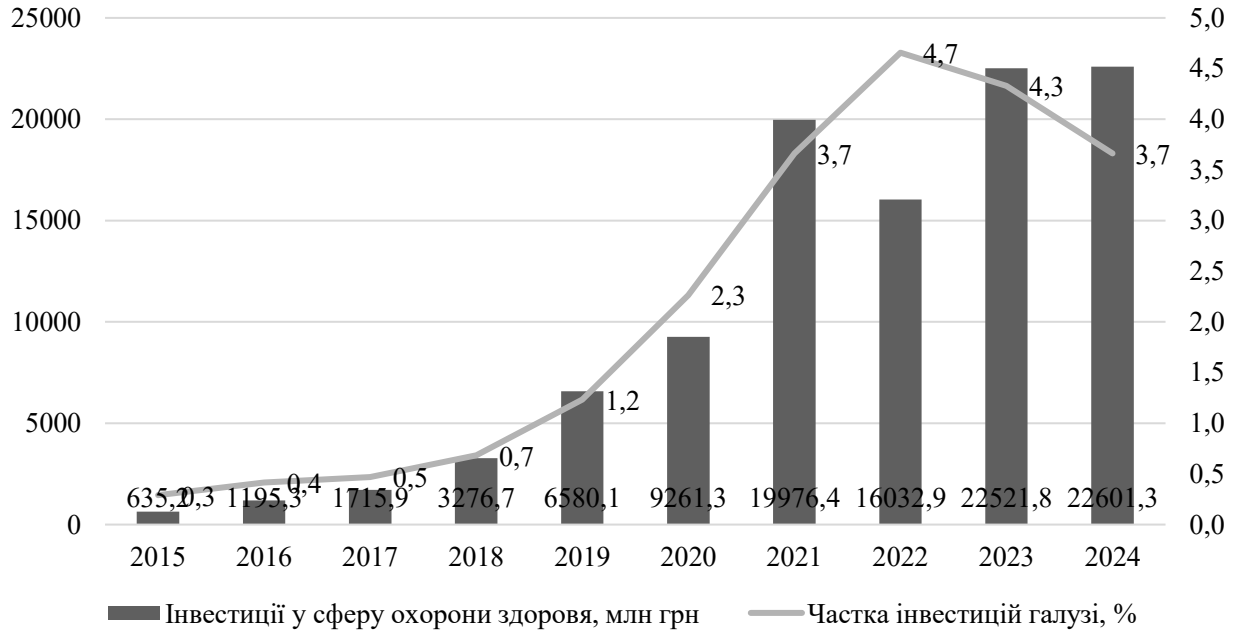

Рис. 2.5. Динаміка обсягу інвестицій у сферу охорони здоров'я України

Джерело: побудовано автором за даними: Державна служба статистики України

Виявлений за результатами дослідження дефіцит обсягів фінансового та інвестиційного забезпечення сфери охорони здоров'я України має не лише

системний, а й кумулятивний характер, оскільки поступово трансформується у погіршення фінансових показників функціонування закладів охорони здоров'я. Обмеженість бюджетних ресурсів, нестабільність надходжень за програмами державних гарантій медичного обслуговування населення, а також недостатній рівень інвестицій у розвиток матеріально-технічної бази формують передумови для зростання фінансових ризиків на рівні медичних установ. У таких умовах хронічний дефіцит фінансування проявляється у зниженні платоспроможності, обмеженні можливостей своєчасного виконання фінансових зобов'язань, накопиченні кредиторської заборгованості та звуженні внутрішніх джерел фінансової стабілізації. Це об'єктивно зумовлює необхідність переходу від загальної оцінки ресурсного забезпечення галузі до поглибленого аналізу фактичного фінансового стану закладів охорони здоров'я, що дає змогу комплексно охарактеризувати рівень їх фінансової стійкості, ліквідності та здатності забезпечувати безперервність надання медичних послуг в умовах підвищеної соціально-економічної та безпекової нестабільності (табл. 2.4).

Результати досліджень свідчать про суттєву трансформацію фінансового стану закладів охорони здоров'я упродовж останніх десяті років, що є інтегральними наслідками як позитивних структурних зрушень у медичній галузі, так і зростання фінансових ризиків. Критичним для фінансового стану закладів охорони здоров'я виявився період 2016-2017 років, протягом якого практично всі показники фінансової стійкості і ліквідності продемонстрували зниження. Критичний стан галузі став об'єктивною підставою та фактичним стартом нової реформи сектору охорони здоров'я, зокрема, прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [35], який сформував основні засади переходу до нової моделі фінансування галузі медицини за ключовим стратегічним принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Починаючи з 2018 року, показники фінансового стану діяльності закладів охорони здоров'я мають тенденцію поступового вирівнювання та поліпшення. За останні роки

структура капіталу медичних закладів характеризується відносною стабільністю та раціональним співвідношенням джерел залучення фінансових ресурсів, що мінімізує фінансові ризики їхньої діяльності та розвитку.

Таблиця 2.4

Показники фінансового стану закладів сфери охорони здоров'я України

Показники	Роки									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Коефіцієнт автономії (>=0,5)	0,29	0,34	0,29	0,49	0,70	0,67	0,65	0,62	0,60	0,58
Коефіцієнт заборгованості (<=0,5)	0,71	0,66	0,71	0,51	0,30	0,33	0,35	0,38	0,40	0,42
Коефіцієнт фінансової стабільності (≥ 0,4)	0,41	0,52	0,41	0,97	2,32	2,00	1,82	1,63	1,52	1,40
Коефіцієнт фінансового ризику (<=0,6)	2,43	1,91	2,43	1,03	0,43	0,50	0,55	0,61	0,66	0,71
Коефіцієнт абсолютної ліквідності (>0,2)	0,11	0,14	0,14	0,21	0,25	0,60	0,46	0,52	0,43	0,35
Коефіцієнт проміжної ліквідності (0,8-1,0)	0,45	0,55	0,48	0,54	0,52	0,81	0,64	0,69	0,56	0,49
Коефіцієнт покриття (>=2)	0,73	0,83	0,74	0,95	1,12	1,38	1,20	1,24	1,08	0,93

Джерело: розраховано автором за даними: Державна служба статистик України.

Структура оборотних активів закладів охорони здоров'я загалом забезпечує короткострокову платоспроможність на рівні 35%. Поряд з цим, коефіцієнти проміжної та загальної ліквідності протягом усього періоду не відповідають рекомендованим межам, що обмежує можливості закладів охорони здоров'я своєчасно виконувати поточні зобов'язання. У сукупності це свідчить про наявність окремих структурних дисбалансів у фінансовому забезпеченні галузі та підтверджує доцільність проведення комплексної

оцінки фінансового стану закладів охорони здоров’я з метою обґрунтування управлінських рішень, спрямованих на підвищення їх фінансової стійкості та ліквідності в умовах тривалої соціально-економічної й безпекової нестабільності.

Забезпечення стабільного фінансового стану закладів охорони здоров’я України в сучасних умовах суттєво ускладнюється впливом тривалого військового конфлікту, який формує комплекс системних фінансово-економічних та інституційних викликів. Воєнні дії зумовили перерозподіл бюджетних ресурсів на користь сектору безпеки й оборони, що обмежило можливості державного фінансування медичної галузі та підвищило залежність закладів охорони здоров’я від нестабільних джерел надходжень. Одночасно зростають витрати на забезпечення безперервності медичних послуг, відновлення пошкодженої інфраструктури, оплату енергоносіїв і медикаментів, а також на кадрове забезпечення в умовах міграції та мобілізації медичних працівників. Сукупна дія цих чинників посилює фінансові ризики, негативно впливає на показники ліквідності та фінансової стійкості закладів охорони здоров’я й актуалізує необхідність удосконалення механізмів управління їх фінансовим станом з урахуванням воєнних і післявоєнних викликів.

Сфера охорони здоров’я внаслідок військового конфлікту за період 2022-2024 років зазнала масштабних втрат і пошкоджень, що об’єктивно актуалізує потребу у формуванні диверсифікованої системи залучення фінансових ресурсів, спроможної забезпечити не лише оперативне відновлення зруйнованої та пошкодженої медичної інфраструктури, а й довгострокову фінансову стійкість галузі. Обмежені можливості державного бюджету в умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови зумовлюють необхідність активізації альтернативних джерел фінансування, зокрема міжнародної фінансової допомоги, цільових грантових програм, інвестиційних механізмів, публічно-приватного партнерства та благодійних ресурсів. У цьому контексті перехід до кількісної оцінки сучасних збитків і

пошкоджень у сфері охорони здоров’я набуває ключового значення, оскільки саме обґрунтоване визначення їхніх масштабів створює передумови для ефективного планування відновлювальних заходів і залучення необхідних фінансових ресурсів.

За експертними оцінками ООН, з початку лютого 2022 року загальна сума збитків і пошкоджень, яких зазнав сектор охорони здоров’я України, оцінюється приблизно в 1,56 мільярдів доларів США. Із загальної кількості медичних закладів 16,2% частково або повністю пошкоджені, з яких 35,8 – лікарні, 18,8% - клініки загального профілю, 15,7% амбулаторних медичних закладів. Найбільших пошкоджень зазнала медична інфраструктура Донецької, Херсонської, Одеської та Дніпропетровської областей. Питома вага сфери в загальному обсязі збитків і пошкоджень національній економіці становить близько 3% та оцінюється у розмірі 21,2 млрд дол. США. Потреба у фінансових ресурсах, необхідних для відновлення втрат сектору охорони здоров’я країни станом на кінець 2024 року, становить 19,4 млрд дол США (табл. 2.5).

Оцінка сучасного стану та реалій функціонування закладів сектору охорони здоров’я показала, що наявні виклики зумовлюють необхідність пошуку та впровадження нових механізмів фінансового управління, які поєднували б зусилля держави як ключового джерела фінансування галузі та самих закладів охорони здоров’я як активних суб’єктів господарювання, спроможних формувати внутрішні фінансові резерви, залучати додаткові ресурси й підвищувати стійкість власної фінансової моделі в умовах воєнних і післявоєнних трансформацій. Для всіх господарюючих суб’єктів економіки України сьогодні та у найближчій перспективі досить гостро постає питання пошуку джерел фінансового забезпечення подальшої діяльності, нарощування обсягів вхідних інвестиційних потоків, оптимізації витрат і процесів управління, підвищення ефективності та результативності своєї діяльності.

Українським медичним закладам, що фінансуються за рахунок державного бюджету, доцільно орієнтуватися на поступову трансформацію

механізмів фінансування в напрямі поєднання гарантованої державної підтримки з активізацією внутрішніх і зовнішніх джерел фінансових ресурсів.

Таблиця 2.5

Розмір збитків ,завданих сектору охорони здоров'я наслідками військового конфлікту в Україні

Адміністративно-територіальні одиниці	Обсяг пошкоджень, млн дол США	Обсяг втрат, млн дол США	Потреба у відновленні, млн дол США
Вінницька область	5,6	629,7	694,6
Волинська область	0,0	425,9	469,3
Дніпропетровська область	57,9	1,292.6	1426,9
Донецька область	587,1	2,102.0	2024,9
Житомирська область	44,0	492,3	543,7
Закарпатська область	0,0	518,9	571.7
Запорізька область	64,2	778,9	771,2
Івано-Франківська область	0,0	563,5	620.9
Київська область	36,4	936.3	836,8
Кіровоградська область	0,0	421,8	414,8
Луганська область	194,4	1,088.7	1039,5
Львівська область	0,0	1033,1	1,138,3
Миколаївська область	74,7	462.4	519,3
Одеська область	12,7	1,139.5	1081,3
Полтавська область	0,1	637,4	621,0
Рівненська область	0,1	476,2	525,0
Сумська область	30,5	567,3	481,9
Тернопільська область	0,0	426,0	469,3
Харківська область	196,1	1,224.9	1279,7
Херсонська область	113,2	429,4	489,0
Хмельницька область	0,8	512,3	564,7
Черкаська область	1,3	555,9	533,5
Чернівецька область	0,0	371,3	409,1
Чернігівська область	67,1	524,6	476,4
м. Київ	41,7	1,937,2	1367,7
Всього	1555,2	19613,9	19380,5

Джерело: складено автором за даними: [208]

Пріоритетним має стати підвищення ефективності використання бюджетних коштів шляхом удосконалення фінансового планування, управління витратами та впровадження інструментів фінансового контролю. Водночас важливого значення набуває розвиток договірних відносин у межах програм медичних гарантій, залучення грантового й інвестиційного фінансування, а також застосування елементів публічно-приватного

партнерства, що дозволить посилити фінансову стійкість медичних закладів без зниження соціальної доступності медичних послуг. Економічним підґрунтям трансформації фінансових механізмів має стати підвищення рівня продуктивності й ефективності власної діяльності, що дасть змогу підвищити інвестиційну привабливість закладів охорони здоров'я.

Як продемонстрували результати економіко-статистичних спостережень, рівень економічної ефективності діяльності медичних закладів визначається істотною амплітудою коливань і нестабільним трендовим характером. Після суттєвого підвищення результативності їх функціонування протягом 2015-2020 років та досягнення максимального рівня рентабельності діяльності 12,4% (19,2 млрд грн чистого прибутку), у 2021 році ці показники значно знизилися та зберігають негативну тенденцію протягом воєнного часу.

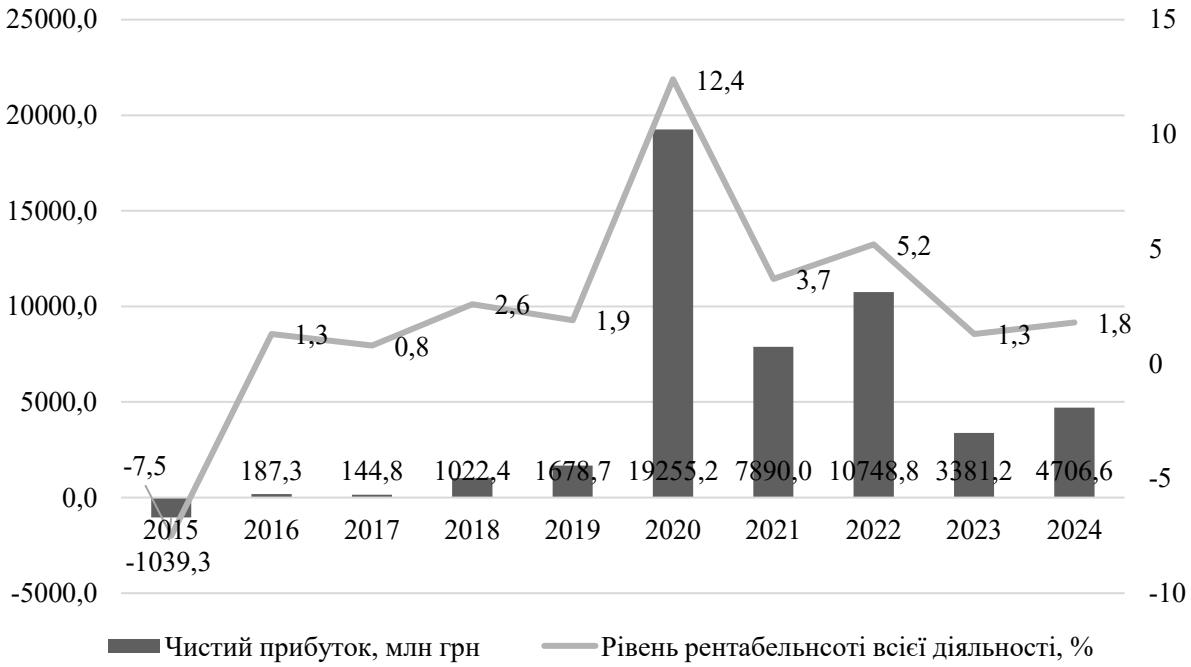

Рис. 2.6. Динаміка рентабельності всієї діяльності закладів охорони здоров'я України

Джерело: побудовано автором за даними: Державна служба статистики України

За підсумками 2024 позитивний кінцевий результат діяльності закладів охорони здоров'я становив 4706 млн грн за відповідного рівня прибутковості 1,8% (рис. 2.6).

Сукупна частка медичних закладів, які отримали прибуток як кінцевий фінансовий результат власної діяльності, у 2024 році склала 62,8%, частка збиткових установ — 31,8%, у порівнянні з середніми значеннями за всіма видами економічної діяльності країни відповідно 71,9% та 28,1%.

Отримані показники свідчать, що незважаючи на винятково складні фінансово-економічні та воєнні виклики, заклади сфери охорони здоров'я України зберігають певний запас фінансової міцності та демонструють позитивний фінансовий результат своєї господарської діяльності. За таких реалій постає нагальна потреба у системному удосконаленні механізмів управління медичними та закладами публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, стратегічно орієнтованих на відродження сфери на принципово нових якісних інклюзивних засадах, що відповідають інтересам населення України, цілям сталого розвитку країни та її євроінтеграційним прагненням.

Завершення реформи охорони здоров'я та поступове впровадження нових моделей фінансового і операційного управління дозволять забезпечити більш ефективне використання наявних ресурсів, підвищити ліквідність і фінансову стійкість медичних закладів, а також оптимізувати витрати без шкоди для доступності та якості медичних послуг. Паралельно це відкриває можливості для інтеграції сучасних підходів до управління, залучення додаткових фінансових ресурсів через міжнародні програми та публічно-приватне партнерство, а також впровадження цифрових і технологічних інновацій. Системне оновлення управлінських процесів має бути спрямоване на досягнення цілей сталого розвитку, підвищення рівня медичного обслуговування та життя населення України, а також наближення до європейських стандартів і сучасних трендів розвитку медицини, що в цілому забезпечує стійкість, адаптивність і довгострокову ефективність функціонування галузі в умовах воєнних і післявоєнних трансформацій.

2.2. Інструментальне забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні

Ефективне публічне адміністрування сфери охорони здоров'я є одним із ключових чинників забезпечення якості життя населення та стабільного соціально-економічного розвитку країни. Якісне управління системою охорони здоров'я забезпечує інклюзивний доступ громадян до медичних послуг, раціональне використання ресурсів, інтеграцію сучасних технологій і методів лікування, а також підтримку профілактичних і оздоровчих програм, що сприяють зниженню захворюваності та підвищенню тривалості й якості життя населення. В умовах складного зовнішнього й внутрішнього середовища, включно з економічними обмеженнями, демографічними викликами та наслідками кризових явищ, ефективне публічне адміністрування дає змогу оптимізувати процеси прийняття рішень, підвищувати прозорість та підзвітність органів управління, запобігати зловживанням і неефективному використанню бюджетних коштів. На рівні держави ефективне управління охороною здоров'я забезпечує формування передбачуваних і стійких соціальних інститутів, підтримку економічної активності населення, зменшення соціальної нерівності та підвищення інвестиційної привабливості країни. У цьому контексті публічне адміністрування виступає не лише інструментом організації медичних послуг, а й ключовим механізмом реалізації державної політики у сфері соціального захисту, сталого розвитку та забезпечення національної безпеки.

Реалізація ефективного публічного управління у сфері охорони здоров'я неможлива без належного інструментального забезпечення, яке є системоутворювальним елементом функціонування всієї управлінської вертикалі. Система інструментального забезпечення трансформує стратегічні цілі державної політики у конкретні управлінські дії, процедури та рішення, забезпечуючи їх практичну реалізацію на національному, регіональному та

локальному рівнях. За його допомогою формуються механізми планування, координації, фінансування, моніторингу та контролю діяльності суб'єктів системи охорони здоров'я, що дає змогу забезпечити узгодженість управлінських рішень і підвищити ефективність використання обмежених ресурсів.

Формуючи інформаційно-аналітичний базис, необхідний для оцінки результативності управлінських рішень і якості надання медичних послуг, система інструментального забезпечення відіграє провідну роль у забезпеченні прозорості та підзвітності публічного управління, підвищує його оперативність, сприяє мінімізації дисбалансів у розвитку медичної інфраструктури та підвищенню адаптивності системи охорони здоров'я до кризових явищ. За умов трансформації державних систем управління у напрямку сталого розвитку інструментальне забезпечення постає ключовим чинником підвищення ефективності, стійкості та соціальної значущості публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Інструменти публічного адміністрування є необхідними засобами реалізації функцій державного управління, головною метою яких є досягнення належного рівня організації діяльності суб'єктів сфери охорони здоров'я [96]. До їх сукупності науковці, здебільшого, відносять нормативно-правові, організаційні, фінансові, інформаційні, мотиваційні, матеріально-технічні засоби та способи вирішення суспільно значимих проблем і завдань розвитку країни [33, 77, 11].

Новак Н.П. і Сердюк Є.В., інструментарій публічного управління розглядають як інтегровану сукупність правових, організаційних та інформаційних дій адміністративних структур, спрямованих на досягнення важливих для суспільства результатів [73].

Характеризуючи особливості їх застосування, Чепкова К. виділяє такі сутнісні ознаки інструментарію публічного адміністрування: виключно правову природу їх виникнення, прояв адміністративних функцій управління, гнучкість і високий ступінь адаптивності, прозорість і підзвітність [127].

З урахуванням специфіки сфери охорони здоров'я, серед інструментів публічного управління Правило О.І. відокремлює: переконання, примус (та форми його прояву), адміністративно-запобіжні заходи, нагляд та контроль [93].

Таким чином, інструментальне забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні доцільно розглядати як комплекс засобів, механізмів і методів, які використовують органи влади та управлінські структури для ефективного планування, організації, регулювання та контролю діяльності системи охорони здоров'я у державі.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, яка стартувала у 2016-2017 роках, зумовила суттєву трансформацію інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування, змінивши як зміст, так і механізми застосування управлінських інструментів. Базовими принципами, які були покладені в основу публічного управління цією галуззю, стали орієнтація на результат, ефективність та інтереси пацієнтів. [21]. Така трансформація, у свою чергу, принципово змінила роль держави – від безпосереднього розпорядника ресурсів до стратегічного замовника медичних послуг, що проявилося в появі нових фінансово-економічних інструментів управління сектором охорони здоров'я.

Поряд із появою нових фінансових інструментів публічного управління, відбулось оновлення нормативно-правового та організаційного інструментарію, результатом дії яких стало розмежування функцій формування політики національної охорони здоров'я, порядку її реалізації та контролю, а також підвищення автономії медичних закладів.

У межах реформи інструментальне забезпечення було доповнене новими механізмами контрактування, ліцензування, стандартизації медичних послуг і моніторингу якості медичних послуг, що сприяло підвищенню прозорості управлінських процесів і підзвітності суб'єктів системи охорони здоров'я. Важливу роль у трансформації інструментарію відіграло

впровадження електронних інформаційних систем, зокрема електронної системи охорони здоров’я, які стали основою для збору, обробки та аналізу управлінських даних, а також для ухвалення обґрунтованих управлінських рішень.

У результаті реформи змінився і характер аналітичних інструментів публічного адміністрування, оскільки оцінка ефективності діяльності закладів охорони здоров’я та управлінських органів почала ґрунтуватися не лише на показниках освоєння бюджетних коштів, а й на результатах надання медичних послуг, їх доступності, якості та відповідності медичним стандартам. Це зумовило зростання ролі індикативного планування, системи показників результативності та механізмів публічного контролю. Таким чином, унаслідок реалізації реформи охорони здоров’я система інструментального забезпечення публічного адміністрування набула більш комплексного, децентралізованого та результатоорієнтованого характеру, що створило передумови для підвищення ефективності управління галуззю та її адаптації до сучасних соціально-економічних викликів.

Процеси трансформації національної сфери охорони здоров’я призвели до зміни архітектури системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування, складу її основних компонентів і механізмів їх функціонування. Як зауважують Козаченко Г. В. і Сологуб О. В., такі зміни забезпечили можливості для більш гнучкого управління медичними закладами внаслідок реалізації їх комерційного потенціалу, фінансової незалежності та власної кадрової політики [48]. З такими висновками погоджується значна частина експертів галузі, проте й досі у науковців відсутній єдиний погляд на конфігурації системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров’я. Опрацювання науково-теоретичної, методичної та практичної площини цього питання дозволило представити авторський підхід до архітектурної розробки системи інструментального забезпечення функціонування публічного

адміністрування охорони здоров'я в Україні. Так, серед її основних елементів вважаємо доцільним виділити наступні:

1) підсистема нормативно-правового інструментарію - базовий елемент, що формує правове поле публічного адміністрування сфери охорони здоров'я та включає: конституційні норми і галузеве законодавство; нормативно-правові акти галузевих інституцій (КМУ, МОЗ, НСЗУ), державні стратегії, концепції, програми подальшого реформування та підвищення ефективності сфери охорони здоров'я, стандарти, порядки, протоколи надання медичної допомоги тощо;

2) підсистема інституційно-організаційного інструментарію – покликана забезпечувати практичну реалізацію ключових управлінських функцій та представлена взаємодією органів галузевого публічного управління (МОЗ, НСЗУ, органи місцевого самоврядування), мережею закладів охорони здоров'я та відповідними управлінськими механізмами їхньої міжвідомчої та міжрівневої координації. Важливою складовою підсистеми інституційно-організаційного інструментарію є також контрольно-моніторингові інструменти та інструменти контролю. Саме вони орієнтовані на забезпечення якості, підзвітності і прозорості медичного обслуговування населення та ґрунтуються на державному фінансовому і адміністративному контролю (аудиті), ліцензуванні та акредитації закладів охорони здоров'я і підготовки кадрів, моніторингу якості медичних послуг, оцінюванні ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я.

3) Підсистема фінансово-економічного інструментарію — ключовий елемент забезпечення публічного управління за всіх умов та моделей функціонування сфери охорони здоров'я. Включає: бюджетне планування і фінансування, механізми договорів з НСЗУ, тарифну політику, матеріально-технічне забезпечення медичних закладів, інструменти залучення міжнародної фінансової допомоги та грантових ресурсів, інструменти відновлення та компенсації втрат медичної інфраструктури за умов воєнного конфлікту та його наслідків.

4) Підсистема кадрового інструментарію, основною функцією якої є формування та нарощування людського (інтелектуального) капіталу сфери охорони здоров'я, що відповідно включає: механізми підготовки, перепідготовки та безперервного професійного розвитку й мотивації, кадрове планування та прогнозування потреб у людських ресурсах сфери, управління кадровими ризиками в умовах війни та міграції значної частини населення України.

5) Підсистема інформаційно-аналітичного та цифрового інструментарію, яка на даний час постає найдинамічнішим елементом системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні та сприяє підвищенню ефективності електронних сервісів охорони здоров'я (eHealth), медичних інформаційних реєстрів і баз даних, спеціалізованих аналітичних платформ підтримки управлінських рішень, а також реалізації інструментів моніторингу, оцінювання та прогнозування розвитку медичної галузі.

6) Підсистема комунікаційно-соціального інструментарію – критично важливий та актуальний компонент системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я, який визначає механізми взаємодії медичних закладів з громадськістю та пацієнтськими організаціями, публічність звітності й відкритість даних про стан і результативність охорони здоров'я, характер розповсюдження інформаційних кампаній у сфері громадського здоров'я, а також інструменти зворотного зв'язку (рис. 2.7).

Підґрунтям системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні постає нормативно-правовий інструментарій, якій сьогодні представлений чисельними актами, серед яких першочергове значення мають: Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№ 2801-XII від 19.11.1992р.), Закон України «Про систему громадського здоров'я» (№ 2573-IX від 06.09.2022р.), Закон України «Про державні фінансові гарантії

медичного обслуговування населення» (№ 2168-VIII), Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» (№ 411 від 25.04.2018р.), система наказів Міністерства охорони здоров'я, які деталізують реалізацію практичних аспектів адміністрування, зокрема щодо професійних стандартів, процедур, санітарних норм, правил діяльності медичних закладів, Закон України «Про захист персональних даних» (№ 2297-VI від 2010р.) та інші.

Рис. 2.7. Архітектура системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні

Джерело: авторська розробка

Серед базових нормативно-правових актів, які сприяли початку та реалізації реформи охорони здоров'я, слід відзначити також Закон України

«Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я», Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», а також Закон України «Про систему громадського здоров'я». Проте, як зауважують вітчизняні експерти, медична реформа системи охорони здоров'я в Україні не є остаточно завершеною, а її результати характеризуються певними проблемними ознаками, які мають бути подолані для забезпечення інклюзивного медичного обслуговування населення країни (табл. 2.6).

Інституційно-організаційний інструментарій системи публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні сьогодні є результатом тривалих трансформаційних процесів, що поєднують законодавче упорядкування, реорганізацію виконавчих органів, створення нових управлінських механізмів і розвиток міжінституційної координації. Після початку реформування системи охорони здоров'я відбулося посилення ролі Міністерства охорони здоров'я як координаційного центру державної політики та ключового координатора публічного адміністрування у галузі. Важливим кроком також стало запровадження нових організаційних моделей, зокрема Національної служби здоров'я України, яка виступає замовником медичних послуг і відіграє роль центрального інструмента реалізації головного принципу реформи – «гроші йдуть за пацієнтом». У межах інституційного забезпечення практично сформована законодавча база, що регламентує повноваження та відповідальність різних управлінських ланок системи інструментального забезпечення функціонування публічного управління. Значна увага в інституційно-організаційному забезпеченні приділяється принципам і практикам європейського досвіду управління медичною галуззю. Серед інституційних змін, як результату медичної реформи, важливо відзначити початок формування незалежних механізмів оцінки та затвердження медичних технологій в Україні, спрямованих на підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів та впровадження

доказової медицини, а також посилення управлінських функцій через розбудову цифрових платформ і міжсекторної комунікації.

Таблиця 2.6

Проблеми та напрями удосконалення нормативно-правового забезпечення публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні

Існуючі проблеми нормативно-правового інструментарію	Характер та короткий зміст рекомендацій до усунення проблемних аспектів
Фрагментарність і несистемність нормативно-правового регулювання	Розробка та прийняття законодавчого кодексу охорони здоров'я або рамкового закону, який об'єднає ключові нормативи та узгодить підзаконні акти
Нечіткість розмежування повноважень суб'єктів публічного адміністрування	Законодавче закріплення чітких повноважень та відповідальності центральних органів влади, регіональних органів та керівників закладів, створення регламентів взаємодії
Дисбаланс між законодавчим і підзаконним регулюванням	Розробка чітких законодавчих рамок для тарифоутворення, фінансування та оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, обмеження частих змін підзаконних актів без відповідних законодавчих підстав
Недостатня нормативна визначеність стратегічного планування розвитку системи	Запровадження законодавчо закріплених стратегій та інструментів прогнозування потреб населення, ресурсного планування та оцінки результативності управлінських рішень на середньо- і довгострокову перспективу
Обмежена нормативна регламентація кадрової політики	Створення законодавчої моделі управління кадровим потенціалом, яка включатиме планування потреб, систему утримання та мотивації персоналу, удосконалення стандартів професійного розвитку
Неврегульованість механізмів міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії	Введення законодавчо закріплених процедур координації між охороною здоров'я, соціальною, освітньою, оборонною та іншими секторами, створення механізмів обміну даними та спільного планування
Недостатня інтеграція цифрових інструментів у нормативне поле	Прийняття стандартів інтероперабельності, кібербезпеки та галузевого електронного документообігу, законодавче закріплення обов'язковості використання цифрових систем для управління та контролю
Обмежена адаптивність нормативно-правового забезпечення до кризових та воєнних умов	Розробка гнучких правових механізмів реагування на надзвичайні та кризові ситуації, включаючи спрощені процедури фінансування, мобілізації ресурсів і управлінського реагування в умовах воєнного стану

Джерело: складено автором за даними [119, 130, 17]

Поряд з цим, дана ланка національної системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні характеризується низькою наявних проблем і перешкод, серед яких Приймак Л.В. звертає увагу на необхідність інтеграції військової та цивільної медицини, низький рівень просторової реструктуризації медичних закладів, неповне використання потенціалу цифровізації та міжнародного гуманітарного партнерства [95]. Повністю поділяючи думку науковця, до сукупності цих проблемних аспектів вважаємо доцільним додати існуючі проблеми координації між центральними та регіональними структурами, високу фрагментацію відповідальності, кадрові виклики та недостатню інтеграцію професійного самоврядування в систему управління, що суттєво ускладнює ефективне адміністрування та довгострокове стратегічне планування розвитку сектору охорони здоров'я.

У значній мірі існуючі інституційно-організаційні проблеми публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні мають тісний причинно-наслідковий зв'язок із кризою фінансового забезпечення галузі та значною мірою її зумовлюють. Фрагментація управлінських повноважень, недостатня узгодженість дій між центральними та місцевими органами влади, а також обмежені інституційні спроможності окремих суб'єктів публічного управління негативно впливають на ефективність планування, розподілу й використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Запроваджені в межах медичної реформи нові організаційні моделі, зокрема функціонування Національної служби здоров'я України як єдиного державного замовника медичних послуг, з одного боку, сприяли підвищенню прозорості фінансових потоків і переходу до програмно-цільового фінансування, а з іншого - актуалізували проблему відповідності інституціональної архітектури реальним фінансовим можливостям держави. В умовах хронічного дефіциту бюджетних ресурсів, зростання витрат на медичні послуги, кадрове забезпечення та відновлення пошкодженої інфраструктури інституційні дисбаланси посилюють фінансову нестабільність системи охорони здоров'я та

обмежують здатність публічного управління оперативно реагувати на кризові виклики. За таких обставин фінансово-економічний інструментарій публічного управління набуває ключового значення як механізм забезпечення стійкого функціонування галузі, оптимізації використання ресурсів і реалізації стратегічних пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Як свідчать дослідження, розмір фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я за рахунок потенціалу державного управління визначається стабільною тенденцію зростання протягом остання десяти років. Поряд з цим, частка витрат на фінансування галузі має значну амплітуду коливань та свого абсолютного максимуму (9,7%) набула у 2020 році – як результат заходів держави із подолання наслідків світової пандемії Covid-19. Після цього протягом 2021-2024 років питома вага витрат Державного та Зведеного бюджетів України на фінансове забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я знижувалась (табл.). Загальний обсяг фінансової підтримки сектору охорони здоров'я боку держави у 2024 році склав 238,6 млрд грн. (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Динаміка обсягів фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України

Показники	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Видатки державного бюджету, млрд грн	11,4	12,4	16,7	22,6	38,6	124,9	170,5	184,3	179,3	201,4
Частка видатків галузі, %	1,9	1,8	1,9	2,3	3,6	9,7	11,4	6,8	4,5	4,5
Темп росту видатків державного бюджету, %	107,5	108,8	134,7	135,3	170,8	323,6	136,5	108,1	97,3	112,3
Видатки зведеного бюджету, млрд грн	71	75,4	102,4	115,8	128,4	175,8	203,6	215,3	217,4	238,6
Частка видатків галузі, %	10,4	9	9,7	9,3	9,4	11	11	7,1	4,9	4,8
Темп росту видатків зведеного, %	124,3	106,2	135,8	113,1	110,9	136,9	115,8	105,7	101,0	109,8

Джерело: розраховано автором за даними: [67]

Скорочення відносного обсягу фінансування сектору охорони здоров’я в країні за останні роки стало наслідком загальної трансформації бюджету України, пріоритетною статтею фінансування якої стала сфера оборони – у 2025 році її частка становила 50,4% обсягу Зведеного бюджету. Питома вага охорони здоров’я за відповідний період склала 4,5% і продемонструвала поступове скорочення.

Обсяг витрат на сферу охорони здоров’я визначає розмір одного з основних індикаторів продуктивності та потенціалу розвитку цієї галузі на світовому рівні. Видатки на охорону здоров’я у розрахунку на одного мешканця — показник, що дозволяє порівнювати країни з різними розмірами економік і населення та оцінювати не лише абсолютні обсяги ресурсів, а й потенційний доступ і інклюзивність медичних послуг. За оцінкою Організації економічного співробітництва та розвитку, середньорічне значення цього індикатора у розвинутих країнах світу за 2024 дорівнювало 6,0 тис. дол. США. Лідером світу за розміром витрат на охорону здоров’я на одну особу є США, у яких цей показник становить 12,6 тис дол. У країнах ЄС відповідне значення становить від 2,4 тис дол США (Румунія) до 7,5 тис дол США (Німеччина). В Україні дефіцит фінансового потенціалу державного управління зумовлює значне відставання фактичних показників від середніх значень для європейських країн та становить 1,4 тис. грн у розрахунку на одну особу (рис. 2.8).

У світовій практиці розмір витрат на охорону здоров’я у розрахунку на одного мешканця значною мірою визначається обраною моделлю фінансування системи охорони здоров’я, яка формує джерела надходження коштів, механізми їх акумулювання та перерозподілу між суб’єктами системи. Як показали проведені дослідження, традиційними постають кілька базових моделей: бюджетна (бевериджівська), страхова (бісмарківська), приватно-ринкову та змішану. У країнах із бюджетною моделлю фінансування (Велика Британія, скандинавські країни) основний фінансовий тягар несе держава через податкові надходження, що забезпечує відносно високі та стабільні

витрати на охорону здоров’я на душу населення за мінімальних прямих витрат громадян. Страхова модель, характерна для Німеччини, Франції, Японії та інших країн, ґрунтується на обов’язкових внесках роботодавців і працівників та, як правило, також забезпечує високий рівень фінансування і широку доступність медичних послуг. Приватно-ринкові моделі, де значна частка витрат покладається на громадян та добровільне страхування, демонструють суттєву диференціацію доступу до медичної допомоги та високі індивідуальні витрати населення.

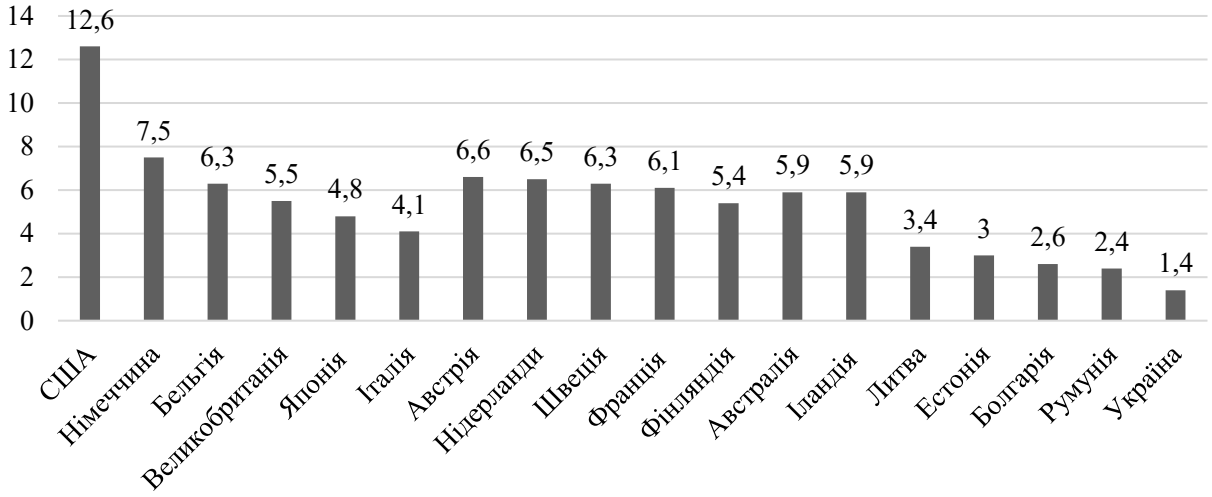

Рис. 2.8. Розмір щорічних витрат на охорону здоров’я на душу населення у країнах світу, дол. США, 2024 р. *Джерело: побудовано автором за даними: [181]*

Фінансова модель охорони здоров’я України має змішаний характер, поєднуючи бюджетне фінансування з елементами державного замовлення медичних послуг через Національну службу здоров’я України. Проте за умов досить обмежених державних фінансових ресурсів і відсутності повноцінної системи загальнообов’язкового медичного страхування розмір витрат на охорону здоров’я в розрахунку на одного мешканця України є значно меншим порівняно з іншими розвинутими країнами світу. У свою чергу, така залежність створює підвищене фінансове навантаження на домогосподарства щодо самозабезпечення медичними послугами. Розмір витрат домогосподарств на охорону здоров’я також постає дієвим інструментом

фінансово-економічного забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні.

Оцінка структури витрат домогосподарств України показала, що протягом багатьох років максимальну питому вагу мають витрати на продовольчі товари – до 45%. Питома вага витрат населення на охорону здоров'я традиційно становила 4–6% і не була основною (рис. 2.9).

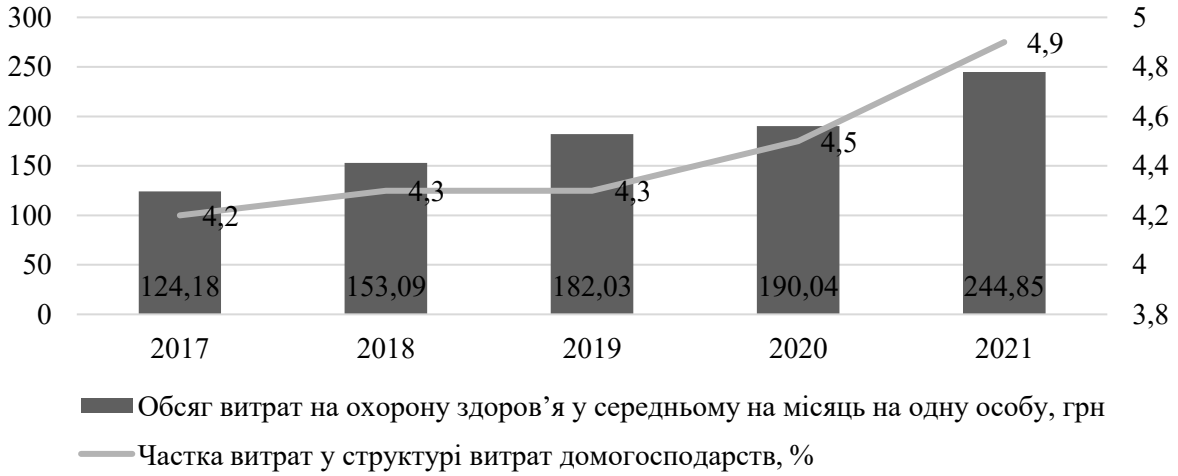

Рис. 2.9. Динаміка витрат населення України на охорону здоров'я, 2017-2021 роки. *Джерело: побудовано автором за даними: [137]*

Після початку повномасштабних військових дій на території України структура витрат домогосподарств зазнало істотних змін – зросла частка витрат на продовольче забезпечення родин (до 51,4%) та частка витрат на охорону здоров'я – до 6,4%. Питома вага інших статей витрат, зокрема неспоживчих (освіта, відпочинок і культура тощо), характеризується поступовим трендом скорочення. Як свідчать результати досліджень, у 2023 році середньомісячний розмір витрат на медичні послуги в українських родинах становив 653 грн, у домогосподарствах без дітей – 1200 грн, з однією дитиною – 611 грн, з двома дітьми – 580 грн, з трьома дітьми – 281 грн/міс [90, 133].

Обмеженість фінансового потенціалу державного бюджету, спрямованого на охорону здоров'я, у поєднанні з вичерпністю фінансових можливостей українських домогосподарств формує стійкий структурний

дисбаланс у фінансово-економічному забезпеченні управління цією галуззю. З одного боку, держава в умовах макроекономічної нестабільності, зростання соціальних видатків і необхідності фінансування безпекових потреб не спроможна забезпечити достатній рівень бюджетного покриття потреб системи охорони здоров'я. З іншого боку, високий рівень прямих витрат населення на медичні послуги та лікарські засоби обмежує доступність медичної допомоги й підвищує ризики фінансового виснаження домогосподарств. За таких умов традиційні механізми бюджетного фінансування та прямої оплати послуг втрачають здатність забезпечувати фінансову стійкість системи охорони здоров'я та належний рівень соціального захисту громадян.

Світовий досвід свідчить, що подолання зазначених обмежень значною мірою пов'язане з упровадженням та розвитком страхових фінансово-економічних інструментів у сфері охорони здоров'я, які дозволяють диверсифікувати джерела фінансування, знизити фінансове навантаження на державний бюджет і водночас мінімізувати прямі витрати населення. У країнах із розвиненими системами обов'язкового або змішаного медичного страхування страхові внески є стабільним джерелом акумулювання ресурсів, забезпечують принцип солідарності та сприяють більш прогнозованому фінансовому плануванню у сфері охорони здоров'я.

У цьому контексті актуалізується необхідність пошуку та адаптації нових фінансово-економічних інструментів публічного управління адмініструванням охорони здоров'я в Україні, серед яких медичне страхування може розглядатись як потенційний механізм підвищення фінансової стійкості галузі, розширення доступу населення до медичних послуг та зменшення соціальних ризиків, пов'язаних із витратами на лікування.

Серед найкрупніших страхових компаній України, які здійснюють фінансові операції з медичного страхування (страхування життя населення) на ринку страхових послуг сьогодні, слід відзначити: СК «Металайф», СК «Граве Україна страхування життя», СК «Уніка життя», СК «ARX LIFE», СК «ФОРТЕ

ЛАЙФ», СК «PZU Україна страхування життя». Мінімальний розмір виплат за настання страхового медичного випадку склав 15,3 тис грн, максимальна сума виплат – 506,9 тис грн [113]. За даними Національної асоціації страховиків України, національний ринок медичних послуг активно розвивається, а сукупний обсяг страхових медичних премій (Life-страхування) у 2024 році порівняно з попереднім періодом зріс на 18,7% і становив 5,7 млрд грн [74]. Разом з тим, як зазначає Крилов Д. В., сучасному стану розвитку ринку страхових медичних послуг притаманні певні слабкі аспекти управління, серед яких основними є відсутність загальної стратегії розвитку, низький рівень страхової культури серед населення, низька конкурентоспроможність вітчизняних страхових компаній, низький рівень інформативної відкритості та прозорості. У якості основних загроз подальшому розвитку інструментарію фінансового медичного страхування науковці називають зростання інфляції, низький платоспроможний попит населення, недовіру до страхових компаній та нераціональну структуру витрат домогосподарств [54].

Існуючи обмеження потенціалу фінансово-економічного інструментарію забезпечення публічного управління сферою охорони здоров’я в Україні опосередковують ще одну стратегічно та виключно важливу проблему – проблему управління кадрами медичної галуззі. Кадровий інструментарій є системоутворюючим елементом публічного адміністрування сфери охорони здоров’я, ефективність якого безпосередньо впливає на досягнення цілей сталого розвитку у частині забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг та формування стійкої й адаптивної системи охорони здоров’я.

Кадровий інструментарій забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров’я в Україні охоплює сукупність управлінських механізмів, спрямованих на формування, розвиток, розподіл і мотивацію медичних кадрів у системі охорони здоров’я. У сучасних умовах ключовими інструментами кадрового забезпечення виступають нормативно-регуляторні механізми, що визначають вимоги до професійної підготовки та

кваліфікації медичних працівників, а також інструменти фінансового стимулювання праці, реалізовані через механізми оплати медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Важливу роль відіграють інструменти безперервного професійного розвитку, спрямовані на підвищення якості медичних послуг та адаптацію персоналу до впровадження нових клінічних, цифрових і управлінських рішень. Разом із тим, на ефективність кадрового інструментарію істотно впливають організаційні можливості закладів охорони здоров'я, зокрема автономізація, контрактні форми зайнятості та розширення управлінської відповідальності керівників. Умови воєнного стану додатково актуалізували використання антикризових кадрових інструментів, спрямованих на забезпечення мобільності персоналу, збереження кадрового потенціалу та підтримку професійної стійкості медичних працівників.

Побудова дієвої і ефективної системи публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні об'єктивно передбачає формування повного, прозорого та доступного інформаційно-аналітичного базису для прийняття управлінських рішень. За умов досягнення Україною цілей сталого розвитку, серед яких здоров'я населення має виключне значення, інформаційно-аналітична складова системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я має враховувати та відзеркалювати основні економічні, екологічні та соціальні аспекти діяльності ЗОЗ [13]

Сучасна система інформаційно-аналітичного забезпечення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні формується як ключовий елемент реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я та забезпечення ефективного управління медичною системою. За останні роки базисом її функціонування стали засади цифровізації управлінських процесів, інтеграції інформаційних ресурсів і використання широкого спектру аналітичних даних. Основу інформаційно-аналітичного забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні сьогодні становлять централізовані електронні інформаційні платформи та реєстри, які забезпечують збір, накопичення,

обробку та аналіз даних щодо діяльності закладів охорони здоров'я, медичних працівників і населення. Інформаційно-аналітичне забезпечення використовується для планування обсягів медичної допомоги, фінансового забезпечення, моніторингу доступності та якості медичних послуг, а також для оцінювання результативності реформ у сфері охорони здоров'я.

Переходячи на європейські стандарти і принципи розвитку сфери охорони здоров'я, одним з ключових інструментів підсистеми її інформацйно-аналітичного забезпечення стали медичні декларації. Поряд з цим, вони також визначаються подвійною функціональною природою: виконують інституційно-організаційну роль і діють як механізм формалізації взаємовідносин між пацієнтами, медичними працівниками та закладами охорони здоров'я. Станом на кінець 2024 року медичні декларації із сімейними лікарями украли близько 31 млн українців [91]. Найбільша частина укладених медичних декларацій – 75,7% – припадає на сімейних лікарів, понад 14,2% – на лікарів-терапевтів, близько 10% – на лікарів-педіатрів.

У сучасній системі публічного адміністрування охорони здоров'я України медичні декларації є ключовим інформаційно-аналітичним інструментом, безпосередньо пов'язаним із формуванням та реалізацією тарифної політики у сфері медичних послуг. Дані, що акумулюються через систему медичних декларацій, формують основу для розрахунку обсягів фінансування та застосування тарифів, визначених Програмою медичних гарантій. У 2025 році тариф на медичні послуги у розрахунку на одного пацієнта був затверджений на рівні 844,4 грн на рік. Тарифи на медичні послуги для українців формуються та застосовуються в межах Програми медичних гарантій, яка є базовим інструментом реалізації державних гарантій щодо надання медичної допомоги населенню.

Як свідчать результати аналітичних спостережень, обсяг фінансування програм медичних гарантій в Україні характеризуються постійним зростанням та за період 2020-2024 років зросли більше, ніж у два рази – із 72 млрд грн до 157,8 млрд грн. (рис. 2.10)

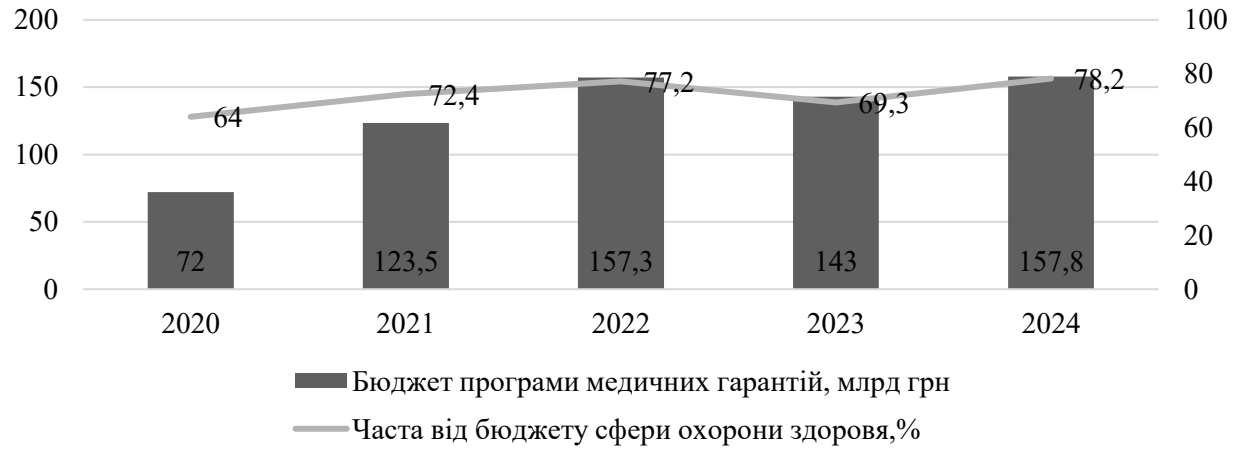

Рис. 2.10. Динаміка обсягів фінансування Програм медичних гарантій в Україні. *Джерело: побудовано автором за даними: [34]*

Поряд із загальною тенденцією збільшення обсягів фінансового забезпечення програмних державних гарантій в також зростає й частка виділених коштів у структурі загального бюджетування сфери охорони здоров'я. У 2024 році вона становила 78,2% всіх виділених державою фінансових ресурсів для розвитку та функціонування медичної галузі.

Серед ключових програмних статей фінансування медичного обслуговування максимальна питома вага приходиться на надання спеціалізованої медичної допомоги – 73,6%, значну частку становлять витрати на первинну медичну допомогу – близько 15% (рис. 2.11).

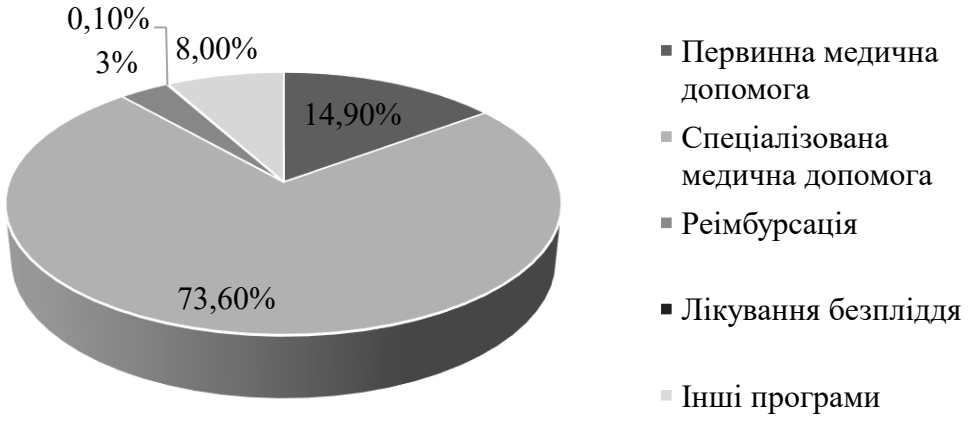

Рис. 2.11. Структура фінансування програми медичних гарантій в Україні за 2024 рік, %. *Джерело: побудовано автором за даними: [34]*

Невід'ємним доповненням до інформаційно-аналітичного та фінансово-економічного забезпечення системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я постає комунікаційно-соціальний інструментарій. Саме завдяки ньому забезпечується соціальна легітимність, ефективність та результативність публічного адміністрування сектору охорони здоров'я. Комунікаційно-соціальний інструментарій у межах синергійної взаємодії із іншими компонентами системи публічного управління виконує функцію зв'язку, інформування та формування суспільної довіри до медичних реформ, нових моделей надання медичної допомоги та електронних сервісів.

Серед основних інструментів комунікаційно-соціального забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні вже тривалий час активно використовуються інформаційно-просвітницькі кампанії, соціально-цифрові платформи, різноманітні форми партнерства органів управління з медіа та соціальними мережами тощо (рис. 2.12).

Потужний потенціал та пріоритет подальшого розвитку інструментарію комунікаційно-соціального забезпечення публічного управління сферою охорони здоров'я зосереджені у цифровій площині. За інформацією МОЗ України, на даний час серед усіх цифрових сервісів найбільше поширення та актуальність серед населення мають інструменти онлайн-запису на прийом до лікаря, спеціальні застосунки для моніторингу показників здоров'я, digital-торговельні площадки для замовлення лікарських засобів, цифрові платформи лабораторій, кабінети пацієнтів. Незважаючи на виключну зручність, доступність та інклюзивність цього цифрового інструментарію, серед його недоліків МОЗ називає відсутність контролю з боку держави та низький ступінь його інтегрованості в державну електронну систему охорони здоров'я [135].

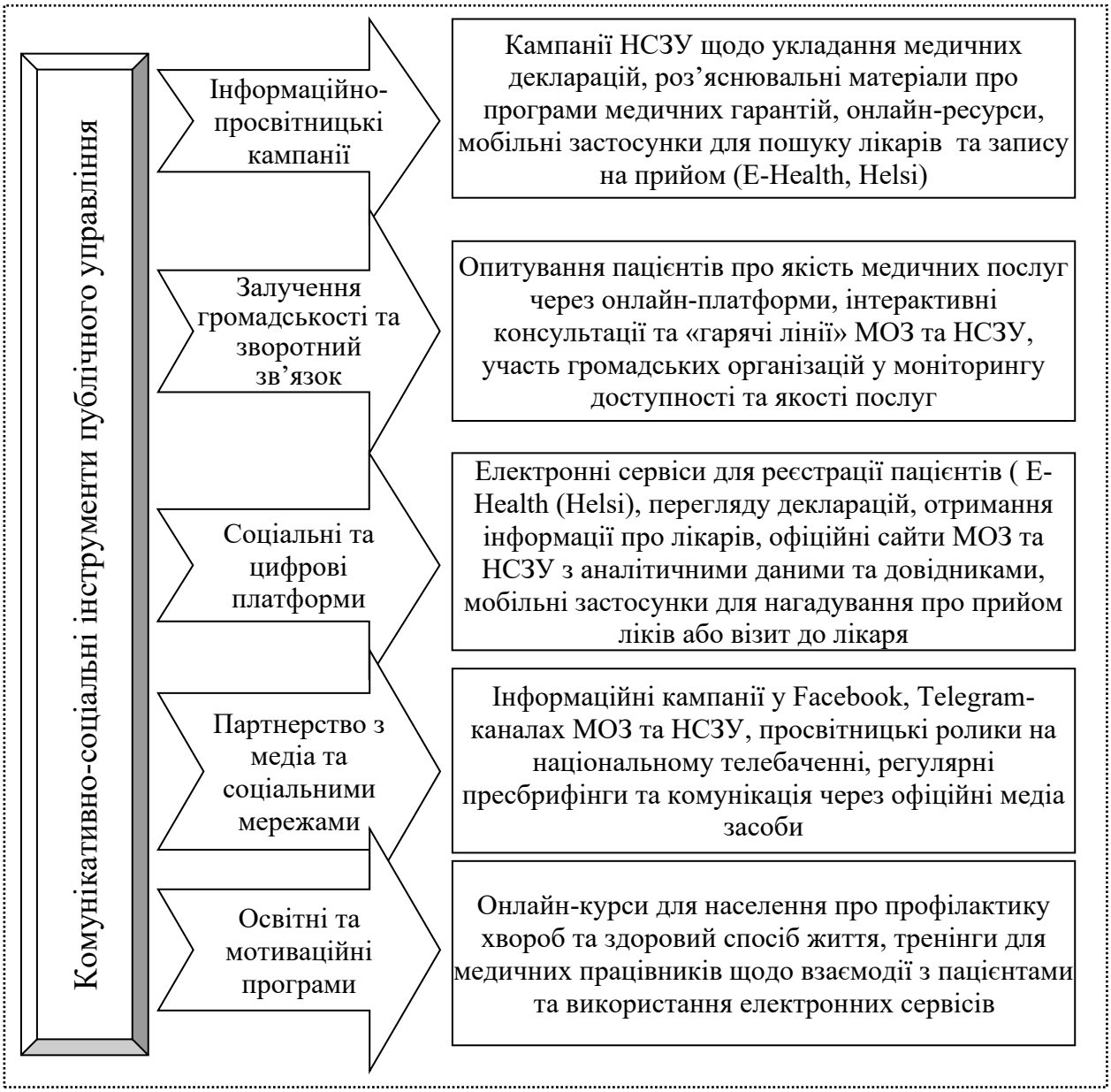

Рис. 2.12. Комунікаційно-соціальний інструментарій забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні

Джерело: авторська розробка

Невід'ємними управлінськими функціями системи забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні є функції державного контролю і моніторингу якості, доступності та достатності медичних послуг. Ці функції публічного управління покликані забезпечувати зворотний зв'язок між прийнятими управлінськими рішеннями та їх практичною реалізацією, дозволяючи своєчасно виявляти дисбаланси, ризики неефективності та порушення у діяльності суб'єктів системи охорони

здоров’я. Завдяки цим контрольним інструментам формується інформаційна основа для коригування тарифної політики, удосконалення програмних механізмів фінансування та підвищення якості медичних послуг.

Практичний прояв форм і методів державного моніторингу і контролю у забезпеченні функціонування публічного адміністрування охорони здоров’я в Україні проявляється через поєднання фінансово-економічних, інформаційно-аналітичних та соціальних інструментів у єдиному механізмі забезпечення прозорості, ефективності та суспільної довіри населення країни до сфери охорони здоров’я. У їх сукупності провідне місце налужить таким інструментам, як: 1) система договірних відносин Національної служби здоров’я України з надавачами медичних послуг; 2) електронна система охорони здоров’я; 3) контроль дотримання клінічних протоколів і стандартів лікування, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров’я, перевірка відповідності матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення вимогам законодавства; 4) форми і способи громадського контролю (публічність та відкритість даних, зворотній зв'язок, цифрові платформи); 5) державний аудит та міжвідомчій контроль та внутрішній аудит медичних закладів. Особливість застосування цих контрольно-моніторингових інструментів полягає у поступовому переході від формального адміністративного контролю сфери охорони здоров’я до сучасного цифрового, ризик-орієнтованого та результативного управління.

Проведений аналіз елементів системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров’я в Україні свідчить про їхню комплексну трансформацію в процесі реалізації медичної реформи. Кардинальні зміни торкнулися нормативно-правових засад, інституційної архітектури управління, фінансово-економічних механізмів, кадрового забезпечення, інформаційно-аналітичних рішень, а також комунікаційно-соціальної взаємодії між державою, медичними закладами та населенням. Суттєвих змін також зазнали стратегічні орієнтири і пріоритети публічного управління сферою охорони здоров’я – їх домінантою стали цілі

сталого розвитку та інклюзивність у забезпеченні населення України медичними послугами.

У цілому результати медичної реформи в Україні свідчать про системну трансформацію інструментального забезпечення публічного адміністрування охорони здоров'я, що відповідає сучасним підходам до управління та принципам сталого розвитку. Водночас збереження низки проблемних аспектів зумовлює необхідність подальшого вдосконалення управлінських інструментів, їх адаптації до умов воєнного стану та післявоєнного відновлення, а також посилення орієнтації на довгострокову соціальну й інституційну стійкість системи охорони здоров'я (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Оцінка результатів медичної реформи в Україні в розрізі елементів системи інструментального забезпечення публічного адміністрування охорони здоров'я у контексті ЦСР

Елементи інструментального забезпечення	Еволюція інструментарію у ході медичної реформи	Основні результати	Основні проблемні аспекти	Потенційні напрями удосконалення
Нормативно-правовий інструментарій	Перехід від фрагментарного регулювання до формування комплексної нормативної бази, орієнтованої на державні гарантії та договірні відносини	Створено правові засади функціонування ПМГ, діяльності НСЗУ, цифровізації системи	Нестабільність нормативного поля, часті зміни актів, обмежена адаптація до воєнних умов	Гармонізація законодавства, підвищення правової визначеності, узгодження з цілями сталого розвитку (ЦСР 3, ЦСР 16)
Інституційно-організаційний інструментарій	Формування нової інституційної моделі з чітким розмежуванням функцій замовника та надавача послуг	Посилення ролі НСЗУ, підвищення управлінської автономії закладів охорони здоров'я	Інституційна фрагментація, нерівномірна спроможність регіонів	Посилення координації між інституціями, розвиток спроможності місцевого рівня управління
Фінансово-економічний інструментарій	Відмова від кошторисного фінансування на користь оплати за послуги через ПМГ і тарифи	Підвищення прозорості фінансових потоків, зростання частки ПМГ у бюджеті охорони здоров'я	Невідповідність тарифів фактичним витратам, обмеженість бюджетних ресурсів	Удосконалення методики тарифоутворення, диверсифікація джерел фінансування (ЦСР 3, ЦСР 8)

Продовження табл. 2.8

Елементи інструментального забезпечення	Еволюція інструментарію у ході медичної реформи	Основні результати	Основні проблемні аспекти	Потенційні напрями удосконалення
Кадровий інструментарій	Поступовий перехід до контрактних відносин та підвищення ролі мотиваційних механізмів	Часткове зростання оплати праці, підвищення автономії закладів у кадровій політиці	Дефіцит медичних кадрів, міграція, дисбаланс між рівнями медичної допомоги	Формування довгострокової кадрової стратегії, інвестиції в освіту та утримання кадрів (ЦСР 3, ЦСР 4)
Інформаційно-аналітичний інструментарій	Масштабна цифровізація управлінських процесів (ЕСОЗ, eHealth, медичні декларації)	Створено інформаційну основу для планування, фінансування та моніторингу	Нерівний доступ до цифрових сервісів, ризики якості даних	Розвиток аналітичних функцій, інтеграція даних, забезпечення кіберстійкості (ЦСР 9, ЦСР 16)
Комунікаційно-соціальний інструментарій	Активізація комунікації з населенням через цифрові платформи та інформаційні кампанії	Підвищення обізнаності пацієнтів, зростання довіри до інструментів реформи	Нерівномірне охоплення населення, інформаційні бар'єри	Нерівномірне охоплення населення, інформаційні бар'єри

Джерело: складено автором

Отримані результати досліджень показали, що сучасний стан інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування сфери охорони здоров'я в Україні характеризується глибокою трансформацією, зумовленою впровадженням медичної реформи, процесами цифровізації, зміною фінансово-економічних механізмів та інституційної архітектури управління. Сукупність нормативно-правових, інституційно-організаційних, фінансово-економічних, кадрових, інформаційно-аналітичних і комунікаційно-соціальних інструментів практично сформувало цілісну архітектуру системи публічного управління галуззю, яка поступово набуває ознак результативності, прозорості та орієнтації на інклюзивні потреби населення.

Разом із тим, проведений аналіз виявив наявність низки системних обмежень, пов'язаних із нестабільністю нормативного середовища, дефіцитом

фінансових і кадрових ресурсів, нерівномірною інституційною спроможністю регіонів, а також з викликами забезпечення якості управлінських даних і ефективності державного контролю та моніторингу. Додатковий тиск на систему охорони здоров'я чинять наслідки повномасштабної війни, які актуалізують потребу у підвищенні стійкості управлінських інструментів та їх адаптивності до кризових і післякризових умов розвитку.

У цьому контексті подальше удосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я має ґрунтуватися на стратегічних орієнтирах сталого розвитку, зокрема на забезпеченні загального доступу населення до якісних медичних послуг, підвищенні ефективності використання публічних ресурсів, розвитку людського капіталу та зміцненні інституційної спроможності органів управління. Особливого значення також набуває поглиблення інтеграції цифрових та аналітичних інструментів у процеси прийняття управлінських рішень, удосконалення механізмів тарифоутворення та фінансового планування, а також розбудова відкритих і довірчих комунікацій між державою, медичними закладами та суспільством.

2.3. Моделювання управлінських рішень в контексті публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я на основі кореляційно-регресійного аналізу

Сучасна система охорони здоров'я перебуває під постійним тиском динамічних соціально-економічних змін, що робить управлінські рішення особливо вразливими до помилок і неповних оцінок. Чинники, які формують ефективність публічного адміністрування в цій сфері, постійно ускладнюються. Їх актуалізують зміни, що відбуваються в певній країні від демографічних зрушень і міграційних процесів до трансформації ринків медичних послуг та впровадження цифрових інструментів. Зовнішні ризики, зокрема воєнні дії та економічна нестабільність, накладають додаткове навантаження на державні інституції та вимагають нових підходів до

планування ресурсів. Водночас суспільний запит на доступність, якість і прозорість медичних послуг зростає, що посилює відповідальність управлінців за обґрунтованість ухвалюваних ними рішень. У таких умовах інтуїтивний підхід чи орієнтація на окремі показники більше не забезпечують бажаних результатів. Необхідність точного вимірювання впливу різних факторів стає ключовою, адже саме комплексний аналіз дозволяє бачити не лише прямі, а й опосередковані взаємозв'язки між подіями і наслідками у відповідний релевантний період. Це особливо важливо для політик, спрямованих на збалансування витрат, оптимізацію мережі медичних закладів та оцінку результативності державних програм.

Проте сама структура системи охорони здоров'я є складною. Вона включає багаторівневе управління, різноманітність джерел фінансування та часто суперечливі інтереси задіяних сторін. Через це розуміння впливу ключових чинників потребує не лише описового огляду, а й строгих аналітичних інструментів. Регресійне моделювання в цьому контексті дозволяє перейти від загальних припущень до перевірених закономірностей, що суттєво підвищує обґрунтованість рекомендацій. Воно дає змогу кількісно оцінити значущість окремих показників і відсікти ті, що не мають реального впливу на управлінські результати. Такий підхід також допомагає передбачити можливі сценарії розвитку та коригувати політику з урахуванням потенційних ризиків. У свою чергу, об'єктивність і відтворюваність моделей забезпечують більшу прозорість у прийнятті рішень, що важливо для підвищення довіри громадськості. Саме тому побудова статистично обґрунтованої моделі впливу ключових чинників на публічне адміністрування в охороні здоров'я стає не просто дослідницьким завданням, а необхідним кроком у формуванні стійких управлінських практик. Вона створює основу для адаптивного управління, здатного реагувати на швидкі зміни в середовищі та мінімізувати негативні наслідки зовнішніх шоків.

Актуальність такого підходу зростає й тому, що сучасні виклики потребують не фрагментарних рішень, а системного бачення, підкріпленого

надійними даними. І навіть не критично, чи розглядається економіка, що перебуває на піці зростання, чи в період війни, повоєнного відновлення. У підсумку, регресійне моделювання стає інструментом, який дозволяє науково і обдумано структурувати реальність, переводячи складність у площину керованості й прогнозованості.

З метою обґрунтування управлінських рішень у сфері охорони здоров'я доцільно проаналізувати вплив основних чинників, що визначають рівень її ефективності та складність публічного адміністрування. Для цього було здійснено порівняльне дослідження статистичних показників, які характеризують стан та результативність державної політики у галузі на прикладі 27 країн Європейського Союзу та України. Особливу увагу приділено тим характеристикам, що мають стратегічне значення для формування сталої системи публічного управління охороною здоров'я. У межах дослідження проведено систематизацію доступних даних та відібрано найрепрезентативніші змінні, які відображають соціально-економічні, фінансові й організаційні аспекти функціонування системи. Подальший аналіз було спрямовано на виявлення взаємозв'язків між цими факторами та інтегральним показником ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

На основі аналізу ключових характеристик систем охорони здоров'я в обраних країнах, з урахуванням відкритості та доступності статистичних даних, було визначено дев'ять показників (факторів або предикторів — незалежних змінних), що потенційно впливають на результуючий показник — рівень ефективності функціонування системи охорони здоров'я, який у моделі відображено валовим національним доходом (ВНД) на душу населення (Y1). Їх кількісні значення подано у Додатку А [135, 6, 89, 177, 203]. Для аналізу обрано показники за три роки (2022-2024 рр.) з метою подальшого формування бачення ризиків та можливостей управління медичною сферою в умовах України з урахуваннеям закордонного досвіду країн ЄС.

Для виявлення типу взаємозв'язку між показниками застосовано багатофакторну кореляційно-регресійну модель, яка дозволила оцінити ступінь впливу управлінських, соціально-економічних та фінансових чинників на результативність державної політики у сфері охорони здоров'я в межах певної національної економіки.

За результатами моделювання отримано залежність із коефіцієнтом множинної кореляції 0,877 та коефіцієнтом детермінації 0,769, що свідчить про те, що включені до моделі фактори пояснюють 76,9 % варіації результативного показника. Такі дані демонструють високий рівень впливу обраних характеристик на ефективність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Перевірка розподілу стандартизованих залишків на нормальність (рис. А.2, рис. А.6, Додаток А) підтвердила достатнє узгодження емпіричних даних із нормальним розподілом. Узагальнені результати регресійного аналізу подано у табл. 2.9, де наведено коефіцієнти регресії та показники перевірки їх статистичної значущості.

Серед 9 попередньо обґрунтованих незалежних змінних у результаті проведеного регресійного аналізу залишилося п'ять (P1, P2, P4, P5, P10), статистична значущість коефіцієнтів регресії яких є меншою за 0,05. Отже, отримана модель з урахуванням вільного члена наступна:

$$Y = 17{,}725 + 0{,}241\ P1 - 0{,}441\ P2 + 0{,}191\ P4 - 0{,}89\ P5 - 0{,}378\ P10 \qquad (2.1)$$

Також на рис. 2.13 візуалізований графік нормальної ймовірності залишків в отриманій регресійній моделі.

Згідно з результатами регресійного аналізу та графіком нормальної ймовірності залишків (Normal Probability Plot of Residuals), модель визнається адекватною та статистично значущою.

Надані результати відображають модель множинної регресії з залежною змінною P6, яка є показником ефективності публічного адміністрування сфери

охорони здоров'я, зважаючи на контекст завдання, оскільки прив’язано його до критерію валового національного доходу на душу населення в країні.

Таблиця 2.9

Коефіцієнти регресії отриманої моделі та їхній аналіз

Змінні (Pi)	Умовне позначення	Стандартизовані коефіцієнти регресії	Похибка стандартизованих коефіцієнтів регресії	Нестандартизовані коефіцієнти регресії	Похибка нестандартизованих коефіцієнтів регресії	Критерій Стьюдента (k=186)	Рівень значущості
Вільний член (a0)				17,7250	18,2150	0,9731	0,3337
Частка загального обсягу надходжень від податків і соціальних внесків у ВВП, %	P1	**0,2407**	**0,0747**	**0,8048**	**0,2499**	**3,2206**	**0,0019**
Чисельність населення, тис. ос.	P2	**-0,4411**	**0,1957**	**-0,4568**	**0,2027**	**-2,2542**	**0,0271**
Викиди CO_2, млн тон/рік	P3	0,2996	0,1851	0,0488	0,0302	1,6182	0,1099
Індекс злочинності	P4	**0,1905**	**0,0721**	**0,3317**	**0,1255**	**2,6435**	**0,0100**
Рівень безробіття, %	P5	**-0,8940**	**0,0766**	**-0,7097**	**0,0608**	**-11,6662**	**0,0001**
Частка міське населення , %	P7	0,0916	0,0655	0,1649	0,1179	1,3989	0,1660
Внутрішні державні витрати на охорону здоров'я (% від державних витрат)	P8	0,0848	0,0732	0,6046	0,5222	1,1577	0,2507
Рівень річної інфляції, %	P9	-0,0697	0,0879	-0,3327	0,4198	-0,7925	0,4306
Рівень смертності, загалом (на 1000 осіб), ос.	P10	**-0,3776**	**0,0816**	**-2,7292**	**0,5897**	**-4,6282**	**0,0001**

Джерело: розраховано автором

Адекватність регресійної моделі підтверджується такими статистичними показниками:

Коефіцієнт множинної кореляції (R) складає 0,877. Це високе значення свідчить про сильний лінійний зв'язок між залежною змінною (P6) та сукупністю незалежних змінних.

Коефіцієнт детермінації (R^2) отримано у розмірі 0,769. Це означає, що близько 77,0% дисперсії (варіації) залежної змінної Р6 пояснюється варіацією незалежних змінних, включених до моделі. Однозначно це високий показник, що вказує на гарну пояснювальну силу моделі.

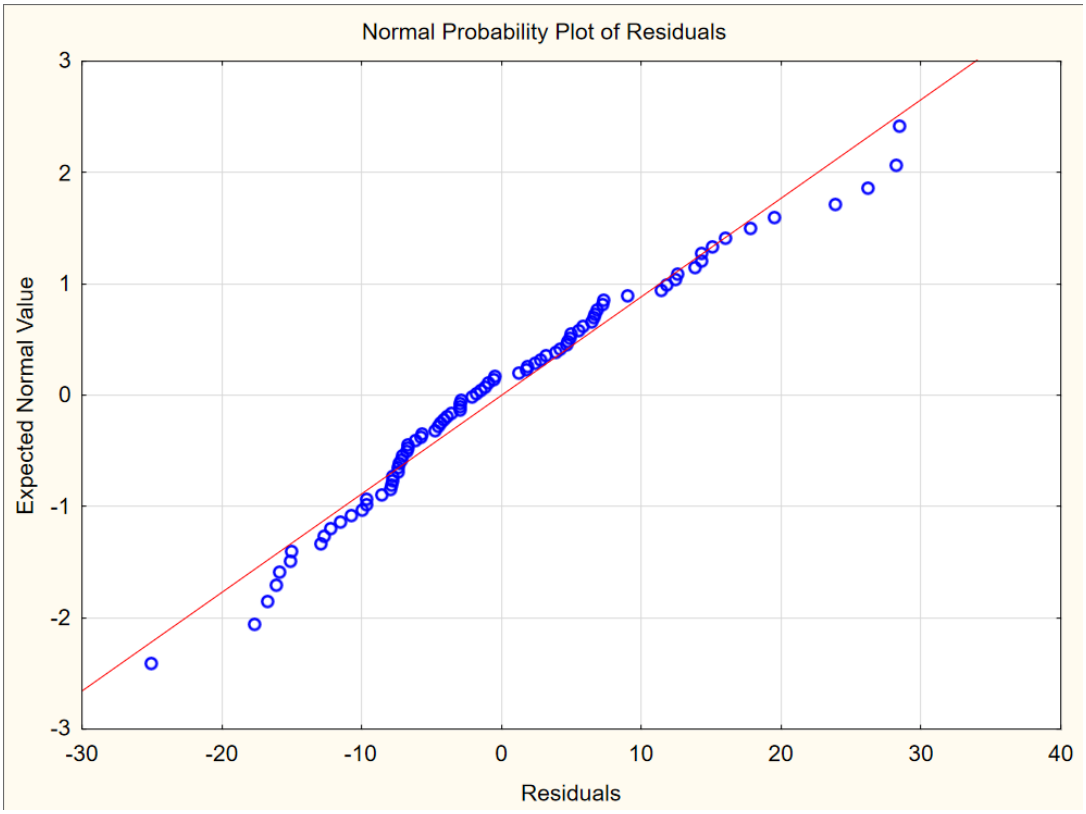

Рис. 2.13. Графік нормальної ймовірності залишків в отриманій моделі

Джерело: розраховано автором

Скоригований коефіцієнт детермінації 0,742. Його значення (близько 74,2%) залишається високим і близьким до діапазону високого рівня, що свідчить про те, що модель не містить надмірної кількості незалежних змінних, які не вносять значного внеску, і є стабільною за невеликих змін у вибірці.

Також слід докладно розібрати рівень значущості F-критерію (27,53). Оскільки це значно менше за загальноприйнятий рівень значущості (або навіть), це свідчить про те, що модель загалом є статистично значущою. Тобто, принаймні одна незалежна змінна суттєво впливає на залежну змінну Р6, і модель краща, ніж просто середнє значення Р6.

Стандартна помилка оцінки дорівнює 11,61. Цей показник характеризує середню величину помилки прогнозу (середню відстань між фактичними та прогнозованими значеннями Р6). Його інтерпретація залежить від одиниць виміру Р6, тобто, враховуючи розмірність вихідних даних, констатуємо адекватність моделі з невеликими похибками в прогнозуванні.

Висновок про адекватність: Високі значення коефіцієнтів множинної кореляції, детермінації, а також висока значущість F-критерію свідчать про те, що отримана модель ефективності публічного адміністрування сфери охорони здоров'я є адекватною та статистично значущою для пояснення варіації залежної змінної Р6.

Слід зауважити, що у подібних дослідженнях регресійні коефіцієнти визначаються як за стандартизованими, так і за нестандартизованими значеннями. В моделі стандартизовані коефіцієнти дозволяють оцінити відносний внесок кожного з наявних предикторів у пояснення варіації результативного показника, що є особливо важливим для визначення пріоритетних напрямів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я. Як показали результати моделювання, найбільший вплив на ефективність функціонування системи охорони здоров'я справляють чисельність населення та рівень безробіття, що опосередковано відображає рівень фінансування медичних послуг і технологій, зокрема частку видатків на інноваційні медичні рішення та цифровізацію галузі. В умовах післякризового відновлення цей показник набуває визначального значення для забезпечення стійкого розвитку, підвищення якості медичних послуг і формування конкурентоспроможної національної системи охорони здоров'я.

Раціональне управління інтелектуальними ресурсами, розвиток інновацій та їх комерціалізація у сфері медицини можуть стати не лише джерелом підвищення ефективності державного управління, а й додатковим фінансовим потенціалом для модернізації медичної інфраструктури.

Вагомий вплив також має фактор залучення зовнішніх інвестицій у галузь охорони здоров'я, адже інвестиційні надходження сприяють зміцненню

матеріально-технічної бази медичних закладів, розвитку кадрового потенціалу та розширенню доступу населення до якісних медичних послуг.

Візуально регресійна модель уже на початковому етапі аналізу демонструє помітні закономірності в контексті мети дослідження. Нижче подано інтерпретацію основних регресійних коефіцієнтів у контексті трансформаційних процесів системи охорони здоров'я та підвищення ефективності державної політики.

Отримана регресійна модель відображає взаємозв'язок між ключовими соціально-економічними показниками та рівнем валового національного доходу на душу населення, який прийнято як узагальнений індикатор ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Такий підхід дає змогу оцінити, як управлінські рішення та соціальна політика впливають на добробут громадян і загальну економічну результативність держави.

З економічної точки зору частка податкових надходжень має позитивний зв'язок із ВНД на душу населення. Це означає, що зростання фіскальної спроможності держави сприяє стабільному фінансуванню галузей соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я [175], що, у свою чергу, позитивно позначається на якості життя населення, продуктивності праці та рівні національного доходу. Раціональне адміністрування податків створює передумови для сталого розвитку та зниження соціально-економічних ризиків.

Дещо по-іншому поводиться змінна P2 в моделі. Виходить, що чисельність населення має зворотну залежність із ВНД на душу населення. Природно, оскільки збільшення кількості населення за обмежених ресурсів призводить до зниження рівня доходів у розрахунку на одну особу. У сфері публічного адміністрування це вказує на необхідність стратегічного планування медичних і соціальних програм відповідно до демографічної динаміки, щоб уникати перевантаження бюджетної системи й погіршення якості державних послуг. Позитивний зв'язок між рівнем злочинності та ВНД на душу населення може виглядати парадоксальним, однак він відображає

непряму залежність: у країнах з вищим рівнем доходів часто фіксується більша кількість зареєстрованих правопорушень через кращу роботу правоохоронних органів і більшу відкритість суспільства. Така кореляція може свідчити про ефективні механізми державного контролю та здатність публічного управління адекватно реагувати на соціальні виклики.

Безробіття негативно впливає на ВНД на душу населення. Зростання безробіття скорочує доходи домогосподарств, знижує споживчу активність та податкові надходження, що в підсумку уповільнює економічне зростання. Для публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я це означає, що підвищення рівня зайнятості є одним із непрямих, але суттєвих чинників покращення стану громадського здоров'я, оскільки стабільний дохід сприяє кращому доступу до медичних послуг.

Зі свого боку, рівень смертності за результатами проведеного моделювання також негативно впливає на ВНД на душу населення, адже висока смертність скорочує трудові ресурси, підвищує соціальні витрати держави та свідчить про недостатню ефективність публічного управління у сфері профілактики, охорони здоров'я та соціального захисту. Для умов повоєнного розвитку в Україні цей чинник набуває особливого значення, оскільки роки повномасштабного вторгнення призвели до високої смертності як військових, так і цивільних; до того ж закріпився значний розрив між смертністю та народжуваністю. Так за офіційною статистикою Міністерства юстиції, у першому півріччі 2025 року в Україні зареєстровано 86 795 народжень та 249 002 смерті [185]. Тобто кількість смертей майже утричі перевищує народжуваність. Така демографічна диспропорція формує суттєвий ризик для системи публічного адміністрування в охороні здоров'я, адже вказує на неефективність профілактичних заходів, недостатню спроможність медичної інфраструктури та зростання навантаження на соціальні та медичні послуги.

Узагальнюючи, модель демонструє, що ефективність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, вимірювана через ВНД на душу

населення, суттєво залежить від якості фіскальної політики, соціальної стабільності, демографічного балансу та рівня розвитку системи охорони здоров’я. Підвищення податкових надходжень і зайнятості населення, зменшення смертності та оптимізація управління демографічними процесами є ключовими умовами зростання національного доходу і підвищення добробуту громадян.

Аналіз стандартизованих коефіцієнтів виділяє ключові зовнішні чинники, які впливають на ефективність публічного адміністрування охорони здоров'я. У табл. 2.10 описано такий влив з урахуванням його спрямованості (негативний чи позитивний зв’язок).

На основі наведених узагальнень далі сформовано висновки з рекомендаціями для підвищення ефективності публічного адміністрування. Отже, результати отриманої моделі чітко вказують, що ефективність публічного адміністрування сфери охорони здоров'я, що кількісно відображено у змінах ВНД на душу населення, в Україні критично залежить від макроекономічної та соціальної стабільності:

1. Пріоритет макроекономічній стабілізації, що в цілому передбачає боротьбу з безробіттям (P5) та в умовах воєнного часу зокрема стає найважливішим завданням для збереження фінансової стійкості медичної системи. Адміністрування охорони здоров’я повинно активно співпрацювати з економічними відомствами для захисту доходів населення та збільшення внесків.

2. Фокус на результативності сфери охорони здоров’я, спираючись на цілі сталого розвитку. Відповідно зниження рівня смертності (P10) має стати ключовим критерієм оцінки ефективності публічного адміністрування, стимулюючи перехід до результаторієнтованого управління, зокрема, через посилення профілактики захворювань та забезпечення універсальної доступності послуг.

Таблиця 2.10

Чинники **впливу на ефективність публічного адміністрування сфери охорони здоров'я (позитивні та негативні зв'язки)**

Змінна	Показник	Інтерпретація щодо публічного адміністрування ОЗ
Чинники, що мають обернений влив (негативний зв'язок):		
P2	Чисельність населення	Фактор масштабу та ресурсної бази. У великих країнах або регіонах більша чисельність може сприяти ефекту масштабу у закупівлях, стандартизації послуг та створенню більшої фіскальної бази для стабільного фінансування охорони здоров'я.
P5	Рівень безробіття	Найсильніший негативний вплив. Високе безробіття руйнує фінансову базу охорони здоров'я (скорочення соціальних внесків та податків) і одночасно підвищує соціально-медичне навантаження (через бідність, стрес, психосоматичні захворювання). Адміністрування стає неефективним через фінансовий дефіцит і зростання потреб.
P10	Рівень смертності	Прямий індикатор неефективності. Зростання смертності свідчить про системні прогалини у профілактиці, доступності та якості медичної допомоги. Для адміністрування це означає недосягнення ключових цілей галузі.
Чинники, що мають прямопропорційний вплив (позитивний зв'язок)		
P1	Частка податкових надходжень у ВВП	Ключова умова фінансової стійкості. Високий рівень мобілізації податків і внесків забезпечує надійне та достатнє фінансування сфери охорони здоров'я, що є необхідною передумовою для ефективної роботи адміністративних органів (закупівля обладнання, оплата праці, розвиток інфраструктури).
P4	Індекс злочинності	Свідчення соціальної дестабілізації. Висока злочинність вимагає перерозподілу державних ресурсів від ОЗ на правопорядок, а також призводить до додаткового навантаження на систему (травми, нещасні випадки), розмиваючи ефективність управління, але вимагаючи суттєвих трансформацій в системі публічного адміністрування.

Джерело: розраховано автором

3. Посилення фіскальної бази. У зв'язку з цим необхідно забезпечити прозоре та цільове використання податкових надходжень у сфері охорони здоров'я для максимального фіскального впливу на якість послуг. Разом з зусиллями податкового регулювання в ідеалі в довгостроковій перспективі має бути віддача від сплати податків у вигляді якісних послуг, зменшуючи

кількість так званих «безбілетних пасажирів», на що також звертають увагу аналітики Ю. Іванов, В. Карпова, О. Ревенко [185]. В умовах дії воєнного стану дотримання податкової дисципліни та забезпечення формування баз оподаткування залишаються малопрогнозованими чинниками й проблемними аспектами у сфері публічного управління.

4. Управління релевантними ризиками. Система публічного адміністрування має враховувати високі соціальні ризики (злочинність, безробіття) під час планування ресурсів, наприклад, через розвиток травматологічної та психологічної допомоги, що відповідає викликам соціальної дестабілізації, реабілітації ветеранів тощо.

Спираючись на наведений вище опис взаємозв'язків, зроблено певні узагальнення. Отримані результати емпірично підтверджують висунуту гіпотезу щодо залежності ВНД на душу населення від системних економічних чинників, пов'язаних із публічним управлінням охорони здоров'я. Зокрема, до позитивних чинників віднесено: частку загального обсягу надходжень від податків і соціальних внесків у ВВП (Р1), індекс злочинності (Р4), що в сукупності посилюють викривлення через умовно можливі тіньові економічні відносини. В той час як негативна кореляція Р2 (чисельність населення), Р5 (рівень безробіття) та Р10 (рівень смертності) вказує на необхідність зосередження на оптимізації управління демографічними процесами, що мають супроводжуватись належним рівнем технологічної модернізації (цифровізації).

Для формування аналітичної моделі, здатної об'єктивно відображати соціально-економічну динаміку досліджених країн ЄС та України як потенційного члена союзу, важливо спиратися на показники, що водночас відображають економічну стійкість, демографічні процеси та безпеку навколишнього середовища. Саме тому обрані індикатори Р1, Р2, Р4, Р5, Р10 мають методологічну значущість для пояснення варіації залежної змінної Р6 (У) – ВНД на душу населення, оскільки охоплюють ключові виміри розвитку. Фіскальні параметри демонструють здатність держави забезпечувати ресурси

для публічних послуг, демографічні показники формують трудову та споживчу базу, а інституційні та соціальні маркери дозволяють оцінити якість середовища й рівень ризиків. У сукупності ці дані створюють цілісне уявлення про те, як структурні та соціальні фактори взаємодіють і впливають на економічний результат на місцевому рівні.

Дійсно, система для моделювання обрана складна і багаторівнева, але при остаточному аналізі результатів слід також враховувати доступність даних для оцінювання та трудомісткість їх збору й обробки на місцях, що суттєво скорочує масиви вибірок задля економічного результату.

Методологічна придатність значущих показників (P1, P2, P4, P5, P10) для побудови регресійної моделі (залежна змінна — P6: ВНД на душу населення) пояснюється тим, що вони є фундаментальними індикаторами макроекономічної стійкості, демографічної бази та соціальної ефективності, критично важливими для оцінки ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я. Візуалізацію структурно-функціонального аспекту у моделі зображено на рис. 2.14.

Узагальнюючи, включення показників P1, P2, P4, P5, P10 до регресійної моделі, виходячи з наведених структурно-функціональних аспектів, забезпечує її аналітичну повноту та підвищує прогностичну точність у визначенні чинників зростання ВНД на душу населення. Вони дозволяють виявити, як фінансова дисципліна, демографічні зміни, рівень безпеки та ефективність ринку праці формують довгостроковий потенціал розвитку сільських територій. Такий підхід допомагає не лише зафіксувати наявні тенденції, а й окреслити управлінські зони впливу, де державні та місцеві інституції здатні підсилити позитивну динаміку. На основі цих показників модель стає інструментом, що дозволяє глибше зрозуміти механізми трансформації та визначити напрями пріоритетного втручання для зміцнення економічної стійкості медицини на рівні громад.

Отже, побудована модель є адекватною для наукового аналізу, що підтверджується високими статистичними показниками та графіком

нормальності залишків. Результати підкреслюють, що підвищення ефективності публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні має бути тісно пов'язане з макроекономічними та соціальними пріоритетами, зокрема з кардинальним зниженням безробіття (P5) та посиленням фіскальної бази (P1) як фізичних, так і юридичних осіб.

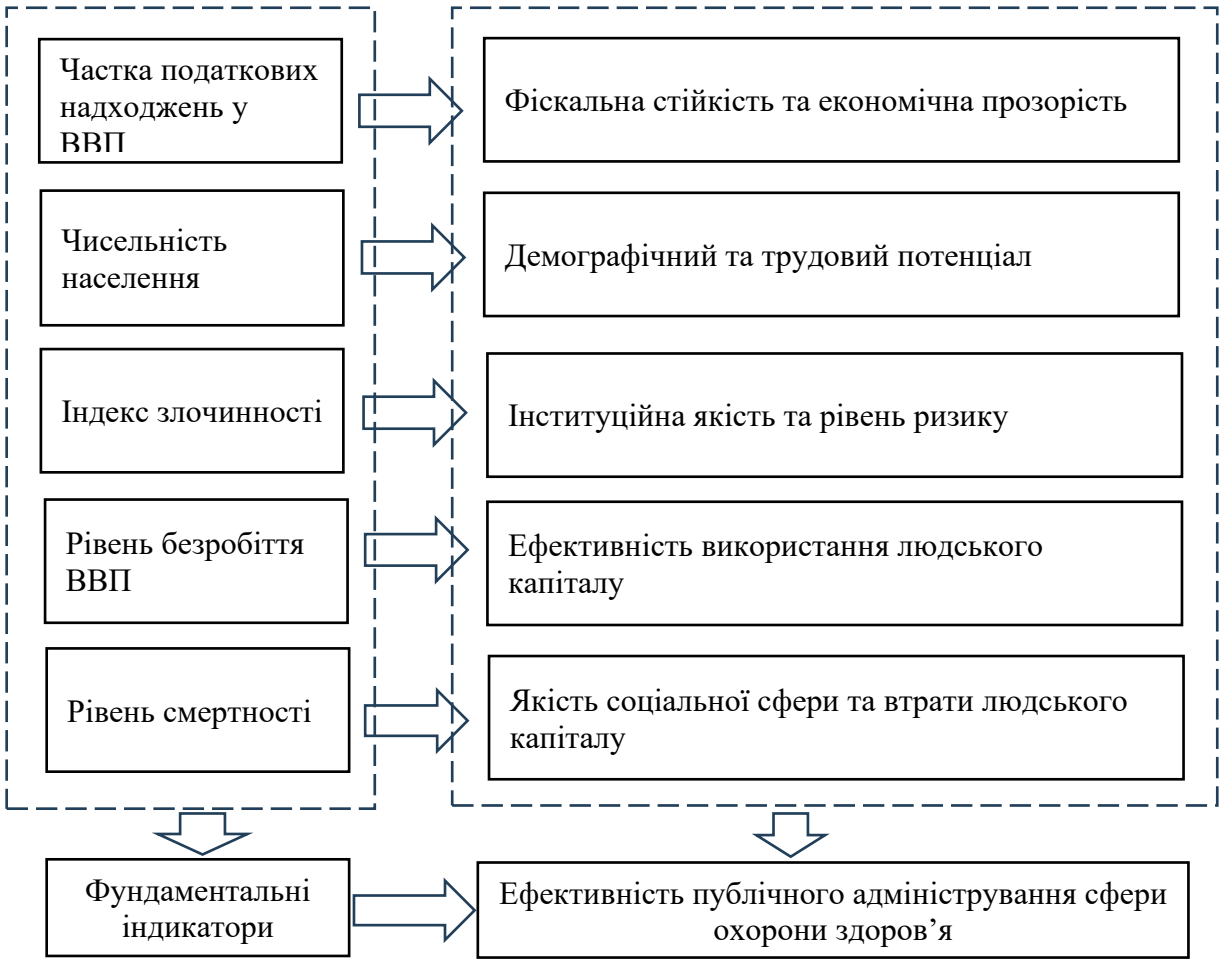

Рис. 2.14. Структурно-функціональні аспекти оцінки ефективності публічного адміністрування сфери охорони здоров'я

Джерело: авторська розробка

Перевіримо динаміку значущих параметрів за вихідними даними по Україні за період 2022-2024 рр. з метою обґрунтування релевантних можливостей і ризиків підвищення ефективності публічного адміністрування сфери охорони здоров'я (рис. 2.15).

Можливості для підвищення ефективності публічного адміністрування сфери охорони здоров'я (зростання Р6 (У)) в сучасних умовах України, звісно, обумовлені позитивною динамікою факторів-стимуляторів:

1. Зростання фіскальної бази (Р1)

Динаміка частки загального обсягу надходжень від податків і соціальних внесків у ВВП (в моделі – Р1) демонструє кардинальне їхнє зростання (у 2,1 рази у 2024 році, порівняно з 2022 р.).

Щодо можливостей публічного адміністрування. Оскільки Р1 має позитивний зв'язок (b2= +0,241) з ефективністю, це значне збільшення фіскальної бази і є головним фінансовим ресурсом для системи. Адміністрування охорони здоров'я може тривало використовувати цей потік для стабілізації фінансування, підвищення закупівельної спроможності та інвестицій у медичну інфраструктуру.

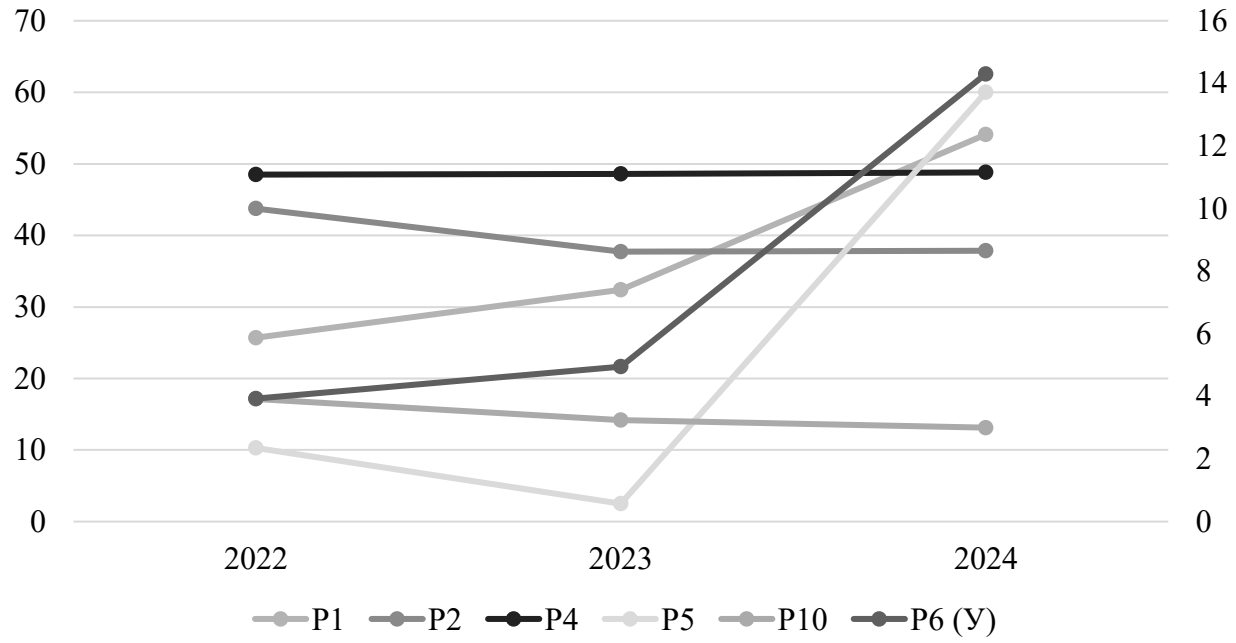

Рис. 2.15. Динаміка значущих параметрів моделі для України, 2022-2024 рр.

Джерело: розраховано автором

2. Зниження рівня смертності (Р10) на 31,7 %, що спостерігається за досліджуваний період дає підстави говорити про певні можливості. Незважаючи на негативний зв'язок (b10=-0,38), зниження Р10 свідчить про потенційне покращення роботи системи (навіть в умовах війни) або

зменшення демографічного навантаження. Ефективне адміністрування може закріпити цей тренд, посиливши профілактику та оптимізувавши екстрену допомогу, а також перетворивши збереження людського капіталу на економічний стимул. Хоча слід зазначити певні ризики, пов’язані зі зростанням рівня смертності вже в 2025 році. Такі обставини актуалізують орієнтацію на розвиток евакуаційної медицини та системи реабілітації.

Бо вказані ризики, що можуть нівелювати позитивний ефект, обумовлені динамікою факторів-дестабілізаторів, особливо P5. Маємо критичне зростання безробіття (P5). Це найбільший і найкритичніший ризик. Прогнозується зростання рівня безробіття (з 10,3% у 2022 до 60% у 2024).

А оскільки P5 має найсильніший негативний вплив (b5= -0,89), таке зростання безробіття може повністю зруйнувати ефективність вже досягнутого адміністрування охорони здоров’я. Недооцінка стрімких змін цього параметра може призвести до колапсу платоспроможності населення та зменшення внесків. Проблема загострюється через надзвичайне зростання соціально-медичного навантаження (стреси, поранення та каліцтва, психологічні травми, пов'язані з бідністю та втратою роботи). Також не можна допускати дисбалансу між зростанням податкових надходжень P1 і критичним зростанням потреб.

Наступний дестабілізуючий чинник формується через скорочення чисельності населення (P2). Останні роки в Україні спостерігається суттєве скорочення чисельності населення (з 43,75 млн дол у 2022 р. до 37,86 млн дол у 2024 р.), що переважно є наслідком міграції.

Хоча P2 має позитивний зв'язок (b2=+0,44), його різке скорочення може нівелювати ефект масштабу та зменшити загальну ресурсну базу для фінансування сфери охорони здоров’я у довгостроковій перспективі, що вимагатиме перегляду мережі медичних закладів та їхньої потужності.

Насторожує за зазначений період і зміни рівня злочинності (P4), що демонструє хоч невелике, але постійне зростання. З огляду на негативний зв'язок (b4 = -0,191), це свідчить про посилення соціальної дестабілізації, що

може вимагати відволікання ресурсів від планової медицини та збільшення навантаження на травматологію й екстрену допомогу.

Тож зазначене дає підстави зробити такі узагальнювальні висновки. Динаміка значущих показників вказує на конфлікт двох протилежних сил:

Потужний позитивний фіскальний імпульс (через P1), що створює фінансові можливості для підвищення ефективності. Катастрофічний негативний соціальний імпульс (P5), що створює критичні ризики для системи. І головним викликом, як з'ясувалося, для публічного адміністрування медичної сфери в 2024 році є нейтралізація руйнівного впливу безробіття (P5). Якщо цей ризик не буде врегульовано, навіть значне зростання податкових надходжень не зможе забезпечити реальне підвищення ефективності публічного адміністрування в віддзеркаленні валового національного доходу на душу населення через надмірне соціальне та медичне навантаження.

Таким чином на основі проведеного регресійного аналізу, який демонструє високу адекватність моделі (R^2= 77 %) та нормальність розподілу залишків, встановлено, що ефективність публічного адміністрування сфери охорони здоров'я критично детермінована зовнішніми соціально-економічними факторами, а не лише внутрішньогалузевими показниками. За критерій такої ефективності доцільно обрати показник валового національного доходу на душу населення (P6). Зокрема, найбільшим ризиком для ефективності системи є рівень безробіття (P5) з найсильнішим негативним впливом (b5= -0,89), оскільки його прогнозоване критичне зростання на 2024 рік здатне нівелювати позитивний ефект від суттєвого збільшення частки податкових надходжень (P1), що є основною фінансовою можливістю. Хоча рівень смертності (P10) має очікуваний негативний зв'язок, узагальнююча оцінка свідчить, що покращення ефективності адміністрування сфери охорони здоров'я, зокрема в умовах України, неможливе без міжвідомчого пріоритету макроекономічній стабілізації та активної політики створення

високопродуктивних робочих місць, що є необхідною умовою для стійкого фінансування та зниження соціального навантаження на чинну систему.

В цілому отримані результати кореляційно-регресійного аналізу свідчать про наявність як позитивних, так і негативних залежностей між показниками, що характеризують соціально-економічний стан держави, та інтегральним рівнем ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Позитивний вплив частки податкових надходжень свідчить про те, що зростання бюджетних ресурсів, сформованих за рахунок стабільної податкової бази, створює можливості для якіснішого фінансування медичної системи, розширення доступу населення до послуг охорони здоров'я та реалізації цільових програм розвитку. Іншими словами, ефективне наповнення бюджету є основою для підвищення стійкості системи охорони здоров'я та зміцнення її управлінського потенціалу. Водночас негативний зв'язок із чисельністю населення може вказувати на те, що зростання демографічного навантаження створює додатковий тиск на бюджетні й адміністративні ресурси галузі, що потребує посилення механізмів стратегічного планування, оптимізації мережі медичних закладів і впровадження інноваційних управлінських рішень для забезпечення доступності медичних послуг. Залежність між рівнем злочинності та ефективністю публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в будь-якій з проаналізованих країн також має позитивний характер, що можна трактувати як індикатор того, що у країнах із більш розвиненими управлінськими інституціями та системою соціального контролю спостерігається активніше реагування держави на соціальні виклики, зокрема у питаннях громадського здоров'я та профілактики девіантної поведінки.

Натомість негативний вплив безробіття та смертності підтверджує, що несприятливі соціально-демографічні умови послаблюють ефективність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Високий рівень безробіття знижує можливості населення у сфері фінансової самозабезпеченості та страхування, тоді як підвищена смертність свідчить про

недостатню результативність державних заходів із профілактики та охорони здоров'я.

У цілому побудована модель продемонструвала, що стабільна фіскальна база, ефективне управління соціальними ризиками та зниження рівня безробіття й смертності стають в умовах повоєнного відновлення ключовими передумовами підвищення результативності публічного адміністрування системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

Охорона здоров'я постає винятково важливою сферою публічного адміністрування, результативність інструментарію якої визначає якість життя населення країни, його довголіття та збереження й розвиток української нації.

Сучасний стан функціонування сектору охорони здоров'я визначається наслідками масштабних трансформаційних змін медичної реформи, яка, загалом, сформувала необхідний інституційний базис для якісного та інклюзивного медичного обслуговування мешканців країни. Питома вага галузі у структурі національного ВВП становить 2,7% або 181,1 млрд грн. Поряд з цим, за результатами досліджень було виявлено деякі гострі проблемні аспекти, що супроводжують управлінські процеси у галузі: недостатнє фінансування та обмеженість ресурсів, що обмежує доступність та якість медичних послуг; дефіцит кваліфікованих кадрів і нерівномірний їхній розподіл, особливо у віддалених регіонах; застаріла матеріально-технічна база медичних закладів; низький рівень заробітної плати медичного персоналу, що стимулює трудову міграцію; а також вплив воєнного конфлікту, що поглиблює ризики руйнування інфраструктури та обмежує стабільність функціонування системи охорони здоров'я. Незважаючи на ці проблеми, Україна має досить високі позиції в міжнародних рейтингах, а за індексом охорони здоров'я займає 29 місце у світі.

За останні роки спостерігається зростання кількості медичних закладів (33,4 тис од), найбільша частка з яких приходиться на заклади стоматологічної

практики. Суттєвим також виявляється й регіональний фактор просторового розміщення закладів охорони здоров'я – найбільша їх кількість сконцентрована на територіях м. Києві (14,6%), Дніпропетровської, Львівської та Одеської областях.

Нестабільний політичний та економічний стан віддзеркалився на непрямих показниках результативності управління сферою охорони здоров'я - середня тривалість життя українців за період 2020-2023 років скоротилась з 76,2 до 70,9 роки серед жінок та з 66,4 до 57,3 роки серед чоловіків. У 2024 році Україна очолила антирейтинг країн світу за рівнем смертності населення (у розрахунку на 1000 осіб) із показником 18,6%.

Однією з ключових проблем у сфері охорони здоров'я залишається дефіцит кадрового потенціалу. За роки повномасштабної війни чисельність медичних працівників галузі скоротилась на 15% та становить 571,2 тис осіб. Традиційно гострою традиційно залишається проблема територіально-просторового розміщення медичних кадрів із максимальною концентрацією у великих містах та дефіцитом у сільській місцевості. Дослідженнями виявлено, що домінантним чинником територіального дисбалансу кадрового забезпечення є розмір оплати праці медичного персоналу, середнє значення якого становить 79,7% від середнього рівня за видами економічної діяльності (17115 грн за місяць) та значно поступається рівню оплати праці медичних працівників у країнах ЄС.

У призмі подальшого публічного адміністрування сфери охорони здоров'я України постає подолання наявних проблемних аспектів та необхідність гармонізації вітчизняної практики медичного обслуговування з практикою європейських країн. Вирішення цих завдань об'єктивно потребує зростання обсягів інвестиційних потоків галузі. Результати проведеного аналізу показали, що обсяг інвестування у сферу охорони здоров'я за період 2015-2024 збільшився у 35,6 раза і склав 22,6 млрд грн. Поряд з цим, частка інвестиційних потоків галузі у структурі національної інвестиційної структури внаслідок переорієнтації стратегічних пріоритетів різко знизилась і становить 3,7%.

З метою подолання дефіциту фінансових ресурсів, інструментарій публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні постійно розширюється та доповнюється новими механізмами, серед яких важливе значення набули такі, як «EU4Health», плаформні механізми світового донорства капіталу, участь у гуманітарних грантових проєктах тощо.

Оцінка поточного стану закладів охорони здоров'я України продемонструвала наявність потужного потенціалу їх фінансової стійкості та платоспроможності. Середній рівень фінансової автономії медичних закладів дорівнює 0,58, коефіцієнт абсолютної ліквідності – 0,35, коефіцієнт фінансової стабільності – 1,4. Такі фінансові передумови є винятково важливими за умов післявоєнного відновлення галузі та подолання наслідків триваючого військового конфлікту. Сектор охорони здоров'я виявився одним із найбільш постраждалих від воєнних дій та зазнав збитків і пошкоджень, загальний розмір яких оцінюється у сумі 21,1 млрд дол США.

Дослідженнями встановлено, що, незважаючи на наявні виклики, функціонування закладів охорони здоров'я відбувається на рентабельній основі. Частка медичних закладів, які за підсумками діяльності мали позитивний кінцевий фінансовий результат, у 2024 році становила 62,8%, частка збиткових установ – 31,8%, що є вище за середні показники за видами економічної діяльності України.

Результати досліджень дозволили виявити, що ефективне публічне адміністрування сфери охорони здоров'я потребує удосконалення наявної архітектури інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні. Головною метою архітектури інструментального забезпечення має стати створення інклюзивної та сталої національної системи охорони здоров'я, яка відповідає цілям сталого розвитку та ключовим орієнтирам і цінностям європейської системи охорони здоров'я. Побудова такої архітектури має включати наступні основні інструментальні елементи: нормативно-правовий інструментарій, інституційно-організаційний інструментарій, фінансово-економічний і кадровий інструментарій, інформаційно-аналітичний та комунікаційно-соціальний інструментарій.

За оцінкою діючого нормативно-правового інструментарію було відзначено, що, загалом, медична реформа є масштабною та сформувала базис подальшого ефективного управління. З метою підвищення ступеня інклюзивності надання медичних послуг населенню напрямами його подальшого удосконалення мають стати подолання фрагментарності, несистемності та дисбалансу міжвідомчого регулювання, обмеженості регламентації кадрової політики, а також підвищення чіткості стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Головним чинником, який опосередковує потенціал застосування інструментарію публічного адміністрування, виявився обсяг фінансування галузі. Розмір видатків зведеного бюджету на фінансове забезпечення сектору охорони здоров'я у 2024 році становив 238,6 млрд грн. за суттєвого скорочення відповідної частки галузі до 4,8%. Обмеженість фінансового потенціалу державного управління призвела до значного розриву між показниками середніх витрат видатків на охорону здоров'я України та інших країн світу. Світовим лідером за значенням цього показника є США — 12,6 тис дол, в Україні він становить 1,4 тис грн.

Нестача бюджетних фінансових ресурсів у світовій практиці частково компенсується національними моделями залучення і акумулювання приватного капіталу, зокрема, ресурсів домогосподарств. В Україні частка витрат населення на медичне обслуговування займає 6,4%. Недостатнім рівнем популярності та поширення також визначається розвиток добровільних страхових механізмів охорони життя та здоров'я.

Отримані результати показали, що за сучасних та майбутніх умов ефективність публічного адміністрування сфери охорони здоров'я неможлива без тісної синергії комунікаційно-соціального інструментарію з іншими складовими архітектури інструментального забезпечення управління. Сьогодні такий інструментарій реалізується за допомогою цифрових сервісів і технологій, серед яких у медичній галузі активно використовуються платформи E-Health, Helsi, інтерактивні консультації та «гарячі лінії» МОЗ і НСЗУ, медичні онлайн-курси, медичні мобільні застосунки, digital-

торговельні площадки для замовлення лікарських засобів та ін. Завершення масштабної медичної реформи в Україні потребує підвищення ступеня інтегрованості всіх елементів інструментального забезпечення публічного адміністрування у єдину систему, підвищення рівня її інклюзивності та стратегічної орієнтованості на досягнення цілей сталого розвитку.

Доведено логіку зв'язку між соціально-економічними умовами та якістю управлінських рішень у сфері охорони здоров'я. У практичній площині такі взаємозв'язки важливо виявляти, адже саме вони допомагають зрозуміти, які чинники формують стійкість та адаптивність системи, і де управління дає збій.

Отримані результати регресійного аналізу вказують на те, що інтегральний показник ефективності публічного адміністрування в охороні здоров'я реагує по-різному на зміни ключових соціально-економічних параметрів: частина залежностей виявилася позитивною, а частина — негативною. Загальна структура моделі демонструє, що надійна бюджетна основа, дієве управління соціальними ризиками, а також зменшення масштабів безробіття й смертності формують сприятливі умови для зростання результативності державного управління медичною сферою.

На основі вказаного зазначено, що для країн світу важливо посилювати інтеграцію медичної політики з економічною та соціальною, забезпечувати стійкі джерела фінансування, розширювати цифрову інфраструктуру та системи моніторингу, а також активізувати механізми раннього виявлення соціальних ризиків. Україна, окрім цих напрямів, потребує системного планування ресурсів у воєнних і післявоєнних умовах, удосконалення моделі фінансування на принципах прозорості та ефективності, глибшого аналізу регіональних диспропорцій і зміцнення кадрового потенціалу. В обох випадках ключем до результативності залишається використання даних та аналітичних моделей як основи для ухвалення стратегічних і тактичних рішень у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3
СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Виявлення чинників внутрішнього розвитку медичних закладів як базису механізмів вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я

Виявлення чинників внутрішнього розвитку медичних закладів є надзвичайно важливим і доцільним у контексті вдосконалення механізмів публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. В умовах воєнного стану, коли система перебуває під значним навантаженням, особливо затребуваним стає аналіз організаційних, кадрових, фінансових і технологічних аспектів, що визначають стійкість та адаптивність медичних установ. Додатково слід зазначити, що реформування охорони здоров'я в Україні протягом останніх років вимагає від закладів швидкої інтеграції нових управлінських підходів і цифрових рішень. Без системного виявлення внутрішніх чинників розвитку неможливо забезпечити ефективне використання ресурсів, підвищити якість медичних послуг і зміцнити довіру громадян до державних інституцій. Такий аналіз дозволяє своєчасно ідентифікувати слабкі місця, розробляти цільові управлінські рішення та підвищувати спроможність закладів функціонувати у кризових умовах. Отже, дослідження внутрішніх чинників розвитку стає необхідною передумовою для формування сучасних механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України.

З метою пошуку перспектив реалізації механізму вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я актуальним та цікавим з наукової точки зору стало питання щодо з'ясування реального стану цих питань у сучасних умовах у діючих медичних закладах. Так автором було

проведено експертне соціологічне опитування з цих питань (Додаток Б). До складу релевантної експертної групи входили: керівники та заступники закладів медицини різних форм власності та видів діяльності; лікарі, що практикують, та інші працівники медичних установ, зокрема молодший та допоміжний медичний персонал.

Зазначимо, що загальна кількість опитаних на цьому етапі дослідження склала 38 осіб. Відповідно до результатів опитування експерти розподілилися (у % до тих, які відповіли), утворюючи певний профіль, наступним чином:

<u>за статтю:</u>

чоловіків – 47,4; жінок – 52,6;

<u>за віком:</u>

від 18 до 25 років – 2,6; від 31 до 35 років – 13,2;

від 26 до 30 років – 13,2; від 36 до 40 років – 18,4;

від 41 років до 45 років – 21,1; від 46 років до 50 років – 10,5;

від 51 років до 55 років – 5,3; від 56 років до 60 років – 5,3;

понад 60 років – 10,5.

<u>за місцем проживання:</u>

велике місто – 50,0;

середнє або мале місто – 47,4;

населений пункт у сільській місцевості – 2,6.

<u>за посадою в ієрархії управління:</u>

керівництво вищої ланки – 0,3; виконавець – 89,5.

керівництво середнього рівня – 10,2;

<u>за профілем роботи:</u>

документообіг– 2,6; господарський відділ – 11,8;

робота з персоналом – 13,2; облік та звітність – 10,5

інше (безпосередня робота з пацієнтами, допомога– 5,3. тільки лікарська практика – 57,9;

<u>за стажем роботи вони розподілилися:</u>

від 1 до 2 років – 13,2; від 6 до 10 років – 13,2;

від 3 до 5 років – 23,7;
понад 21 рік – 26,3
від 11 до 15 років – 13,2;
від 16 до 20 років – 10,5;

Зробимо висновки щодо узагальненого профілю респондентів. Так учасники опитування представлені приблизно рівномірно за статтю, з невеликою перевагою жінок. За віковою структурою найбільш активно були залучені респонденти середнього віку (разом 44,8 %), тоді як молодь представлена поодинокими випадками, а старші працівники формують окрему стійку групу. За місцем проживання більшість опитаних мешкає у містах (сукупно 97,4 %), проте простежується присутність представників і з сільських територій, що забезпечує певну різноманітність досвіду. У професійній ієрархії переважають виконавці (89,5 %), тоді як керівники середньої та вищої ланки становлять меншість, що вказує на орієнтацію вибірки на практичний рівень організації роботи. За профілем діяльності найбільше представлені лікарі (57,9 %), а також працівники адміністративно-господарських і кадрових підрозділів (разом 25 %), що дає змогу оцінити розвиток закладів як з боку медичної практики, так і з боку управлінських процесів. При цьому стаж роботи опитаних варіюється від незначного до тривалого, однак спостерігається виразна тенденція поєднання досвідчених кадрів із відносно новими фахівцями (стаж 3-5 років та понад 21 рік), що створює баланс між традиціями та оновленням у професійному середовищі сфери охорони здоров’я.

Отже, отримана вибірка вирізняється значним різноманіттям за статтю, віком, місцем проживання, професійним профілем і стажем роботи, що забезпечує комплексність оцінювання. Домінування представників середнього віку разом із поєднанням досвідчених кадрів і відносно нових фахівців створює підґрунтя для виявлення як усталених проблем, так і нових тенденцій. Така структура вибірки дозволяє розглядати результати як репрезентативні для аналізу внутрішніх чинників розвитку медичних закладів. Важливо й те, що акцент зроблено на виконавцях та середньому рівні

управління, які безпосередньо стикаються з практичними труднощами й викликами публічного адміністрування. Саме це забезпечує можливість об’єктивно висвітлювати чинники та проблеми, що формуються на первинних ланках системи охорони здоров’я.

Якщо за мету поставлено дослідження механізмів удосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров’я, то на рівні окремих закладів медицини варто спиратися на соціологічні та управлінські дослідження, які допоможуть виявити системоутворюючі чинники внутрішнього розвитку (рис. 3.1).

Рис. 3.1. Групування чинників внутрішнього розвитку медичних закладів в контексті підвищення ефективності публічного адміністрування сфери охорони здоров’я

Джерело: складено автором

Зважаючи на вимогу щодо прозорості та відкритості діяльності закладів охорони здоров’я, почнемо з виявлення стану справ у містах у цьому контексті. На рис. 3.2 представлено розподіл відповідей респондентів на запитання щодо

їх оцінювання за наведеними характеристиками відкритості та прозорості діяльності їхньої організації.

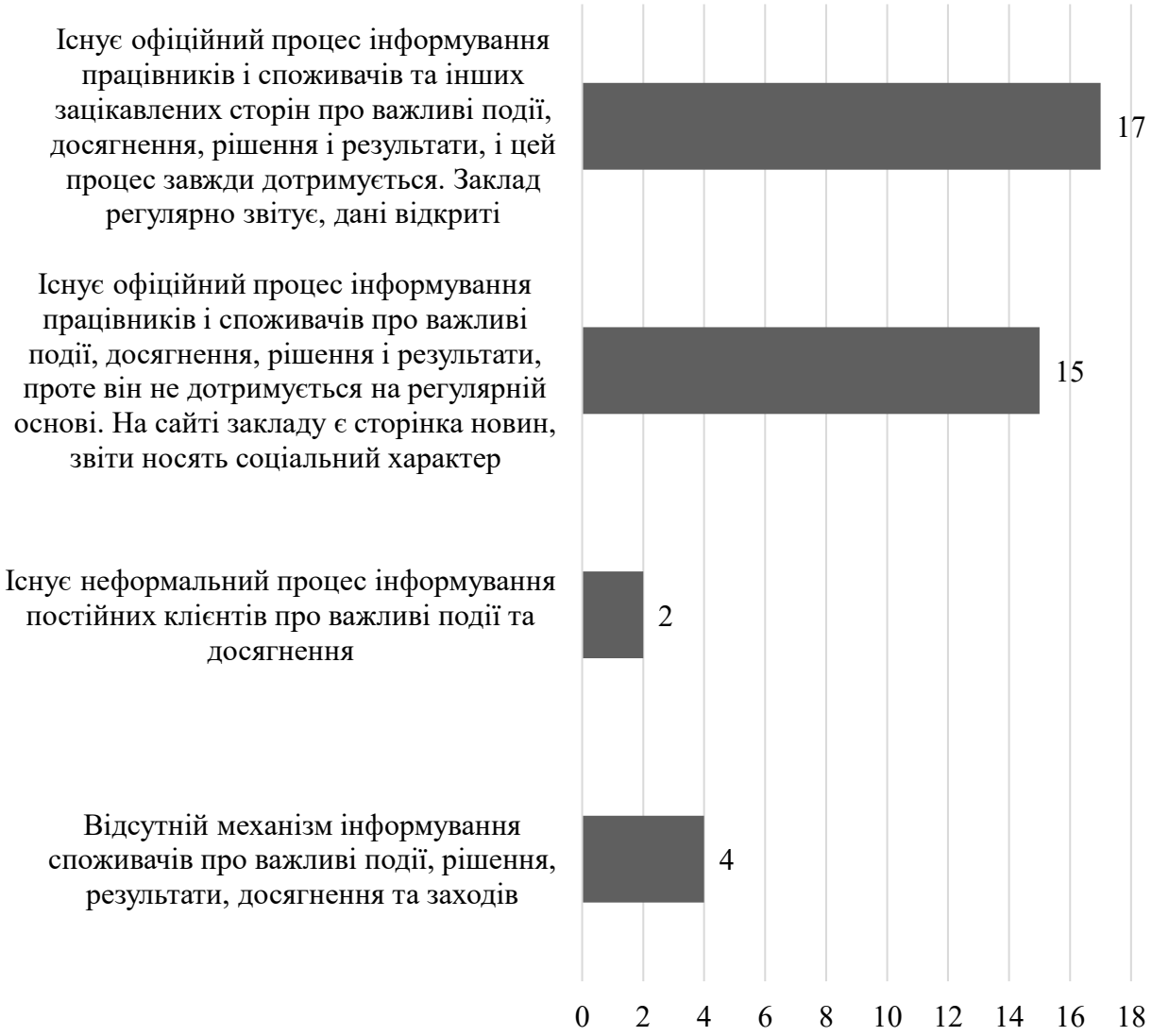

Рис. 3.2. Оцінка відкритості та прозорості діяльності медичних закладів, у балах (П15)

Джерело: розраховано автором

В цілому тенденції позитивні, оскільки 89,5 % опитаних уже підтвердили наявність процесу інформування стейкхолдерів про події закладу, його досягнення та результати, хоча ступінь прозорості є досить різним. Більшість опитаних (44,7 %) вказали, що існує офіційний процес інформування працівників, споживачів та інших зацікавлених сторін про важливі події, досягнення, рішення і результати, і що цей процес завжди дотримується; при цьому їхній заклад регулярно так звітує, тобто дані

повністю відкриті. У 39,5 % закладів існує офіційний процес інформування працівників і споживачів про важливі події, досягнення, рішення та результати, проте він не дотримується регулярно. При цьому на сайті закладу є сторінка новин, а звіти мають соціальний характер, що вже є гарною тенденцією. На жаль, 10,5 % опитаних організацій зізналися, що подібних механізмів взагалі не мають ні в формалізованому, ні в неформалізованому вигляді, що, в принципі, негативно впливає на зворотний зв'язок у процесі публічного адміністрування таких надавачів медичних послуг. Якщо зіставити відповіді з визначенням виду діяльності, то серед таких «непрозорих» були представники стоматології, терапії, швидкої допомоги та хірургії, цікаво, що 75 % з них мають державну форму власності.

Також під час опитування поцікавились у опитаних працівників, наскільки, на їхній погляд, відповідає очікуванням споживачів (потенційних та фактичних) рівень якості продукту (товару, послуги) їхньої медичної організації. Узагальнені результати щодо цього запитання наведено на рис. 3.3.

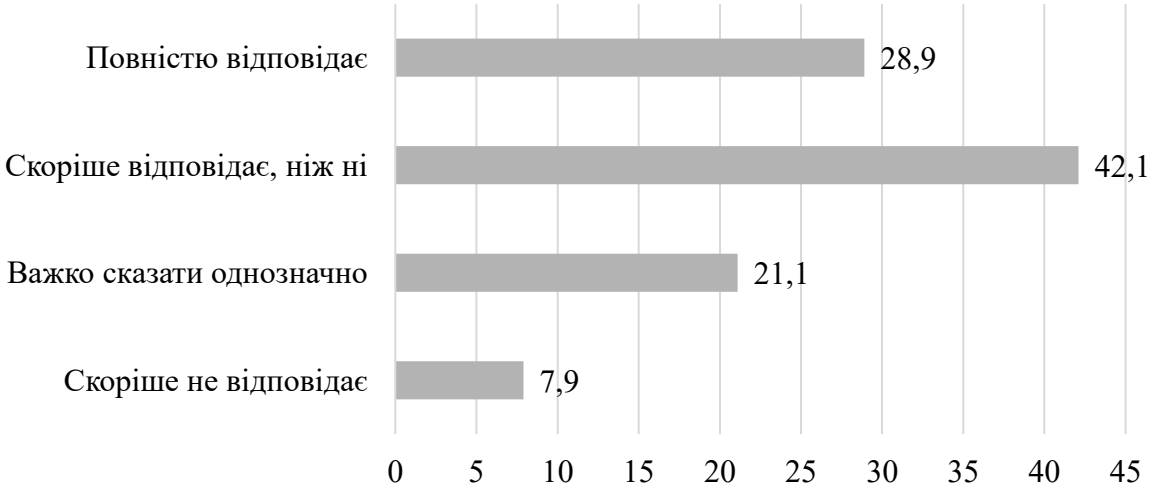

Рис. 3.3. Аналіз відповідності рівня якості послуги медичних закладів очікуванням споживачів (потенційних та фактичних), у % (П16)

Джерело: розраховано автором

За результатами проведеного аналізу виявлено, що більшість опитаних (42,1 %) під час оцінки відповідності рівня якості послуг медичних закладів очікуванням споживачів (потенційних та фактичних) надали стверджувальну

відповідь (скоріше відповідає, ніж ні). Про повну відповідність повідомили 28,9 % опитаних працівників медичних закладів. Негативним чинником при цьому, вважаємо, є суттєвий відсоток тих, хто не визначився (вагався), а таких — 21,1%. Зазначили про невідповідність якості послуг очікуванням споживачів 8,9 %. Тож питання забезпечення якості послуг має стати вихідним під час визначення шляхів удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

З маркетингового кута зору подібні невдоволення потрібно починати вирішувати з чіткої сегментації ринку. Тож, логічно, далі варто простежити ситуацію з визначенням у досліджених закладах конкретних груп споживачів товарів (послуг), на яких орієнтована маркетингова комунікація організації. Результати візуалізовано на рис. 3.4.

Рис. 3.4. Аналіз наявності визначених груп споживачів товарів (послуг), на які орієнтована маркетингова комунікація організації (П17)

Джерело: розраховано автором

У цьому питанні переважна більшість, що дорівнює 68 %, підтвердила наявність визначених груп споживачів товарів (послуг), на які орієнтована маркетингова комунікація їхніх організацій, що загалом є позитивним фактом. Слід звернути увагу на суттєве значення негативних відповідей (11 %) і

невизначених оцінок (21 %), що й може бути першопричиною зниження якості послуг, оскільки без орієнтації на потреби ринку і без гнучкості в управлінській реакції на такі розбіжності стає неможливим досягнення успіхів у віддаленій перспективі.

В продовження попереднього питання уточнимо, чи сформовані у досліджених організаціях конкретні переліки товарів та послуг, що реалізуються (або можуть реалізовуватись) цим споживачам, а також технології продажу (набір дій у спілкуванні з пацієнтом). Розподіл відповідей зображено на рис. 3.5.

Рис. 3.5. Аналіз сформованості конкретних переліків товарів та послуг, що реалізуються (можуть реалізовуватися) споживачам, та технологій продажу (П18). *Джерело: розраховано автором*

Як бачимо з наведеного, відсоток невизначеності під час відповіді на це запитання суттєво знизився (до 3 %). Сформовані конкретні переліки товарів та послуг, що реалізуються (можуть реалізовуватись) споживачам, а також технології продажу мають 76 % опитаних. І лише 10 % таких елементів управління не мають. Тобто доцільно зробити висновок, що проблема з якістю послуг не викликана відсутністю чіткої диференціації послуг чи запланованих

систем комунікації, а причина закладена у відсутність якісного позиціонування споживачів медичних послуг (товарів).

Також доцільно з'ясувати, який стан справ щодо процесу та специфіки інформування стейкхолдерів про перелік, замовлення та порядок сплати за товар (послугу) вже за фактом (рис. 3.6).

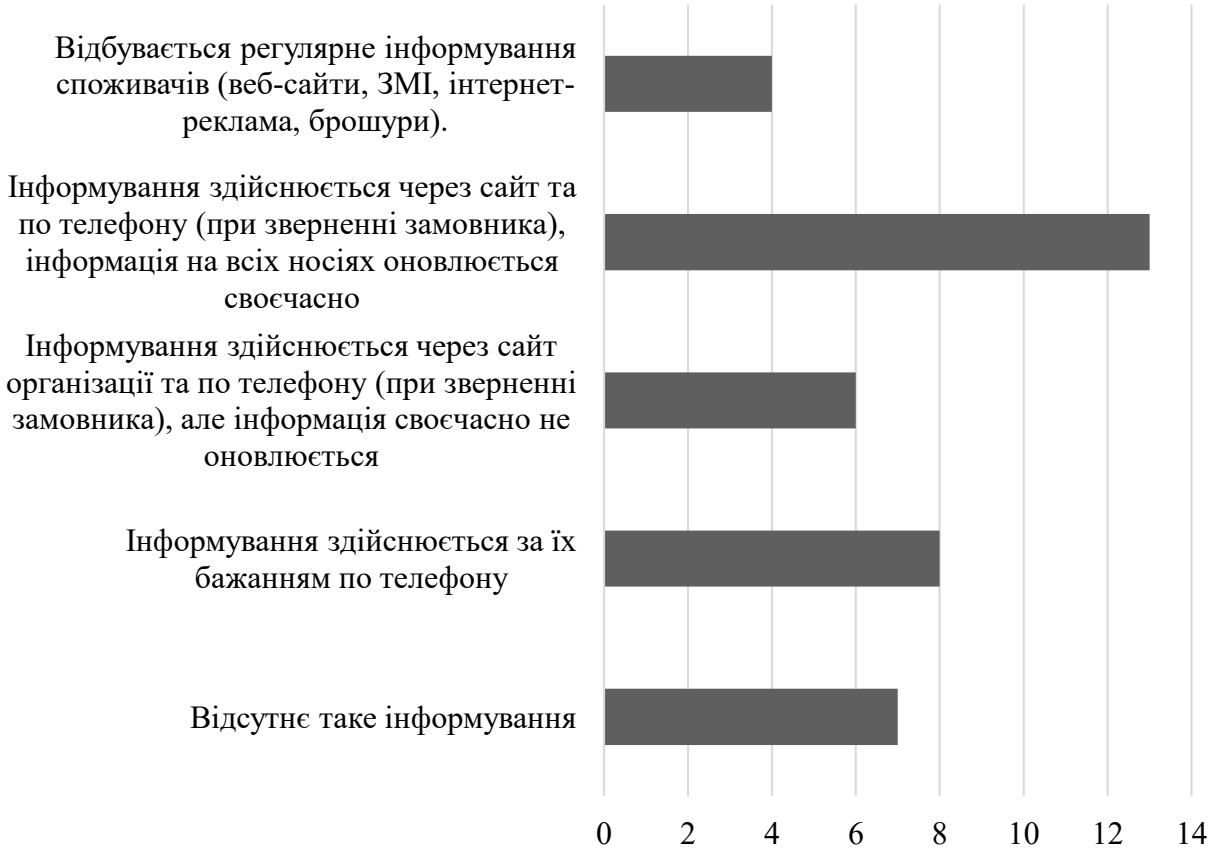

Рис. 3.6. Розподіл відповідей опитаних на запитання щодо інформування стейкхолдерів про перелік, замовлення та порядок сплати за товар (послугу) (П20). *Джерело: розраховано автором*

Аналіз відповідей респондентів показав різний рівень розвитку системи інформування у досліджених закладах охорони здоров'я. Так відсутність інформування відзначили 18,4 % опитаних, що свідчить про існування установ, де комунікаційна політика фактично не реалізується. Телефонне інформування за бажанням пацієнтів характерне у 21,1 % випадків, що свідчить про орієнтацію лише на індивідуальні звернення. Наявність інформування через сайт та телефон, але з несвоєчасним оновленням даних,

зафіксована у 15,8 %. Це свідчить про формальне використання цифрових каналів без належної їх актуалізації. Своєчасне оновлення інформації на сайті та телефонних каналах забезпечується у 34.8 % закладів, що є найбільшою групою та демонструє поступове покращення комунікаційних практик.

Лише у 10,5 % відповідей зазначено, що заклади здійснюють регулярне багатоканальне інформування (вебсайти, ЗМІ, інтернет-реклама, брошури), що відповідає сучасним вимогам щодо прозорості та доступності інформації.

Отримані результати свідчать, що більшість медичних закладів перебувають на етапі переходу від обмежених або формальних практик інформування до системного багатоканального підходу. Проте лише незначна частина установ запровадила регулярну комунікацію з пацієнтами через різні інформаційні канали. Це вказує на потребу вдосконалення механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я, зокрема у напрямі прозорості, доступності інформації та використання сучасних цифрових інструментів.

З цього розподілу думок працівників медичних закладів можна зробити кілька важливих висновків у контексті поліпшення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я. По-перше, наявність закладів, де інформування взагалі відсутнє або здійснюється лише на вимогу, свідчить про недостатню прозорість та низький рівень комунікаційної політики. По-друге, навіть там, де використовуються цифрові канали, проблема несвоєчасного оновлення інформації знижує довіру пацієнтів і ефективність взаємодії. По-третє, найбільш прогресивні заклади, які здійснюють регулярне багатоканальне інформування, залишаються в меншості, що свідчить про нерівномірність розвитку системи. Удосконалення публічного адміністрування має бути спрямоване на стандартизацію вимог до інформування, контроль за своєчасністю оновлення даних і розширення використання цифрових сервісів. Важливим є також стимулювання закладів до застосування багатоканальних комунікацій, що забезпечить доступність та відкритість медичних послуг. Загалом, підвищення рівня інформування

пацієнтів сприятиме зростанню довіри до системи охорони здоров'я та ефективнішій реалізації державної політики у цій сфері.

Для такого ефективного позиціонування закладам охорони здоров'я слід чітко враховувати ринкову ситуацію, особливо щодо наявності конкурентів. На рис. 3.7 наведено оцінку таких питань для досліджених організацій.

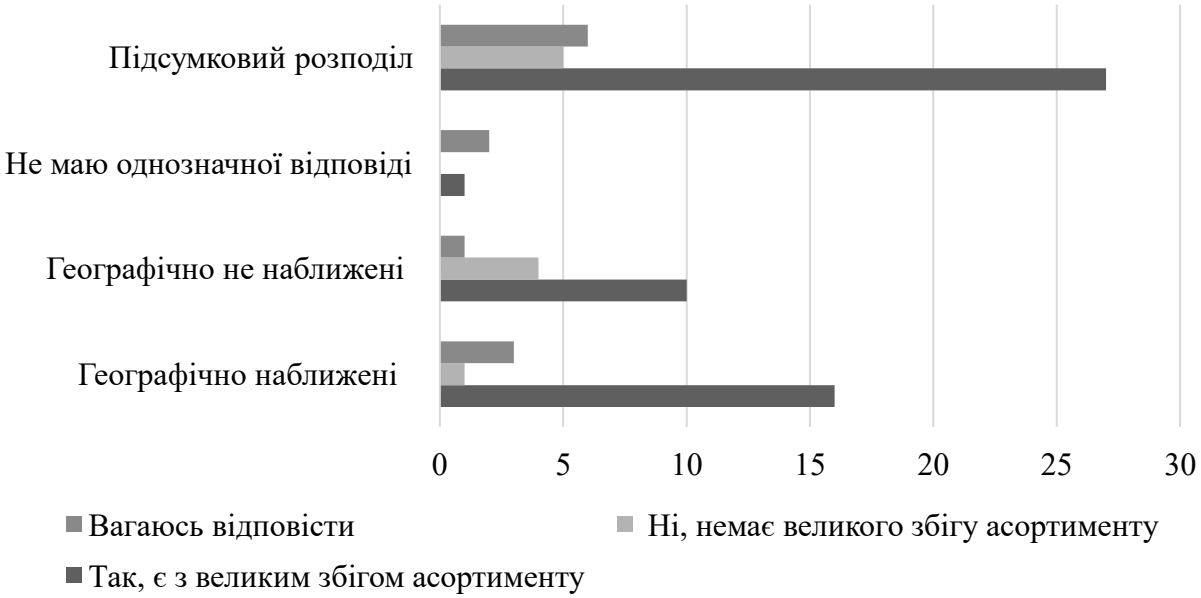

Рис. 3.7. Розподіл відповідей опитаних щодо наявності на ринку медичних послуг організацій, які мають значний збіг асортименту послуг (товарів) із закладом охорони здоров'я з урахуванням їх територіальної наближеності (П21_22). *Джерело: розраховано автором*

Стратегічне значення необхідності такого позиціонування в процесах публічного адміністрування підтверджує результат опитування, у якому виявлено, що для 71,1 % опитаних наразі актуальною є проблема наявності конкурентів із значним збігом асортименту. Причому 59,2 % з таких конкурентів є географічно наближеними до медичних закладів, які аналізуються. Враховуючи відносну рухомість пацієнтів та їх право на отримання медичних послуг у будь-якому закладі, загрозливим стають і географічно віддалені конкуренти (таких близько 37 %). І лише 13,2 % відповіли, що таких збігів асортименту немає.

Чи приділяє організація маркетинговій складовій управління в процесі публічного адміністрування, з’ясуємо у наступному запитання (рис. 3.8).

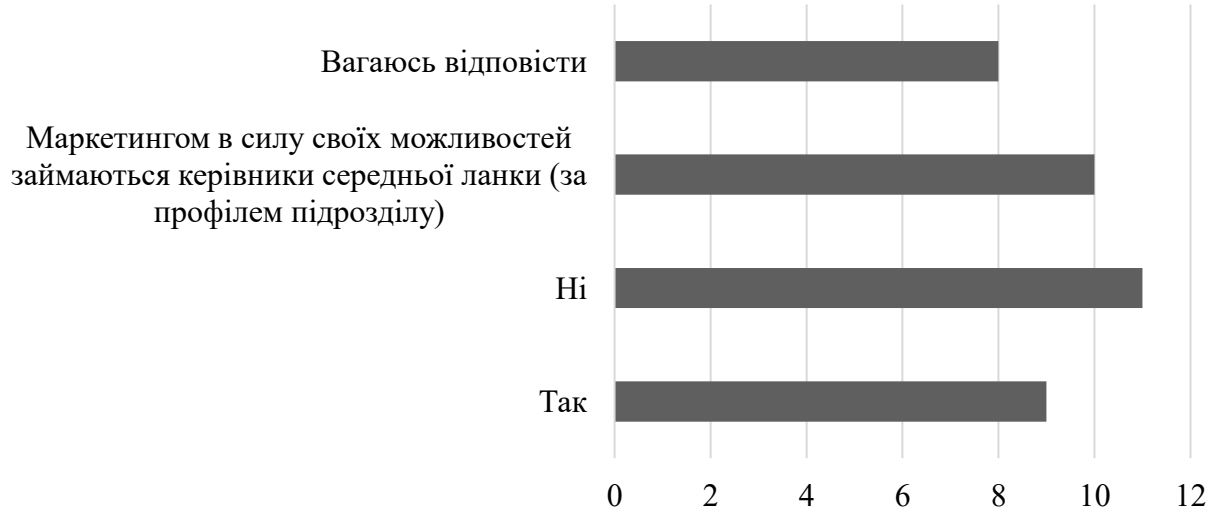

Рис. 3.8. Розподіл відповідей опитаних на запитання щодо організації окремого відділу (посади), що займається медичним маркетингом в закладі охорони здоров’я (П23). *Джерело: розраховано автором*

Опитування показало, що лише 23,7 % опитаних зазначили, що їхні заклади мають окремий відділ або посаду, яка відповідає за медичний маркетинг. Водночас 28,9 % вказали, що такого структурного підрозділу в них немає, а ще у 26,3 % випадків маркетингові функції виконують керівники середньої ланки, що свідчить про фрагментарність і нерівномірність підходів до управління цією сферою. Досить значна кількість (21,1 %) вагалася з відповіддю, що може свідчити про нечітке розуміння ролі маркетингу в діяльності закладу охорони здоров’я. Отримані результати демонструють загальну недостатність системного підходу до організації маркетингової діяльності в медичних установах. Це створює ризики слабкої комунікації із цільовими групами та зниження конкурентоспроможності у сфері надання медичних послуг. Для покращення публічного адміністрування необхідно чітко визначати маркетингову функцію в структурі управління закладами та забезпечувати її належними ресурсами. Впровадження спеціалізованих

підрозділів або підготовка відповідальних фахівців дозволить підвищити ефективність взаємодії з пацієнтами та суспільством.

Для підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я доцільно забезпечити інституціоналізацію маркетингової функції в структурі медичних закладів шляхом створення окремих відділів або закріплення її за відповідними посадовими особами. Важливо розробити єдині стандарти комунікації з пацієнтами та громадськістю, що дозволить підвищити рівень прозорості та довіри до системи. Доцільним є також впровадження програм підвищення кваліфікації для керівників середньої ланки, які нині виконують маркетингові завдання без належної підготовки. Крім того, слід стимулювати використання сучасних цифрових інструментів маркетингу, що сприятиме підвищенню відкритості та інформованості пацієнтів і кращій інтеграції закладів у систему публічного управління.

Далі подивимося, оцінювання наявності у закладу чітких, документально закріплених цілей діяльності, на думку працівників (рис. 3.9).

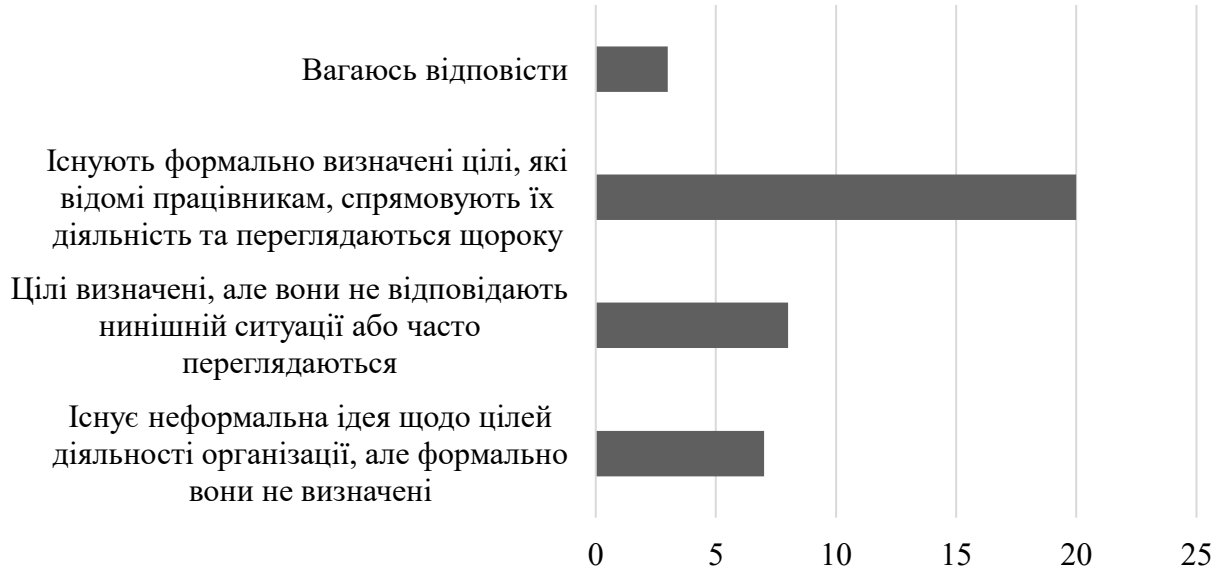

Рис. 3.9. Розподіл відповідей опитаних на запитання щодо наявності у закладу чітких, документально закріплених цілей діяльності, які відомі працівникам, спрямовують їхню діяльність і переглядаються щороку (П28).

Джерело: розраховано автором

Результати опитування свідчать, що у більшості медичних закладів (52,6 %) існують формально визначені цілі, які відомі працівникам, спрямовують їхню діяльність і періодично переглядаються. Це вказує на поступове впровадження системного підходу до стратегічного управління у сфері охорони здоров'я. Водночас у 18,4 % випадків цілі мають лише неформальний характер і не закріплені документально, що знижує ефективність внутрішнього адміністрування. Ще 21,5 % респондентів відзначили, що цілі визначені, але не відповідають сучасним викликам або надто часто переглядаються, що може свідчити про нестабільність у плануванні. Крім того, 7,9 % опитаних вагалися з відповіддю, що свідчить про недостатню обізнаність працівників щодо стратегічних пріоритетів своїх закладів. Отримані результати підкреслюють необхідність формалізації цілей, їх узгодження з реальними умовами функціонування системи охорони здоров'я та чіткої комунікації в межах організацій. Удосконалення публічного адміністрування у цій сфері потребує стандартизації процесів стратегічного планування та регулярного моніторингу виконання поставлених завдань.

Рис. 3.10. Розподіл відповідей опитаних на запитання щодо наявності у закладу Плану розвитку відповідно до цілей діяльності, який спрямовує роботу його та працівників (П29). *Джерело: розраховано автором*

За результатами опитування більшість (92,1 %) респондентів підтвердили загальну наявність задокументованих планів розвитку в закладах охорони здоров'я. При цьому 39,5 % опитаних зазначили, що такі плани створені керівництвом і відомі працівникам, а ще більша кількість (52,6 %) — що вони формуються із залученням фахівців та персоналу й безпосередньо пов'язані з цілями діяльності організації. Лише незначна частка (5,3 %) вказала на повну відсутність планування або необізнаність із цим процесом. Негативні відгуки щодо відсутності планів надали представники отоларингології та щелепно-лицевої хірургії. Така ситуація свідчить про загальну тенденцію до інституціоналізації стратегічного розвитку та підвищення рівня прозорості управлінських процесів у сфері охорони здоров'я.

Важливим аспектом у публічному адміністрування є питання оцінювання ефективності, тож на рис. 3.11 представлено розподіл відповідей опитаних щодо переліку показників, за яким, на їх думку, доцільно оцінювання загальної ефективності діяльності медичних закладів.

Результати проведеного аналізу частоти вибору певних показників свідчать, що при оцінюванні внутрішнього розвитку медичних закладів ключовими індикаторами виступають показники, пов'язані із задоволеністю пацієнтів (1 місце серед наведених), збільшенням частки висококваліфікованого персоналу (2 місце), посиленням технологічності управлінських і медичних процесів (3 місце), а також із забезпеченням точності та своєчасності виконання цілей розвитку (з розривом в один бал від попереднього – на 4 місці).

На думку працівників, важливе значення мають і такі критерії, як послідовне нарощення матеріальних ресурсів, підвищення добробуту персоналу та здатність установи максимально використовувати свій наявний потенціал. Поряд із цим, меншою мірою, але все ж таки важливими, залишаються показники розширення присутності на ринку, територіального розвитку мережі та зростання прибутковості.

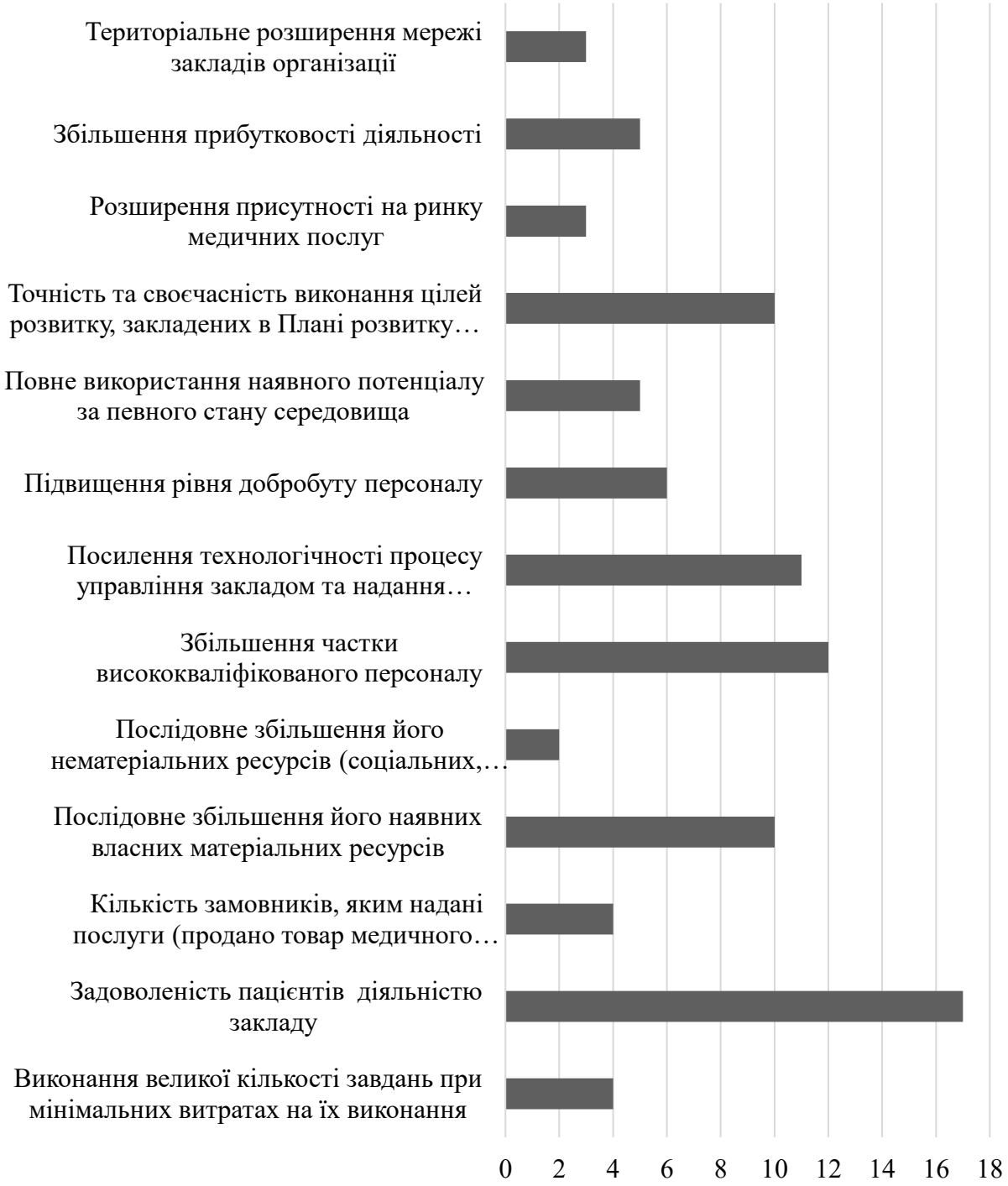

Рис. 3.11. Розподіл відповідей опитаних на запитання щодо переліку показників оцінювання загальної ефективності діяльності медичних закладів (П_37).*Джерело: розраховано автором*

Отже, саме комбінація соціально орієнтованих (задоволеність пацієнтів, добробут персоналу) та управлінсько-ресурсних показників (кадровий потенціал, технологічність, ресурсне забезпечення) створює основу для

комплексного підходу до оцінки ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Порівняємо, як опитані працівники оцінюють рівень загальної ефективності діяльності своїх медичних закладів (рис. 3.12).

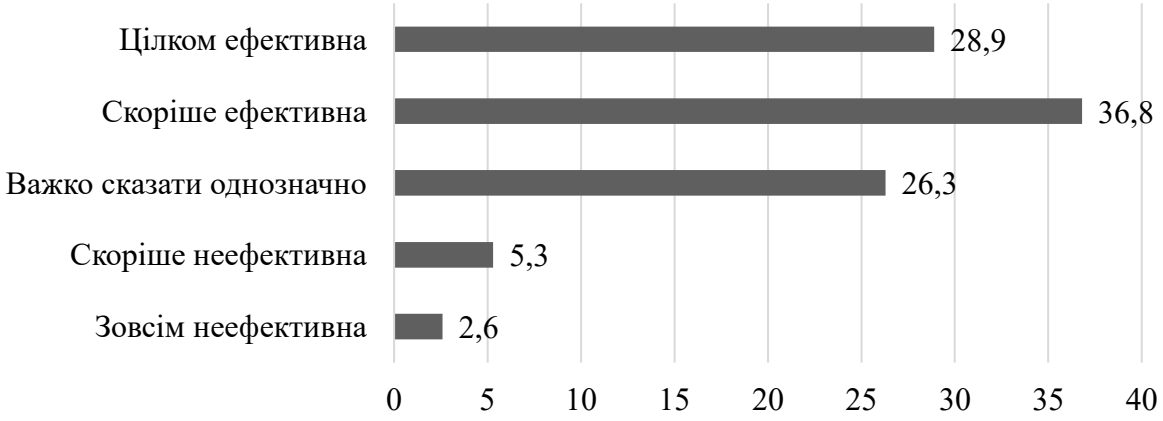

Рис. 3.12. Оцінка рівня загальної ефективності діяльності медичних закладів (П_38). *Джерело: розраховано автором*

Як бачимо з наведеного, отримані результати демонструють, що більшість респондентів схиляються до позитивної оцінки діяльності своїх організацій: понад дві третини вважають її скоріше або цілком ефективною. Водночас значна частка відповідей із нейтральною позицією («важко сказати однозначно», 26,3 %) вказує на наявність певних організаційних проблем та недостатньої прозорості процесів. Невеликий відсоток респондентів (5,3 %), які оцінили діяльність як неефективну, підтверджує потребу у вдосконаленні управлінських механізмів і посиленні стратегічного планування. Таким чином, оцінка ефективності вказує на загалом позитивні тенденції, проте підкреслює необхідність посилення механізмів публічного адміністрування для підвищення довіри персоналу та забезпечення більшої визначеності в оцінці результатів роботи закладів охорони здоров'я.

У контексті публічного адміністрування важливо, щоб зміни, яких потребує система охорони здоров'я, були реальними до впровадження та мали високу ефективність, тож на рис. 3.13 зображено розподіл думок працівників, чи можливо, на їх погляд, підвищити ефективність роботи організації.

Рис. 3.13. Розподіл відповідей опитаних на запитання щодо того, чи можливо підвищити ефективність роботи організації (П_41)

Джерело: розраховано автором

Цікаво відзначити, що переважна більшість респондентів визнає можливість підвищення ефективності роботи організацій, однак значна частка пов'язує це з необхідністю ширших змін у державі, що відображає вплив зовнішнього середовища на функціонування медичних закладів у воєнний період та в умовах реформ. Водночас існує група фахівців, які вбачають вирішення проблем у залученні незалежних експертів і спеціалістів, що підтверджує запит на професійний супровід процесів розвитку. Частина опитаних вважає, що організації мають потенціал для внутрішнього самовдосконалення, проте цей погляд не є домінуючим. Наявність вагань щодо відповіді вказує на певну невизначеність і неоднорідність сприйняття перспектив розвитку серед персоналу. Сукупно це демонструє, що механізми вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я мають враховувати як внутрішні можливості закладів, так і вплив зовнішніх чинників, які формують контекст їхньої діяльності.

На основі аналізу відповідей працівників медичних закладів за частотою можна узагальнити ключові проблеми та чинники, що впливають на ефективність публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я (рис. 3.14).

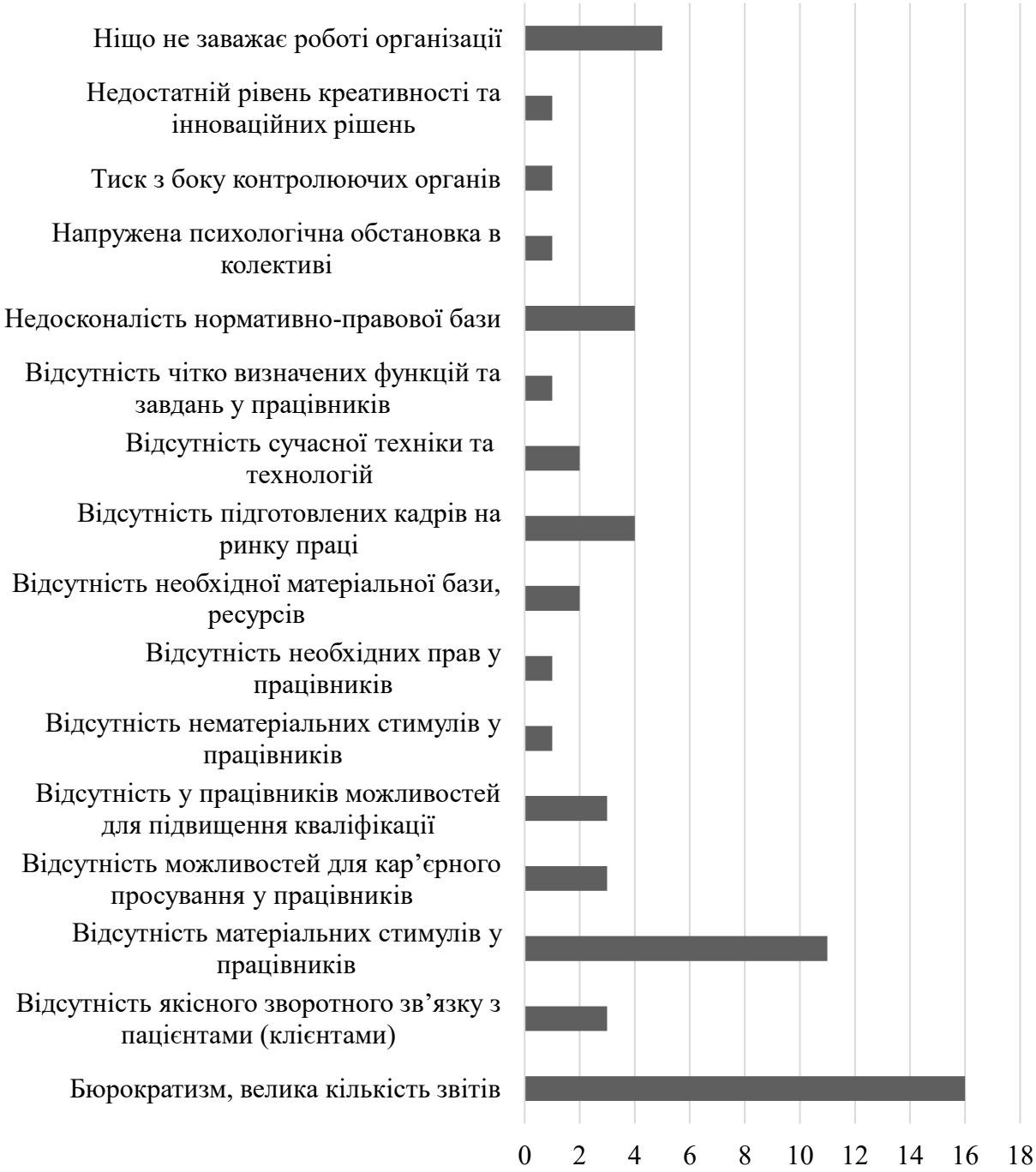

Рис. 3.14. Розподіл відповідей опитаних чинників, які заважають ефективній роботі Вашої організації (П_42).*Джерело: розраховано автором*

Результати опитування працівників свідчать, що, на думку респондентів, найсуттєвішими перешкодами для ефективної роботи є бюрократизм та відсутність належного матеріального стимулювання (2 місце). Зокрема, на 1 місці за частотою згадок посів варіант відповіді «Бюрократизм, велика кількість звітів», який виявився найпоширенішою проблемою, що підкреслює

надмірне адміністративне навантаження, яке відволікає працівників від виконання їхніх безпосередніх обов'язків. Другою за значущістю проблемою, що отримала 2 місце за частотою згадування, є відсутність матеріальних стимулів у працівників. Цей чинник безпосередньо вказує на недостатній рівень заробітної плати та системи преміювання, що може призводити до зниження мотивації, професійного вигорання та відтоку кваліфікованих кадрів.

Окрім основних, опитування виявило низку інших чинників, що впливають на ефективність роботи.

До чинники середньої значущості належать:

1) Кадрова політика та нормативна база, оскільки такі проблеми, як «Відсутність підготовлених кадрів на ринку праці» та «Недосконаліть нормативно-правової бази», були згадані 13,6 %. Це вказує на системні недоліки, пов’язані з освітою, доступом до кваліфікованих фахівців та необхідністю вдосконалення регуляторного середовища.

2) Відносини з пацієнтами та розвиток персоналу, що пов’язане з відсутністю якісного зворотного зв’язку, можливостей для кар’єрного зростання та підвищення кваліфікації були згадані по 5,6 %, що підкреслює важливість комунікації з пацієнтами та інвестицій у розвиток людського капіталу.

Позитивним фактом стало те, що 8,9 % опитаних обрали варіант «Ніщо не заважає роботі організації», що може свідчити про наявність окремих успішних практик або задовільний стан у певних колективах. Важливою частиною аналізу є і ті чинники, які не отримали жодної згадки. Серед них «Розповсюджені корупція, родинні зв’язки», «Некомпетентність керівництва», «Низька заробітна плата працівників», «Жорсткий/М’який стиль керівництва» та інші. Відсутність цих відповідей може свідчити про те, що ці проблеми не є першочерговими для опитаних груп, або ж респонденти утрималися від таких критичних оцінок. Узагальнені результати дозволяють зробити висновок, що ключовими викликами для публічного адміністрування

в медичній сфері є оптимізація адміністративних процесів та підвищення фінансового стимулювання працівників. Ці два чинники є найбільш значущими, що вимагає першочергових дій з боку керівництва для підвищення ефективності та задоволеності персоналу.

Загальний аналіз результатів проведеного опитування підтверджує висунуту гіпотезу про те, що ефективність механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я безпосередньо залежить від чинників внутрішнього розвитку медичних закладів, зокрема від рівня організаційної зрілості та управлінської підтримки персоналу. Дані показали, що більшість установ мають формалізовані цілі та плани розвитку, що корелює з вищими оцінками їхньої загальної ефективності. Водночас респонденти чітко вказали на бар’єри, які знижують результативність управлінських процесів: найсуттєвішою проблемою є бюрократизм та надмірна кількість звітності, що ускладнює виконання основних функцій і підриває довіру до управлінських механізмів. Другою за значущістю перешкодою є відсутність належного матеріального стимулювання, яке знижує мотивацію персоналу та гальмує розвиток кадрового потенціалу. Таким чином, виявлені результати підтверджують, що вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я потребує, з одного боку, оптимізації внутрішніх управлінських процедур, а, з іншого, – запровадження системи ефективних мотиваційних інструментів, що здатні підвищити залученість і професійну віддачу працівників. Врахування таких висновків дозволить посилити стійкість і результативність закладів в умовах воєнного стану та триваючих реформ.

3.2. Забезпечення інклюзивності лікарів і пацієнтів у публічному адмініструванні реформ охорони здоров’я України

Організаційно-економічні та соціальні питання охорони здоров’я були і залишатимуться пріоритетним напрямком для публічного управління країни. У зв'язку з цим доцільно діагностувати його стан, зокрема щодо забезпечення інклюзивності в закладах різних форм власності.

На практиці дуже часто мають місце скарги на зростання навантажень на систему охорони здоров’я саме в умовах діючого воєнного стану та збройної агресії, що призводить до загострення проблем із забезпечення інклюзивності медичних послуг в Україні, зокрема через значні тілесних ушкоджень та зростання потреби у протезуванні. В таких умовах приватним закладам охорони здоров’я набагато легше стати буфером для накопичення і впорядкування даних щодо визначення прогалин, які тривалий час зберігаються у забезпеченні рівноправного доступу до якісних та достатньо диференційованих медичних послуг для різних соціальних груп. Також обґрунтування потребує розробка відповідних механізмів компенсації або усунення цих прогалин шляхом впровадження підходу до управління на принципах інклюзивності. Зазначене доводить своєчасність та актуальність обраної теми дослідження у статті.

Теоретико-методичні засади публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я, а також проблеми і ризики праці в цій сфері набули ґрунтовного висвітлення в наукових працях багатьох дослідників, зокрема Д. Богомолов, В. Ксендзук, О. Рокунець-Сорочан, І. Сергієнко, Я. Соколенко, В. Тоцька, С. Фімяр, Ю. Харченко, О. Худоба, Н. Чен та інших. Варто підкреслити, що ефективність системи публічного управління охороною здоров’я значною мірою залежить від науково обґрунтованого вибору управлінських інструментів, що враховують сучасні соціально-економічні виклики та пріоритети державної політики. У цьому контексті особливого

значення набуває всебічна оцінка практичних аспектів реалізації реформ, спрямованих на підвищення якості медичних послуг, розвиток кадрового потенціалу галузі та раціональне використання бюджетних ресурсів, що створює умови для забезпечення інклюзивності лікарів і пацієнтів у публічному адмініструванні сфери охорони здоров'я України.

Метою дослідження стало наукове обґрунтування підходів до формування механізмів забезпечення інклюзивності лікарів і пацієнтів у публічному адмініструванні охорони здоров'я України з метою підвищення ефективності проваджуваних реформ.

Під впливом подій, що зумовлюють глибокі трансформації не лише в Україні, а й на глобальному рівні, система охорони здоров'я потребує особливої уваги як з практичного, так і з наукового погляду, оскільки перебуває у стані постійних змін та модернізації. Для вирішення назрілих питань в сучасних умовах невизначеності важливо розуміти незвідокремленість медичних організацій на шляху до реформування, оскільки їх інтереси та цілі суттєво перетинаються з організацією безпечної праці в різних закладах та підприємствах, що діють у певних територіальних громадах. Отже, інтеграція сучасних підходів до охорони праці в систему соціально-трудових відносин як в закладах медицини, так і в бізнесі є передумовою створення гармонійного і соціально відповідального робочого середовища, а також, звісно, сталого розвитку підприємств і стабільності у суспільстві.

У Держбюджеті на 2025 рік передбачено суттєве збільшення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні за основними напрямами та пріоритетами. Так згідно до документу, близько 6,3 млрд грн порівняно з початковим проєктом планується спрямувати на розширення реалізації програми «Доступні ліки» та розвиток медичної інфраструктури. Загальний обсяг видатків на медичну галузь у 2025 році перевищить 217 млрд грн. Із цієї суми понад 175,5 млрд грн заплановано на реалізацію Програми медичних гарантій, а саме 11,8 млрд грн на закупівлю лікарських засобів і медичних

виробів для лікування тяжких патологій, зокрема ендопротезів, засобів для терапії травм, забезпечення донорства крові, слухових апаратів, препаратів для лікування онкологічних та серцево-судинних хвороб. Крім того, 4,4 млрд грн буде спрямовано на розвиток системи громадського здоров'я, своєчасне виявлення та реагування на спалахи захворювань і надзвичайні ситуації [15]. Про певні можливості для розвитку свідчить рішення уряду щодо виділення 5,6 млрд грн на капітальні видатки (модернізація та поліпшення медичної інфраструктури).

А ще під час ухвалення рішень щодо певних трансформацій слід спиратись на сегментацію ринку медичних послуг, кон'юнктура якого швидко реагує на соціальні проблеми, що загострюються. Для прикладу, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), станом на початок 2023 року у світі понад 1 мільярд людей (близько 15% населення) мають інвалідність, в Україні — 16% [9]. В нашій країні ця частка, як бачимо, вже перевищує світовий рівень, і тенденції погіршуються, бо війна ще триває. Але в Україні на сьогодні ще досі відсутня цілісна та стратегічно скоординована політика щодо дітей з інвалідністю. Це призводить до нестачі системного підходу в міжвідомчій взаємодії та інтеграції зусиль різних секторів для надання медико-соціальних, освітніх та реабілітаційних послуг.

Також з метою визначення подальших напрямів розвитку, було здійснено аналіз дієвих інструментів в міжнародній практиці, зокрема загальної декларації прав людини, конвенції про права осіб з інвалідністю, міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, процедур дотримання напрямів сталого розвитку, які закладають основи інклюзивності в сфері охорони здоров'я. На основі виявленої ролі такого інструментарію публічного адміністрування у створенні безбар'єрного простору для всіх категорій осіб, що мають особливі потреби, була обґрунтована необхідність врегулювання питання процесу ефективної комунікації в колективі лікарів закладу охорони здоров'я та між персоналом і пацієнтами; а також формальності процедур працевлаштування осіб з інвалідністю у сфері бізнесу.

У процесі реформування системи охорони здоров'я України слід враховувати принципи інклюзивності, що ґрунтуються на міжнародних стандартах захисту прав людини. На нашу думку, до ключових з них належать забезпечення рівного доступу до медичних послуг, недискримінація та пріоритет захисту вразливих груп населення, зокрема осіб з інвалідністю та інших маломобільних категорій. Важливим є створення безбар'єрного середовища, прозорих механізмів публічного адміністрування та ефективного моніторингу реалізації прав на охорону здоров'я. Такі підходи сприятимуть узгодженню національних реформ із міжнародними зобов'язаннями та формуванню стійкої, соціально справедливої системи охорони здоров'я.

Як показує практика, публічне адміністрування на принципах інклюзивності в закладах охорони здоров'я України здійснюється доволі хаотично і непослідовно, почасти через складну безпекову ситуацію в країні. В той час як приватні заклади медицини мають змогу швидше вирішувати подібні питання інклюзивності у сфері охорони здоров'я, зокрема навчання персоналу необхідним комунікативним навичкам, а також адаптації робочих місць до цифровізації, залучення інвестицій у сучасні основні засоби та переобладнання приміщень відповідно до будівельних норм і вимог безбар'єрного та безпечного простору.

Причин, чому на сьогодні відзначаються неузгодженість та застарілість методів публічного адміністрування в закладах охорони здоров'я, ціла низка. Зокрема, історична. Як наголошують науковці [101, 106, 124], процес реформування системи охорони здоров'я України розпочався із суттєвим часовим зсувом порівняно з більшістю інших держав пострадянського простору, майже через два десятиліття після здобуття незалежності. Водночас, незважаючи на відкладений старт, реалізація реформ виявилася результативною, що підтверджується покращенням доступності первинної медичної допомоги у сільській місцевості, зростанням рівня раннього виявлення злоякісних новоутворень, зниженням показників пренатальної, дитячої та материнської смертності, скороченням кількості дітей з

інвалідністю, а також підвищенням якості діагностики й лікування на рівні первинної ланки. Важливим здобутком трансформаційних процесів стало також підвищення медичної обізнаності населення та формування усвідомленого ставлення до здорового способу життя й профілактики захворювань.

Також отримані результати реформування системи охорони здоров’я підтверджують важливість узгодженої взаємодії держави та громадянського суспільства, ефективність якої визначається рівнем розвитку та інституційної сталості останнього, на чому наголошує [26]. Громадянське суспільство, насамперед, виступає так званою соціальною основою держави, формуючись у процесі постійної взаємодії з нею через вибори, діяльність представницьких органів влади, створення об’єднань за інтересами, включно з інститутами лобізму. Саме воно впливає на формування та функціонування державних органів, одночасно потребуючи від держави належного рівня безпеки життєдіяльності. Таким чином, успішність реформ у сфері охорони здоров’я, так само як і в інших секторах, безпосередньо пов’язана з інституційною спроможністю громадянського суспільства до конструктивної взаємодії з органами влади.

Тож звернемося до проведеного опитування працівників, щоб з’ясувати, з якими проблемами стикається практика управління персоналом у їхньому медичному закладі. Узагальнені результати візуалізовано на рис. 3.15.

За результатами отриманого розподілу думок опитаних щодо проблем, з якими стикається практика управління персоналом у досліджених медичному закладі отримано наступне. Серед найбільш поширених проблем респонденти відзначали кадрову міграцію медичного персоналу та значні витрати часу на виконання професійних обов'язків. Також суттєвими чинниками є значний обсяг адміністративної роботи, недостатньо ефективна організаційна структура та висока інтенсивність праці.

Рис. 3.15. Розподіл думок опитаних щодо проблем, з якими стикається практика управління персоналом у їхньому медичному закладі П_95

Джерело: розраховано автором

Важливою групою проблем, на які звернули увагу респонденти, є недостатній рівень інвестицій у фізичне та психічне здоров'я медичних працівників та недостатні державні інвестиції в освіту. Ці результати вказують на те, що найбільші виклики в управлінні персоналом пов’язані з недоліками в організації роботи, що призводить до надмірного навантаження, та з кадровою політикою, яка не сприяє утриманню кваліфікованих фахівців. Це рекомендовано враховувати під час змін та реалізації обраних механізмів публічного адміністрування в цій сфері.

Нижче наведено ранжування чотирнадцяти проблем за рівнем інтенсивності впливу (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Ранжування проблем, з якими стикається практика управління персоналом у медичному закладі

Проблема	Частота відповіді	Ранг
Високий рівень інтенсивності впливу		
Відсутність балансу між професійними вимогами, обов’язками та розміром заробітної плати	12	1
Інтенсивна ступінь професійного вигорання медичних працівників	11	2
Складність щодо забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг	10	3
Середній рівень інтенсивності впливу		
Високий рівень професійного стресу	9	4
Нестача медичного персоналу	8	5
Недостатній рівень інвестицій у фізичне, психічне та соціальне здоров’я персоналу	7	6
Низький рівень інтенсивності впливу		
Недостатні державні інвестиції в освіту медичних працівників	7	6
Недостатньо ефективна організаційна структура медичних закладів (корпоративна культура, безпека, сучасні технології тощо)	6	7
Висока інтенсивність праці	6	7
Значний обсяг адміністративної роботи, яка скорочує час на безпосереднє медичне обслуговування пацієнтів	5	8
Значні витрати часу на виконання професійних обов’язків	4	9
Кадрової міграції медичного персоналу серед країн ЄС як наслідок недосконале кадрове планування	3	10
Велика частка у складі управлінських кадрів працівників з медичною освітою на керівних посадах	2	11
Складність реалізації особистісно-орієнтованого та мультидисциплінарного підходів до пацієнта (клієнта) закладу	2	11

Джерело: розраховано автором

Як видно з наведеного ранжування проблем, складність забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг входить до трійки найпоширеніших з високою інтенсивністю впливу.

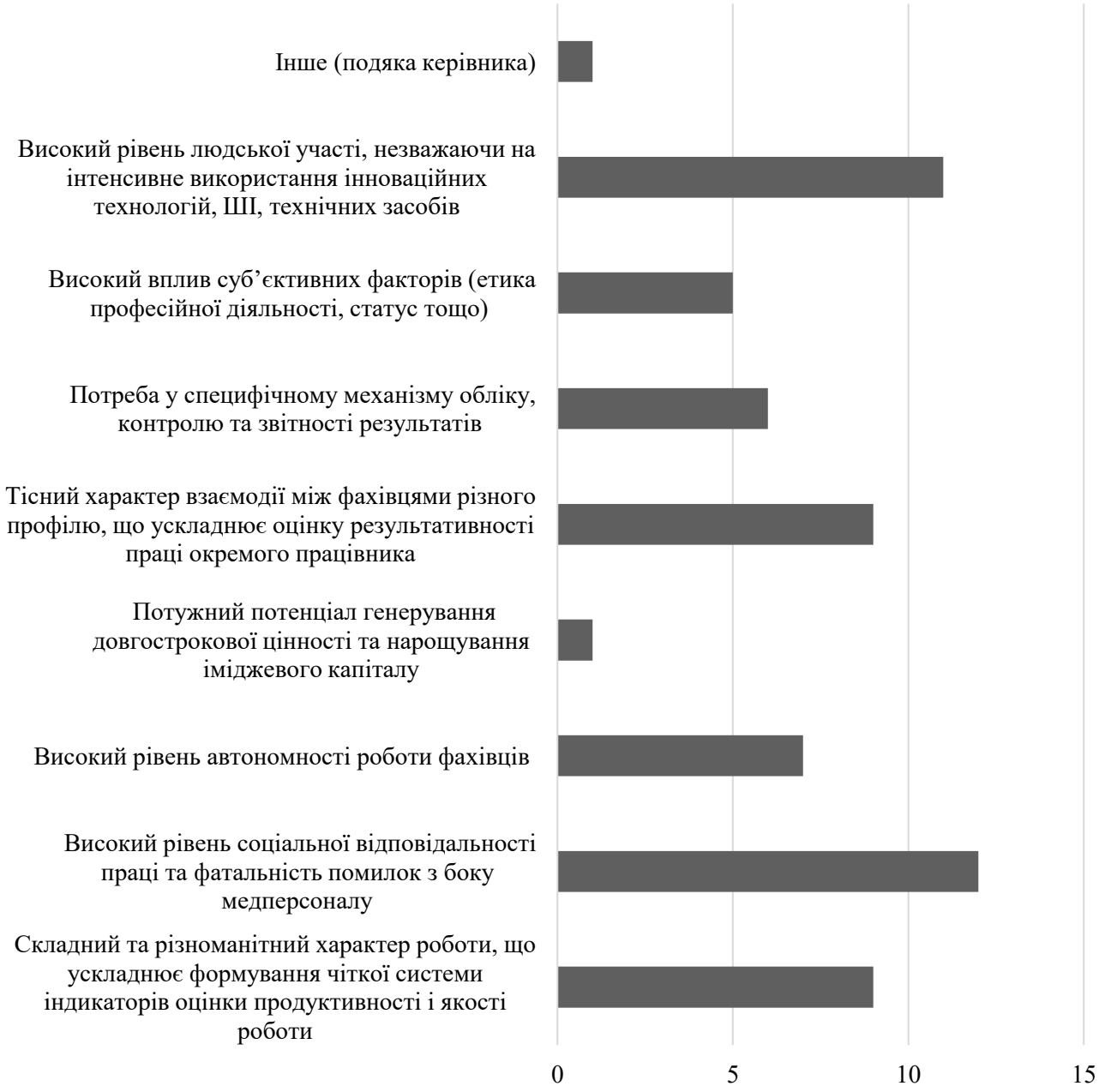

Рис. 3.16. Розподіл думок опитаних щодо проблем, з якими стикається практика управління персоналом у їхньому медичному закладі П_93

Джерело: розраховано автором

На основі аналізу частоти наданих працівниками медичних закладів відповідей з урахуванням можливості їх множинності, найважливішими чинниками, які впливають на мотивацію персоналу, стали:

1) Високий рівень соціальної відповідальності праці (1 місце). Оскільки саме цей показник є найвищим за рейтингом, розподіл думок на його користь свідчить, що усвідомлення важливості та наслідків своєї роботи є найпотужнішим мотиватором. Для медичних працівників, де помилки можуть бути фатальними, моральні та етичні аспекти праці значно переважають інші чинники.

2) Високий рівень людської участі (2 місце). Слід наголосити, що попри технологічний прогрес, респонденти відзначають, що саме людська складова залишається ключовою. Це вказує на те, що мотиваційні програми мають зосереджуватися на професійному розвитку, визнанні особистих заслуг і постійному підвищенні кваліфікації.

3) Складність оцінки продуктивності і якості роботи та командна робота професіоналів різного профілю розділили 3 місце. Тож складний характер роботи та потреба у тісній взаємодії між фахівцями є системними викликами, що слід враховувати у механізмах публічного адміністрування сфер охорони здоров'я. Вони ускладнюють створення чітких, кількісних систем оцінки ефективності. Це означає, що традиційні підходи до мотивації, засновані на індивідуальній продуктивності, можуть бути неефективними. Мотивація має бути спрямована на командні результати, колективне визнання та взаємодопомогу.

4) Високий рівень автономності роботи фахівців трохи відстає від попередні, але все ще є вагомим. Увага до цього чинника свідчить про те, що працівники цінують професійну свободу та можливість самостійно приймати рішення. Системи мотивації повинні враховувати це, надаючи фахівцям більше довіри та можливостей для професійної ініціативи.

5) Інші значущі чинники, серед яких потреба у специфічному механізмі обліку (9,8 %) та високий вплив суб'єктивних факторів (8,3 %) також підкреслюють, що стандартні адміністративні інструменти не завжди відповідають специфіці медичної праці.

Отримані результати підтверджують, що механізми мотивації персоналу в медичній сфері не можуть бути універсальними. Вони мають будуватися на розумінні унікальної природи праці, де:

основою мотивації є моральні та етичні стимули, а не лише матеріальні;

ключовим фактором є людський капітал, тому інвестиції в його розвиток мають пріоритетне значення в умовах сучасних викликів;

командна робота є визначальною, що вимагає розробки колективних систем оцінки та винагороди;

індивідуальна автономія та професійна свобода є важливими умовами для утримання кваліфікованих фахівців.

Звісно, що в різних закладах питання мотивації персоналу для виконання нової чи додаткової роботи, що періодично виникає, зокрема в період реформування, тож цікаво подивитись, які очікування в зв’язку з цим у персоналу і чи є відмінності в таких настроях в залежності від форми власності медичних закладів. Розподіл думок опитаних наведено на рис. 3.16.

На основі візуалізації особливостей розподілу думок, які відображають значущі заохочення для працівників сфери охорони здоров'я, можна зробити узагальнений аналіз щодо механізмів публічного адміністрування.

Так працівники медичної сфери найбільше цінують два типи заохочень: як матеріальне, так і нематеріальне.

З матеріальних стимулів найвищу частоту згадок (1 місце) отримало підвищення заробітної плати, що підкреслює, тривалий час матеріальна винагорода залишається ключовим мотиваційним фактором. Важливо відзначити, що цей показник значно вищий (на 40 %) у комунальних (муніципальних) закладах, порівняно з державними установами, що може вказувати на більшу гостроту проблеми фінансового забезпечення саме на цьому рівні.

Щодо нематеріального заохочення, то загалом по всіх закладах другим за значущістю є премія (2 місце), що підтверджує важливість додаткових фінансових стимулів, а також мотиватори «Звернення до вас за порадою,

консультацією» та «Висока оцінка робочих якостей з боку керівництва». Така комбінація даних вказує на високу цінність професійного визнання та поваги з боку керівництва, що є потужним нематеріальним мотиватором.

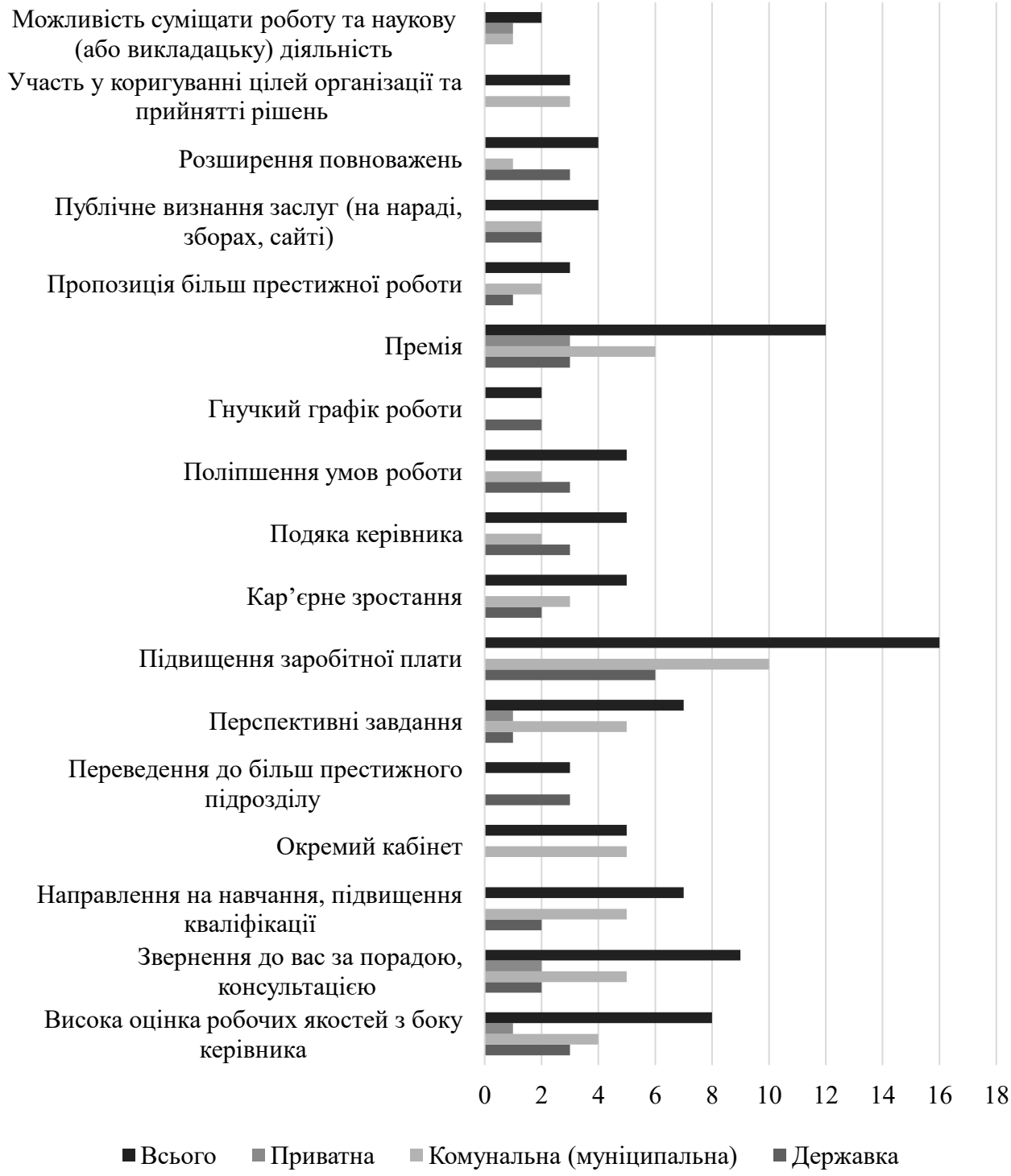

Рис. 3.16. Значущі види заохочень для виконання нової/додаткової роботи в розрізі форми власності медичних закладів П_94

Джерело: розраховано автором

Інші значущі заохочення, на думку працівників, включають:

1) Професійний розвиток, про що свідчить однакова увага до можливостей направлення на навчання, підвищення кваліфікації, а також доступ до перспективних завдань, що загалом демонструє прагнення працівників до професійного зростання.

2) Умови праці та кар'єра, щодо яких доведено однакову частоту відповідей, містять такі заохочення, як «Кар'єрне зростання», «Подяка керівника» та «Поліпшення умов роботи», які також відіграють важливу роль.

З урахуванням наведеного, доцільно надати висновки щодо механізмів публічного адміністрування. Отримані результати дають чітке розуміння того, якими повинні бути ефективні механізми публічного адміністрування в охороні здоров'я:

1) Пріоритет матеріальних стимулів. Тож адміністрація повинна усвідомити, що підвищення заробітної плати та преміювання є першочерговим завданням для підвищення мотивації та утримання кадрів. Без належного фінансового забезпечення інші заохочення можуть бути менш ефективними.

2) Систематичне професійне визнання. У зв'язку з цим важливо впроваджувати системи, які дозволяють керівництву висловлювати подяку та визнання за високу якість роботи. Це може бути як пряма оцінка, так і регулярні консультації з працівниками щодо важливих питань.

3) Фокус на розвитку та зростанні. Виходить, що публічна адміністрація повинна створювати можливості для постійного професійного розвитку, включаючи навчання, підвищення кваліфікації та надання перспективних завдань. Це допоможе утримати амбітних фахівців, навіть в умовах, що склалися в Україні.

4) Обов’язкове врахування відмінності між закладами з різною формою власності. Керівництво має розуміти специфіку різних типів закладів. Наприклад, у комунальних закладах особливо гостро стоїть питання підвищення заробітної плати, тоді як у приватних, судячи з відсутності згадок, ця проблема не є настільки критичною.

Досить специфічно виглядають відповіді представників приватної медицини, видів мотиваторів дуже мало, серед них найбільшу вагу мали преміювання та звернення до них за порадою чи консультацією. А от участь у коригуванні цілей закладу та окремий кабінет, навпаки, окрім представників закладів із комунальною власністю, не цікавили.

Таким чином, ефективне публічне адміністрування в охороні здоров'я має поєднувати фінансове стимулювання, визнання професійних заслуг та інвестиції в розвиток персоналу.

Тож бачимо цілу низку проблем, які стримують у сучасних умовах розвиток медичних закладів, а також очікування їхнього персоналу, що для досягнення ефективності змін, проваджуваних у публічному адмініструванні, мають бути враховані і в правовій, і в організаційній площині.

Слід зазначити, що відставання реформ в Україні зумовлене сукупністю інституційних, економічних, політичних і соціокультурних чинників. Насамперед, слабкість державних інституцій після здобуття незалежності проявилася у відсутності стратегічного бачення трансформацій та низькій спроможності забезпечувати їх послідовну реалізацію. Хронічна політична нестабільність і часті зміни урядів призводили до фрагментарності реформ та браку довгострокових програм розвитку. Значний вплив мало й недостатнє фінансування, спричинене економічними кризами та обмеженими бюджетними ресурсами, що не дозволяло модернізувати інфраструктуру й упроваджувати нові управлінські механізми. Олігархічна модель економіки та поширеність корупції істотно знижували ефективність державної політики, створюючи перешкоди для інституційних змін. Недостатній рівень професійної підготовки кадрів у сфері публічного управління та низька спроможність бюрократичного апарату гальмували запровадження сучасних методів адміністрування. Важливим чинником стала й обмежена участь громадянського суспільства у виробленні рішень, що зменшувало легітимність реформ та підвищувало опір змінам на місцевому рівні. Соціокультурні особливості, зокрема низька довіра до державних інституцій,

зумовлювали слабку підтримку навіть обґрунтованих реформ. Зовнішньополітичні та безпекові виклики, зокрема військова агресія Росії, відволікали ресурси та управлінську увагу від внутрішніх перетворень. Усе це разом сформувало складне середовище, у якому проведення системних реформ потребує більшої узгодженості дій держави, громадянського суспільства та міжнародних партнерів.

Виважений процес оцінки рівня інклюзивності в публічному адмініструванні закладів охорони здоров'я має набувати в певні країни релевантних часів і умов реформування, що узагальнено у табл. 3.2.

Навантаження на систему охорони здоров'я тривалий час було колосальним, спочатку через щільність населення, а потім проблема особливо загострилася в умовах воєнного стану. Тож врівноваження такого навантаження потребує комплексного підходу всіх учасників відносин, пов'язаних із наданням медичних послуг, зокрема самих людей, які є потенційними пацієнтами в певні періоди часу. Погоджуємося з думкою С. Фімяр та Н. Чен, що у [112, С. 191] регулюванні соціально-трудових відносин пріоритет слід надавати питанням безпеки праці та збереження здоров'я працівників, оскільки вони становлять важливий елемент сталого розвитку ринку праці. Забезпечення безпечних умов включає комплекс норм і заходів, спрямованих на охорону життя, підтримання здоров'я та працездатності людей під час виконання трудових обов'язків.

Взагалі порушення правил безпеки працівниками можуть бути зумовлені різними чинниками, серед яких — необізнаність щодо правил і механізмів, недостатні знання про ризики, брак належної підготовки, прагнення заощадити час чи підвищити продуктивність, а також звичайна недбалість. Такі дії несуть загрозу не лише травматизму, але й виникненню конфліктів у колективі та погіршенню соціально-психологічного клімату в ньому. Важливу роль у профілактиці виробничих ризиків відіграє належне застосування засобів індивідуального захисту, адже їх ігнорування створює небезпеку для життя і здоров'я та підриває довіру між працівниками й

керівництвом, що негативно позначається на соціально-трудових відносинах. Навчання правилам безпеки і охорони праці має розглядатися не як формальність, а як ключова умова сталого розвитку колективу та підтримання позитивного соціального середовища.

Таблиця 3.2

Особливості оцінки рівня інклюзивності в публічному адмініструванні закладів охорони здоров'я

Етап реформи	Індикатори інклюзивності		Рекомендовані механізми покращення
	лікарів	пацієнтів	
1. Планування	Участь лікарів у робочих групах; консультації з профспілками; опитування медичних асоціацій	Проведення опитувань пацієнтів; участь організацій (співробітники - пацієнти) у розробці політики	Створення дорадчих рад при МОЗ/НСЗУ. Онлайн-опитування лікарів та пацієнтів. Відкриті публічні обговорення результатів
2. Прийняття рішень	Представництво лікарів у консультативних органах; наявність механізмів врахування пропозицій	Врахування пропозицій пацієнтських груп; прозорість ухвалення рішень	Цільові тренінги для лікарів. Інформаційні кампанії для різних груп пацієнтів. Цифрові інструменти зворотного зв'язку
3. Впровад-ження	Поширення інформації серед лікарів; тренінги та навчання	Інформування пацієнтів про зміни; доступ до електронних сервісів (eHealth)	Інституціоналізація участі стейкхолдерів. Впровадження доказово обґрунтованого підходу з урахуванням прогнозу. Публічні консультації та обговорення на цифрових платформах. Міжвідомча координація. Незалежна експертиза рішень. Оцінка впливу на регіональному рівні.
4. Моніторинг та оцінка	Участь лікарів у моніторингових комітетах; звіти НСЗУ	Онлайн-платформи для відгуків; регулярні публічні звіти	Відкриті панелі тематичних даних (дашборди). Щорічні незалежні аудити. Громадські звіти про ефективність реформ та соціальну і економічну ефективність в розрізі громад і закладів

Джерело: складено автором

Сучасна система підготовки персоналу закладі охорони здоров’я передбачає проведення тренінгів з ідентифікації небезпек, навчання основам пожежної та мінної, безпеки, а також домедичної допомоги і психологічної підтримки для ефективного реагування на надзвичайні ситуації. Особливе місце в навчанні посідає менеджмент в медичній галузі, що має свою специфіку, гнучкість та технологізацію. Своєю чергою, запровадження комплексних програм охорони праці є важливим чинником розвитку соціального партнерства між роботодавцем і працівниками, що слід враховувати в системі публічного адміністрування в цій сфері.

Світоглядна проблема українського бізнес-середовища полягає у низькій пріоритетності питань безпеки праці, що безпосередньо впливає на стан здоров’я працівників. На жаль, охорона праці розглядається не як стратегічна інвестиція у людський капітал, а радше як другорядне завдання, яке вирішується лише за наявності надлишкових ресурсів або під тиском контролюючих органів. Такий підхід зумовлений як загальним станом правової системи та недосконалістю законодавчої бази, так і прагненням бізнесу виживати у складних економічних умовах шляхом скорочення витрат на «некритичні» напрями, що підтверджує досвід фахівців практиків [125]. Відсутність сталого усвідомлення цінності безпечних умов праці призводить до формування реактивної, а не проактивної моделі управління ризиками. У результаті профілактика травматизму та захворювань замінюється формальним виконанням вимог під час перевірок, що підриває довгострокову ефективність і соціальну відповідальність підприємств. Така світоглядна установка гальмує інтеграцію сучасних стандартів охорони праці та створює системні загрози для здоров’я людини.

В умовах воєнного стану, окрім вирішення актуальних безпекових викликів, постає питання ментальної інклюзивності, яке передбачає комплексну та комфортну реінтеграцію в соціум осіб, що психологічно постраждали внаслідок бойових дій. На думку Д. Богомолова [9, С. 113], цей процес охоплює відновлення соціальних зв'язків та адаптацію до мирного

життя, що є критично важливим для забезпечення їхнього благополуччя та стабільності суспільства в цілому.

Таким чином, у дисертаційній роботі здійснено аналіз дієвих інструментів у міжнародній практиці, зокрема декларації прав людини, нормативно-правового базису про економічні, соціальні і культурні права, про права осіб з інвалідністю, процедур дотримання напрямів сталого розвитку, які закладають основи інклюзивності у сфері охорони здоров'я, а також виявлено роль такого інструментарію публічного адміністрування під час створення безбар'єрного простору для всіх інклюзивних категорій осіб у сучасних умовах.

Попри пізній старт реформування, зміни у системі охорони здоров'я України продемонстрували позитивний вплив на якість і доступність медичних послуг, зокрема на первинному рівні. Ефективність цих трансформацій значною мірою залежить від рівня розвитку та інституційної спроможності громадянського суспільства, яке, будучи соціальною основою держави, впливає на формування державної політики та потребує належного забезпечення безпеки життєдіяльності. Таким чином, стійка взаємодія держави та громадянського суспільства є ключовою передумовою успішної реалізації реформ у сфері охорони здоров'я як відповідь на сучасні виклики та запити. У зв'язку з цим було досліджено ризики у публічному адмініструванні сфери охорони здоров'я з урахуванням умов динамічних змін на ринку медичних послуг.

3.3. Організаційно-правові засади механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час

В умовах повномасштабної війни та тривалого воєнного стану перед вітчизняною системою державного управління постала низка сучасних викликів. Воєнні дії спричинили суттєве навантаження на органи влади,

зокрема у сфері охорони здоров’я, змінили пріоритети державної політики та актуалізували питання ефективності, гнучкості й стійкості механізмів публічного адміністрування. Поряд з основними функціями, які органи публічної влади виконували в мирний час, в сучасних умовах вони змушені одночасно:

забезпечувати обороноздатність держави;

підтримувати функціонування критичної інфраструктури;

гарантувати базові права і потреби громадян у воєнний час;

створювати умови для післявоєнного відновлення.

Слід зазначити, що в таких умовах виявилися як сильні сторони, так і численні недоліки наявного адміністративно-правового механізму. Наприклад, ситуація, в якій опинилася країна, висвітлила потребу у швидкому прийнятті управлінських рішень, ефективній координації між центральними та місцевими органами влади, оновленні нормативно-правової бази, розвитку цифрових інструментів, розширенні повноважень органів військової адміністрації. На перший план вийшли проблеми щодо колізій у законодавстві, недостатньої визначеності компетенцій, обмеженості кадрового й ресурсного забезпечення тощо. Варто відзначити, що сучасні процеси відновлення державного управління вже не можуть базуватися на старих моделях. Тож необхідні нові організаційні підходи, адаптивні правові механізми, інтеграція кризового та ризик-орієнтованого управління, запровадження гнучких адміністративних процедур, які були б здатні функціонувати в надзвичайних умовах.

Публічне адміністрування можна визначити як системну, організовану та підзаконну діяльність суб’єктів публічної влади, що строго регламентується законами та іншими нормативно-правовими актами. Ґрунтуючись на аналізі наукових джерел щодо теми дослідження [115, 3, 2], маємо підстави стверджувати, що в Україні до кола суб'єктів публічної влади належать:

Президент України, Верховна Рада України, а також інші державні органи (Національний банк, Рада національної безпеки і оборони та ін.);

органи державної влади та місцевого самоврядування;

особи, які здійснюють владні функції та надають встановлений перелік адміністративних послуг;

окремі об’єднання громадян тощо.

Враховуючи вище викладене, суб'єктами публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, а отже суб’єктами відновлення є державні, місцеві та інші інституції (наприклад, Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров’я, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, регіональні департаменти), які керують системою, впроваджують державну політику, забезпечують фінансування, контролюють якість та безпеку медичних послуг і лікарських засобів і організовують надання медичних послуг через підпорядковані їм установи (рис. 3.17).

Щодо об’єктів впливу: це система охорони здоров’я, медичні заклади, кадровий потенціал, інфраструктура, медичні послуги, населення.

У рамках даного дослідження слід звернути увагу й на основний елемент саме відновлення, а не лише управління, яким є ресурсне забезпечення, зокрема щодо фінансових (бюджетні, донорські, гуманітарні); кадрових (перерозподіл, мобільність, резерви); матеріально-технічних, інформаційних та цифрових ресурсів.

З метою забезпечення публічних інтересів, стабільного функціонування суспільства та держави, а також захисту прав, свобод та законних інтересів фізичних та юридичних осіб вищевказана діяльність має бути спрямована на практичну реалізацію (виконання) законів та інших нормативно-правових актів.

Серед основних механізмів реалізації цієї діяльності слід назвати такі:

прийняття адміністративних рішень (видання індивідуальних або нормативних актів, що мають юридичну силу та обов'язковість);

надання встановлених законом адміністративних послуг (здійснення дій, спрямованих на задоволення законних потреб заявників у сфері реалізації їхніх прав і свобод);

здійснення контрольно-наглядових функцій (забезпечення дотримання законодавства всіма суб'єктами);

управління публічними ресурсами та інфраструктурою (ефективний розподіл і використання бюджетних коштів, майна та інших активів).

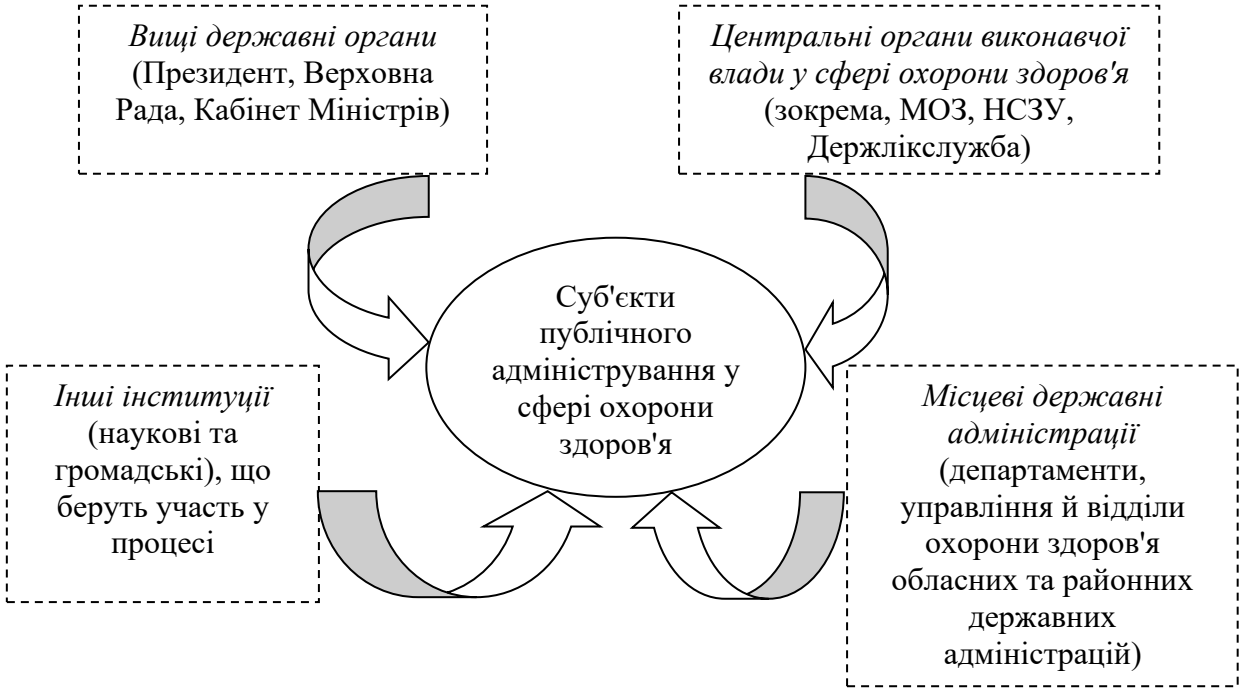

Рис. 3.17. Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я

Джерело: складено автором.

Виходячи з вище зазначеного, зауважимо, що публічне адміністрування є основною ланкою між політичною волею (законодавством) та її практичною реалізацією в суспільному житті.

Варто згадати й про інструменти та методи реалізації механізму відновлення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я у воєнний час, оскільки саме вони перетворюють цілі й функції на практичні дії, а саме:

адміністративні (накази, процес координації та контролю);

організаційні (реорганізація закладів, маршрутизація пацієнтів);

економічні (фінансування, стимули);

соціальні та гуманітарні (підтримка персоналу закладів і організацій та населення);

цифрові (e-Health, телемедицина).

Не секрет, що головним чинником підтримання державної стабільності, безпеки та керованості є ефективне функціонування системи публічного адміністрування у воєнний час. Воєнні дії зумовлюють суттєві обмеження ресурсів, ускладнюють координацію між органами влади, підвищують рівень управлінських ризиків і вимагають оперативного ухвалення рішень. Тож переосмислення та вдосконалення організаційно-правових засад, що забезпечують не лише стійкість публічного адміністрування, а й здатність всієї системи швидко адаптуватися до змінних загроз та гарантувати виконання своїх функцій, стає головним викликом сьогодення.

Основним етапом формування ефективної системи управління є визначення цілей публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час, оскільки саме цільові орієнтири задають стратегічний вектор діяльності органів влади, визначають пріоритети використання ресурсів та слугують основою для прийняття управлінських рішень в умовах надзвичайних викликів і загроз. На нашу думку, цілі публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час полягають у:

забезпеченні безперервності функціонування системи охорони здоров'я (гарантування доступу населення і військових до базових та невідкладних медичних послуг навіть в умовах бойових дій, руйнувань інфраструктури чи переміщення населення);

організації та координації медичного реагування на воєнні загрози (оперативне розгортання шпиталів, мобільних медичних пунктів, системи евакуації поранених, координація дій між цивільною і військовою медициною);

раціональному та ефективному управлінні медичними ресурсами (забезпечення лікарень обладнанням, медикаментами, витратними

матеріалами; оптимізація логістики й розподілу гуманітарної допомоги; мобілізація кадрів);

зміцненні стійкості та адаптивності системи охорони здоров’я (створенні резервних потужностей, альтернативних маршрутів постачання, цифрових рішень, відновлення пошкоджених закладів);

захисті життя та здоров’я військовослужбовців і цивільного населення (забезпечення ефективної системи військової медицини, реабілітації, психологічної підтримки; організація медичного супроводу евакуації та укриття);

підтриманні епідеміологічної безпеки та громадського здоров’я (контроль інфекційних захворювань, вакцинація, моніторинг санітарно-епідеміологічної ситуації в умовах міграції та скупчення людей);

посилення міжвідомчої взаємодії (координація роботи органів державної влади, військових структур, місцевого самоврядування, міжнародних партнерів та волонтерських організацій);

забезпеченні прав громадян на медичну допомогу (гарантування рівного доступу до медичних послуг для внутрішньо переміщених осіб, дітей, осіб з інвалідністю, літніх людей та інших вразливих груп);

підвищенні професійної готовності медичного персоналу (проведення тренінгів, навчань з тактичної медицини, кризового реагування; психологічна підтримка працівників системи);

цифровізації управлінських процесів та обміну інформацією (застосування електронних реєстрів, телемедицини, цифрової звітності для забезпечення оперативності прийняття рішень).

Для розробки сучасного та ефективного механізму відновлення публічного адміністрування, зокрема у сфері надання медичних послуг, який відповідатиме актуальним потребам держави та суспільства, необхідно розглянути його як систему взаємопов'язаних структурних компонентів. Саме тому доцільно виокремити основні елементи організаційно-правового механізму та визначити пріоритетні напрямів їхнього удосконалення,

зважаючи на специфічні виклики та обмеження воєнного часу. Нижче наведена табл. 3.3, яка представляє систематизовану структуру та головні характеристики цих компонентів, що є основою для модернізації публічного адміністрування та забезпечення його стійкості й ефективності в умовах війни та післявоєнної відбудови.

Таблиця 3.3

Організаційно-правові компоненти механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час

Структурний компонент	Зміст та характеристика	Основні напрями удосконалення
Нормативно-правова база	Сукупність законів, підзаконних актів, рішень органів державної влади та військових адміністрацій, що регламентують діяльність держав-ного управління у сфері медичних послуг під час воєнного стану.	усунення законодавчих колізій; оновлення рамкових законів щодо діяльності органів влади у надзвичайних умовах; зміцнення правових механізмів швидкого реагування.
Інституційний механізм	Система органів публічної влади, військових адміністрацій та спеціальних структур, що забезпечують управління у сфері медичних послуг в умовах війни.	посилення координації між центральними і місцевими органами влади; оптимізація повноважень військових адміністрацій; уніфікація управлінських процедур.
Організаційно-управлінські процедури	Регламентовані процеси прийняття рішень, реагування на загрози, реалізації адміністративних функцій щодо надання медичних послуг.	спрощення адміністративних процедур; впровадження кризового та ризик-орієнтованого управління; скорочення часу ухвалення рішень.
Кадрове забезпечення	Рівень підготовки, компетентності та професійної стійкості державних службовців у воєнних умовах.	розвиток антикризових компетентностей; підготовка кадрів до роботи у середовищі високої невизначеності; підвищення мотиваційних механізмів та соціального захисту.
Інформаційно-цифрова підтримка	Використання цифрових систем, електронного урядування, інформаційної безпеки у процесах управління у сфері охорони здоров'я.	розширення інструментів е-урядування; посилення кібербезпеки; цифровізація міжвідомчої взаємодії.
Матеріально-технічне та ресурсне забезпечення	Матеріальні, фінансові та логістичні ресурси, необхідні для безперервної діяльності органів влади.	забезпечення резервних ресурсів; пріоритизація фінансування критичних функцій; оптимізація використання ресурсів для оперативного реагування.
Моніторинг та контроль ефективності	Система оцінювання роботи органів влади в умовах воєнного стану, механізми зворотного зв'язку та контролю.	запровадження оперативного моніторингу ризиків; удосконалення критеріїв оцінки ефективності; підвищення прозорості та підзвітності.

Джерело: складено автором.

Як показує практика, вдосконалення організаційно-правових засад механізму відновлення публічного адміністрування у воєнний час вимагає

цілісного й системного підходу, заснованого на модернізації нормативного регулювання, оптимізації діяльності управлінських структур та впровадженні інноваційних управлінських практик. На нашу думку, найважливішими аспектами є підвищення якості координації між органами влади, розвиток кадрового потенціалу, забезпечення належного ресурсного та інформаційного підґрунтя, а також поглиблення прозорості й підзвітності управлінських процесів.

За умови узгодження взаємодії усіх структурних компонентів можна говорити про створення стійкої моделі публічного адміністрування, здатної ефективно реагувати на виклики воєнного часу, забезпечувати безперервність державних функцій та формувати основу для подальшого післявоєнного відновлення. Отже, запропонована система організаційно-правових заходів є важливим напрямом модернізації державного управління та підвищення його інституційної спроможності в умовах сучасних загроз.

Наголосимо на особливостях організаційно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я, яка під час війни набуває стратегічного статусу. Це зумовлено тими важливими функціями, які покладені на сферу охорони здоров'я, зокрема забезпечення фізичної безпеки населення, військових та цивільних, а також підтримки стабільності держави. Головні особливості полягають у:

1. Спеціальному правовому режимі роботи медичних закладів, а саме:

запровадження протоколів медичної евакуації, роботи в умовах обстрілів, мобілізаційної готовності;

дозвіл на застосування спрощених закупівель для медичних товарів та обладнання;

нормативне регулювання військової, цивільної, психологічної та екстреної медицини.

2. Централізації та посилені координації управління, в тому числі:

створення єдиних командних центрів для управління медичною допомогою;

координація між МОЗ, Міноборони, Нацгвардією, ДСНС, військово-цивільними адміністраціями;

розширення повноважень органів влади щодо розміщення медичних ресурсів і логістики.

3. Гнучких адміністративних процедурах, а саме:

спрощення порядку ліцензування, акредитації та допуску медичних фахівців до роботи;

адаптація стандартів медичних послуг для умов бойових дій;

прискорене ввезення гуманітарних і медичних вантажів.

4. Забезпеченні медичної безпеки та стійкості системи, а саме:

створення резервів лікарських засобів, крові, обладнання;

розвиток телемедицини для безперервності медичних послуг;

побудова системи медичного менеджменту інцидентів.

5. Підтримці персоналу та мобілізаційній готовності, в тому числі:

правове регулювання роботи медичних працівників у зоні бойових дій;

підвищені гарантії безпеки та соціального захисту медиків;

оперативне залучення медичних фахівців із регіонів або міжнародної підтримки.

6. Міжнародній допомозі та гуманітарній місії, в тому числі:

участь міжнародних медичних організацій (ВООЗ, Червоний Хрест, Doctors Without Borders);

правове забезпечення ввезення обладнання й розміщення мобільних шпиталів;

імплементація стандартів НАТО щодо військової медицини.

Як уже зазначалося, в умовах воєнного стану система публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я працює під значним тиском і характеризується підвищеною невизначеністю, постійними ризиками та гострими ресурсними обмеженнями. За таких обставин особливої ваги набуває необхідність формування цілісного механізму відновлення, здатного

забезпечити безперервність управлінських процесів, оперативність реагування на виклики та збереження основних соціальних функцій держави.

Концептуальною основою побудови та реалізації такого механізму є принципи, які відображають фундаментальні засади організації публічного адміністрування, визначають логіку управлінських рішень і спрямовують діяльність суб'єктів влади на досягнення пріоритетної мети, а саме: збереження життя і здоров'я населення в умовах воєнних загроз. Серед основних принципів механізму відновлення системи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час доцільно виокремити такі:

пріоритетності збереження життя та здоров'я населення, який передбачає домінування гуманітарної складової над економічними й адміністративними інтересами, орієнтацію управлінських рішень на мінімізацію втрат серед цивільного населення та військовослужбовців;

безперервності та стійкості публічного адміністрування, спрямований на забезпечення стабільного функціонування органів публічного управління охороною здоров'я навіть за умов руйнування інфраструктури, кадрового дефіциту та загроз безпеці;

адаптивності та гнучкості управлінських рішень, що передбачає здатність механізму оперативно реагувати на зміну воєнної обстановки, епідеміологічних ризиків і гуманітарних потреб шляхом спрощення процедур та застосування надзвичайних управлінських інструментів;

централізованої координації з децентралізованою реалізацією, який полягає у поєднанні стратегічного управління на державному рівні з розширенням повноважень регіональних і місцевих органів влади щодо реалізації медичних рішень з урахуванням локальних умов;

міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії, який забезпечує інтеграцію зусиль органів публічної влади, військових адміністрацій, медичних закладів, волонтерських і міжнародних організацій у процесі відновлення управлінських функцій;

ресурсної мобілізації та раціонального використання, який орієнтований на концентрацію фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів на критично важливих напрямах медичного забезпечення та відновлення управлінської інфраструктури;

правової визначеності та легітимності управлінських рішень, який передбачає прийняття управлінських рішень у межах чинного законодавства з урахуванням спеціальних правових режимів воєнного стану та міжнародних гуманітарних норм;

прозорості та підзвітності, який забезпечує відкритість інформації щодо управлінських рішень, використання ресурсів і результатів відновлення системи охорони здоров’я, що є важливим для збереження довіри населення;

принцип орієнтації на післявоєнну трансформацію, в основі якого є стратегічне бачення відновлення публічного адміністрування не лише як реакції на кризу, а як основи для модернізації системи охорони здоров’я у післявоєнний період.

Отже, принципи, що лежать в основі механізму відновлення системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та підвищеної невизначеності, вносять передбачуваність в управлінські рішення, допомагаючи суб'єктам влади зберігати логіку дій, навіть коли зовнішні обставини постійно змінюються. Вони чітко фокусують усі управлінські ресурси та зусилля на першочерговій меті – збереженні життя і здоров'я населення, що дозволяє швидко відсікати менш критичні завдання і концентруватися на нагальних потребах. Можна сказати, що принципи є гарантом того, що система публічного адміністрування, попри руйнування та обмеження, не припиняє виконувати свої основні соціальні функції, підтримуючи стійкість держави, а також життєздатність проєктів її розвитку, зокрема в медичній галузі.

Таким чином, ці принципи є не просто декларативними нормами, а критично важливим інструментом для стабілізації, швидкого реагування та побудови ефективної, життєздатної системи охорони здоров'я в умовах воєнних загроз. На підставі проведеного дослідження запропоновано

структурну модель механізму відновлення системи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час (рис. 3.18).

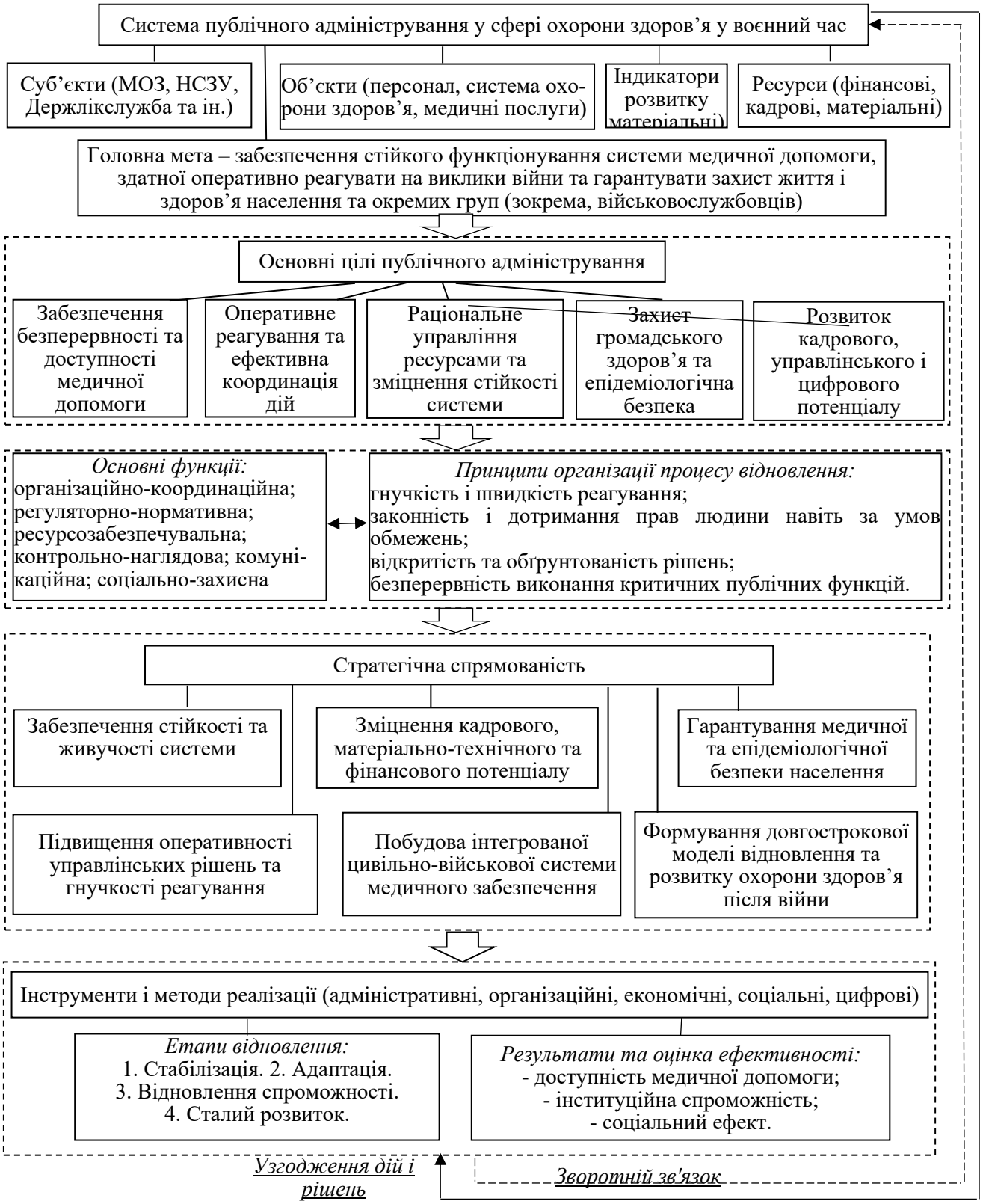

Рис. 3.18. Структурна модель механізму вдосконалення системи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час.

Джерело: сформовано автором

Отже, як підтверджено у ході дослідження, головна мета публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я полягає у забезпеченні безперервної, доступної та ефективної медичної допомоги населенню, зокрема окремим групам (зокрема військовим), в умовах воєнного стану шляхом оперативного управління ресурсами, координації дій органів влади та медичних установ, зміцнення стійкості системи охорони здоров’я й адаптації її до надзвичайних загроз.

Організаційно-правові засади відновлення публічного адміністрування у воєнний час мають адаптивний, кризовий і водночас стабілізуючий характер. У сфері охорони здоров’я ці засади проявляються найяскравіше, оскільки саме медична система забезпечує життєздатність держави, збереження людського потенціалу та стійкість суспільства.

Більш детально доцільно прокоментувати основні функції публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я у воєнний час в Україні:

1. Організаційно-координаційна функція, що забезпечує узгодженої роботи органів влади, медичних установ, військових структур, гуманітарних організацій; координація медичної евакуації, мобільних шпиталів, волонтерських ініціатив.

2. Регуляторно-нормативна функція, яка стосується розроблення та впровадження нормативних актів, що регулюють порядок надання медичної допомоги у воєнний час, а також спрощення процедур, введення спеціальних режимів роботи медичних закладів.

3. Ресурсозабезпечувальна функція, до якої включено діяльність щодо управління матеріальними, фінансовими та кадровими ресурсами (розподіл медикаментів, обладнання, кадрів; формування резервів; контроль за ефективністю використання ресурсів).

4. Контрольно-наглядова та безпекова функція. Особливу увагу слід приділити моніторингу стану медичної інфраструктури, забезпечення її фізичної безпеки; контроль за дотриманням стандартів лікування, санітарно-

епідеміологічного законодавства; запобігання ризикам у сфері громадського здоров’я.

5. Інформаційно-аналітична функція передбачає збір, аналіз і поширення інформації про потреби медичної системи, кількість поранених, ресурси, епідеміологічні загрози, а також забезпечення оперативного прийняття рішень на підставі даних.

6. Комунікаційна функція, що спрямована на забезпечення ефективної комунікації між владою, медичними закладами, населенням; надання інструкцій під час загроз, інформування про медичні сервіси, маршрути допомоги та правила поведінки.

7. Соціально-захисна функція, яка стосується процедур із забезпечення доступу вразливих груп населення до медичних послуг, психологічної підтримки; організація реабілітації військових та цивільних постраждалих.

Варто також підкреслити, що удосконалення механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я має базуватися на:

посиленні нормативного регулювання;

оптимізації організації роботи;

цифровізації;

координації між структурами;

забезпеченні прав та безпеки медичного персоналу і пацієнтів;

розширенні міжнародної взаємодії.

Одним з відповідальних етапів стає чітке формулювання інтегрованих цілей публічного адміністрування, що спрямовані на розвиток потенціалу сфери охорони здоров’я та враховує потреби воєнного часу. Вони пов’язані передусім із:

1. Забезпеченням безперервності та доступності медичної допомоги, а саме необхідним стає гарантування роботи закладів охорони здоров’я й доступу населення та військових до невідкладних і базових медичних послуг у складних умовах війни.

2. Оперативним реагування та ефективною координацією дій у медичному секторі. Зокрема в сучасних умовах вкрай актуальною є організація евакуації поранених, розгортання мобільних медичних структур, узгоджена взаємодія між цивільною, військовою та міжнародною медичною системами.

3. Раціональне управління ресурсами та зміцнення стійкості системи охорони здоров'я, яке залежить від того, наскільки ефективним є забезпечення медичних установ кадрами, обладнанням, медикаментами; створення резервних потужностей та відновлення пошкодженої інфраструктури.

4. Захист громадського здоров'я та епідеміологічна безпека, що полягає у організації контролю розповсюдження інфекцій, дотримання вакцинації, санітарно-гігієнічні заходів, психологічної підтримки та реабілітація постраждалих.

5. Розвиток кадрового, управлінського та цифрового потенціалу системи охорони здоров'я. В межах даної інтегрованої цілі обов'язково мають лежати заходи щодо підвищення кваліфікації медиків та управлінців, впровадження цифрових рішень і сучасних управлінських практик для швидкого прийняття рішень у кризовий період.

Як показує дослідження, ефективність механізму відновлення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час визначається цілісністю, системністю та взаємоузгодженістю складових. Запропонований механізм поєднує стратегічні, організаційно-управлінські та ресурсні елементи, що дозволяє забезпечити безперервність функціонування системи охорони здоров'я в умовах воєнних загроз та поетапне відновлення її спроможності.

Чітке визначення ролі кожного структурного елемента є основним для підвищення ефективності управління процесами відновлення та зниження управлінських ризиків у кризових ситуаціях. Концептуальна основа механізму управління формується його головною метою, основними цілями та

функціями. Водночас, практична реалізація управлінських рішень забезпечується за рахунок таких елементів, як:

суб'єктно-об'єктний склад (тобто хто управляє і чим (ким) та в які конкренті строки);

нормативно-правове забезпечення (законодавча база та централізовані програми розвитку);

ресурсне забезпечення (фінанси, матеріальні, персонал);

інструментальне забезпечення (методи, технології, засоби).

Значне місце у механізмі відновлення належить етапності його реалізації, що дозволяє адаптувати управлінські впливи до змін безпекової ситуації, рівня пошкодження інфраструктури та наявності ресурсів. Такий підхід забезпечує гнучкість публічного адміністрування та створює передумови для переходу від стабілізаційних заходів до сталого розвитку системи охорони здоров’я.

Таким чином, запропонована структуризація механізму дозволяє розглядати його як дієвий інструмент державної політики, необхідний для відновлення ефективного публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного часу. Цей інструмент має вирішальне значення для збереження доступу населення до медичних послуг, зміцнення інституційної бази галузі та підвищення загальної стійкості системи охорони здоров'я перед сучасними викликами.

Реалізація мети щодо вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я України у воєнний час має базуватися на поєднанні стратегічних пріоритетів держави, адаптивності управлінських рішень та подоланні системних проблем, що зберігаються станом на 2025 рік. Чинні стратегічні документи, зокрема Стратегія розвитку системи охорони здоров’я України, Національна стратегія розвитку громадського здоров’я та концепції цифрової трансформації, закладають орієнтири на стійкість, доступність і пацієнтоорієнтованість медичних послуг. Водночас війна суттєво ускладнила реалізацію цих цілей через руйнування інфраструктури, кадрові втрати, нерівномірний доступ до медичної допомоги та зростання потреб населення.

Одним із ключових напрямів удосконалення є посилення кризового та ситуаційного управління в системі охорони здоров’я. Це передбачає інституціоналізацію механізмів швидкого ухвалення рішень, чітку координацію між центральними органами влади, військовими адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Незважаючи на впровадження децентралізації, залишається проблема дублювання повноважень і розмитості відповідальності, що потребує нормативного уточнення та перегляду управлінських процедур у воєнних умовах.

Важливим шляхом вдосконалення є розвиток фінансової стійкості системи охорони здоров’я. Хоча модель фінансування через НСЗУ довела свою ефективність, у воєнний час загострилися проблеми дефіциту ресурсів, нерівномірності фінансування закладів у прифронтових і тилових регіонах, а також обмеженості інвестицій у відновлення. Це актуалізує потребу у гнучких бюджетних інструментах, розширенні програм співфінансування з міжнародними партнерами та підвищенні прозорості використання коштів.

Окремим напрямом є цифровізація публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я, яка визначена стратегічним пріоритетом, але залишається нерівномірно реалізованою. Електронна система охорони здоров’я, телемедицина та аналітичні платформи мають ширше використовуватися для управлінських рішень, особливо в умовах переміщення населення та руйнування закладів. Разом із тим проблемами залишаються кібербезпека, якість даних і недостатній рівень цифрових компетентностей управлінців.

Суттєвого вдосконалення потребує кадрова політика публічного адміністрування в охороні здоров’я. Воєнний час загострив дефіцит управлінських і медичних кадрів, проблему професійного вигорання та обмежені можливості підвищення кваліфікації. Тому перспективним напрямом є розвиток програм управлінської освіти, підтримка лідерства в медичних закладах і впровадження мотиваційних механізмів для роботи в кризових регіонах.

Значну увагу слід приділити інтеграції політики громадського здоров’я та психосоціальної підтримки, оскільки наслідки війни формують

довготривалі ризики для здоров'я населення. Незважаючи на наявні стратегічні ініціативи, координація між секторами охорони здоров'я, соціального захисту та освіти залишається недостатньою. У цьому контексті вдосконалення публічного адміністрування має спрямовуватися на міжсекторальну взаємодію, орієнтацію на потреби громад і підвищення довіри населення до державних інституцій, що є критично важливим для стійкості системи у воєнний і післявоєнний періоди.

Воєнний стан суттєво загострив наявні проблеми публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та водночас актуалізував потребу в його системному оновленні. Реалізація державних стратегій розвитку охорони здоров'я потребує адаптації до умов високої невизначеності, ресурсних обмежень і зростання суспільних потреб. У цьому контексті визначення ключових шляхів удосконалення адміністрування набуває особливого практичного значення для забезпечення стійкості системи. Тож основними шляхами вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України у воєнний час мають стати:

1. Інституціоналізація кризового та ситуаційного управління в системі охорони здоров'я з чітким розподілом повноважень між рівнями влади.
2. Удосконалення нормативно-правового забезпечення діяльності медичних закладів з урахуванням воєнних ризиків і надзвичайних ситуацій.
3. Забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я через гнучкі бюджетні механізми та розширення міжнародної фінансової підтримки.
4. Оптимізація моделі фінансування медичних послуг НСЗУ з урахуванням регіональних диспропорцій і потреб прифронтових територій.
5. Прискорення цифровізації публічного адміністрування та розширення використання eHealth і телемедицини для управлінських рішень.
6. Підвищення рівня кібербезпеки та якості управлінських і медичних даних у цифрових системах охорони здоров'я.
7. Розвиток кадрового потенціалу публічного адміністрування, зокрема управлінських компетентностей керівників медичних закладів.

8. Запровадження мотиваційних механізмів і програм підтримки для медичних та управлінських кадрів у кризових регіонах.

9. Посилення міжсекторальної взаємодії органів охорони здоров’я, соціального захисту, освіти та місцевого самоврядування.

10. Інтеграція політики громадського здоров’я та психічної підтримки у систему публічного адміністрування.

11. Розвиток механізмів моніторингу, оцінювання та публічної звітності щодо ефективності управлінських рішень.

12. Підвищення рівня довіри населення до системи охорони здоров’я через прозорість, залучення громад і ефективне партнерство з громадянським суспільством.

Таким чином, узагальнення результатів проведеного дослідження дозволяє зробити висновок, що вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я у воєнний час має комплексний і багатовимірний характер та повинно поєднувати інституційні, фінансові, кадрові й цифрові зміни. Запропоновані шляхи орієнтовані на підвищення адаптивності управлінських рішень, зміцнення стійкості системи та зменшення регіональних диспропорцій у доступі до медичних послуг. Отже, організаційно-правові засади вдосконалення механізму публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я у воєнний час є визначальним чинником забезпечення його стійкості, керованості та адаптивності до надзвичайних умов, що спрямовує всю систему на відновлення. Їхнє системне формування створює нормативне й інституційне підґрунтя для своєчасного ухвалення управлінських рішень, координації дій суб’єктів публічної влади та ефективного використання наявних ресурсів.

Вивчення та оптимізація структури і складу організаційно-правового механізму дозволяє не лише мінімізувати негативні наслідки воєнних загроз для системи охорони здоров’я, а й закласти передумови для її поетапного відновлення та подальшого сталого розвитку. В умовах воєнного часу саме узгодженість та адаптація правових норм і організаційних інструментів

набуває ключового значення для збереження доступності медичної допомоги та захисту життя і здоров’я населення.

Висновки до розділу 3

У результаті дослідження сформовано уявлення про основні чинники внутрішнього розвитку медичних закладів, які можна згрупувати у дві складові (внутрішній організаційний розвиток закладу та механізмів управлінської підтримки), що безпосередньо впливають на ефективність механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я.

На основі отриманих даних узагальнено, що наявність формалізованих цілей і планів розвитку забезпечує вищий рівень організаційної ефективності та сприяє узгодженню стратегічних цілей діяльності.

Водночас доведено, що найбільшими перешкодами є надмірний бюрократизм і велика кількість звітів, які відволікають персонал від основних функцій, а також відсутність належного матеріального стимулювання, що знижує мотивацію працівників. Таким чином, обґрунтовано необхідність комплексного вдосконалення управлінських процедур і запровадження сучасних мотиваційних інструментів. Це дозволяє стверджувати, що саме внутрішня організаційна спроможність і механізми управлінської підтримки є базовими умовами підвищення результативності публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я.

Оскільки питання охорони здоров’я були і залишатимуться пріоритетним напрямом публічного управління країни, діагностовано його стан, зокрема щодо забезпечення інклюзивності в закладах різних форм власності. Акцентовано увагу на зростанні навантаження на систему охорони здоров’я в умовах воєнного стану та збройної агресії, що призвело до загострення проблем із забезпечення інклюзивності медичних послуг, зокрема через значні тілесних ушкоджень та зростання потреби у протезуванні. Обґрунтована потреба у розробці відповідних механізмів компенсації або усунення цих прогалин шляхом впровадження підходу до управління на

принципах інклюзивності. Здійснено аналіз дієвих інструментів міжнародної практики, які закладають основи інклюзивності у сфері охорони здоров'я. Виявлено роль такого інструментарію публічного адміністрування у створенні безбар'єрного простору для всіх категорій маломобільних осіб.

Доведена необхідність врегулювання питання процесу внутрішніх комунікацій у колективі лікарів закладу охорони здоров'я та між персоналом і пацієнтами; а також формальності працевлаштування осіб з інвалідністю у сфері бізнесу. Досліджено ризики у публічному адмініструванні сфери охорони здоров'я з урахуванням умов динамічних змін на ринку медичних послуг.

В дисертаційній роботі теоретично обґрунтовано та сформовано механізм удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в умовах відновлення України як інтегровану систему управлінських впливів, що поєднує інституційні, організаційно-правові, ресурсні та інструментальні компоненти з урахуванням наслідків воєнних дій, рівня руйнування інфраструктури та потреб населення.

Удосконалено організаційно-правові засади публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я шляхом адаптації управлінських режимів, процедур і повноважень суб'єктів публічної влади до умов відновлення, що забезпечує гнучкість ухвалення рішень, посилення міжінституційної координації та ефективне використання внутрішніх і міжнародних ресурсів. Також адаптовано підходи до структуризації механізму вдосконалення публічного адміністрування через виділення етапів відновлення (від стабілізації та реконструкції до інституційної модернізації та сталого розвитку системи охорони здоров'я).

Подано рекомендації щодо формування методичних підходів до оцінювання результативності механізму вдосконалення публічного адміністрування на основі показників інституційної спроможності, стійкості системи охорони здоров'я та соціального ефекту від реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі поглиблено теоретико-методичні засади та обґрунтовано практичні рекомендації щодо удосконалення адміністративних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я з метою адаптації управлінських процесів до умов воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Отримані результати дослідження відповідають поставленій меті та завданням, а також відображають положення наукової новизни.

У результаті дослідження теоретичних засад публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та концептуальних засад його функціонування, поглиблено наукове розуміння сутності публічного адміністрування в медичній сфері як складної багаторівневої системи взаємодії держави, органів місцевого самоврядування, інститутів громадянського суспільства, професійних спільнот і приватного сектору. На основі систематизації наявних теоретичних підходів встановлено відсутність єдиного трактування поняття «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я», що зумовило необхідність уточнення його змісту. Обґрунтовано доцільність розгляду публічного адміністрування крізь призму багаторівневого врядування, людиноцентризму, інклюзивності та партнерської взаємодії зацікавлених сторін. На цій основі удосконалено концептуальну модель публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, яка, на відміну від існуючих, базується на інтеграції аксіологічного, інструментального та процесуального аспектів управління та забезпечує підвищення результативності управлінських рішень, якості медичних послуг і адаптивності системи охорони здоров'я до сучасних суспільних викликів.

Проведене дослідження дозволило встановити, що результативність публічного адміністрування визначається не лише наявністю відповідних управлінських інструментів, а й рівнем узгодженості між структурними елементами системи, управлінськими процедурами та інституційною

спроможністю суб’єктів управління. У результаті набула подальшого розвитку послідовність дій із забезпечення функціонування публічного адміністрування як гнучкої системи шляхом визначення взаємозв’язків між структурами, інструментами та процесами з урахуванням особливостей воєнного стану. Запропонований підхід ґрунтується на принципах процесно-правової та інституційної спроможності, юридичної формалізації, кризової трансформації, оперативної гнучкості та постійного вдосконалення, що дає змогу підвищити дієвість управлінських механізмів і мінімізувати ризики невідповідності стратегічних цілей реальним потребам розвитку системи охорони здоров’я.

У результаті дослідження інструментів публічного адміністрування охорони здоров’я розроблено комплексний підхід до формування архітектури інструментального забезпечення системи управління цією галуззю. Проведений аналіз сучасного стану нормативно-правового, організаційного, фінансового, кадрового, інформаційного та комунікаційного забезпечення охорони здоров’я дозволив виявити їхню фрагментарність і недостатній рівень інтеграції. На цій основі набули подальшого розвитку методичні засади побудови архітектури системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров’я, що ґрунтуються на принципах компліментарності та синергійної взаємодії її основних елементів: нормативно-правового, інституційно-організаційного, фінансово-економічного, кадрового, інформаційно-аналітичного та комунікаційно-соціального інструментарію. Реалізація запропонованої архітектури створює передумови для формування інклюзивної, стійкої та орієнтованої на європейські стандарти системи охорони здоров’я.

Задля дослідження аспетів забезпечення ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров’я здійснено комплексний аналіз впливу зовнішнього середовища на функціонування системи охорони здоров’я. На основі використання економіко-математичного інструментарію та регресійного аналізу доведено наявність стійких взаємозв’язків між рівнем

результативності публічного адміністрування та соціально-економічними характеристиками розвитку держави. Встановлено, що вирішальне значення для забезпечення ефективності системи мають рівень доходів населення, стан ринку праці, масштаби соціальних ризиків, бюджетне забезпечення та демографічні показники. У зв'язку з цим удосконалено підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я шляхом обґрунтування домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант та уточнення критерію результативності на основі показника валового національного доходу на душу населення. Це дозволило довести необхідність інтеграції політики охорони здоров'я з політикою зайнятості, макроекономічної стабілізації та управління соціальними ризиками як передумови підвищення стійкості й результативності системи в умовах післявоєнного відновлення України.

Проведене емпіричне дослідження дозволило встановити, що рівень результативності діяльності закладів охорони здоров'я значною мірою залежить від організаційної зрілості, якості внутрішніх комунікацій, ефективності системи мотивації персоналу, наявності стратегічного планування та рівня управлінської підтримки. Виявлено найбільш критичні проблеми у сфері управління персоналом, серед яких надмірне адміністративне навантаження, недостатній рівень матеріального стимулювання, кадровий дефіцит та недосконаліть внутрішніх комунікаційних процесів. Отримані результати стали підґрунтям для уточнення ролі внутрішніх чинників розвитку медичних закладів у забезпеченні ефективності механізмів публічного адміністрування та обґрунтування необхідності підвищення організаційної стійкості закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану та триваючих реформ.

На основі узагальнення результатів попередніх етапів дослідження сформовано механізм удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я як цілісну інтегровану систему управлінських впливів, що поєднує інституційні, організаційно-правові, ресурсні та інструментальні

компоненти. Одночасно удосконалено теоретико-методичні засади моделювання механізмів публічного адміністрування шляхом включення до структури управлінських моделей чинників внутрішнього розвитку медичних закладів, зокрема організаційної зрілості, рівня управлінської підтримки та мотивації персоналу. Крім того, набули подальшого розвитку концептуальні положення щодо формування механізму удосконалення публічного адміністрування, орієнтованого на адаптацію до наслідків воєнних дій, відновлення медичної інфраструктури та забезпечення узгодженості управлінських рішень між різними рівнями публічної влади.

Таким чином, у дисертаційному дослідженні досягнуто поставленої мети щодо розвитку теоретико-методичних засад та обґрунтування практичних рекомендацій з удосконалення адміністративних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров’я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Отримані результати розширюють наукові уявлення про сутність, структуру та закономірності функціонування системи публічного адміністрування охорони здоров’я, поглиблюють методичні підходи до оцінювання її ефективності та формують наукове підґрунтя для розроблення адаптивних управлінських механізмів. Практична цінність результатів полягає у можливості використання запропонованих моделей, підходів, механізмів, інструментарію, узагальнень та емпіричних висновків органами державної влади, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров’я та іншими суб’єктами публічного управління для підвищення ефективності реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я, зміцнення стійкості медичної системи та забезпечення її сталого розвитку в умовах сучасних суспільних викликів і післявоєнної відбудови України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р.Р., Стахів О.В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права.* 2023. Вип. 37. С.13-21. DOI: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7763981

2. Агапова О. Інституційна система суб'єктів публічного адміністрування загальної компетенції у сфері позасудової юстиції україни. Держава та регіони. Серія: Право, 2024. № 1 (83). DOI: https://doi.org/10.32782/1813-338X-2024.1.21

3. Адміністративне право України. Академічний курс. Т. 1. Загальна частина / голова редкол. В. Б. Авер'янов. Київ : Юрид. думка, 2004. 584 с

4. Адміністративне право України: словник термінів / за заг. ред. Т. Коломоєць, В. Колпакова. Київ: ІнЮре, 2014. 520 с.

5. Базарна О. В. Поняття, суть, природа публічного управління та державного управління. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*: Збірник наукових праць. Луганськ, 2012. № 1, ч. 2. с. 60-62.

6. Безробіття, загальний рівень (% від загальної робочої сили) (2023). https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS

7. Білий Д.О. Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія «Право». 2022. Вип. 69. С. 218–223. DOI: https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.69.37.

8. Бліхар М.М., Юрченко В.В. Інструменти діяльності публічної адміністрації: поняття та сутність. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. 2025, Вип. № 03, Ч. 2. С. 44-51. DOI: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2025.03.2.6

9. Богомолов Д. А. Публічне адміністрування інклюзивності в приватних закладах охорони здоров'я: кроки до рівності та доступності. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету, Серія: Право. Випуск 82: Ч. 2. 2024. С. 108-114. DOI: https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.82.2.16

10. Борисенко О.П., Чернокалова К.о. Комунікація як інструмент державного управління: сучасні тенденції. *Публічне управління та митне адміністрування.* 2020. No 2 (25). С. 58–62. DOI: https://doi.org/10.32836/2310-9653-2020-2.10

11. Буга В.В., Полтавець А.А. Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я. Право в суспільство. 2024. № 4. С. 633-638

12. Бугро В., Дакал А. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я україни. *Наукові перспективи*. № 3 (21). 2022. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/1327/1324

13. Будько О.В. Інформаційне забезпечення системи управління закладами охорони здоров'я в умовах сталого розвитку. Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету. 2015. № 1(10). DOI: https://doi.org/10.31319/2709-2879.2025iss1(10).332742pp158-165

14. Бурик З. Реформа системи охорони здоров'я в сучасних умовах. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*, (2025). (11), 27–46. https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-11-27-46

15. Бхану Бхатнагар. Круглий стіл щодо гуманітарної підтримки людей з інвалідністю в Україні. URL: https://www.who.int/europe/news-room/23-05-2023-roundtable-dialogue-on-humanitarian-support-for-persons-with-disabilities-in-ukraine

16. Валовий внутрішній продукт. Державна служба статистики України. https://www.ukrstat.gov.ua/

17. Гавриченко Д.Г. Нормативно-правовий механізм забезпечення розвитку охорони здоров'я України. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Том 33 (72) № 2 2022. С. 22-28.

18. Гиренко Л. А. Ефективність застосування цифрових технологій в системі публічного управління в сфері охорони здоров'я. Наукові інновації та передові технології. 2023. №10 (24). С.63-81. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-10(24)-63-81

19. Головня Н.Ю., Грищук С.М. Рівень смертності як визначальний фактор демографічної кризи в Україні. Матеріали III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання лабораторної діагностики, медсестринства, реабілітації та громадського здоров'я». 2025. https://eprints.zu.edu.ua/44228/1/1.pdf

20. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с. URL: https://uacademic.info/ua/document/0418U005368

21. Горбань Д. А. Реформування сфери охорони здоров'я: практика України. Збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції «Детермінанти відновлення та розвитку України»м. Чернігів, Україна, 28 червня 2024 р. https://reicst.com.ua/asp/article/view/2024-06-06/2024-06-06

22. Гресько В. Поняття охорони здоров'я як об'єкта адміністративно-правового забезпечення. *Правові горизонти.* 2020. URL: http://www.doi.org/10.21272/legalhorizons.2020.i22.p65

23. Грицко Р.Ю., Лемішко Б.Б., Фуртак І.І. Громадське здоров'я об'єднаних територіальних громад та інтегративна сімейна медицина. *Семейная медицина*. 2017. № 3 (71). С. 51–55.

24. Гуржий П. Цифрові технології в управлінському процесі закладів охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2024. Вип. 70. DOI:https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-70-113

25. Давиденко, Н., Гордей, О., Скрипник, Г., Новицька, О. Загрози фінансовій безпеці держави в умовах воєнного стану. *Збірник наукових праць Державного податкового університету*, 2025. (1), 30–37. DOI: https://doi.org/10.32782/2617-5940.1.2025.5

26. Державний бюджет на 2025 рік прийнято парламентом: видатки на сферу охорони здоров'я становлять понад 217 млрд грн // Міністерство охорони здоров'я України. https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-byudzhet-na-2025-rik-prijnyato-parlamentom-vidatki-na-sferu-ohoroni-zdorov-ya-stanovlyat-ponad-217-mlrd-grn

27. Дєєва Н.Е., Радченко О.О. Стратегія і тактика управління матеріально-технічним забезпеченням закладів охорони здоров'я. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. 2025. Вип. 2(16) С. 160-161

28. Долгіх М. В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: дис. д. філософії за спец. 281 «Публічне управління та адміністрування». Київ, 2021. 255 с. URL: https://fpk.in.ua/images/biblioteka/3FMB_Pravo/Dolhikh-M.V.pdf

29. Дорофєєв О., Пашнєв В. Поняття та структура механізму публічного управління. Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences, 2023. Vol. 324 (6), P. 256-261. DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2023-324-6-43

30. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/

31. Жеков І.І. та Халецький А.В. Проблеми кадрового забезпечення медичної сфери в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні. Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування. 2021. Вип. 7. С. 30-41

32. Жукова Є. О. Структура публічного адміністрування. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету.* Серія ПРАВО. 2022. Випуск 69 DOI: https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.69.48

33. Жукова Є.О. Інструментальні аспекти публічного адміністрування. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету, 2021. Вип. 68. С. 158-161

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

35. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

36. Зарубіжний досвід публічного адміністрування : метод. рек. / авт. кол. : Н. М. Мельтюхова, В. В. Корженко, Ю. В. Дідок та ін. ; за заг. ред. Н. М. Мельтюхової. К. : НАДУ, 2010. 28 с.

37. Звіти моніторингу SIGMA URL: https://www.sigmaweb.org/en/publications/serials/sigma-monitoring-reports_9d2c959a.html

38. Зіборєва О.Б. Поняття та ознаки публічного адміністрування. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету, 2021. URL: https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2021/08/43-1.pdf DOI https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.64.40

39. Інформація під час війни для людей з інвалідністю та людей старшого віку. URL: https://dopomoha-info.org.ua/za-kordonom/umovy-perebuvannya-za-kordonom/ssha/

40. Камінська Т. М. Децентралізована система охорони здоров'я в Канаді: уроки для України. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/7752/1/Kaminska_54-58.pdf

41. Карабін Т.О. Розподіл повноважень публічної адміністрації: монографія. Ужгород: Ґражда, 2016. 220 с.

42. Карамишев Д.В., Прасол В.П. Публічне управління як специфічний вид діяльності в умовах суспільних трансформацій. *Інвестиції: практика та досвід* : зб. наук. пр. К. : Вид-во "ДСК- центр", 2014. № 24. С.156-160.

43. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. … канд. наук з держ. управл.: 25.00.02 / Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2020. 214 с.

44. Карпишин Н., Комуніцька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2008. № 1. URL: http://dspace.tneu.edu. u a/b i t s t re am/ 3 1 6 4 9 7/ 2 6 4 2 5/ 1/%D 0%9A%D0%90%D0% A0%D0%9F%D0% 98%D0%A8%D0%98%D0%9D.pdf.

45. Квітко С., Миргородська М. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення. 2024. *Аспекти публічного управління*, №12(1), 14-21. DOI: https://doi.org/10.15421/152402

46. Кількість діючих суб'єктів господарювання за видами економічної діяльності у розрізі регіонів у 2014-2023 роках. https://www.ukrstat.gov.ua/

47. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny

48. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. Бізнес-інформ. 2024. № 2. С. 36-46

49. Колісніченко, Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*, (2 (12), 38–52. https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2(12)-38-52

50. Конституція України : [із змін. та допов.]. Х. : ФОП Стеценко І.І., 2009. 40 с.

51. Корінчак Л. М. Стан сформованості навичок здорового способу життя в учнівської та студентської молоді/ Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження: теорія і практика в освітніх процессах: [монографія]. Т. ІІ. «Майстерні магістеріуму». К.:2020, 200 с., С. 118 – 155.

52. Корогод В. В Україні дефіцит лікарів оцінюється в 30 — 40%. https://i-ua.tv/society/80696-v-ukraini-defitsyt-likariv-otsiniuietsia-v-30-40-viktor-korohod

53. Кравченко С.О. Конспект лекцій з дисципліни основи публічного управління URL:https://tnu.edu.ua/sites/default/files/normativbasa/osnpulek.pdf

54. Крилов Д. В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. Проблеми сучасних трансформацій. 2023. № 10. С. DOI: https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01

55. Кузьменко О. В. Правова детермінація поняття публічне адміністрування. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2009. № 3. С.20-24.

56. Кукса В**.** До еволюції визначення поняття «здоров'я». *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*: зб.наук.пр. № 1 (3), 2004. URL: https://ap.uu.edu.ua/article/449

57. Курко О. П. Суб'єкти владних повноважень в адміністративному процесі: термінологічна визначеність категорії. Юридична наука. 2020. № 11(113). DOI: https://doi.org/10.32844/2222-5374-2020-113-11.16

58. Курс адміністративного права України: підручник / В. К. Колпаков, О. В. Кузьменко, І. Д. Пастух, В. Д. Сущенко та ін.. К.: Юрінком Інтер, 2013. 872 с.

59. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : моногр. К. : «МП Леся», 2017. 344 с.

60. Лорткіпанідзе Г. Г. Адміністративні інструменти у сфері забезпечення національної безпеки: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 2024. 224 с. URL: https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0424U000031/

61. Мартиненко В.М. Демократичне врядування: проблеми теорії та практики. *Публічне управління: теорія та практика*: Зб.наук.праць. Х.: Вид-во «ДокНаукДержУпр», 2010. № 1. С. 16-22.

62. Мартинюк О., Борщ В., Рудінська О. Трансформаційні процеси розвитку менеджменту у галузі охорони здоров'я. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. Том 20. Вип. 3(49 С. 45 – 60.

63. Марухленко О.В. Дискусії щодо поняття «публічне управління». *Теорія та історія державного управління*. Том 30 (69). № 4, 2019. URL: : http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/4_2019/4.pdf

64. Матвієнко Ю. Система охорони здоров’я Канади . медицина світу. URL: http://msvitu.com/archive/2014/january/article-10.php

65. Методичні вказівки для підготовки до практичних занять з теми 15 «Основні моделі систем охорони здоров’я» . Суми, 2020, 70 с. https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/MI-T15-Public-health-propaedeutics.pdf

66. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: https://infocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29195.pdf

67. Міністерство фінансів України. ttps://index.minfin.com.ua

68. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров’я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.. http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

69. Мороз Н.В., Залізна Л.В., Луговський С.В. Інвестиції у сферу охорони здоров’я України. Економіка та суспільство. 2023. Вип. 57. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-57-61

70. Мотайло О. В. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров’я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1807. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.9.58

71. На 32% менше дітей народилось у 2023 році в Україні. https://opendatabot.ua/analytics/newborn-2023

72. Надюк З. О. Державне управління інноваційним розвитком національної системи охорони здоров’я. *Державне будівництво*. 2019. № 1. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2019_1

73. Новак Н.П., Сердюк Є.В. Інструменти публічного адміністрування запобігання тінізації економіки в України. Право та державне управління. 2025. № 1. С. 290-296

74. Огляд страхового ринку України 2024. https://nasu.com.ua/oglyad-strahovogo-rynku-ukrayiny-za-2024-rik/

75. Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) URL : https://mtu.gov.ua/content/organizaciya-ekonomichnogo-spivrobitnictva-ta-rozvitku-oesr.html

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

77. Охріменко А. В. Інструменти публічного управління: інноваційний підхід. Актуальні проблеми інноваційної економіки та права. 2025. № 2. С. 11-14.

78. Павленко Д. В. Заклади охорони здоров'я як суб'єкти публічної адміністрації. Нове українське право, Вип. 4, 2024. С. 195-201. DOI: https://doi.org/10.51989/NUL.2024.4.26

79. Пашнєв В. Архітектура системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні. Advanced Technologies in Scientific Research: Collection of Scientific Papers with Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference. International Scientific Unity. Rotterdam, Netherlands. May 13-15, 2026. С. 499-520.DOI: https://doi.org/10.70286/isu-13.05.2026

80. Пашнєв В. О. Публічне управління у сфері охорони здоров'я: сутність та зміст дефініції. Сучасні тенденції та розвиток соціально-економічних систем : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 4 грудня 2024 року. Харків: Харківський національний економічний університет імені Семена Кузнеця, 2024. С. 345-347.

81. Пашнєв В. Обґрунтування управлінських рішень в контексті публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Матеріали конференції. XXIII international scientific conference. Dortmund. Germany. 18-19.December

2025. P. 22-23. URL: https://conference-w.com/wp-content/uploads/2026/01/Ger.D-1819122025.pdf

82. Пашнєв В. Організаційно-правові компоненти механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час. Глобальні економічні виклики та їх вплив на галузевий розвиток: міжнародні перспективи: II Міжнародний науково-практичний семінар, 09 квітня 2025 р. К.: НУБіП України. 2025. С. 39-43. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/rich_text_files/%21_2_2025%20%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%BA%D1%96%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%281%29.pdf

83. Пашнєв В. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в україні. Наукові інновації та передові технології. 2026. № 5 (57). DOI: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-5(57)-5206-5217

84. Пашнєв В. Трансформація механізмів публічного адміністрування в охороні здоров'я в умовах децентралізації. Актуальні проблеми інноваційної економіки та права. 2025. № 3. С. 12-15. DOI: https://doi.org/10.36887/2524-0455-2025-3-2

85. Пашнєв В. Чинники внутрішнього розвитку медичних закладів як базису механізмів вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. Наукові перспективи. 2025. № 12(66). DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-12(66)-1142-1153

86. Пашнєв В.О. Особливості оцінки рівня інклюзивності в публічному адмініструванні закладів охорони здоров'я. State Глобальні економічні трансформації та цифрові інновації в бізнесі: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 15 травня 2026 р. Держ. біотехнологічний ун-т. Харків, 2026. С. 507-519.

87. Пашнін В. Необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни. Успіхи і досягнення у науці. Том 2 № 3(3) (2024): DOI: https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3(3)-181-193

88. Першин В. Адміністративно-правові інструменти забезпечення економічної безпеки в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 2025. 268 с. URL: https://uacademic.info/ua/document/0425U000106

89. Податкові надходження (% від ВВП). URL: https://data.worldbank.org/indicator/GC.TAX.TOTL.GD.ZS

90. Полякова С., Когатько Ю. Витрати домогосподарств України: типологія та структурні відмінності. Демографія та соціальна економіка. 2025, № 3 (61). С. 41-59

91. Понад 31 млн українців уклали декларації з сімейними лікарями. https://lb.ua/health/2025/05/19/677286_ponad_31_mln_ukraintsiv_uklali.html

92. Посилкіна О.В., Гладкова О.В. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в україні в умовах їх реформування. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського.* Серія: Економіка і управління. Том 32 (71). № 2, 2021. С. 43-49. DOI: https://doi.org/10.32838/2523-4803/71-2-7

93. Правило О.І. Форми та методи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в Україні. Держава та регіони. 2024 р., № 1 (83). С. 212-216

94. Прасол В.П. Охорона суспільного здоров'я: основні світові моделі та системи фінансування. *Державне управління та місцеве самоврядування:* тези XI Міжнар. наук. конгресу, 24 березня 2011 р. Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2011. С.438-440.

95. Приймак Л.В. Реформа охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах. Філософія та управління. 2025. № 3(7). С. 1-11

96. Пристая М. Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету, 2023. Вип. 80. С. 557-562

97. Пристая М.М. Система органів публічного управління закладами охорони здоров'я. Юридичний науковий електронний журнал. 2023. No 9. С. 257–259. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0374/2023-9/63.

98. Про адміністративну процедуру: Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2023, № 15, ст.50. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2073-20?utm_source=chatgpt.com#Text

99. Публічне управління та адміністрування в умовах інформаційного суспільства: вітчизняний і зарубіжний досвід: монографія / за заг. ред. С. Чернова. Запоріжжя: ЗДІА, 2016. 606 с. URL: http://surl.li/gvsl.

100. Pfifiner J.M., Presthus R. Public Administration. New York: The Ronald Press Co., 1960. P. 3.

101. Рокунець-Сорочан О. М. Роль партнерства держави та громадськості у сфері охорони здоров'я: виклики та перспективи. Наукова весна : матеріали XV Міжнар. наук.-техн. конф. аспірантів та молодих вчених, 26-28 берез. 2025 р. Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка», 2025. С. 362-364. URL: https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna2025/Scientific_Spring_2025.pdf

102. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: дис. … канд. юрид. наук: 12.00.07 / Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». Київ, 2016. 207 с.

103. Сазонець І. Л, Зима І. Я. Визначення проблем та основних напрямків реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.12.2

104. Семенчук Т. Б. Сутність категорії публічне адміністрування та передумови її формування. Вісник економіки транспорту і промисловості. 2013. № 42. С.385-390.

105. Семенчук Т. Сутність категорії "публічне адміністрування" та передумови її формування. Вісник економіки транспорту і промисловості. 2013. Вип. 42. С. 385-390. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vetp_2013_42_64

106. Сергієнко І. Г., Ксендзук В. В. Роль інклюзії у досягненні Національних цілей сталого розвитку. Економіка, управління та

адміністрування. № 4 (106). 2023. С. 115–122. URL: http://ema.ztu.edu.ua/article/view/296205

107. Середньомісячна заробітна плата штатних працівників за видами економічної діяльності. https://www.ukrstat.gov.ua/

108. Середня тривалість життя в Україні. https://www.ukrinform.ua/rubric-society/4046832-seredna-trivalist-zitta-v-ukraini.html

109. Система медичного страхування Німеччини: державна та приватна URL : https://insurancetop.com/markets/11

110. Смертність в Україні втричі перевищує народжуваність: статистика 2025 року // Факти. URL: https://fakty.com.ua/ua/ukraine/20250718-smertnist-v-ukrayini-vtrychi-perevyshhuye-narodzhuvanist-statystyka-2025-roku/

111. Смертність в Україні. Мінфін. https://index.minfin.com.ua

112. Соколенко Я. В., Харченко Ю. П. Основні аспекти розвитку механізмів публічного управління в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування, 2024. Вип. 12. DOI: https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-12-02-05

113. Страховий ринок України - підсумки 2024: премії +15%, прибуток +31%, частка ТОП-10 страховиків зросла до 71%. https://forinsurer.com/news/25/04/01/44775

114. Сурмін Ю. П. Проблеми та напрями змін державного управління в Україні в сучасних умовах. Публічне управління: шляхи розвитку : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 26 листоп. 2014 р.) : у 2 т. / [за наук. ред. Ю. В. Ковбасюка, С. А. Романюка, О. Ю. Оболенського]. Київ. : НАДУ, 2014. Т. 1. 150 с. С. 10–13.

115. Сухарников В. Організаційно-правові засади публічного адміністрування в Україні: проблеми та перспективи. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2025. Вип. 11, С. 136–145. DOI: https://doi.org/10.31470/2786-6246-2025-11-136-145

116. Сущенко Л. П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини. Запоріжжя : ЗДУ, 1999. 308 с.

117. Танасійчук Ю. М. Формування культури здорового способу життя студентів в освітньому просторі / Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження: теорія і практика в освітніх процессах: [монографія]. Т. ІІ. «Майстерні магістеріуму». К.: 2020, 200 с., С. 46 – 79.

118. Татаренко О. Система охорони здоров'я в Сполучених Штатах Америки: страхування нації. Здоров'я України. 2008. URL : http://healthua.com

119. Терзі, О. О. (2020). ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. Юридична наука, (3(105), 284–293. https://doi.org/10.32844/2222-5374-2020-105-3.36

120. Тимощук В., Бойко І., Школик А., Школьний Є. Закон «Про адміністративну процедуру»: загальні прозорі правила взаємодії між державою та громадянами й бізнесом: Посібник для публічних службовців. 2022. 74 с. URL: https://pravo.org.ua/wp-content/uploads/2024/10/lap-handbook_print.pdf

121. У 2024 році народилося на 10708 дітей менше від тогоріч. https://skilky-skilky.info/u-2024-rotsi-narodylosia-na-10708-ditey-menshe-vid-tohorich/

122. Україна має найвищий рівень смертності та найнижчу народжуваність у світі – ЦРУ. https://life.pravda.com.ua/society/v-ukrajini-nayvishchiy-riven-smertnosti-ta-naynizhcha-narodzhuvanist-u-sviti-303696/

123. Філіпова Н.В. Зміна співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування», «публічне управління» в системі суспільно-політичної трансформації. *Державне управління: удосконалення та розвиток*: електронний журнал. № 6, 2015. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=865

124. Фімяр С. В., Чен Н. О. Роль охорони праці та техніки безпеки у системі соціально-трудових відносин на підприємстві. Інвестиції: практика,

досвід. 2025. № 15. С. 189-193. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.15.189S

125. Худоба О., Тоцька, В. Організаційно-управлінські аспекти регіональної політики профілактики дитячої інвалідності в умовах кризових ситуацій. Актуальні питання у сучасній науці, 2025. № 4 (34), С. 33–40. URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/sn/article/view/22550

126. Царенко А. В. Здоров'я як найвища цінність людини. *Валеологія*. 1997. № 1. С.19 – 22.

127. Чепкова К. Поняття та види інструментів публічного адміністрування в сфері захисту прав дітей під час збройного конфлікту. Публічне право № 2 (58) (2025). С. 47-55

128. 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. С. 82-86. DOI: https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2024.3/16

129. Чурпій І.К., Мельник І.В., Чурпій Н.В. Теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я. *Art of Medicine.* № 1 (13), 2020. С. 179–174. DOI: https://doi.org/10.21802/

130. Швець Ю. Адміністративно-правовое забезпечення охорони здоровья украины: сучасни виклики та шляхи оптимизация. Вчені записки Львівского університету бізнесу та права, 2020. 2026 , 202-207.

131. Шевченко С.О., Бутковська Н.М. Особливості реформування системи охорони здоров'я України в умовах децентралізації. Проблеми формування громадянського суспільства в Україні: виклики та колізії: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (ДДУВС , 15.05.2020. С. 284–288.

132. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування.* № 4 (32), С. 80 – 86. DOI: https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-11

133. Шишкін В.С., Оцінка доступності медичних послуг як складової якості життя населення. ЕКОНОМІКА ТА СУСПІЛЬСТВО. 2024. Вип. 6. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-66-135

134. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: https://moz.gov.ua/uk/jak-pracjue-sistema-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-kanadi

135. Які існують цифрові сервіси для пацієнтів? https://moz.gov.ua/uk/jaki-isnujut-cifrovi-servisi-dlja-pacientiv

136. Яковлєв І. П. Форми і методи публічного адміністрування у державній митній справі : дис. канд. юрид. наук : 12.00.07 / Іван Петрович Яковлєв. Одеса, 2016. 224 с.

137. Яців І.Б. Джерела фінансування витрат на формування здоров'я як складової людського капіталу. Інвестиції: практика та досвід № 15/2024. С. 13-19

138. Alterman E. The Decline of Historical Thinking. The New Yorker, 2019. URL: https://www.newyorker.com/news/news-desk/the-decline-of-historical-thinking.

139. Atzori M. Blockchain technology and decentralized governance: is the state still necessary? (December 1, 2015). URL: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2709713.

140. Bardhan P. Decentralization of governance and development. Journal of Economic Perspectives. 2002. № 16. P. 185–205.

141. Bartels K., Turnbull N. Relational public administration: a synthesis and heuristic classification of relational approaches. Public Management Review. 2019. № 22 (9). p. 1324–1346. DOI 10.1080/14719037.2019.1632921.

142. Bouckaert G. Modernizing the Rechtsstaat: Paradoxes of the Management Agenda. Berlin : Duncker & Humblot, 2002.

143. Boudreau K. Open platform strategies and innovation: Granting access vs. devolving control. Management Science. 2010. № 56. C. 1849–1872.

144. Bourque R., Harrisson D., Széll G. Social Innovation, the Social Economy, and World Economic Development. Frankfurt am Main: Lang, 2009.

145. Bowles S., Smith E., Mulder M. The Emergence and Persistence of Inequality in Premodern Societies. Current Anthropology. 2010. № 51 (1). C. 117–129.

146. Bozeman B. Public Values and Public Interest: Counterbalancing Economic Individualism. Washington, D. C.: Georgetown University Press, 2007.

147. Cennamo C. Competing in Digital Markets: a Platform-Based Perspective. Academy of Management Perspectives. 2019. DOI: 10.5465/amp.2016.0048. URL: https://journals.aom.org/doi/10.5465/amp.2016.0048.

148. Cerf V. The Dynamics of Disruptive Innovation: Internet Speculations. Journal on Telecommunications and High Technology Law, 2012. № 10. P. 21–31.

149. Chapman J. Living and Loving Cybernetics. World Futures. 2019. No. 75 (1–2). P. 92–100. DOI: 10.1080/02604027.2019.1568804.

150. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https:// www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf

151. Cheibub J. A., Gandhi J., Vreeland J. R. Democracy and Dictatorship Revisited. Public Choice. 2010. № 143. P. 67–101.

152. Chen J. The state logic of modernizing the governance system, social sciences in China. 2022. № 43:1, 37–52. DOI: 10.1080/02529203.2022.2051355.

153. Chen Y., Pereira I., Patel P. Decentralized governance of digital platforms. Journal of management. № 3 (12). 2020. URL: http://surl.li/fizjg. DOI: 10.1177/0149206320916755.

154. Claassen Ch. Does Public Support Help Democracy Survive? American Journal of Political Science. 2019. №4. URL: http://www.chrisclaassen.com/docs/Claassen_democracy_public_support.pdfhttps:/ /d oi.org/10.7910/DVN/HWLW0J.

155. Claassen Ch. In the Mood for Democracy? Democratic Support as Thermostatic Opinion. American political science review. 2020. Vol. 114 (1). P. 36-53.

156. Constantinides P., Henfridsson O., Parker G. G. Platforms and infrastructures in the digital age. Information systems research. 2018. № 29. P. 381-400.

157. Cordella A. E-government: towards the e-bureaucratic form? Journal of Information Technology. 2007. №22 (3). P. 265–274. DOI: 10.1057/palgrave.jit.2000105

158. Cordella A., Paletti A. Government as a platform, orchestration, and public value creation: The Italian case. Government information quarterly. 2019. Vol. 36. №4 - 101409. DOI: 10.1016/j.giq.2019.101409.

159. Cordella A., Paletti A. ICTs and value creation in public sector: manufacturing logic vs service logic. Information polity. 2018. №23 (2). DOI: 10.3233/IP-170061.

160. Countries with the Highest Global Health Index https://worldpopulationreview.com/country-rankings/healthiest-countries

161. Cunningham J.A., O'Reilly P. Macro, meso and micro perspectives of technology transfer. Journal of Technology Transfer. 2018. № 43. P. 545–557. DOI: 10.1007/s10961-018-9658-4.

162. Dahl R. Democracy and Its Critics. New Haven: Yale University Press, 1989. 397 c.

163. Daly H. Economics in a full world. Scientific American. Sept. 2005. p. 100-107. URL: http://steadystate.org/wp-content/uploads/Daly_SciAmerican_FullWorldEconomics(1).pdf.

164. Dattée B., Alexy O., & Autio E. Maneuvering in poor visibility: How firms play the ecosystem game when uncertainty is high. Academy of Management Journal. 2018. No. 61. p. 466-498.

165. Doctor Pay by Country 2025. https://worldpopulationreview.com/country-rankings/doctor-pay-by-country

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.20489970

166. Dunayev I.V., Byelova L.O., Kud A.A., Rodchenko V.B. Implementation of the "government as a platform" concept: assessment method and

optimal human-centered structure to address technological challenges / I.V. Dunayev,

167. Engler S. Democracy in times of the pandemic: explaining the variation of COVID-19 policies across European democracies / Engler S., Brunner P., Loviat R. etc., West European Politics. 2021. № 44 (5-6). P. 1077-1102. DOI: 10.1080/01402382.2021.1900669.

168. Euro Health Consumer Index 2018. URL: https://healthpowerhouse.com/publications/

169. Europe: Health Care Index by Country 2025. https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2025&region=150

170. Faguet J.-P. Decentralization and governance. World Development. 2014. No. 53. C. 2-13.

171. Fetzer T., Gilgrist J. The ambiguous personality of the European economy. Territory, Politics, Governance. 2019. № 7 (4). P. 511-527. DOI: 10.1080/21622671.2018.1470560.

172. Fiaramonti L. The world after GDP: politics, business and society in the post-growth era. International Affairs. 2018. Vol. 94 (1). P. 201-202. DOI: 10.1093/ia/iix274.

173. Fischer A., Valiente M.-C. Blockchain governance. Internet Policy Review. 2021. No. 10 (2). URL: https://policyreview.info/pdf/policyreview-2021-2-1554.pdf. DOI: 10.14763/2021.2.1554.

174. GHS Index Map. URL: https://www.ghsindex.org/#l-section--map

175. GNI per capita, Atlas method (current US$). (2023). Retrieved from https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD.

176. Gozálvez V., Buxarrais M.R., Pérez C. Towards a post-democratic era? Moral education against new forms of authoritarianism. Journal of Moral Education. 2023. DOI: 10.1080/03057240.2022.2159346.

177. Gross national income (GNI) per capita // The World Bank. URL: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD

178. Haskel, J., Westlake S. Capitalism Without Capital: The Rise of the Intangible Economy. Princeton University press, 2017. 288 p. ISBN 9780691175034. DOI: 10.2307/j.ctvc77hhj.

179. Health at a Glance 2025. OECD Indicators. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/health-expenditure-in-relation-to-gdp_6e4c2773.html

180. Health care expenditure by financing scheme. https://ec.europa.eu/eurostat

181. Health expenditure per capita – Total. https://ourworldindata.org/grapher/health-expenditure-and-financing-per-capita?time=earliest..2024&country=JPN~USA~ITA~DEU~BEL~GBR~KOR~IND~CHN~MEX~CHL~PER

182. Hendriks F. Democratic innovation beyond deliberative reflection: the plebiscitary rebound and the advent of action-oriented democracy. Democratization. 2019. № 26 (3). P. 444-464. DOI: 10.1080/13510347.2018.1547896

183. Hurwicz L. But Who Will Guard the Guardians? American Economic Review. 2008. No. 98. C. 577-585.

184. Ivanchenkov V., Vovk V., Yermolenko O., Prusova G., Revenko O. Innovative factors ensuring strategic changes in sectors of the national economy. Economics of Development, 2024. № 23(4), P. 20-37. DOI: https://doi.org/10.57111/econ/4.2024.20

185. Ivanov Yu. European support Ukraine facility: problems and challenges / Yu. Ivanov, V. Karpova, O. Revenko // Selected Papers of VI International Conference on European Dimensions of Sustainable Development, May 15 – 17, 2024. Kyiv : NUFT, 2024. P. 474–483.

186. Janssen M., Chun S. A., Gil-Garcia J. R. Building the next generation of digital government infrastructures. Government Information Quarterly. 2009. № 26 (2). C. 233–237.

187. Janssen M., Estevez E. Lean government and platform-based governance — doing more with less. Government information quarterly. 2013. Vol. 30 (1). P. 1-8. DOI: 10.1016/j.giq.2012.11.003.

188. Japan Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8 No. 1 2018. URL: https://apps.searo. who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf

189. Johnson D., Crawford S. The Accountable Internet: Peer Production of Internet Governance. Virginia Journal of Law and Technology. 2004. № 9. P. 1-33.

190. Judge D. The 'Problem' of Representative Government. In: Democratic Incongruities. London : Palgrave Macmillan, 2014. 305 p. DOI: 10.1057/9781137317292_5.

191. Karpenko O.V., Ryzhenko O.V. Digital transformation and good data governance in Ukraine. Вісник НАДУ. 2019. № 4 (91). P. 157-162.

192. Korotayev A., Grinin L. E. The Future of the Global Economy in the Light of Inflationary and Deflationary Trends and Long Cycles Theory. World Futures. 2018. Vol. 74 (2). P. 84-103. DOI: 10.1080/02604027.2017.1357934.

193. Kud A.A. Decentralized Information Platforms in Public Governance: Reconstruction of the Modern Democracy or Comfort Blinding? International journal of public administration. 2021. DOI: 10.1080/01900692.2021.1993905.

194. Kud A. Rethinking the role of government in the economy of the 21st century: analysis based on traditional state programs. Pressing problems of public administration. 2020. No. 2(58). P. 85–93. DOI: 10.34213/ap.20.02.09

195. L.O. Byelova, A.A. Kud, V.B. Rodchenko. Eastern-European Journal of Enterprise Technologies. 2023. №2 (13 (122)). P. 6-16. DOI: 10.15587/1729-4061.2023.275613

196. Lean-мислення: витрати на охорону праці – це інвестиції. URL: https://oppb.com.ua/articles/lean-myslennya-vytraty-na-ohoronu-praci-ce-investyciyi

197. Life expectancy by age, sex and NUTS 2 region. https://ec.europa.eu/eurostat

198. Marchildon, Gregory P. Health system performanance in Canada: the good, the bad and the ugly. *Eurohealth*. 2013. Vol. 19. №2. P. 32-35.

199. Medicaid – basic Health Programю. URL: https://www.medicaid.gov/

200. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: http://www.japaneselawtranslation. go.jp/law/detail/?re=02&dn=1&x=0&y=0&co=1&ia=03&ja=04&yo=&gn=&sy= &ht=&no=&bu=&ta=& ky=constitution&page=22

201. Protection from high medical costs. URL: https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/ protection-from-high-medical-costs/

202. *Sigerist H.E.* Medicine and Human Welfare; «Healt». New Haven London: Yale University Press, Oxford University Press, 1941, P. 53-104

203. State Statistics Service of Ukraine. (2023). Ukraine in figures 2022: Statistical collection. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine.

204. Tanner M. The Grass is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems around the World. Policy Anal. 2008. Vol. 613. DOI: https://doi.org/10.2139/ssrn.1262978.

205. The legatum prosperity index 2019. URL: https://www.prosperity.com/rankings

206. The Offial U.S. Government Site for Medicare. URL: https://www.medicare.gov/

207. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. URL: https://www.hhs.gov/ healthcare/index.html

208. Ukraıne Rapıd Damage And Needs Assessment (Rdna4). February 2022 – December 2024. February 2025, the World Bank, the Government of Ukraine, the European Union, the United Nations.

209. Wilson W. The Study of Administration. American Political Science Quarterly. 1887. Vol. 2. № 2. P. 197–222.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати регресійного моделювання факторів впливу на ефективність публічного адміністрування сфери охорони здоров'я

```
 Multiple Regression Results

Dependent: P6                Multiple R =  ,87749360     F = 27,52579
                                    R?=  ,76999502    df =   9,74
No. of cases: 84             adjusted R?=  ,74202144     p = 0,000000
            Standard error of estimate:11,614112140
Intercept: 17,725037266  Std.Error: 18,21499  t(   74) = ,97310  p =  ,3337

          P1 b*=,241              P2 b*=-,44              P3 b*=,300
          P4 b*=,191              P5 b*=-,89              P7 b*=,092
          P8 b*=,085              P9 b*=-,07             P10 b*=-,38


(significant b* are highlighted in red)
```

Рис. А.1. Результати побудови багатофакторної регресійної моделі

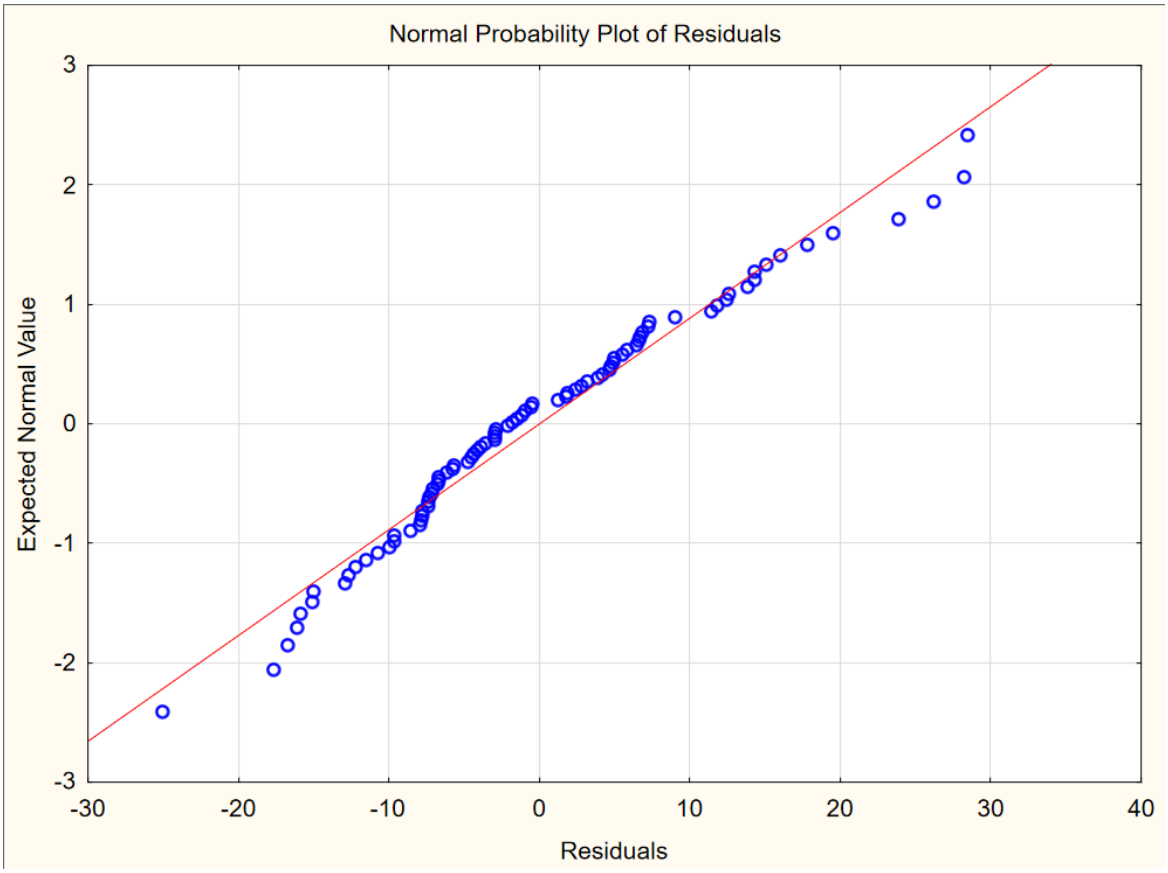

Рис. А.2. Графік нормальної ймовірності залишків

Продовження Додатку А

	Durbin-Watson d (Public_2025) and serial correlation of residuals	
	Durbin-Watson d	Serial Corr.
Estimate	2,159672	-0,098339

Рис. А.3. Перевірка моделі за критерієм Дарбіна-Уотса

	Correlations (Public_2025)									
Variable	**P1**	P2	P3	P4	P5	P7	P8	P9	P10	P6
P1	1,000000	0,261999	0,249697	0,052634	0,496039	0,324944	-0,033349	-0,443554	-0,248973	-0,081622
P2	0,261999	1,000000	0,936571	0,463159	0,001191	0,057076	0,069007	-0,043987	0,027856	-0,006669
P3	0,249697	0,936571	1,000000	0,315634	0,010420	0,064582	0,174767	-0,085480	0,011284	0,019794
P4	0,052634	0,463159	0,315634	1,000000	-0,020890	0,144660	-0,117197	0,046242	0,172159	0,047222
P5	0,496039	0,001191	0,010420	-0,020890	1,000000	0,060628	-0,015944	-0,571190	-0,200477	-0,656260
P7	0,324944	0,057076	0,064582	0,144660	0,060628	1,000000	0,204067	-0,311996	-0,356212	0,310909
P8	-0,033349	0,069007	0,174767	-0,117197	-0,015944	0,204067	1,000000	-0,351016	-0,517023	0,328935
P9	-0,443554	-0,043987	-0,085480	0,046242	-0,571190	-0,311996	-0,351016	1,000000	0,584798	0,057657
P10	-0,248973	0,027856	0,011284	0,172159	-0,200477	-0,356212	-0,517023	0,584798	1,000000	-0,351584
P6	-0,081622	-0,006669	0,019794	0,047222	-0,656260	0,310909	0,328935	0,057657	-0,351584	1,000000

Рис. А.4. Матриця кореляційних зв’язків параметрів моделі

	Means and Standard Deviations (Public_2025)		
Variable	**Means**	Std.Dev.	N
P1	39,0500	6,8394	84
P2	17,5065	22,0814	84
P3	102,3524	140,2436	84
P4	37,7857	13,1354	84
P5	25,7555	28,8015	84
P7	74,2518	12,7079	84
P8	14,2937	3,2057	84
P9	7,5395	4,7883	84
P10	11,5847	3,1634	84
P6	27,1657	22,8662	84

Рис. А.5. Середні значення та стандартне відхилення в моделі

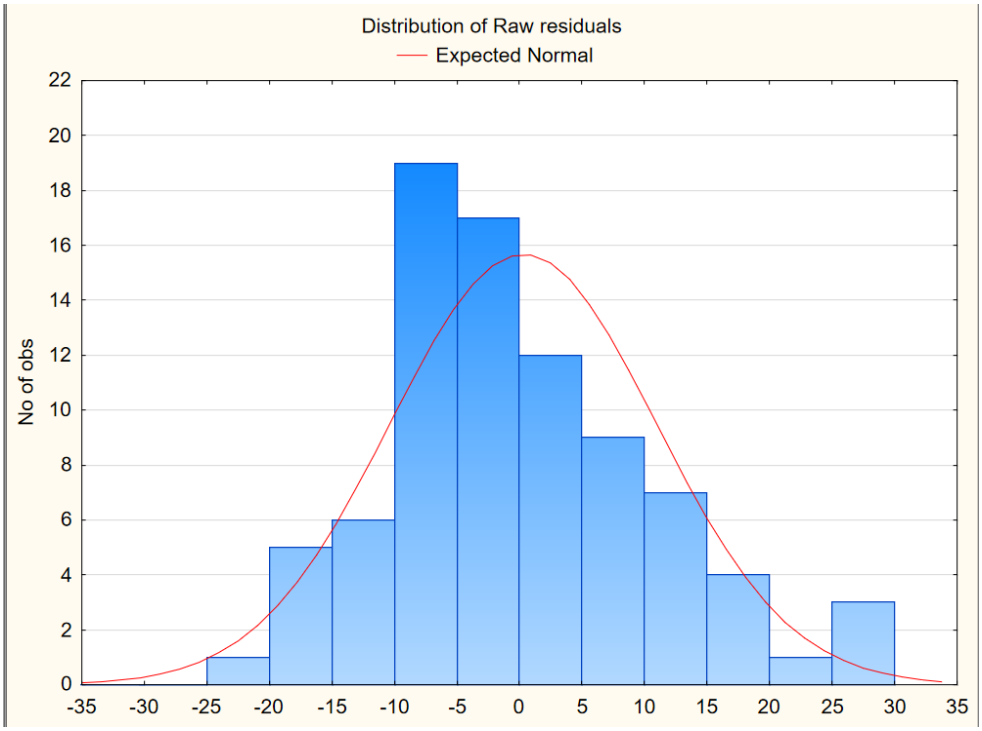

Рис. А.6. Гістограма розподілу залишків в моделі

Standard Residual: P6 (Public_2025)
Outliers

Case	Standard Residuals −5.	−4.	−3.	±2.	3.	4.	5.	Observed Value	Predicted Value	Residual	Standard Pred. v.	Standard Residual	Std.Err. Pred.Val
7	.	.	.	| *	.	.	.	78,89000	50,40817	28,4818	1,158361	2,45235	5,584384
16	.	.	.	| *	.	.	.	89,20000	60,94203	28,2580	1,683349	2,43307	4,242565
35	.	.	.	|*	.	.	.	78,97000	52,77199	26,1980	1,276169	2,25571	5,445052
44	.	.	.	|*	.	.	.	83,98000	60,08355	23,8965	1,640563	2,05754	4,477890
63	.	.	.	*|	.	.	.	4,40000	29,38287	-24,9829	0,110499	-2,15108	5,355460
Minimum	.	.	.	*|	.	.	.	4,40000	29,38287	-24,9829	0,110499	-2,15108	4,242565
Maximum	.	.	.	| *	.	.	.	89,20000	60,94203	28,4818	1,683349	2,45235	5,584384
Mean	.	.	.	|*	.	.	.	67,08800	50,71772	16,3703	1,173788	1,40952	5,021070
Median	.	.	.	|*	.	.	.	78,97000	52,77199	26,1980	1,276169	2,25571	5,355460

Рис. А.7. Аналіз стандартних залишків (викидів) в моделі

Regression Summary for Dependent Variable: P6 (Public_2025)
R= ,87749360 R?= ,76999502 Adjusted R?= ,74202144
F(9,74)=27,526 p<0,0000 Std.Error of estimate: 11,614

N=84	b*	Std.Err. of b*	b	Std.Err. of b	t(74)	p-value
Intercept			17,72504	18,21499	0,9731	0,333673
P1	0,240707	0,074740	0,80475	0,24988	3,2206	0,001902
P2	-0,441144	0,195697	-0,45682	0,20265	-2,2542	0,027142
P3	0,299605	0,185149	0,04885	0,03019	1,6182	0,109878
P4	0,190531	0,072077	0,33168	0,12547	2,6435	0,010012
P5	-0,893965	0,076629	-0,70974	0,06084	-11,6662	0,000000
P7	0,091635	0,065506	0,16489	0,11787	1,3989	0,166027
P8	0,084756	0,073211	0,60455	0,52221	1,1577	0,250713
P9	-0,069664	0,087902	-0,33268	0,41977	-0,7925	0,430591
P10	-0,377567	0,081580	-2,72917	0,58968	-4,6282	0,000015

Рис. А.8. Зведена таблиця регресії для залежної змінної в моделі

Додаток Б

АНКЕТА
“АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВНУТРІШНЬОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В КОНТЕКСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я”

Шановний респонденте!
З метою здійснення аналізу стану та перспектив реалізації механізму вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров’я, просимо відповісти на запитання даної анкети. На кожне з запитань виберіть той варіант відповіді, який є найбільш близьким Вашій думці. Уважно читайте інструкцію з заповненню анкети, виділені курсивом. Ми гарантуємо повну конфіденційність Ваших відповідей. Результати опитування будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді. Заздалегідь дякуємо за щирі відповіді!

ВКАЖІТЬ ЗАГАЛЬНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ВАШ ЗАКЛАД

1. Вид діяльності (галузь медицини) організації:_____

2. Форма власності організації

1. Державна. 2. Комунальна (муніципальна) 3. Приватна

ДЕКІЛЬКА СЛІВ ОСОБИСТО ПРО ВАС

3. Ваша стать:

1. Чоловіча. 2. Жіноча.

4. Ваш вік:

1. 18-25 років.
2. 26-30 років.
3. 31-35 років.
4. 36-40 років.
5. 41-45 років.
6. 46-50 років.
7. 51-55 років.
8. 56-60 років.
9. 60 років більше.

5. Де Ви проживаєте?

1. Велике місто 2. Середнє або мале місто. 3. Населений пункт у сільській місцевості.

6. Ваша посада в ієрархії управління відноситься до:

1. Керівництва вищої ланки. 2. Керівництво середньої ланки. 3. Виконавець.

7. З чим пов'язана Ваша робота?

1. Адміністрування та обслуговування комп'ютерних систем та обладнання.
2. Документообіг.
3. Облік та звітність.
4. Господарський відділ.
5. Правове забезпечення.
6. Маркетинг.
7. Робота з персоналом.
8. Тільки лікарська практика
9. Інше _____.

8. Скільки років складає Ваш трудовий стаж в даній організації?

1. До 1 року. 2. 1-2 роки. 3. 3-5 років. 4. 6-10 років. 5. 11-15 років. 6. 16-20 років. 7. 21 рік і більше.

***ОЦІНІТЬ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ* МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, В ЯКОМУ ПРАЦЮЄТЕ, В КОНТЕКСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

9. Яким з наведених нижче тверджень можна оцінювати відкритість і прозорість діяльності вашої організації? *(Виберіть <u>один варіант</u> відповіді)*

1. Відсутній механізм інформування споживачів про важливі події, рішення, результати, досягнення та заходів.
2. Існує неформальний процес інформування постійних клієнтів про важливі події та досягнення.
3. Існує офіційний процес інформування працівників і споживачів про важливі події, досягнення, рішення і результати, проте він не дотримується на регулярній основі. На сайті закладу є сторінка новин, звіти носять соціальний характер.
4. Існує офіційний процес інформування працівників і споживачів та інших зацікавлених сторін про важливі події, досягнення, рішення і результати, і цей процес завжди дотримується. Заклад регулярно звітує, дані відкриті.
5. Інше_____

10. Наскільки, на Ваш погляд, відповідає очікуванням споживачів (потенційних та фактичних) рівень якості продукту (товару, послуги) Вашої організації *(Зробіть одну відмітку)*

1. Повністю не відповідає	2. Скоріше не відповідає	3. Важко сказати однозначно	4. Скоріше відповідає, ніж ні	5. Повністю відповідає

Продовження Додатку Б

11. Чи визначені у Вашій організації конкретні групи споживачів товарів (послуг), на які орієнтована маркетингова комунікація організації?

1. Так 2. Ні. 3. Вагаюсь відповісти

12. Чи сформовані у Вашій організації конкретні переліки товарів та послуг, що реалізуються (можуть реалізовуватись) цим споживачам, а також технології продажу (набір дій у спілкуванні з пацієнтом)?

1. Так 2. Ні 3. Процес продажу проходить хаотично, на запит споживача 4. Вагаюсь відповісти

13. Як здійснюється інформування стейкхолдерів про перелік, замовлення та порядок сплати за товар (послугу)?

1. Відсутнє таке інформування
2. Інформування здійснюється за їх бажанням по телефону
3. Інформування здійснюється через сайт організації та по телефону (при зверненні замовника), але інформація своєчасно не оновлюється
4. Інформування здійснюється через сайт та по телефону (при зверненні замовника), інформація на всіх носіях оновлюється своєчасно
5. Відбувається регулярне інформування споживачів (веб-сайти, ЗМІ, інтернет-реклама, брошури).

14. Чи є сьогодні на ринку медичних послуг організації, які мають великий збіг асортименту послуг (товарів) з Вашою організацією?

1. Так 2. Ні. 3. Вагаюсь відповісти.

15. Чи є сьогодні на ринку медичних послуг організації, які територіально наближені до Вашої організації?

1. Так 2. Ні. 3. Не маю однозначної відповіді.

16. Чи є у Вашій організації окремий відділ (посада), що займається медичним маркетингом?

1. Так 2. Ні. 3. Маркетингом в силу своїх можливостей займаються керівники середньої ланки (за профілем підрозділу) 3. Вагаюсь відповісти.

17. Чи має Ваша організація чіткі, документально закріплені цілі діяльності, які відомі працівникам, спрямовують їх діяльність і переглядаються щороку? *(Зробіть <u>одну позначку</u>)*

1. Цілі діяльності відсутні або не зрозумілі.

2. Існує неформальна ідея щодо цілей діяльності організації, але формально вони не визначені.
3. Цілі визначені, але вони не відповідають нинішній ситуації або часто переглядаються.
4. Існують формально визначені цілі, які відомі працівникам, спрямовують їх діяльність та переглядаються щороку.
5. Інше_____
6. Вагаюсь відповісти.

18. Чи має Ваша організація чіткий План розвитку відповідно до цілей діяльності, який спрямовує роботу організації та працівників? *(Зробіть одну позначку)*

1. План розвитку відсутній, кожний працівник самостійно планує, що робити
2. Задокументований план був розроблений керівництвом, він добре відомий працівникам.
3. Існує задокументований план розвитку, чітко пов'язаний з цілями діяльності організації. План був розроблений за участі залучених фахівців і працівників.
4. Інше_____

19. За якими показниками доцільно оцінювати загальну ефективність діяльності організації? *(Виберіть не більше трьох найважливіших позицій)*

1. Виконання великої кількості завдань при мінімальних витратах на їх виконання.
2. Задоволеність пацієнтів її діяльністю.
3. Кількість замовників, яким надані послуги (продано товар медичного призначення).
4. Послідовне збільшення його наявних власних матеріальних ресурсів.
5. Послідовне збільшення його нематеріальних ресурсів (соціальних, інформаційних, інноваційних тощо).
6. Збільшення частки висококваліфікованого персоналу
7. Посилення технологічності процесу управління закладом та надання медичних послуг
8. Підвищення рівня добробуту персоналу.
9. Повне використання наявного потенціалу за певного стану середовища.
10. Точність та своєчасність виконання цілей розвитку, закладених в Плані розвитку чи проєкті.
11. Розширення присутності на ринку медичних послуг.
12. Збільшення прибутковості діяльності.
13. Територіальне розширення мережі закладів організації
14. Інше _____

Продовження Додатку Б

20. Оцініть рівень загальної ефективності діяльності Вашої організації.

1. Зовсім неефективна.
2. Скоріше неефективна.
3. Важко сказати однозначно.
4. Скоріше ефективна.
5. Цілком ефективна.

21. Чи можливо підвищити ефективність роботи Вашої організації?

(Відмітьте <u>один</u> варіант відповіді)

1. Так, це можливо зробити власними силами.
2. Так, але це потребує зміни ситуації в країні.
3. Так, але для цього потрібна допомога незалежних експертів, спеціалістів.
4. Ні, сьогодні та в найближчий час це неможливо.
5. Інше _____
6. Вагаюсь відповісти.

22. Які чинники, на Вашу думку, заважають ефективній роботі Вашої організації?

(Позначте <u>не більше трьох</u> основних позицій)

1. Бюрократизм, велика кількість звітів.
2. Відсутність якісного зворотного зв'язку з пацієнтами (клієнтами).
3. Відсутність матеріальних стимулів у працівників.
4. Відсутність можливостей для кар'єрного просування у працівників.
5. Відсутність у працівників можливостей для підвищення кваліфікації.
6. Відсутність нематеріальних стимулів у працівників .
7. Відсутність необхідних прав у працівників.
8. Відсутність необхідної матеріальної бази, ресурсів.
9. Відсутність підготовлених кадрів на ринку праці.
10. Відсутність плідної взаємодії між окремими підрозділами організації.
11. Відсутність сучасної техніки та технологій (комп'ютери, програмне забезпечення, медичне обладнання тощо).
12. Відсутність чітко визначених функцій та завдань у працівників.
13. Недосконаліть нормативно-правової бази.
14. Напружена психологічна обстановка в колективі.
15. Розповсюджені корупція, родинні зв'язки, «знайомств».
16. Жорсткий стиль керівництва.
17. М'який стиль керівництва.
18. Недостатнє планування діяльності.
19. Некомпетентність багатьох працівників.
20. Некомпетентність керівництва.
21. Низька заробітна плата працівників.
22. Низький рівень фінансового забезпечення організації.
23. Пасивність стейкхолдерів.
24. Тиск з боку контролюючих органів.
25. .Недостатній рівень креативності та інноваційних рішень.
26. Недостатній рівень організаційної культури.
27. Ніщо не заважає роботі організації
28. Інше_____

Продовження Додатку Б

23. З якими проблемами стикається практика управління персоналом у Вашому медичному закладі? ***(****Позначте всі можливі варіантів відповіді)*

1. Інтенсивність професійного вигорання медичних працівників.
2. Відсутність балансу між професійними вимогами, обов'язками та розміром заробітної плати.
3. Недостатньо ефективна організаційна структура медичних закладів (корпоративна культура, безпека, сучасні технології тощо).
4. Високий рівень професійного стресу.
5. Значний обсяг адміністративної роботи, що скорочує час на безпосереднє медичне обслуговування пацієнтів.
6. Висока інтенсивність праці.
7. Значні витрати часу на виконання професійних обов'язків.
8. Кадрова міграція медичного персоналу між країнами ЄС як наслідок недосконалого кадрового планування.
9. Нестача медичного персоналу.
10. Недостатній рівень інвестицій у фізичне, психічне та соціальне здоров'я персоналу.
11. Велика частка у складі управлінських кадрів працівників з медичною освітою на керівних посадах
12. Складність реалізації особистісно-орієнтованого та мультидисциплінарного підходів до пацієнта (клієнта) закладу.
13. Недостатні державні інвестиції в освіту медичних працівників.
14. Складність забезпечення доступності та інклюзивності медичних послуг.

24. Які можна виокремити специфічні ознаки механізмів мотивації роботи персоналу у Вашій організації:

1. Складний та різноманітний характер роботи,ускладнює формування чіткої системи індикаторів оцінки продуктивності та якості роботи персоналу.
2. Високий рівень соціальної відповідальності під час праці та фатальність помилок з боку медперсоналу.
3. Високий рівень автономності роботи фахівців
4. Потужний потенціал генерування довгострокової цінності та нарощування іміджевого капіталу
5. Тісний характер взаємодії між фахівцями різного профілю, що ускладнює оцінку результативності праці окремого працівника.
6. Потреба у специфічному механізму обліку, контролю та звітності результатів
7. Високий вплив суб'єктивних факторів (етика професійної діяльності, статус тощо).
8. Високий рівень людської участі, незважаючи на інтенсивне використання інноваційних технологій, штучного інтелекту, технічних засобів.
9. Інше_____

Продовження Додатку Б

25. Які види заохочень були б для Вас значущими для виконання нової/додаткової роботи? *(Позначте не більше трьох варіантів)*

1. Висока оцінка робочих якостей з боку керівника.
2. Звернення до вас із проханням про пораду, консультацію.
3. Направлення на навчання, підвищення кваліфікації.
4. Окремий кабінет.
5. Переведення до більш престижного підрозділу.
6. Перспективні завдання.
7. Підвищення заробітної плати.
8. Кар'єрне зростання.
9. Подяка керівника.
10. Поліпшення умов роботи.
11. Гнучкий графік роботи.
12. Премія.
13. Пропозиція більш престижної роботи.
14. Публічне визнання заслуг (на нарадах, зборах, на сайті).
15. Розширення повноважень.
16. Участь у коригуванні цілей організації та ухваленні рішень.
17. Можливість суміщати роботу та наукову (або викладацьку) діяльність
18. Інше_____

ДЯКУЄМО ЗА ЩИРІ ВІДПОВІДІ!

Додаток В

УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ СЕМЕНА КУЗНЕЦЯ
№02071211
№_____
_____ "_____ 20___ р.
61165, м.Харків, пр.Науки, 9-А
тел./факс: 70-20-717, 70-20-304

Д О В І Д К А № 21/2026
від 23.06.2026 р.

Дана **ПАШНЄВУ ВІТАЛІЮ ОЛЕКСІЙОВИЧУ,**
який бере участь у розробці ініціативної науково-дослідної роботи № 1/2026 (і) ***«Теоретичний базис управління інноваційним розвитком на засадах забезпечення конкурентоспроможності організацій в умовах цифрової економіки»*** з 01.01.2026 року по 29.05.2026 року.

Розділ 18. Інтеграція маркетингу та логістики в рамках сучасних бізнес-процесів.

Державний реєстраційний номер **0126U000988**

Начальник НДС Ірина ЛИТОВЧЕНКО

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ СЕМЕНА КУЗНЕЦЯ №02071211

Додаток Г

№1 КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №13" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ Код 02003770 СТАЦІОНАРНЕ ВІДДІЛЕННЯ

ДОВІДКА № 1 від 06.05.2026 р.

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Пашнєва Віталія Олексійовича

На тему:

«Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я», подану на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування»

Засвідчує, що розроблені в дисертації Пашнєва Віталія Олексійовича теоретико-методичні засади щодо удосконалення механізмів публічного адміністрування сфери охорони здоров'я, в частині уточнення концептуальних положень щодо формування та функціонування механізму удосконалення публічного адміністрування як цілісної інтегрованої системи управлінських впливів знайшли своє практичне застосування та були успішно впроваджені в організаційно-управлінську, планово-економічну та лікувально-діагностичну діяльність КНП "МКЛ №13" ХМР.

Впроваджена модель адаптації адміністрування установи до наслідків воєнних дій дозволила оперативно коригувати стратегічні та операційні плани закладу з урахуванням наявного ступеня руйнування чи пошкодження медичної інфраструктури регіону, оптимізувати логістику та перерозподіляти навантаження відповідно до реальних, динамічно змінних потреб населення (зокрема, внутрішньо переміщених осіб та постраждалих внаслідок бойових дій).

Результати дослідження Пашнєва Віталія Олексійовича використовуються в діяльності КНП "МКЛ №13" ХМР під час розробки стратегічних планів розвитку закладу, підготовки внутрішніх розпорядчих документів та в процесі підготовки аналітично-статистичних звітів щодо оцінки ефективності надання медичних послуг в умовах реформування та повоєнної модернізації галузі.

Довідка видана без фінансових зобов'язань перед автором.

Завідувач відділенням
хірургічної стоматології А. Г. Поляшенко

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №13" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ №1 СТАЦІОНАРНЕ ВІДДІЛЕННЯ Код 02003770 УКРАЇНА, м. ХАРКІВ

Додаток Д

Громадська організація
«ІНСТИТУТ ЕКОНОМІЧНИХ ТА ЕКОЛОГО-ЕНЕРГЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ»
43006, Україна, м. Луцьк, вул. Винниченка, 16/9.
ЄДРПОУ 4437906, +380 97 283 08 08, ngoieeer@gmail.com

№ 171, від 01.05.2026 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Пашнєва Віталія Олексійовича
На тему:
«Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я»

Теоретико-методичні положення та практичні рекомендації, викладені в дисертаційному дослідженні Пашнєва Віталія Олексійовича, присвячені вдосконаленню публічного адміністрування сфери охорони здоров'я, вони знайшли своє практичне застосування та були успішно впроваджені в аналітичну, дослідницьку та експертно-консультаційну діяльність ГО «ІЕЕЕД».

Зокрема в діяльності організації залучено обґрунтований інструментарій комплексного оцінювання результативності публічного управління медичною галуззю, який, на відміну від традиційних підходів, ґрунтується на визначенні домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант у формуванні інтегрального рівня ефективності системи. Велику значущість також мають запропоновані стратегічні орієнтири та прикладні рекомендації щодо крос-секторальної інтеграції політики охорони здоров'я з державними політиками зайнятості, макроекономічної стабілізації та проактивного управління соціальними ризиками.

Практична реалізація обґрунтованих підходів дозволяє будувати точні прогнози щодо фінансової стійкості медичної системи, обґрунтовувати необхідність синергетичного зв'язку між різними векторами державної політики та пропонувати дієві інструменти для підвищення управлінської результативності системи охорони здоров'я в умовах повоєнного відновлення та модернізації України.

Результати дослідження використовуються експертами ГО «ІЕЕЕД» під час підготовки аналітичних записок, експертних висновків до проєктів нормативно-правових актів та в процесі надання консультаційних послуг суб'єктам публічного адміністрування.

Голова правління,
доктор економічних наук
доктор габілітований
професор **Костянтин ПАВЛОВ**

Додаток Е

СТАЛИЙ РОЗВИТОК
Інститут інноваційного провайдингу

вул. Казарського, 8/58
м. Миколаїв, 54031, Україна
Код ЄДРПОУ 43004333
+38 095 794 20 25, +38 068 258 50 62
stalyyrozvytok@gmail.com

від 20.05.2026 р. № 03

ДОВІДКА

про використання результатів та окремих пропозицій
Пашнєва Віталія Олексійовича, поданих в дисертації на
здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»
галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування»
за темою **«Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я»**

Необхідність модернізації системи медичного адміністрування в умовах продовження системних реформ, євроінтеграційних процесів та масштабної цифровізації галузі (зокрема, розвитку eHealth) вимагає невідкладного переходу від застарілих бюрократичних методів до гнучких моделей публічного управління. Додаткової гостроти цій проблемі додають сучасні безпекові й кризові виклики – робота медичної системи в умовах воєнного стану, подолання руйнувань інфраструктури та масштабні міграційні процеси, які виявили потребу у підвищенні стійкості, адаптивності й чіткої координації між органами державної влади та місцевого самоврядування. Забезпечення належної якості, доступності та безпеки медичних послуг на тлі децентралізації безпосередньо залежить від оптимізації управлінських алгоритмів, державного контролю та інструментів розподілу ресурсів, що й зумовлює високу теоретичну та практичну значущість комплексного дослідження шляхів розвитку адміністративного механізму у сфері охорони здоров'я.

У дисертаційному дослідженні розроблено підхід до оцінювання ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, який здійснюється шляхом обґрунтування домінуючої ролі зовнішніх соціально-економічних детермінант у формуванні її інтегрального рівня; на основі уточнення критерія результативності публічного адміністрування шляхом використання показника валового національного доходу на душу населення доведено необхідність інтеграції політики охорони здоров'я з політикою зайнятості, макроекономічної стабілізації та управління соціальними ризиками як передумови стійкого фінансування й підвищення управлінської результативності системи в умовах відновлення України. Застосування розробленого підходу дає змогу забезпечити комплексне оцінювання ефективності медичного адміністрування шляхом інтеграції галузевих показників із фундаментальними макроекономічними та соціальними параметрами. Науковий інструментарій дає змогу чітко ідентифікувати ключові фактори впливу на систему охорони здоров'я, виокремлюючи домінуючу роль зовнішніх детермінант. Завдяки використанню показника валового національного доходу на душу населення як критерію результативності стає можливим точне моделювання фінансової стійкості галузі та синхронізація медичної політики з програмами зайнятості й управління соціальними ризиками. Це дозволяє здійснювати стратегічне планування не ізольовано, а в межах єдиної загальнодержавної системи крос-секторальної взаємодії.

Практична значущість результатів для ГО «Інститут інноваційного провайдингу "Сталий розвиток"» полягає в отриманні науково обґрунтованої методології для посилення аналітичного й експертного потенціалу організації в межах моніторингу державних реформ та розробки комплексних проєктів повоєнного відновлення громад на засадах крос-секторальної взаємодії. Впровадження запропонованого підходу дозволяє Інституту створювати для органів влади та місцевого самоврядування прикладні інноваційні стратегії, де охорона здоров'я інтегрована з макроекономічними чинниками та політикою зайнятості, що підвищує якість консалтингових послуг організації для ТГ. Крім того, висновки дослідження суттєво зміцнюють грантовий потенціал ГО під час подання заявок на міжнародні проєкти у сфері сталого розвитку та можуть бути безпосередньо інтегровані в її тренінгову й просвітницьку діяльність для управлінців медичної галузі.

Довідка видана для підтвердження використання результатів дисертаційного дослідження та не передбачає жодних фінансових зобов'язань перед автором.

Директор **Руслан СКУПСЬКИЙ**

Додаток Ж

ДОВІДКА
про використання результатів та окремих пропозицій
Пашнєва Віталія Олексійовича, поданих в дисертації на
здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»
за темою «Механізми вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я»

№ 03 від 05.02.2026 р.

Удосконалення механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я постає перед державою як стратегічний імператив, зумовлений необхідністю адаптації системи до безпрецедентних викликів військового часу та вимог європейської інтеграції. Трансформація управлінських підходів має на меті перехід від жорсткої вертикалі до гнучкої моделі управління, яка здатна ефективно функціонувати в умовах обмежених ресурсів, постійних загроз безпеці та зростаючого навантаження на медичну інфраструктуру. Оптимізація публічного адміністрування передбачає впровадження інноваційних інструментів фінансового менеджменту за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», поглиблення цифровізації через розвиток системи eHealth для забезпечення прозорості та якості послуг, а також розбудову системи реабілітації та ментального здоров'я. Особливої ваги набуває розвиток державно-приватного партнерства та децентралізація повноважень, що дозволяє місцевим громадам оперативніше реагувати на потреби населення. Удосконалення цих механізмів є ключем до збереження людського капіталу, подолання демографічної кризи та формування сучасної, стійкої до шоків системи охорони здоров'я, яка здатна гарантувати кожному громадянину доступну та високотехнологічну медичну допомогу, що є невід'ємною складовою загальної національної безпеки.

В роботі представлені науково-методичні засади моделювання механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я шляхом урахування чинників внутрішнього розвитку медичних закладів у структурі управлінських моделей оцінювання та підвищення їх ефективності. Дисертантом уточнено роль організаційної зрілості закладів охорони здоров'я, рівня управлінської підтримки та мотивації персоналу, а також проранжировано проблеми в практиці управління персоналом у медичних закладах, врахування яких спрямоване на підвищення залученості персоналу, стійкості та результативності закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану та триваючих інституційних реформ, що використовується для розробки заходів щодо вдосконалення функціонування закладів охорони здоров'я в рамках роботи ГО «ІСЕІ».

Довідка видана без фінансових зобов'язань установи перед автором.

ГО «ІСЕІ»

Україна * м. Одеса * Громадська організація "Інститут соціально-економічних інновацій" * Ідент. код 42830697 *

Наталія БАСЮРКІНА

Додаток И

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Сковороди, 1/3, м. Полтава, 36003, тел./факс: (0532) 50-02-73,
E-mail: pdau@pdau.edu.ua https://www.pdau.edu.ua Код ЄДРПОУ 00493014

14.05.2026 № 01-11/85 На № _____ від _____

ДОВІДКА
про впровадження науково-прикладних результатів дисертаційної роботи
Пашнєва Віталія Олексійовича
на тему: «**Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я**»

Основні положення дисертаційної роботи Пашнєва В. О. на тему: «Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я», які мають теоретичне та прикладне значення для удосконалення системи публічного адміністрування, зокрема: розвинутий понятійно-категоріальний апарат механізмів публічного управління, концептуальні основи забезпечення функціонування публічного адміністрування через обумовлення зв'язків у структурах, інструментах і процесах, рекомендовано до використання в навчальному процесі Полтавського державного аграрного університету при викладанні дисциплін «Адміністративне управління в організаціях публічної сфери», «Правові засади адміністративної діяльності», «Публічне управління», «Служба в органах місцевого самоврядування» для здобувачів ОПП «Місцеве самоврядування» першого бакалаврського рівня вищої освіти та дисципліни «Електронне урядування» для здобувачів ОПП «Зв'язки з громадськістю» другого магістерського рівня вищої освіти.

Результати дослідницької роботи Пашнєва В. О., які мають теоретичне та практичне значення, дозволили осучаснити навчально-методичне забезпечення відповідних освітніх програм і надати їм практико-орієнтованого характеру, що сприятиме якісній підготовці фахівців за спеціальністю D4 Публічне управління та адміністрування.

Перший проректор Валентина АРАНЧІЙ

Додаток К

МОЗ УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
(ПДМУ)

вул.Шевченка, 23, м.Полтава, Україна, 36011
тел./факс +38 (0532) 60 20 51
e-mail: mail@pdmu.edu.ua
Код ЄДРПОУ 43937407

MOH OF UKRAINE
POLTAVA STATE
MEDICAL UNIVERSITY
(PSMU)

23 Shevchenko Str., Poltava, Ukraine, 36011
tel/fax +38 (0532) 60 20 51
e-mail: mail@pdmu.edu.ua
EDRPOU Code 43937407

08.04.2026 № 03-18/41 На №_____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження науково-прикладних результатів дисертаційної роботи
Пашнєва Віталія Олексійовича
на тему: «**Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я**»

Основні положення дисертаційної роботи Пашнєва В. О. на тему: «Удосконалення адміністративного механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я», які мають теоретичне та прикладне значення для удосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я, зокрема: розвинутий інструментарій комплексного оцінювання результативності публічного управління, аспекти моделювання механізмів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, послідовність дій із забезпечення функціонування публічного адміністрування, рекомендовано до використання в навчальному процесі Полтавського державного медичного університету університету при викладанні дисциплін «Державна політика та організаційно-правові засади управління системою охорони здоров'я» для здобувачів галузі знань D «Бізнес, адміністрування та право» другого магістерського рівня вищої освіти.

Результати дослідницької роботи Пашнєва В. О., які мають теоретичне та практичне значення, дозволили осучаснити навчально-методичне забезпечення відповідних освітніх програм і надати їм практико-орієнтованого характеру, що сприятиме якісній підготовці фахівців за спеціальністю D4 Публічне управління та адміністрування.

Перший проректор Валентин ДВОРНИК

Додаток Л

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях:

1. **Пашнєв В.** Трансформація механізмів публічного адміністрування в охороні здоров'я в умовах децентралізації. *Актуальні проблеми інноваційної економіки та права*. 2025. № 3. С. 12-15. **Фахове видання (кат. Б)** (0,53 ум-друк. арк.)
   DOI: https://doi.org/10.36887/2524-0455-2025-3-2
   URL: https://apie.org.ua/en/transformation-of-public-administration-mechanisms-in-healthcare-under-decentralization/
2. **Пашнєв В.** Чинники внутрішнього розвитку медичних закладів як базису механізмів вдосконалення публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. *Наукові перспективи*. 2025. № 12(66). С. 1142-1153. **Фахове видання (кат. Б)** (0,51 ум-друк. арк.)
   DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-12(66)-1142-1153
   URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/34477
3. Дорофєєв О., **Пашнєв В.** Поняття та структура механізму публічного управління. Hera*ld of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences*, 2023. Vol. 324 (6), P. 256-261. **Фахове видання (кат. Б)** (0,35 ум-друк. арк./0,18 ум-друк. арк. автора)
   DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2023-324-6-43
   URL: https://heraldes.khmnu.edu.ua/index.php/heraldes/article/view/310
   (авторський внесок полягає у визначенні складу комплексного механізму управління, до якого можуть належати: економічні, мотиваційні, організаційні, політичні та правові механізми, а також обґрунтуванні авторського бачення визначення терміна «механізм державного управління»).
4. **Пашнєв В.** Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2026. № 5 (57). С. 5206-5217.**Фахове видання (кат. Б)** (0,52 ум-друк. арк.)
   DOI: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-5(57)-5206-5217
   URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/44147
5. **Пашнєв В.** Необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни. *Успіхи і досягнення у науці. Серія «Управління та адміністрування».* 2024. № 3(3). Том 2. С. 181-193.
   DOI: https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3(3)-181-193
   URL: https://perspectives.pp.ua/index.php/sas/article/view/11582

Продовження Додатку Л

Праці апробаційного характеру:

6. **Пашнєв В.** Організаційно-правові компоненти механізму вдосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я у воєнний час. Глобальні економічні виклики та їх вплив на галузевий розвиток: міжнародні перспективи: ІІ Міжнародний науково-практичний семінар, 09 квітня 2025 р. К.: НУБіП України. 2025. С. 39-43. (0,17 ум-друк. арк.)

URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/rich_text_files/%21_2_2025%20%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%BA%D1%96%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%281%29.pdf

7. **Пашнєв В.О.** Особливості оцінки рівня інклюзивності в публічному адмініструванні закладів охорони здоров'я. State Глобальні економічні трансформації та цифрові інновації в бізнесі: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 15 травня 2026 р. Держ. біотехнологічний ун-т. Харків, 2026. С. 507-519. (0,2 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.20489970

URL: http://btu.kharkov.ua/nauka/konferentsiyi/

8. **Пашнєв В.** Архітектура системи інструментального забезпечення функціонування публічного адміністрування охорони здоров'я в Україні. Advanced Technologies in Scientific Research: Collection of Scientific Papers with Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference. International Scientific Unity. Rotterdam, Netherlands. May 13-15, 2026. С. 499-520. (0,22 ум-друк. арк.)

DOI: https://doi.org/10.70286/isu-13.05.2026

9. **Пашнєв В. О.** Публічне управління у сфері охорони здоров'я: сутність та зміст дефініції. Сучасні тенденції та розвиток соціально-економічних систем : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Харків, 4 грудня 2024 року. Харків: Харківський національний економічний університет імені Семена Кузнеця, 2024. С. 345-347. (0,18 ум-друк. арк.)

10. **Пашнєв В.** Обґрунтування управлінських рішень в контексті публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. Матеріали конференції. XXIII international scientific conference. Dortmund. Germany. 18-19.December 2025. P. 22-23. (0,15 ум-друк. арк.)

URL: https://conference-w.com/wp-content/uploads/2026/01/Ger.D-1819122025.pdf