

Центральноукраїнський національний технічний університет
(повне найменування закладу вищої освіти)

Центр заочної та дистанційної освіти
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущена до захисту»
Зав. кафедри ЕМКД
канд. екон. наук., доцент

_____ Тетяна РЯБОВОЛИК

« ____ » _____ грудня _____ 2025 р.
(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№ ____ від « ____ » грудня 2025 р.)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на другому (магістерському) рівні вищої освіти
на тему:

**«Напрями вдосконалення системи публічного адміністрування
медичного закладу на стратегічних засадах»**

Виконав: здобувач вищої освіти
на другому (магістерському) рівні
ОПП «Публічне управління та адміністрування»
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»
група ПА-24МЗ

_____ Шаповалов Владислав Володимирович

« ____ » _____ грудня _____ 2025 р.

Керівник канд. екон. наук, доцент

_____ Андрощук Ілона Олександрівна

« ____ » _____ грудня _____ 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Розділ 1. СТРАТЕГІЧНІ ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	8
1.1. Еволюція реформ публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України та нормативно-правові механізми їх реалізації	8
1.2. Зарубіжні моделі стратегічного публічного адміністрування медичних закладів: інструменти, стандарти та управлінські практики	24
1.3. Міжнародна співпраця як ресурс стратегічного розвитку та інституційного посилення публічного адміністрування медичної сфери України	33
Розділ 2. ДІАГНОСТИКА СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ТА ОЦІНКА УПРАВЛІНСЬКОЇ СПРОМОЖНОСТІ КНП «ЦЕМД ТА МК У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ КОР»	38
2.1. Організаційно-управлінський профіль медичного закладу та аналіз архітектури публічного адміністрування	38
2.2. Оцінка фінансово-ресурсного потенціалу та матеріально-технічного забезпечення як основи стратегічної стійкості медичного закладу	43
2.3. Аналіз поточного стану та результативності управлінських змін: інструменти модернізації й бар'єри впровадження	51
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ СТРАТЕГІЧНОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ НА ОСНОВІ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПРАКТИК	56
3.1. Цифрова трансформація публічного адміністрування медичного закладу:	56
3.2. Посилення пацієнтоорієнтованості та якості послуг у системі публічного адміністрування	77
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	92

ВСТУП

Проблематика вдосконалення системи публічного адміністрування медичних закладів зберігає високу наукову й практичну значущість упродовж тривалого часу, а в умовах соціально-економічних трансформацій та інституційних змін її актуальність суттєво посилюється. Ключовим чинником суспільної уваги до сфери охорони здоров'я є стійка незадоволеність значної частини громадян якістю, доступністю та організацією медичних послуг, що проявляється у зниженні довіри до інституцій, зростанні очікувань щодо результатів реформ та попиті на прозорі правила функціонування медичних установ.

Крім того вимір актуальності пов'язаний із тим, що реформування охорони здоров'я в Україні відбувається хвилеподібно, потребує узгодження управлінських рішень на державному, регіональному та організаційному рівнях і вимагає переходу від «адміністративної керованості» до управління за результатами. У цьому контексті ефективність галузі безпосередньо залежить від стратегічної визначеності державної політики та її інституційної наступності: за відсутності довгострокових пріоритетів і стандартів управління зростають ризики фрагментарності реформ та їх залежності від політичних циклів. Відповідно, критично важливим стає закріплення стратегічних пріоритетів і механізмів фінансової стійкості на макrorівні та імплементація на рівні конкретного медичного закладу інструментів стратегічного планування, результативного бюджетування, управління якістю та цифрової трансформації.

Особливої уваги набуває дослідження стратегічно орієнтованого публічного адміністрування для закладів, що забезпечують екстрену медичну допомогу, оскільки їхня діяльність пов'язана з високою соціальною відповідальністю, цілодобовими режимами роботи, підвищеним ризиком і потребою в безперервності процесів. Актуальність проблеми додатково підкреслює досвід кризового управління у період пандемії COVID-19, коли

система охорони здоров'я зіткнулася з безпрецедентним навантаженням, обмеженістю ресурсів і невизначеністю, а механізми реагування формувалися в прискореному режимі. Саме такі обставини показали потребу в гнучких управлінських підходах та здатності оперативно адаптувати програму медичних гарантій та механізми контракування відповідно до нових викликів. На рівні конкретної організації актуальність дослідження посилюється масштабністю діяльності КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР», яке об'єднує понад 800 працівників і виступає значним роботодавцем регіону.

Фінансова модель функціонування підприємства ґрунтується переважно на договорах з НСЗУ, а також на коштах обласного бюджету, субвенціях та інших дозволених джерелах, що одночасно забезпечує стабільність роботи служби і формує вимоги до підзвітності, прозорості використання ресурсів та підвищення ефективності управлінських рішень.

Управління закладом здійснюється в межах централізованої організаційної структури, очолюваної директором, із розгалуженням на адміністративно-управлінські, медичні, оперативно-диспетчерські та допоміжні підрозділи, що вимагає чіткої координації та стандартизації процесів. Таким чином, завдання вдосконалення публічного адміністрування на стратегічних засадах є не лише теоретично обґрунтованим, а й практично необхідним для підвищення керованості, результативності та стійкості закладу в умовах змінного середовища і зростаючих суспільних очікувань.

Метою написання кваліфікаційної роботи виступає обґрунтування теоретико-методологічних засад та розроблення практичних рекомендацій щодо напрямів удосконалення системи публічного адміністрування медичного закладу на стратегічних засадах (на базі КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР») із орієнтацією на посилення управлінської спроможності, фінансово-ресурсної стійкості, цифровізацію управлінських процесів та підвищення якості послуг. Відповідно до мети дослідження поставлено наступні завдання:

- розкрити сутність і зміст стратегічно орієнтованого публічного адміністрування медичного закладу та визначити його місце в логіці модернізації системи охорони здоров'я;
- проаналізувати еволюцію реформ публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України та нормативно-правові механізми їх реалізації;
- узагальнити зарубіжні моделі стратегічного публічного адміністрування медичних закладів як методичну базу для адаптації в українських умовах;
- здійснити діагностику системи публічного адміністрування та оцінити управлінську спроможність КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР»;
- охарактеризувати організаційну модель управління, структуру підрозділів та логіку координації процесів у закладі екстреної медичної допомоги;
- обґрунтувати комплекс напрямів удосконалення публічного адміністрування закладу та визначити механізми їх імплементації.

Об'єктом дослідження є система публічного адміністрування медичного закладу (на прикладі КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР») як багаторівнева організаційно-управлінська система, інтегрована у загальнонаціональну модель екстреної медичної допомоги. Предметом кваліфікаційної роботи є теоретико-методологічні підходи та практичні механізми стратегічного вдосконалення публічного адміністрування медичного закладу, зокрема інструменти стратегічного планування, результативного бюджетування, управління якістю, цифрової трансформації та ризик-менеджменту.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи та вирішення основних завдань застосовуються методи дослідження: системний і структурно-функціональний аналіз для опису архітектури управління закладу), порівняльний аналіз для зіставлення зарубіжних моделей та інструментів),

методи аналізу нормативно-правових актів, економіко-статистичні та фінансово-аналітичні прийоми для оцінювання ресурсної бази та результативності, а також методи узагальнення й логічного моделювання для формування пропозицій удосконалення).

Теоретичною та інформаційною основою дослідження виступають праці вітчизняних і зарубіжних учених у сфері публічного управління та адміністрування, менеджменту охорони здоров'я, стратегічного управління, а також нормативно-правові документи й аналітичні матеріали, що регламентують функціонування системи охорони здоров'я та діяльність служби екстреної медичної допомоги.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у поглибленні теоретичних положень щодо переходу до сучасного публічного адміністрування медичного закладу (автономія та підзвітність, управління за результатами, цифровізація, ризик-менеджмент та сталий розвиток) та в обґрунтуванні їх практичної адаптації до специфіки регіональної служби екстреної медичної допомоги.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання сформованих висновків і рекомендацій у діяльності КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» для підвищення ефективності управління, узгодженості роботи підрозділів, прозорості використання ресурсів, розвитку цифрових управлінських процесів і забезпечення безперервності та якості надання екстреної медичної допомоги на території області.

РОЗДІЛ 1
СТРАТЕГІЧНІ ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ
ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ
МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

1.1. Еволюція реформ публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я України та нормативно-правові механізми їх реалізації

Проблематика реформування системи охорони здоров'я в Україні зберігає високу наукову й практичну значущість упродовж тривалого часу, а в умовах соціально-економічних трансформацій та інституційних змін її актуальність лише посилюється. Сутнісним чинником суспільної уваги до зазначеної сфери є стійка незадоволеність значної частини громадян якістю, доступністю та організацією медичних послуг, що проявляється у низькому рівні довіри до інституцій охорони здоров'я, високих очікуваннях щодо результатів реформ та запиті на справедливі й прозорі правила функціонування медичних закладів. За таких умов пріоритетом державної політики має стати не фрагментарне «виправлення» окремих проблем, а системне вдосконалення публічного адміністрування медичних установ на стратегічних засадах, тобто на основі чітко визначених цілей, узгоджених інструментів реалізації, вимірюваних індикаторів результативності та механізмів підзвітності.

У контексті теми кваліфікаційної роботи «Напрями вдосконалення системи публічного адміністрування медичного закладу на стратегічних засадах» слід підкреслити, що успішність реформування значною мірою залежить від якості управлінського дизайну та спроможності до реалізації змін на рівні конкретного закладу. Реформи в охороні здоров'я потребують формування політики, яка ґрунтується на комплексній, збалансованій і внутрішньо узгодженій стратегії. Стратегічність у цьому випадку означає наявність довгострокового бачення розвитку медичної установи, узгодження

її місії з потребами громади, визначення пріоритетів у сфері якості, безпеки пацієнта, кадрового потенціалу, фінансової стійкості та цифровізації, а також формування портфеля програм і проєктів, що забезпечують досягнення поставлених цілей.

Не менш важливою передумовою є створення належного нормативно-правового забезпечення, яке відповідатиме конституційним принципам та забезпечуватиме правову визначеність для органів влади, керівництва закладів і пацієнтів. В умовах реформування саме нормативна база має закріплювати правила фінансування, вимоги до якості та безпеки, механізми підзвітності, інструменти контролю і аудиту, а також процедури взаємодії медичних установ з державними й місцевими інституціями. Разом із цим, нормативні зміни мають супроводжуватися впровадженням сучасних управлінських підходів, що є характерними для публічного адміністрування розвинених країн: управління змінами, проєктного підходу, управління за результатами, ризик-менеджменту, процесного управління та застосування індикаторів ефективності (KPI) у діяльності закладу.

Стратегічно орієнтована система публічного адміністрування медичного закладу неможлива без постійного моніторингу та оцінювання, які забезпечують своєчасне виявлення ризиків, відхилень і неочікуваних ефектів реформ. Моніторинг у цьому контексті слугує не лише механізмом контролю, а й інструментом управлінського навчання, що дозволяє коригувати управлінські рішення на основі даних, порівнювати результати з плановими значеннями, оцінювати якість послуг і ресурсну ефективність. Практична реалізація такого підходу потребує розвитку інформаційно-аналітичних систем, стандартизації управлінської звітності, впровадження внутрішнього аудиту та підвищення компетентності керівників і працівників фінансово-економічних підрозділів до роботи в умовах нових фінансових моделей і підзвітності.

Забезпечення конституційного права людини на якісне медичне обслуговування об'єктивно зумовлює необхідність переходу до ефективної національної моделі охорони здоров'я, здатної гарантувати доступність послуг, їх належну якість та економічну стійкість системи. У цьому сенсі державна політика повинна бути спрямована на побудову такої системи, де медичний заклад виступає не лише «виконавцем» адміністративних приписів, а публічною сервісною організацією з чітко визначеною відповідальністю, орієнтацією на потреби пацієнта та здатністю до інституційного розвитку. Досягненню зазначеної мети суттєво сприяє вивчення і критичне осмислення міжнародного досвіду, насамперед практик країн, де системи охорони здоров'я демонструють стабільні результати за показниками доступності, якості, фінансового захисту населення та ефективності управління.

Важливим історико-інституційним контекстом реформ є поступовий занепад моделі Семашка, яка була заснована на домінуванні бюджетного фінансування медичної інфраструктури та адміністративному розподілі ресурсів. В українських реаліях вичерпання можливостей цієї моделі створило передумови для формування нової архітектури фінансування, управління та надання послуг, що відповідає сучасним викликам і орієнтується на результативність. Водночас «перехідний період» характеризується неоднорідністю практик, інституційними розривами, дисбалансом між нормативними новаціями та управлінською спроможністю на місцях. Саме тому в межах дослідження стратегічне вдосконалення публічного адміністрування медичного закладу доцільно пов'язувати з інституційним зміцненням управління: розвитком стратегічного планування, кадрової політики, системи управління якістю, фінансового менеджменту та цифрових рішень.

Досвід пострадянських країн демонструє, що трансформації в охороні здоров'я, хоча й були практично універсальними, суттєво відрізнялися за темпами, змістом та результативністю. У більшості держав, включаючи

Україну, реформи торкнулися ключових елементів системи: організаційної структури управління, механізмів фінансування та моделей надання медичних послуг. При цьому порівняльні дослідження міжнародних інституцій засвідчили, що наявність реформ як таких не гарантує позитивного ефекту: вирішальними стають якість управлінських рішень, узгодженість політики, інституційна сталість та спроможність до впровадження змін на рівні організацій. Для України ці висновки особливо релевантні, оскільки підкреслюють потребу у стратегічно зорієнтованому публічному адмініструванні, яке забезпечує не епізодичні «кампанійні» перетворення, а системне досягнення результатів у довгостроковій перспективі.

З огляду на накопичений досвід реформ, доцільним є етапний підхід до аналізу трансформацій системи охорони здоров'я України. Такий підхід дозволяє структурувати управлінські зміни, виявляти закономірності розвитку, оцінювати вплив зовнішніх шоків та управлінських рішень, а також визначати, які інституційні механізми виявилися більш дієвими. У межах наукової логіки можна виокремити послідовні часові етапи реформування: 1991-2000 рр. як період первинної інституційної перебудови та пошуку моделей; 2000-2010 рр. як етап часткових змін і накопичення дисбалансів фінансування; 2010-2013 рр. як період спроб модернізації окремих підсистем; з 2014 року - як етап активізації реформ із поступовим переходом до нових механізмів фінансування, підзвітності та організації послуг. Етапність аналізу є важливою також для обґрунтування сучасних напрямів удосконалення публічного адміністрування медичного закладу: вона дає змогу визначити, які управлінські інструменти були ефективними, які потребують переосмислення, і які стратегічні компетентності слід розвивати на рівні закладів.

Таким чином, реформа охорони здоров'я в Україні має розглядатися як багатовимірний процес, у якому ключову роль відіграє якість публічного адміністрування на рівні медичних установ. Перехід до стратегічно

орієнтованої моделі управління потребує узгодженого поєднання державної політики, нормативно-правових змін, сучасних управлінських підходів, систем моніторингу та розвитку управлінського потенціалу персоналу. Саме в цій площині розкривається зміст і практичне значення дослідження напрямів вдосконалення системи публічного адміністрування медичного закладу на стратегічних засадах, що дозволяє не лише обґрунтувати необхідність реформ, а й визначити дієві механізми їх реалізації в умовах сучасних викликів (табл. 1.1).

Запропонований підхід до періодизації реформування системи охорони здоров'я України дає підстави стверджувати, що реформаторські заходи мали переважно селективний характер і впливали на окремі компоненти публічного управління галуззю: організаційні, управлінські, фінансові та регуляторні. У контексті теми кваліфікаційної роботи, присвяченої вдосконаленню системи публічного адміністрування медичного закладу на стратегічних засадах, ці зміни доцільно розглядати як поступовий перехід від фрагментарного адміністрування до цілісної стратегічної моделі управління, що поєднує планування, ресурси, якість, контроль і підзвітність.

Трансформація організації медичної допомоги охоплювала комплекс заходів, спрямованих на структурування потоків пацієнтів і оптимізацію логіки надання послуг. Йдеться про розмежування первинного та спеціалізованого рівнів медичної допомоги, запровадження механізмів маршрутизації пацієнтів, розвиток підходів до формування гарантованого державою пакета медичних послуг, удосконалення системи забезпечення лікарськими засобами та поступове впровадження стаціонарозамінювальних форм (денний стаціонар, амбулаторні процедури, мобільні бригади тощо). Для медичного закладу це означає необхідність управлінського фокусу на клінічних маршрутах, інтеграції між підрозділами, управлінні пропускною спроможністю, а також системному плануванні послуг відповідно до реального попиту населення та ресурсної спроможності установи.

Таблиця 1.1 – Історичні етапи процесів реформування системи охорони здоров'я України

Сутність періоду	Коротка характеристика змін
1991 – 2000 роки	
У перше десятиліття після здобуття незалежності майже не відбувалося реформ у системі охорони здоров'я	Зусилля уряду України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) як центрального органу виконавчої влади в галузі охорони здоров'я були спрямовані на запобігання краху існуючої системи охорони здоров'я та забезпечення мінімального рівня соціальних гарантій у наданні медичної допомоги
2000 – 2010 роки	
Визначення ключових напрямків та механізмів реформування системи медичного обслуговування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (введення добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових організацій для добровільної солідарної участі населення в додатковому фінансуванні охорони здоров'я); 2. Упровадження нових фінансових моделей для первинної медичної допомоги, надання більшої самостійності медичним закладам; 3. Сучасні зміни в організації надання медичної допомоги, зокрема перехід до сімейної медицини на первинному рівні; 4. Еволюція форм медичної допомоги, що замінюють стаціонарне лікування.; 5. Регіоналізація акушерської допомоги та набір заходів, спрямованих на підвищення якості медичних послуг
. 2010 – 2013 роки	
Впровадження великої реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах	<p>Втілені пілотні проекти з комплексної реформи системи охорони здоров'я, серед яких найбільш ефективні:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визначення меж між первинною та вторинною медичною допомогою, пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на основі загальної практики – сімейної медицини, а також створення центрів первинної медичної санітарної допомоги з розвинутою мережею амбулаторій у міських та сільських районах; 2. Консолідація фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної медичної допомоги на регіональному рівні; 3. Введення системи маршрутизації пацієнтів до медичних закладів, що відповідають ступеню важкості та складності їхніх захворювань, а також організація лікарень інтенсивної терапії як основних установ у госпітальних округах; 4. Впровадження системи оплати праці залежно від обсягу та якості виконаної роботи; 5. Введення державного регулювання цін на медикаменти для лікування осіб з гіпертонічною хворобою шляхом застосування порівняльних (референтних) цін і системи реімбурсації.
2014 року і дотепер	
Комплексне реформування системи охорони здоров'я почалося після певної паузи, зумовленої потребою нового уряду у розробці підходів до реформування цієї сфери	<ol style="list-style-type: none"> 1. Система державного регулювання цін на лікарські засоби була вдосконалена шляхом розширення спектра захворювань, включаючи серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму та цукровий діабет другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації — повного або часткового відшкодування вартості ліків; 2. Введено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції; 3. Уряд дозволив фінансування закладів охорони здоров'я з державного та місцевого бюджетів одночасно, а також з різних джерел бюджетного фінансування; 4. Введення державного гарантованого пакету медичних послуг; 5. Консолідація бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні з установами центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг; 6. Перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на основі договорів; 7. Автономізація постачальників медичних послуг, у результаті якої більшість з них отримала статус некомерційних медичних підприємств, а також впровадження електронної системи охорони здоров'я.

Джерело: складено автором на основі [21]

Водночас реформаторська логіка у площині організації управління закладами охорони здоров'я передбачала відхід від суто утриманського

підходу до моделі інституційної відповідальності та управлінської автономії, посиленої цифровими інструментами.

До ключових змін належать автоматизація діяльності постачальників медичних послуг і формування управління на основі даних через використання медичних інформаційних систем, перегляд підходів до оплати праці з орієнтацією на обсяг і якість виконаної роботи, а також розвиток практик стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах. У стратегічному вимірі це трансформується у потребу забезпечити керованість організації через чіткий розподіл управлінських ролей, функціонування систем внутрішнього контролю, управління ризиками та комплаєнсу, а також підвищення управлінської спроможності структурних підрозділів у межах єдиної стратегії розвитку закладу.

Окремим напрямом реформування виступало фінансування системи охорони здоров'я, що включало запровадження нових інструментів фінансового забезпечення та зміщення акцентів від фінансування «мережі» до фінансування «послуги» і досягнутого результату. У цьому контексті актуалізувалися підходи, пов'язані з розвитком страхової медицини, посиленням цільового бюджетного фінансування та використанням державних трансфертів як інструменту забезпечення соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я. На рівні медичного закладу зазначені зміни означають, що фінансовий менеджмент має бути невід'ємною частиною стратегічного управління: бюджетування повинно узгоджуватися з цілями і пріоритетами розвитку, витрати підлягати плануванню та контролю, ризики своєчасно ідентифікуватися, а ресурси перерозподілятися відповідно до ключових управлінських пріоритетів, зокрема підвищення якості та безпеки допомоги, розвитку людського капіталу й удосконалення інфраструктури.

Регуляторний вимір реформ відображався через механізми державного регулювання у сфері лікарських засобів, зокрема шляхом застосування інструментів впливу на доступність і ціни, а також через нормативні вимоги до стандартів, протоколів, ліцензування, акредитації та контролю якості. Для

системи публічного адміністрування медичного закладу це означає необхідність інтегрувати виконання регуляторних вимог у внутрішню систему управління якістю та ризиками, щоб нормативне дотримання не зводилося до формальної звітності, а забезпечувало реальне підвищення результативності та безпеки. У цьому аспекті зростає значущість внутрішніх політик і процедур, регулярних аудитів, етичних стандартів, антикорупційних запобіжників, а також механізмів врегулювання конфлікту інтересів і підвищення прозорості управлінських процесів.

З огляду на зазначене, доцільним є виділення чотирьох етапів реформування системи охорони здоров'я в незалежній Україні, в межах кожного з яких може бути окреслено сукупність нормативно-правових актів і надано їх змістовну характеристику (табл. 1.2).

Отже, реформування системи охорони здоров'я на кожному етапі відбувається як комплексна трансформація, що охоплює взаємопов'язані складові публічного адміністрування та регулювання. Йдеться не про ізольовані зміни окремих процедур, а про послідовне оновлення економічних механізмів, соціальних пріоритетів, правових інструментів і організаційних моделей, які в сукупності визначають спроможність галузі забезпечувати доступні, якісні та безпечні медичні послуги.

Економічна складова реформування відображає перехід до більш раціональної й прозорої моделі фінансування, у межах якої уточнюються пріоритети бюджетних видатків, механізми розподілу ресурсів та інструменти фінансової відповідальності надавачів послуг. У цьому контексті визначальним є формування таких підходів, що забезпечують збалансування між державними гарантіями та реальними фінансовими можливостями системи. Паралельно відбувається інституціоналізація правил функціонування приватного сегмента медицини, зокрема через розвиток систем оплати послуг, тарифоутворення, договірних механізмів і страхових інструментів.

Таблиця 1.2 – Нормативне забезпечення модернізації системи охорони здоров'я України

Часовий період змін	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
1991 - 1999 роки	Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей»	Визначення правових, організаційних, економічних і соціальних основ охорони здоров'я в Україні
2000 - 2007 роки	Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації»; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Започаткування інституту сімейного лікаря, боротьба з найпоширенішими та серйозними захворюваннями, поліпшення медичного обслуговування, спроби впровадження страхової медицини, реалізація стандартів лікування на основі доказової медицини, а також розвиток недержавного медичного сектора.
2008 - 2014 роки	Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр.; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних установ.
2015 - 2020 роки	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (автономізація постачальників медичної допомоги) та інші	Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Впровадження нових форм фінансування медичних установ та оплати праці медичних працівників. Введення гарантованого державою пакета медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичних послуг. Реалізація принципу «гроші слідують за пацієнтом». Впровадження соціального медичного страхування. Розвиток сучасної системи управління медичною інформацією.

Джерело: складено автором на основі [21-24;31-36]

Важливо підкреслити, що саме економічний вимір реформ задає «матеріальну базу» для реалізації політик якості, оновлення інфраструктури, цифровізації та мотивації персоналу, а отже виступає ключовим чинником довгострокової стійкості системи охорони здоров'я.

Соціальна складова трансформацій зосереджена на формуванні суспільно значущих гарантій у сфері здоров'я та забезпеченні справедливого доступу до медичної допомоги. На цьому рівні визначаються пріоритети

соціальної політики щодо профілактики, раннього виявлення захворювань, підтримки вразливих груп, подолання територіальних та економічних бар'єрів у отриманні послуг. Важливим результатом соціального виміру реформ має стати зміцнення принципу універсальності: медична допомога повинна бути доступною для всіх верств населення незалежно від рівня доходів, соціального статусу чи місця проживання. Крім того, соціальна компонента включає розвиток механізмів комунікації з громадою, підвищення довіри до медичних інституцій, формування пацієнтоорієнтованих сервісів та інструментів зворотного зв'язку, що відповідає сучасним підходам до належного врядування.

Правова складова реформування відображає потребу у створенні стабільного й узгодженого регуляторного поля, яке забезпечує передбачуваність функціонування галузі та захист прав пацієнтів і медичних працівників. У межах цього виміру визначаються напрями правового регулювання діяльності державних і комунальних закладів охорони здоров'я, а також правила функціонування ринку приватної медицини у різних медичних спеціальностях і видах послуг. Правове забезпечення реформ передбачає унормування ліцензування, акредитації, стандартів якості та безпеки, порядку надання послуг, фінансових відносин і відповідальності сторін. Водночас правова компонента має забезпечити баланс між регуляторним контролем і управлінською автономією закладів, що є необхідною умовою впровадження стратегічного управління, підвищення ефективності та інноваційності медичних установ.

Організаційна складова реформ є практичною площиною, у якій закріплюється логіка функціонування системи: порядок надання медичної допомоги на всіх рівнях (первинному, вторинному, третинному), маршрутизація пацієнтів, взаємодія між ланками, вимоги до спроможності закладів і стандарти організації процесів. Саме організаційний вимір визначає, як стратегічні цілі «перекладаються» у повсякденну діяльність медичних установ: через оптимізацію структури, управління процесами,

розподіл функцій, розвиток кадрового потенціалу та впровадження систем управління якістю. Окреме значення має організація фінансування медичних послуг, оскільки вона поєднує управлінські рішення щодо планування, контрахтування, обліку й контролю витрат із реальними клінічними та сервісними результатами.

Таким чином, багатовимірний характер реформування системи охорони здоров'я засвідчує, що кожен етап трансформацій має оцінюватися крізь призму взаємодії економічних, соціальних, правових та організаційних змін. Узгодженість цих складових формує основу стратегічної керованості системи, мінімізує ризики фрагментарності реформ і створює умови для сталого підвищення якості медичної допомоги.

Вітчизняні дослідники В. Лехан, Л. Крячкова та М. Заяврський, аналізуючи стратегічні орієнтири розвитку охорони здоров'я в Україні, запропонували власну логіку етапності реформування, яка систематизує ключові зміни та дозволяє простежити їх послідовність (табл. 1.3). Їхній підхід є методологічно цінним у контексті публічного адміністрування, оскільки дає змогу структурувати реформу як керований процес із чітко визначеними фазами, управлінськими завданнями та очікуваними результатами, що є важливим для формування стратегічних рішень на рівні конкретного медичного закладу.

1 етап - підготовчий (2010-2012 роки) у стратегічній логіці публічного адміністрування виконує функцію формування «управлінської архітектури змін», тобто створення нормативних, організаційних і ресурсних передумов для подальших структурних перетворень. Насамперед ключовим завданням цього етапу було забезпечення законодавчої та нормативної бази, яка визначає правила функціонування системи, розподіл компетенцій, вимоги до безпеки та якості послуг, а також регламентує фінансові та управлінські процедури.

Для медичного закладу на мікрорівні це означає необхідність системного комплаєнсу (відповідності) локальних регламентів чинному

праву, розроблення внутрішніх політик (клінічних маршрутів, процедур закупівель, протоколів управління ризиками, правил захисту персональних даних) і створення механізмів підзвітності.

Таблиця 1.3 – Опис етапів реформування системи публічного управління в сфері охорони здоров'я незалежної України.

Часовий період	Назва етапу	Характеристика змін у системі публічного управління
1991-1994 роки	Переорієнтація	Значно скоротилася управлінська вертикаль, а управлінські посади не завжди обіймали особи, які мали достатню компетенцію в управлінні, економіці, праві та психології. Як наслідок, спостерігається зростання соціального напруження в галузі, відтік кадрів, а також погіршення якості медичної допомоги і соціально-економічного та правового захисту медичних працівників.
1995-1998 роки	Перехідний	На фоні зниження основних демографічних показників, зростання захворюваності на деякі соціально значущі хвороби (туберкульоз, СНІД) та низьких загальних показників здоров'я населення спостерігалася певна стабілізація політичної та соціально-економічної ситуації в країні, зокрема в галузі охорони здоров'я. Таким чином, з'явилися перші ознаки ринкової економіки (виникло конкурентне середовище; зникнув тотальний дефіцит медичних послуг, лікарських засобів та медичної техніки; втратило актуальність детальне централізоване планування охорони здоров'я). Було прийнято основні закони в галузі охорони здоров'я, а також протокольно затверджено Кабінетом Міністрів України у 1997 році Концепцію реформування галузі, яка визначала основні напрямки державної політики в сфері охорони здоров'я. Крім того, фінансувалися цільові науково-дослідні роботи та налагоджувалися міжнародні зв'язки для вирішення проблем охорони здоров'я і надання медичної допомоги в рамках програм «TACIS», «Здоров'я реформ», «Трансформ» тощо.
Із 1999 року	Умовно ринковий	Період реформ у сфері охорони здоров'я можна вважати відносно ринковим, оскільки він характеризується розробкою державної концепції реформування галузі та нової нормативно-правової бази, визначенням необхідності переходу до науково обґрунтованих моделей управління, формулюванням загальної державної політики в сфері охорони здоров'я населення, а також перспективними напрямками організації медичної допомоги — впровадженням сімейної медицини та медичного страхування.

Джерело: складено автором на основі [38]

Другим змістовним блоком підготовчого етапу стала розробка планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я місцевими органами влади із залученням громадськості та методичною підтримкою профільного міністерства, з урахуванням потреб населення на різних рівнях медичної допомоги.

У стратегічному вимірі йдеться про перехід від адміністративного утримання мережі до управління доступністю та безперервністю послуг. Для

окремого медичного закладу це трансформується у завдання стратегічного позиціонування: визначення ролі установи у регіональній системі надання допомоги, оптимізацію внутрішніх підрозділів, формування стійких партнерств і «маршрутів пацієнта» з іншими провайдерами (первинка-лікарня-реабілітація).

Третім важливим компонентом підготовчого етапу була ініціатива створення незалежної структури оцінювання відповідності медичних закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам. У площині публічного адміністрування це відображає європейський підхід до відокремлення функцій: політика і стандарти з одного боку, незалежна оцінка і контроль якості з іншого. На рівні медичного закладу така логіка підсилює потребу впровадження внутрішніх систем управління якістю, регулярних аудитів, самооцінювання за індикаторами безпеки пацієнта, а також формування культури доказовості управлінських рішень.

Окрему роль на підготовчому етапі відіграли заходи з формування інструментів обліку та планування, зокрема створення Всеукраїнського реєстру пацієнтів. У стратегічному управлінні дані є базовим ресурсом: вони дозволяють прогнозувати потреби, оцінювати ефективність, планувати потужності й бюджет. На рівні медичного закладу це означає розвиток цифрових контурів управління: налагодження реєстраційних процесів, інтеграцію з електронними медичними системами, стандартизацію збору даних для управлінської аналітики та формування КРІ (наприклад, час очікування, повторні госпіталізації, середня тривалість перебування, індикатори інфекційної безпеки).

П'ятий блок підготовчого етапу - заснування Фонду медичного страхування та його територіальних відділень, забезпечення їх ресурсами і кадрами у стратегічній перспективі відображає рух до фінансової моделі, в якій закупівля послуг відокремлюється від їх надання. Для медичного закладу це створює потребу переходу до більш «контрактної» управлінської поведінки: планування доходів під обсяги та якість послуг, управління

собівартістю, підготовка управлінської звітності, а також розвиток компетентностей у сфері договірної роботи й тарифікації.

Завершальним елементом підготовчої фази була апробація запропонованих змін у пілотних регіонах, що в термінах стратегічного адміністрування відповідає принципу «керованого експерименту» та управління змінами через пілотування. Для медичного закладу цей підхід може бути представлений як запровадження проєктного управління реформами: запуск пілотних процесів (електронний запис, нові маршрути, внутрішній аудит якості), подальша оцінка результатів і масштабування успішних рішень.

2 етап - етап реалізації (2013-2018 роки) у концепції стратегічних засад є фазою інституційного впровадження, тобто переходу від підготовлених механізмів до системних змін у структурі, фінансуванні та управлінні. Передусім він передбачав структурну реорганізацію системи медичного обслуговування, спрямовану на оптимізацію мережі, уточнення функцій закладів та формування більш ефективної логістики надання медичної допомоги.

На рівні медичного закладу це означає необхідність організаційного редизайну: аналізу процесів, перегляду функціональних ролей підрозділів, впровадження клінічного менеджменту та підсилення управління потоками пацієнтів.

Другою ключовою зміною стало впровадження контрактної моделі закупівлі медичних послуг, що зміщує акцент у бік оплати за обсяг та/або результат. Для закладу це трансформується у стратегічну вимогу: будувати управління на основі портфеля послуг, підтвердження спроможності їх надавати, забезпечення відповідності стандартам і формування репутаційного капіталу через якість та сервісність.

Третій елемент - запровадження нових форм фінансування медичних установ посилює значення фінансової автономії, бюджетної дисципліни та управлінського обліку. У стратегічному адмініструванні медичного закладу

це має виражатися у створенні системи фінансового планування (бюджетування), управління витратами, підвищенні прозорості закупівель, а також у використанні економічних інструментів для стимулювання ефективності (наприклад, внутрішні центри відповідальності, аналіз витрат на клінічні випадки).

Четвертий напрям - оновлення системи оплати праці медичного персоналу є критично важливим для реалізації стратегічних змін, адже персонал виступає носієм організаційної спроможності. На рівні закладу це означає впровадження мотиваційних механізмів, які поєднують базову оплату з показниками якості, дотриманням стандартів, розвитком компетентностей і командною результативністю. Такий підхід відповідає європейській практиці, де управління кадрами є складником загальної системи якості та безпеки.

П'ятий блок заходів - підвищення доступності ліків та забезпечення їх якості виводить на перший план фармацевтичний менеджмент, логістику та контроль якості. Для медичного закладу це проявляється у прозорих процедурах закупівель, управлінні запасами, мінімізації дефіцитів, а також у запровадженні протоколів раціонального використання лікарських засобів.

Окремим завданням етапу реалізації було завершення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги. У стратегічному вимірі якість повинна бути не «кампанією», а постійною управлінською функцією: планування якості, вимірювання індикаторів, управління ризиками, робота зі скаргами та зворотним зв'язком пацієнтів. Для медичного закладу це означає побудову системи QA/QI, посилення клінічних аудитів, навчання персоналу та стандартизацію процесів.

Завершальним пунктом визначено запровадження соціального медичного страхування, яке у стратегічній логіці створює довгострокові фінансові гарантії та підсилює роль закупівельника як інструмента контролю якості й ефективності. Для медичного закладу це означає необхідність адаптації до умов страхового ринку: підвищення прозорості, точності обліку

послуг, верифікації випадків, а також готовності до конкурентного середовища, де пацієнт/страховик обирає.

У межах зазначених етапів сформовано стратегічний пакет напрямів удосконалення системи охорони здоров'я, який водночас може бути «перекладений» на стратегічні контури управління конкретним медичним закладом.

По-перше, розмежування первинної та вторинної допомоги означає потребу чітких маршрутів пацієнта, координації між ланками й управління напрямками, щоб уникати дублювання та перевантаження стаціонарів.

По-друге, формування структури надання медичної допомоги в сільській місцевості актуалізує мобільні/дистанційні моделі, телемедицину, логістичні рішення та партнерства з громадами.

По-третє, створення госпітальних округів передбачає регіональну координацію та спеціалізацію закладів, що підвищує значення стратегічного планування розвитку потужностей і профілів.

По-четверте, розробка структури вторинної допомоги та розвиток лікарень різних типів формує вимогу до диференціації функцій, концентрації складних послуг і раціонального використання ресурсів.

По-п'яте, розвиток відомчої та приватної медицини і запровадження договірних відносин у закупівлі послуг посилює конкуренцію та потребу медичних закладів у стратегічному менеджменті, маркетингу послуг, сервісності та інноваціях.

По-шосте, вдосконалення системи управління закладами охорони здоров'я означає перехід до сучасного публічного адміністрування: автономія та підзвітність, управління за результатами, цифровізація управлінських процесів, ризик-менеджмент і сталий розвиток.

Узагальнюючи, визначення етапів реформування та напрямів удосконалення дозволяє сформувати висновок, що ефективність системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від стратегічної визначеності державної політики та її інституційної наступності.

Для мінімізації фрагментарності реформ і зменшення залежності від політичних циклів необхідно закріплювати на національному рівні довгострокові стратегічні пріоритети, стандарти управління та механізми фінансової стійкості, а на рівні медичного закладу - імплементувати стратегічне планування, результативне бюджетування, управління якістю та цифрову трансформацію. Саме поєднання макрорівневої стабільності політики та мікрорівневої управлінської спроможності медичних установ створює умови для послідовної модернізації публічного адміністрування, підвищення якості послуг і зростання довіри громадян до системи охорони здоров'я.

1.2. Зарубіжні моделі стратегічного публічного адміністрування медичних закладів: інструменти, стандарти та управлінські практики

Сучасна парадигма глобального економічного розвитку та соціального поступу ґрунтується на пріоритетності людського капіталу, центральним елементом якого є реалізація фундаментального права людини на життя і здоров'я, а відтак - на отримання своєчасної, безпечної та якісної медичної допомоги. За таких умов охорона здоров'я перестає бути виключно соціальною сферою і набуває ознак стратегічного сектору, що впливає на продуктивність економіки, демографічну стійкість, соціальну згуртованість і національну безпеку. Саме тому аналіз національних моделей організації медичної допомоги стає дедалі значущішим: він дозволяє виявляти управлінські та фінансові механізми, які забезпечують доступність послуг і результативність системи, а також визначати можливості їх адаптації до інституційних умов конкретної країни.

Нині більшість держав світу стикається з комплексом системних викликів у сфері охорони здоров'я, що мають як довгострокову, так і кризову природу. До ключових чинників належать демографічні зрушення (старіння населення, зміна структури захворюваності), епідеміологічні трансформації

(зростання тягаря неінфекційних хвороб при збереженні ризиків інфекцій), соціально-економічна нерівність у доступі до послуг, дефіцит фінансових і кадрових ресурсів, стрімкий технологічний розвиток та підвищення очікувань населення щодо сервісності й якості лікування. У періоди економічної нестабільності зазначені проблеми загострюються, оскільки зростає розрив між потребами громадян та бюджетними можливостями держави, ускладнюється підтримання інфраструктури, зростає вартість медичних технологій та лікарських засобів, а також посилюється ризик погіршення результатів громадського здоров'я.

У такому контексті міжнародні інституції, зокрема експертні структури Всесвітньої організації охорони здоров'я, акцентують увагу на необхідності збереження доступності медичних послуг та посилення стійкості систем охорони здоров'я під час фінансово-економічних труднощів. Співпраця міжнародних партнерів із європейським сектором охорони здоров'я спрямована на пошук збалансованих рішень, які поєднують фіскальну відповідальність із забезпеченням базових гарантій для населення, розвитком профілактики та управлінням ризиками. Фактично йдеться про формування спільного порядку денного, в межах якого людство прагне консолідувати зусилля для відповіді на глобальні загрози від епідемій до соціальних та демографічних дисбалансів, і водночас підвищити здатність держав прогнозувати траєкторії розвитку та уникати сценаріїв, що становлять ризики для безпеки й добробуту суспільств.

Глобальні проблеми мають наднаціональний характер і торкаються життєвих інтересів населення різних країн, тому їх розв'язання потребує координації, спільних стандартів та узгоджених політик, а не ізольованих локальних рішень. Мова йде про виклики природного, науково-технічного, соціально-економічного та суспільно-політичного характеру, що виходять за межі спроможності окремих регіонів і вимагають системних рішень на рівні держав, міжнародних організацій та професійних спільнот.

У цьому сенсі публічне управління охороною здоров'я в Україні набуває статусу одного з ключових державних пріоритетів, оскільки від його ефективності залежить збереження людського потенціалу, безперервність життєво важливих послуг, соціальна стабільність та спроможність країни до відновлення й розвитку.

З огляду на соціальну значущість, політика у сфері охорони здоров'я перебуває у фокусі уваги широкого кола стейкхолдерів: органів державної влади та місцевого самоврядування, політичних лідерів, громадських активістів, професійних медичних спільнот, науковців, пацієнтських організацій і експертних інституцій. Для забезпечення результативних реформ ключового значення набуває систематичне вивчення та адаптація найкращих міжнародних практик, не шляхом механічного копіювання, а через інституційно виважене запозичення управлінських рішень, що відповідають національним умовам, ресурсним можливостям і стратегічним цілям. У цьому контексті стратегічний підхід до публічного адміністрування передбачає: формування довгострокових пріоритетів, узгодження реформ із бюджетним плануванням, розвиток управління на основі даних, підзвітність і прозорість, а також орієнтацію на вимірювані результати для пацієнта та громади.

Трансформація системи охорони здоров'я обґрунтовано визнається одним із пріоритетних напрямів реформ, оскільки сучасний стан політики щодо збереження здоров'я нації супроводжується множинними викликами, що потребують підсиленої уваги з боку держави та суспільства. Серед найбільш суттєвих чинників, які посилили навантаження на галузь, слід виокремити повномасштабну війну, глобальну пандемію COVID-19, а також загострення медичних, соціальних і демографічних проблем за умов обмежених фінансових ресурсів. Такі обставини актуалізують необхідність ефективного публічного управління, здатного забезпечити стійкість медичних закладів, безперервність надання допомоги, готовність до надзвичайних ситуацій, відновлення інфраструктури та підтримку кадрового

потенціалу. Відтак вивчення сучасного світового досвіду функціонування систем охорони здоров'я, їх інституційного розвитку та інструментів модернізації стає методологічною основою для обґрунтування реформаторських змін в Україні.

Одним із центральних завдань політичного керівництва будь-якої держави є забезпечення конституційних прав громадян у сфері охорони здоров'я та формування збалансованої моделі фінансування в умовах дефіцитності ресурсів. У практичному вимірі це означає необхідність постійного пошуку компромісу між соціальними зобов'язаннями держави, економічною доцільністю та управлінською ефективністю. Уряди багатьох країн європейського регіону здійснюють регулярний аналіз власних систем охорони здоров'я, оцінюючи дієвість моделей фінансування, організації та надання медичних послуг, а також вплив управлінських інновацій на якість допомоги та показники здоров'я населення. Водночас модернізація охорони здоров'я має комплексний характер і поєднує нормативно-правову, економічну та організаційну діяльність: від зміни правил гри й механізмів закупівлі послуг до оптимізації мережі закладів, впровадження цифрових рішень, посилення системи якості та управління людськими ресурсами.

Принципово важливо, що оцінювання реформаторських заходів не може зводитися лише до короткострокової економії державних коштів. Ефективність трансформації визначається насамперед її здатністю підвищувати рівень здоров'я населення, забезпечувати рівний доступ, зменшувати катастрофічні витрати домогосподарств, покращувати результати лікування та безпеку пацієнтів. Саме тому сучасні підходи до реформування охорони здоров'я мають спиратися на доказовість, прозорі критерії результативності та врахування контексту: кожна країна має унікальну історію становлення системи, власну інституційну траєкторію та специфіку політичних рішень, що впливають на можливості й межі реформ. У зв'язку з цим аналітичний фокус доцільно спрямовувати на виявлення потенціалу системи (управлінського, фінансового, кадрового,

технологічного), а також ризиків і загроз, з якими вона може зіткнутися як у поточній, так і в довгостроковій перспективі.

Порівняльний аналіз міжнародних практик засвідчує, що у країнах з високим рівнем економічного розвитку обсяги фінансування здебільшого відповідають реальним потребам у споживанні ресурсів для надання медичних послуг, що дозволяє підтримувати високі стандарти якості та доступності. У державах із середнім рівнем доходу нерідко функціонують комбіновані підходи, коли поєднуються бюджетні механізми, елементи страхового фінансування та прямі платежі населення. Водночас навіть за схожих моделей кожна країна здійснює власні системні коригування, реагуючи на демографічні тенденції, бюджетні обмеження, технологічні зміни та суспільний запит. У науковій літературі поширеним є узагальнений поділ на три базові типи організації фінансування та надання медичної допомоги: державна (бюджетна) система, страхова модель та змішана система, що поєднує інструменти різних підходів (табл. 1.4).

Згідно з підходами ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має забезпечувати доступність послуг і охоплювати широкий спектр медичної допомоги, достатній для виконання основних функцій профілактики, лікування, реабілітації, реагування на загрози громадському здоров'ю та підтримки здорового способу життя. У цьому контексті фінансове забезпечення охорони здоров'я розглядається як ключова складова фінансового механізму держави й галузі, що визначає принципи, джерела та форми фінансування суб'єктів, які здійснюють захист, збереження та зміцнення здоров'я населення. Йдеться про бюджетні видатки, страхові внески, контрактні механізми оплати послуг, програми співфінансування, цільові фонди, а також про інструменти контролю ефективності витрачання коштів. Саме фінансовий контур, у поєднанні з організаційною спроможністю та нормативним регулюванням, формує основу для стійкого функціонування медичних закладів і реалізації стратегічних реформ у системі охорони здоров'я України.

Таблиця 1.4 – Загальна характеристика систем охорони здоров'я різних країн світу

Опис системи надання медичних послуг	Джерело фінансування медичних послуг	Обсяг витрат на систему надання медичних послуг, у відсотках від ВВП країни (на 01.01. 2024 року)
Фінляндія		
Медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві системи є універсальними і фінансуються переважно за рахунок податків. Планування національної системи та загальне управління нею здійснюється Міністерством соціальної допомоги та охорони здоров'я (МСДОЗ).	Медичне страхування	9,2
Франція		
Франція має складну комбінацію приватного та державного секторів у фінансуванні та наданні медичної допомоги. Система заснована на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, яка значною мірою доповнюється добровільним страхуванням. Охорона здоров'я у Франції в основному регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я в цілому, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, що фінансують охорону здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. Міністерства соціальних справ та охорони здоров'я є основними установами, які відповідають за політику в сфері охорони здоров'я на національному рівні.	Медичне страхування	11,3
Німеччина		
Організація та фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині ґрунтуються на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежується розробкою законодавчої бази, в рамках якої надаються медичні послуги, тоді як основні виконавчі функції виконують адміністрації окремих земель. Федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, під яким діють органи наукової експертизи.	Медичне страхування	11,2
Нідерланди		
Міністерство громадського здоров'я, добробуту та спорту є основним органом, відповідальним за розробку та виконання політики в галузі охорони здоров'я. Також до його компетенції входить програма соціального страхування.	Медичне страхування	10,1
Велика Британія		
Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії є найвідомішою універсальною системою медичної допомоги. Це державна система, що фінансується переважно за рахунок податків. Послуги доступні для всіх верств населення і, як правило, надаються безкоштовно. Оплата за послуги в рамках НСОЗ не стягується, за винятком випадків, коли пацієнту потрібні особливі умови або додаткове лікування, яке не є клінічно необхідним.	Державне фінансування	9,6
США		
Система охорони здоров'я в США не є універсальною; вона складається з фрагментованих систем і програм, які фінансуються як державними, так і приватними коштами. Американці, які мають страховку, охоплені як державним, так і приватним медичним страхуванням, причому більшість з них отримує покриття через приватні страхові плани, запропоновані їхніми роботодавцями. Державні програми, такі як Medicaid та Medicare, надають медичну допомогу деяким вразливим групам населення.	Комбіноване фінансування	17,1

Джерело: складено автором на основі [41]

Ефективне виконання функцій, покладених на медичні заклади в системі охорони здоров'я, є об'єктивно неможливим без наявності стабільної та достатньої фінансової бази, а також без впровадження результативних механізмів управління фінансовими ресурсами.

Фінансове забезпечення діяльності медичних установ виступає ключовою передумовою їх безперервного функціонування, розвитку матеріально-технічної бази, підвищення якості та доступності медичних послуг, а також реалізації стратегічних цілей у сфері публічного адміністрування охорони здоров'я.

Управління фінансами медичного закладу передбачає формування цілісної системи прийняття управлінських рішень, спрямованих на планування, акумулювання, розподіл та раціональне використання фінансових ресурсів відповідно до визначених пріоритетів розвитку. Зазначена система охоплює як бюджетні процеси, так і механізми фінансового контролю, оцінювання ефективності витрат, а також забезпечення прозорості та підзвітності використання коштів, що особливо актуально в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впровадження принципів стратегічного управління.

Рівень і структура витрат у сфері охорони здоров'я формуються під впливом низки об'єктивних і суб'єктивних факторів. До них, зокрема, належать відмінності в організації процесу надання медичних послуг між різними постачальниками, масштаби та специфіка діяльності медичних закладів, початкові інвестиційні витрати, рівень технологічного оснащення, а також демографічні характеристики та потреби населення. Крім того, суттєвий вплив на обсяги фінансування мають соціально-економічні умови, державна політика у сфері охорони здоров'я та застосовувані моделі фінансування медичних послуг.

У контексті стратегічного публічного адміністрування особливої ваги набуває аналіз структури видатків на охорону здоров'я, що дає змогу оцінити пріоритетність фінансування окремих напрямів медичної допомоги, виявити

дисбаланси у розподілі ресурсів та визначити потенційні резерви підвищення ефективності використання коштів. Саме тому доцільним є подальше дослідження видатків на охорону здоров'я за основними категоріями медичних послуг, що буде представлено у вигляді рис. 1.1 та слугуватиме аналітичною основою для обґрунтування напрямів удосконалення фінансового управління медичними закладами.

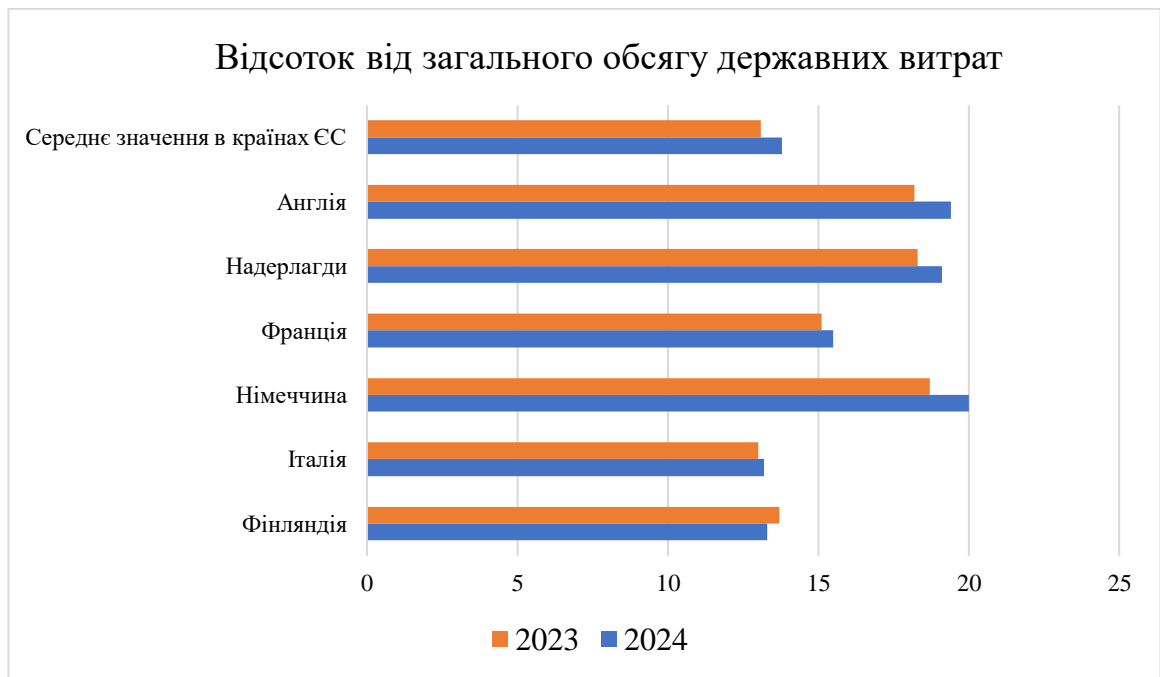


Рисунок 1.1 – Витрати на охорону здоров'я з державних джерел як частка загальних державних витрат у динаміці 2023-2024 років, %

Джерело: складено автором на основі [39]

На рисунку відображено динаміку частки витрат на охорону здоров'я з державних джерел у структурі загальних державних витрат у окремих країнах Європейського Союзу за 2023-2024 роки. Подані дані дають змогу проаналізувати як загальноєвропейські тенденції фінансування сфери охорони здоров'я, так і національні особливості бюджетних пріоритетів.

Аналіз показує, що у 2024 році в більшості розглянутих країн спостерігається зростання частки державних витрат на охорону здоров'я, що свідчить про посилення ролі медичної сфери в системі публічних фінансів. Зокрема, у Німеччині частка таких витрат зросла з 18,7 % у 2023 році до 20,0

% у 2024 році, що є найвищим показником серед представлених країн. Це відображає стратегічну орієнтацію державної політики на підтримку стійкості системи охорони здоров'я, розширення доступу до медичних послуг та фінансування високовартісних медичних технологій.

Суттєве зростання також зафіксовано в Англії, де показник збільшився з 18,2 % до 19,4 %, а також у Нідерландах: з 18,3 % до 19,1 %. Такі тенденції свідчать про активне використання бюджетних інструментів для забезпечення стабільного функціонування медичних систем і реалізації пацієнтоорієнтованих підходів у публічному адмініструванні охорони здоров'я.

У Франції частка державних витрат на охорону здоров'я зросла з 15,12 % у 2023 році до 15,5 % у 2024 році, що вказує на помірне, але послідовне посилення фінансової підтримки галузі. В Італії спостерігається відносна стабільність показника: 13,0 % у 2023 році та 13,2 % у 2024 році, що свідчить про збереження сталого рівня бюджетного фінансування без різких структурних змін. Водночас у Фінляндії зафіксовано незначне скорочення частки витрат - з 13,7 % до 13,3 %, що може бути пов'язано з перерозподілом державних видатків між секторами або підвищенням ефективності використання наявних ресурсів у сфері охорони здоров'я. У середньому по країнах Європейського Союзу частка державних витрат на охорону здоров'я зросла з 13,1 % у 2023 році до 13,8 % у 2024 році, що підтверджує загальноєвропейську тенденцію до посилення соціальної спрямованості бюджетної політики та визнання охорони здоров'я одним із ключових пріоритетів публічного управління. Таким чином, наведений рисунок ілюструє, що охорона здоров'я залишається стратегічно важливою сферою державних фінансів у країнах ЄС, а зростання частки відповідних витрат свідчить про орієнтацію держав на зміцнення інституційної спроможності медичних систем, підвищення якості та доступності медичних послуг. Отримані результати є показовими для обґрунтування доцільності

вдосконалення системи публічного адміністрування медичних закладів із урахуванням європейських фінансово-управлінських підходів.

1.3. Міжнародна співпраця як ресурс стратегічного розвитку та інституційного посилення публічного адміністрування медичної сфери України

У 2020 році процес трансформації національної системи охорони здоров'я в Україні вступив у другу фазу свого практичного впровадження, що стало важливим етапом інституційних та управлінських змін у галузі. Починаючи з 1 квітня 2020 року, було реалізовано комплекс нововведень у сфері надання спеціалізованої медичної допомоги, які очікували як пацієнти, так і медичні працівники закладів охорони здоров'я різних рівнів. Запровадження зазначених змін відбувалося в умовах безпрецедентного виклику для світової та національної медицини - пандемії COVID-19, до якої жодна система охорони здоров'я не мала наперед підготовлених універсальних управлінських рішень.

У період загострення епідеміологічної ситуації медичні працівники були змушені виконувати професійні обов'язки в умовах високого навантаження, обмежених ресурсів та значної невизначеності. Водночас механізми реагування на кризу формувалися в прискореному режимі, що зумовило необхідність гнучких управлінських підходів. У цьому контексті Національна служба здоров'я України (НСЗУ) продемонструвала спроможність до ефективної роботи в надзвичайних умовах, оперативно адаптувавши програму медичних гарантій та механізми контракування закладів охорони здоров'я відповідно до нових викликів. Важливою обставиною 2020 року стало також оновлення керівного складу Міністерства охорони здоров'я України, що відбулося внаслідок політичних змін у державі. Одним із ключових пріоритетів цього періоду стало налагодження інституційної взаємодії між основними суб'єктами реформи. НСЗУ

забезпечила відкритий та деталізований доступ до інформації щодо логіки трансформаційних процесів, їх стратегічної мети, місії та практичних інструментів реалізації. Заклади охорони здоров'я отримали повний доступ до даних про механізми та обсяги фінансування в умовах реформування, що сприяло підвищенню прозорості та передбачуваності управлінських рішень.

Міжнародне визнання трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я України знайшло відображення, зокрема, у резолюції Європейського парламенту від 11 лютого 2021 року, присвяченій імплементації Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. У документі було позитивно відзначено реформаторські зусилля української сторони, зокрема діяльність Міністерства охорони здоров'я та ключових інституцій системи.

У 2020 році Україна отримала суттєву підтримку з боку міжнародних партнерів у процесі реформування медичної галузі. До числа таких партнерів належали ВООЗ, Світовий банк, ЮНІСЕФ, USAID, Швейцарське агентство розвитку та співпраці, Уряд Сполученого Королівства, Уряд Канади, Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Представництво ЄС в Україні, а також низка міжнародних благодійних та експертних організацій. Їхня участь мала як фінансовий, так і консультативно-технічний характер.

Співпраця з міжнародними інституціями розвивалася на основі раніше укладених угод, зокрема Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, програм співробітництва з Міжнародним валютним фондом, а також спільних проєктів МОЗ України та Світового банку. У межах цієї взаємодії здійснювалися заходи з розвитку первинної медико-санітарної допомоги, упровадження нової моделі фінансування медичних послуг, формування єдиного медичного простору та створення сучасних фінансових стимулів для підвищення доступності й якості медичної допомоги.

Особливу роль міжнародні партнери відіграли у протидії пандемії COVID-19. Світовий банк надав додаткове фінансування для посилення

реагування системи охорони здоров'я України в рамках проєкту «Краще здоров'я для людей». НСЗУ стала ключовим інституційним елементом реалізації відповідних програм технічної допомоги, у тому числі за підтримки Швейцарського офісу співробітництва в Україні, Групи Світового банку та експертів ВООЗ.

ВООЗ забезпечила аналітичну та експертну підтримку під час підготовки до другого етапу реформи, зокрема шляхом моделювання бюджетів лікарень, розроблення сценаріїв зниження ризиків, аналізу контрактних моделей та консультацій щодо Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Крім того, організація здійснювала постійну технічну допомогу в оцінюванні епідеміологічної ситуації, підвищенні готовності закладів охорони здоров'я до реагування на COVID-19 та забезпеченні лікарень киснем.

Значний внесок у розвиток управлінської спроможності системи охорони здоров'я зробили проєкти міжнародної технічної допомоги, зокрема ініціативи USAID, спрямовані на підвищення ефективності управління, вдосконалення моделей фінансування, розвиток кадрового потенціалу, забезпечення прозорості та підзвітності, а також покращення якості медичних послуг на всіх рівнях. Окрему увагу було приділено розвитку системи електронного здоров'я (eHealth). У межах міжнародних проєктів здійснювалася автоматизація процесів, передача прав інтелектуальної власності на програмні продукти, оптимізація електронних медичних записів, а також запуск інтегрованих онлайн-сервісів, зокрема eBaby, що суттєво спростило взаємодію громадян із системою охорони здоров'я.

Таким чином, міжнародна підтримка відіграла визначальну роль у забезпеченні стійкості та безперервності реформування системи охорони здоров'я України, поєднуючи фінансові ресурси, експертні знання та інституційну допомогу, що в сукупності сприяло модернізації медичної сфери та підвищенню її адаптивності до кризових викликів (рис. 1.2).



Рисунок 1.2 – Основні види міжнародної підтримки та допомоги у реформуванні сфери надання медичних послуг

Джерело: складено автором на основі [12]

Світовий банк, Європейський Союз, USAID, GIZ та інші міжнародні донори і партнерські структури забезпечують Україні фінансово-ресурсну підтримку, спрямовану на реалізацію пріоритетів медичної реформи. Надані кошти акумулюються для оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, придбання сучасного медичного обладнання, впровадження інноваційних технологічних рішень, а також організації системного підвищення кваліфікації медичних працівників. Значна частина допомоги надається у форматі грантів і кредитних програм, що орієнтовані на розвиток інфраструктури медичних установ, посилення первинної медико-санітарної допомоги та підтримку цільових ініціатив із протидії соціально небезпечним захворюванням, зокрема туберкульозу та ВІЛ/СНІД. Поряд із фінансуванням, важливим компонентом міжнародної взаємодії є експертно-консультаційний супровід реформ. Фахівці з різних країн долучаються до формування та впровадження сучасних управлінських підходів у діяльність медичних закладів, удосконалення організації медичних послуг і підвищення стандартів контролю якості. Така підтримка реалізується через тренінгові програми для лікарів і управлінського персоналу, професійні обміни, а також підготовку практичних рекомендацій щодо впровадження доказових

протоколів і ефективних управлінських моделей. Окремим напрямом співпраці виступає цифрова трансформація охорони здоров'я. Міжнародні партнери сприяють розбудові електронної системи охорони здоров'я, зокрема розвитку електронних медичних записів, електронних рецептів та інструментів моніторингу якості надання послуг. Це забезпечує підвищення прозорості процесів, керованості ресурсів і формування даних для управлінських рішень на різних рівнях системи.

Водночас міжнародна допомога має інституційний вимір і спрямовується на посилення спроможності органів та установ, відповідальних за реалізацію медичної реформи, зокрема Національної служби здоров'я України. Підтримка охоплює навчання персоналу, розроблення стратегічних документів, упровадження кращих світових практик, а також розгортання процедур моніторингу й оцінювання результативності реформ із наданням зворотного зв'язку та пропозицій щодо подальшого вдосконалення управлінських механізмів.

В умовах війни та інших надзвичайних викликів міжнародна спільнота доповнює реформаторські інструменти гуманітарним компонентом: постачанням лікарських засобів, медичного обладнання, а також залученням мобільних медичних команд для роботи у зонах бойових дій і на територіях, що зазнали найбільших руйнувань. Комплексність і багатовекторність такої підтримки формує підґрунтя для підвищення доступності, якості та ефективності медичних послуг, а також для зміцнення стійкості системи охорони здоров'я. Отже, у першому розділі магістерської кваліфікаційної роботи узагальнено теоретико-методологічні засади модернізації публічного управління в медичних закладах України; систематизовано ключові етапи реформування управлінських практик у сфері охорони здоров'я та їх нормативно-правове забезпечення; проаналізовано міжнародний досвід оновлення управління у сфері медичних послуг; а також визначено специфіку міжнародної співпраці України як чинника модернізації публічного адміністрування в медичній галузі.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ТА ОЦІНКА УПРАВЛІНСЬКОЇ СПРОМОЖНОСТІ КНП «ЦЕМД ТА МК У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ КОР»

2.1. Організаційно-управлінський профіль медичного закладу та аналіз архітектури публічного адміністрування

Комунальне некомерційне підприємство «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області Кіровоградської обласної ради» (надалі - КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР») є ключовою ланкою регіональної системи охорони здоров'я, що забезпечує цілодобове надання екстреної медичної допомоги населенню області. Підприємство створене у 2013 році та функціонує як комунальна неприбуткова установа, засновником якої є Кіровоградська обласна рада. Діяльність Центру має стратегічне значення для гарантування права громадян на своєчасну та якісну медичну допомогу у невідкладних станах, а також для організації медичного реагування в умовах надзвичайних ситуацій і катастроф.

Основною перевагою КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» є його постійна готовність до оперативного реагування на виклики будь-якого рівня складності. Завдяки розгалуженій мережі підрозділів, диспетчерських служб та бригад екстреної медичної допомоги забезпечується безперервне медичне обслуговування населення області у режимі 24/7. У складі підприємства працюють лікарі медицини невідкладних станів, фельдшери, парамедики, медичні сестри, водії санітарного транспорту та управлінський персонал, що дозволяє здійснювати комплексне медичне реагування відповідно до сучасних клінічних протоколів.

Матеріально-технічна база центру включає парк спеціалізованих автомобілів екстреної медичної допомоги, оснащених необхідним медичним обладнанням для надання допомоги на догоспітальному етапі, засобами моніторингу життєвих показників, дефібриляторами, апаратами штучної вентиляції легень та іншими медичними виробами, що дає змогу медичним бригадам оперативно оцінювати стан пацієнта, стабілізувати його та забезпечувати безпечне транспортування до профільних закладів охорони здоров'я. Особливу роль у діяльності підприємства відіграє координація дій у межах системи медицини катастроф, що передбачає готовність до масових уражень, техногенних аварій, воєнних дій та інших кризових ситуацій.

КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» є значним роботодавцем у регіоні та об'єднує понад 800 працівників, що свідчить про масштаб його операційної діяльності. Фінансове забезпечення підприємства здійснюється переважно за рахунок договорів з національною службою здоров'я України, а також коштів обласного бюджету, субвенцій та інших не заборонених законодавством джерел. Така модель фінансування дозволяє підтримувати стабільне функціонування служби екстреної медичної допомоги, оновлювати матеріально-технічну базу та інвестувати у підвищення професійної компетентності персоналу.

Управління підприємством здійснюється на засадах централізованої організаційної структури, очолюваної директором, який несе відповідальність за стратегічний розвиток, фінансово-економічну діяльність та ефективність використання ресурсів. Внутрішня організаційна структура включає адміністративно-управлінські, медичні, оперативно-диспетчерські та допоміжні підрозділи, що забезпечують узгодженість управлінських рішень і безперервність надання медичних послуг на всій території області.

Таким чином, КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» виступає складною багаторівневою організаційно-управлінською системою, інтегрованою у загальнонаціональну модель екстреної медичної допомоги.

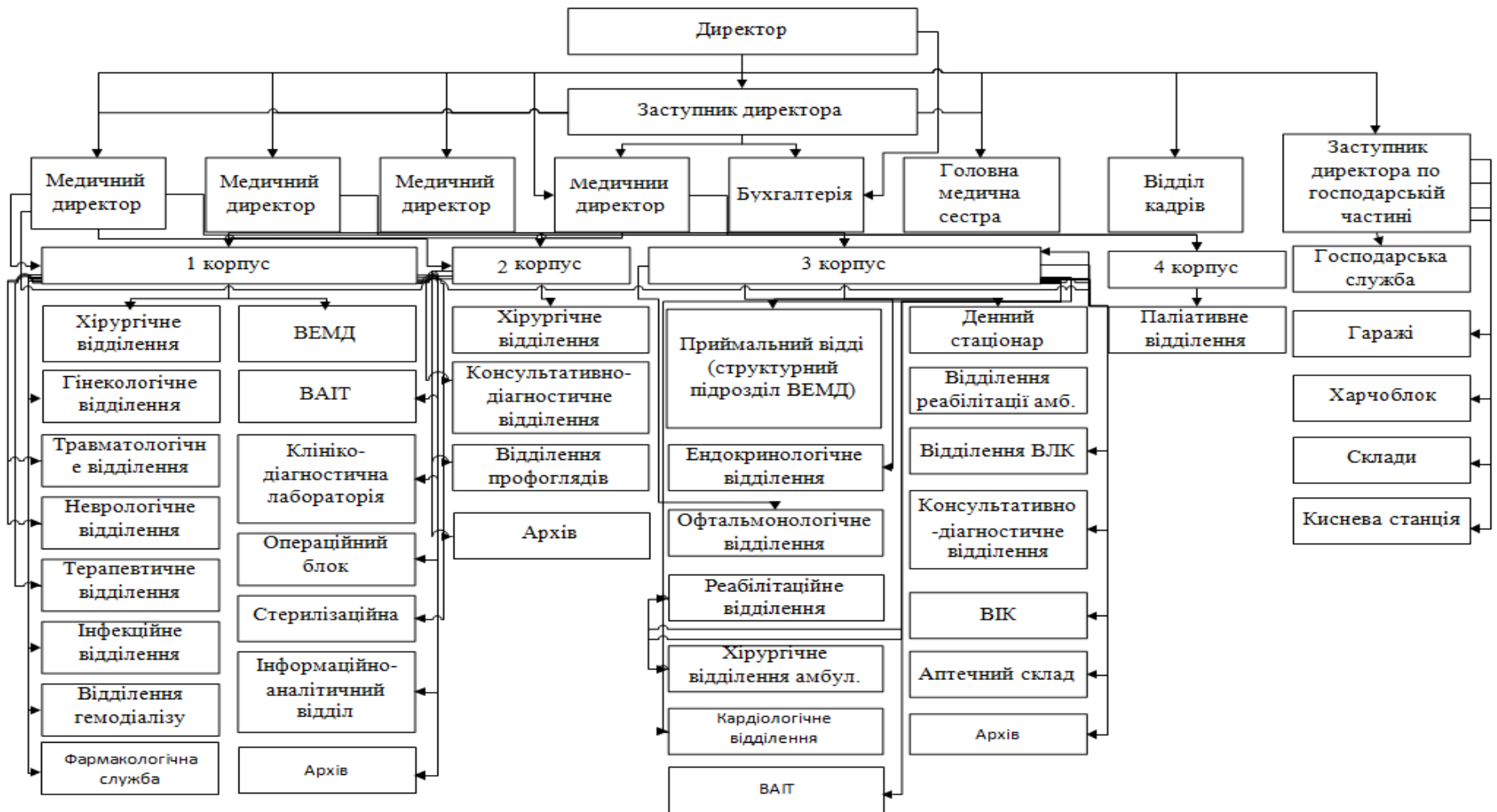


Рисунок 2.1 – Організаційна структура КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР»

Джерело: складено автором за матеріалами медичного закладу

Діяльність медичного закладу спрямована не лише на оперативне реагування у критичних ситуаціях, а й на підвищення загальної стійкості системи охорони здоров'я регіону, що є особливо актуальним в умовах воєнних викликів та зростання навантаження на медичну інфраструктуру.

Організаційна структура управління підприємством та взаємодія його ключових підрозділів будуть детально відображені на рисунку 2.1.

Відповідно до поданої організаційної структури управління (рис. 2.1), діяльність медичного закладу забезпечується сукупністю клінічних, діагностичних, реабілітаційних та адміністративно-господарських підрозділів, функціонально пов'язаних між собою та орієнтованих на надання медичних послуг у стаціонарному й амбулаторному форматах.

Ключову роль у діагностичному забезпеченні лікувально-профілактичного процесу відіграє діагностична лабораторія, яка забезпечує проведення необхідних досліджень для обґрунтування клінічних рішень, моніторингу стану пацієнтів та оцінювання результатів лікування. Важливою управлінською ланкою в структурі закладу виступає інформаційно-аналітичний відділ, функції якого пов'язані з обробкою та узагальненням даних, інформаційним супроводом діяльності підрозділів, а також формуванням аналітичної бази для прийняття управлінських рішень.

Стаціонарний компонент представлений, зокрема, хірургічним відділенням, кардіологічним відділенням, ендокринологічним відділенням, офтальмологічним відділенням, а також паліативним відділенням, що забезпечує надання допомоги пацієнтам, які потребують тривалого симптоматичного лікування та догляду. Окремим елементом організації медичної допомоги є денний стаціонар, який дозволяє поєднувати інтенсивність лікування із ресурсною ефективністю, зменшуючи потребу в цілодобовій госпіталізації у випадках, коли це клінічно виправдано.

Амбулаторний сегмент структури включає консультативно-діагностичне відділення, а також хірургічне відділення амбулаторного типу, що забезпечують консультації, первинну та повторну діагностику, динамічне

спостереження і виконання окремих медичних втручань без цілодобового перебування пацієнта. У межах профілактичної роботи функціонує відділення профоглядів, яке реалізує організацію медичних оглядів та оцінювання стану здоров'я відповідних категорій населення. Додатково в структурі передбачені консультативно-діагностичні підрозділи ВЛК та ВІК, що виконують спеціалізовані функції експертного оцінювання та консультування відповідно до визначених процедур і регламентів.

Невід'ємними складовими технологічного забезпечення хірургічної допомоги є операційний блок, стерилізаційна, а також аптечний склад, які формують ресурсну та логістичну основу безперервності лікувального процесу, дотримання стандартів інфекційного контролю та своєчасного забезпечення лікарськими засобами й витратними матеріалами.

Організація потоків пацієнтів та оперативне реагування на невідкладні стани реалізуються через приймальний відділ (структурний підрозділ ВЕМД), що виконує функції первинного прийому, сортування, первинної оцінки стану та спрямування пацієнтів до відповідних профільних відділень.

Реабілітаційний напрям у структурі закладу представлено відділенням реабілітації амбулаторного типу, що забезпечує відновлювальні заходи та підтримку пацієнтів після перенесених захворювань або втручань у форматі амбулаторного спостереження.

Адміністративно-господарський блок включає архів як інструмент документального забезпечення та збереження медичної документації, а також гаражі, що забезпечують функціонування транспортної інфраструктури закладу та підтримку допоміжних процесів. Таким чином, представлена організаційна структура відображає багатопрофільність закладу та наявність взаємопов'язаних підсистем: стаціонарної, амбулаторної, діагностичної, реабілітаційної й забезпечувальної, що в сукупності формують управлінську та функціональну основу для надання медичних послуг відповідно до потреб населення.

2.2. Оцінка фінансово-ресурсного потенціалу та матеріально-технічного забезпечення як основи стратегічної стійкості медичного закладу

Необхідність здійснення фінансово-економічного аналізу діяльності КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області КОР» зумовлена тим, що заклади екстреної медицини виконують критично важливу суспільну функцію, а отже повинні забезпечувати не лише безперервність надання послуг, але й належний рівень фінансової стійкості, керованості витрат і прозорості використання публічних коштів. У сучасних умовах (реформування системи охорони здоров'я, пандемічні та воєнні виклики, кадровий дефіцит, зростання вартості ресурсів) управлінські рішення в медичному закладі мають спиратися на доказову базу, яку формують показники фінансової звітності та похідні аналітичні індикатори.

Крім того, для комунальних некомерційних підприємств традиційні оцінки «прибутковості» та «збитковості» потребують коректного трактування, оскільки фінансовий результат часто визначається особливостями бюджетного та цільового фінансування, специфікою визнання доходів і витрат, амортизаційною політикою, дооцінками/списаннями активів і формуванням резервів.

Відтак, без системного зіставлення динаміки доходів, структури активів і пасивів, боргового навантаження, витрат на персонал та продуктивності ресурсів неможливо:

1. Адекватно пояснити зміни фінансового результату у звітному періоді;
2. Відокремити операційні чинники від облікових ефектів;
3. Визначити «вузькі місця» у витратній моделі та управлінні ресурсами;
4. Сформувати практичні рекомендації щодо підвищення ефективності

публічного адміністрування закладу на стратегічних засадах.

Саме тому подальший аналіз фінансових показників за 2020-2024 роки розглядається як інструмент управлінської діагностики, що дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки між масштабом діяльності, ресурсним забезпеченням, структурою фінансування та кінцевим фінансовим результатом підприємства.

За даними відкритого профілю OpenDataBot для КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області КОР» (ЄДРПОУ 38540447), упродовж 2020-2024 років підприємство функціонує як великомасштабний суб'єкт публічного сектору охорони здоров'я з високим рівнем операційної активності. Це підтверджується стабільними обсягами доходів на рівні сотень мільйонів гривень щорічно, що є об'єктивним наслідком інституційної ролі закладу екстреної медичної допомоги обласного рівня. Джерелами формування доходної бази виступають, насамперед, договори з Національною службою здоров'я України, субвенції з державного та місцевих бюджетів, а також цільові програми фінансування, що зумовлює відносну передбачуваність і стійкість грошових надходжень.

Водночас така модель фінансування має подвійний ефект. З одного боку, вона забезпечує стабільність доходів незалежно від ринкової кон'юнктури, а з іншого підвищує чутливість фінансового результату до змін у бюджетній політиці, методології обліку та порядку визнання доходів і витрат. Саме цим пояснюється те, що при загальному позитивній динаміці доходів у 2024 році підприємство зафіксувало негативний фінансовий результат.

Аналіз динаміки доходів свідчить про поступове зростання фінансової бази підприємства. Так, у 2024 році дохід КНП становив 287 097 000 грн, що на 23 087 000 грн, або 8,74%, перевищує показник 2023 року (264 010 000 грн). Такий приріст доходів логічно пов'язаний із комплексом факторів: по-перше, зростанням обсягів наданих послуг екстреної медичної допомоги в умовах воєнного стану; по-друге, індексацією тарифів та переглядом пакетів

фінансування НСЗУ; по-третє, підвищенням інтенсивності використання матеріально-технічної бази підприємства. У довгостроковому вимірі за 2020–2024 роки дохід зріс з 237 151 000 грн до 287 097 000 грн, тобто на 21,06%, що свідчить про розширення масштабів діяльності та зростання ролі підприємства у регіональній системі охорони здоров'я.

Однак зростання доходів не супроводжувалося пропорційним покращенням фінансового результату. Навпаки, у 2024 році було зафіксовано чистий збиток у розмірі - 17 802 000 грн після значного чистого прибутку у 2023 році (153 964 000 грн). Таке різке погіршення результату (на 171 766 000 грн) не може бути пояснене виключно операційними факторами, оскільки доходна база підприємства не лише не скоротилася, а й зросла. Це дозволяє зробити висновок, що ключові причини формування збитку мають не стільки виробничо-операційний, скільки обліково-структурний та управлінський характер.

Зокрема, у комунальних некомерційних підприємствах фінансовий результат істотно залежить від порядку відображення цільового фінансування, капітальних трансфертів, амортизації основних засобів, а також від разових операцій - дооцінки або списання активів, створення резервів, коригування зобов'язань. У 2023 році висока «умовна прибутковість» (чиста маржа понад 58%) могла бути наслідком накопичення доходів цільового характеру або відкладеного визнання витрат. Відповідно, у 2024 році відбулося їх одночасне списання або перенесення у витратну частину, що й зумовило різкий перехід до від'ємного фінансового результату при збереженні високих доходів.

Динаміка активів підприємства додатково підтверджує гіпотезу структурних зрушень. За 2020-2024 роки загальна вартість активів зросла з 184 253 000 грн до 619 498 000 грн, тобто більш ніж у 3,3 рази. Такий приріст є прямим наслідком масштабних інвестицій у матеріально-технічну базу: оновлення автопарку швидкої допомоги, закупівлі сучасного медичного обладнання, розвитку інфраструктури та відображення капітальних вкладень

у балансі. Водночас незначне скорочення активів у 2024 році порівняно з 2023 роком (-1,45%) може бути пов'язане з дооцінкою або списанням окремих об'єктів, що також могло вплинути на фінансовий результат звітного року.

Особливо показовою є динаміка зобов'язань, яка у 2024 році набула майже нульового значення. Скорочення зобов'язань з 11 156 000 грн у 2023 році до 77 000 грн у 2024 році (-99,31%) свідчить або про повне погашення короткострокових боргів, або про зміну підходів до класифікації пасивів. У причинно-наслідковому зв'язку це означає формальне зростання фінансової автономії підприємства, але водночас може супроводжуватися перенесенням частини зобов'язань у доходи майбутніх періодів чи інші облікові статті, що впливає на поточний фінансовий результат.

Соціально-економічний аспект діяльності підприємства проявляється у зростанні чисельності персоналу та суттєвому підвищенні середньої заробітної плати. Збільшення оплати праці на 30,28% у 2024 році об'єктивно призводить до зростання фонду оплати праці та відповідних нарахувань, що безпосередньо впливає на витратну частину бюджету. За відсутності адекватної компенсації цих витрат через механізми фінансування, зростання зарплатного навантаження могло стати додатковим фактором формування збитку у 2024 році.

Похідні показники ефективності демонструють суперечливу картину. З одного боку, зростання доходу на одного працівника та підвищення оборотності активів свідчать про інтенсифікацію діяльності та ефективніше використання ресурсів. З іншого боку, негативний фінансовий результат підтверджує, що операційна ефективність не трансформувалася у фінансову стійкість, що характерно для бюджетно-орієнтованих КНП у періоди різких облікових коригувань.

Проведемо аналіз структури доходів медичної установи за 2022 рік (рис. 2.2), що дає змогу визначити ключові джерела формування фінансових ресурсів та ступінь залежності закладу від окремих каналів фінансування.

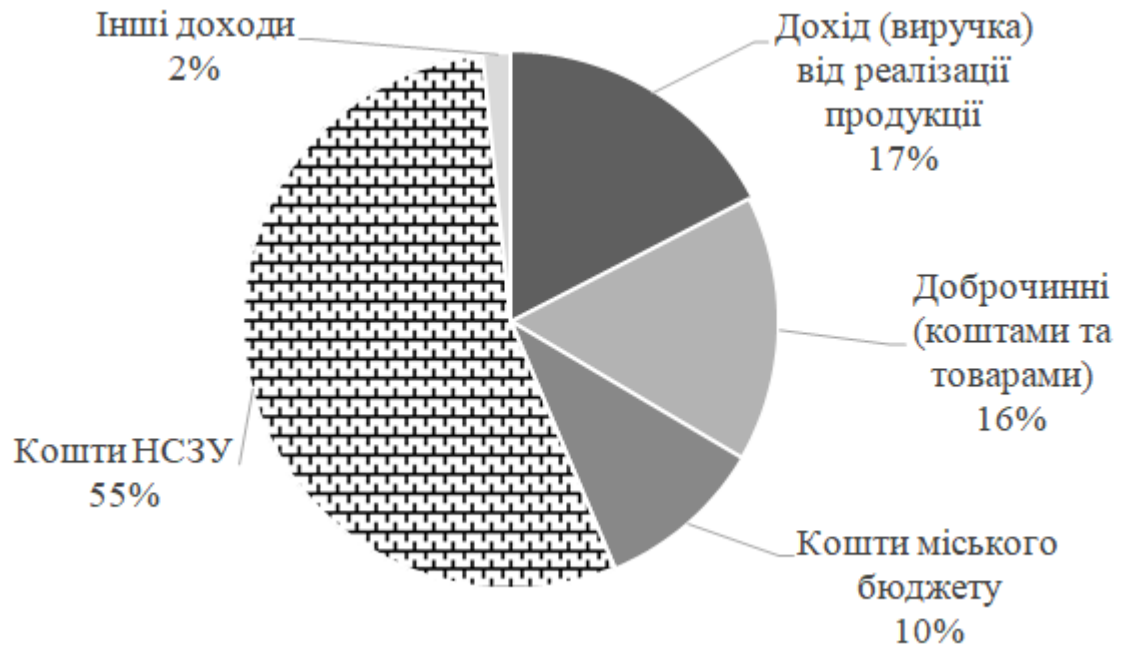


Рисунок 2.2 – Графічне представлення структури доходів КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» у 2024 році

Джерело: складено автором за матеріалами медичного закладу

За підсумками звітного періоду загальний обсяг доходів КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» становив 161 891,3 тис. грн. Домінуючу частку в доходній структурі сформували інші операційні доходи - 77,24%, що охоплюють бюджетні надходження, субвенції та оплату за програмою медичних гарантій. При цьому найвагомим елементом доходів виступили кошти, отримані від Національної служби здоров'я України, частка яких досягла 65,15%. Така пропорція є індикатором істотної фінансової залежності закладу від механізмів державного фінансування та контракування з НСЗУ, що, з одного боку, забезпечує стабільність надходжень, а з іншого - підвищує чутливість до змін у тарифній політиці та умовах оплати медичних послуг.

Доходи від реалізації продукції, товарів, робіт і послуг у 2022 році становили 20,79% загального обсягу. У межах цього блоку частка платних медичних послуг була відносно незначною - 0,99%, тоді як доброчинні внески забезпечили 19,14% доходів. Зазначене співвідношення свідчить, що

комерційна складова фінансування має обмежене значення, натомість відчутну роль у ресурсному забезпеченні установи відіграють благодійні надходження, які можуть бути вагомими, але менш прогнозованими у довгостроковій перспективі.

Додатково у доходній структурі присутні інші доходи (зокрема надходження від цільового фінансування в частині амортизації), питома вага яких становила 1,98%. Отже, модель формування доходів у 2022 році характеризується переважанням зовнішніх джерел фінансування, насамперед коштів НСЗУ, та порівняно малою часткою доходів, що генеруються через платні послуги.

За підсумками звітного періоду загальний обсяг доходів КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» становив 161 891,3 тис. грн, що відображає значну фінансову місткість діяльності закладу. Структурний аналіз надходжень засвідчує домінування інших операційних доходів - 77,24% сукупного доходу. До цієї групи належать бюджетні трансферти, субвенції, кошти місцевого бюджету, а також фінансування за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Водночас саме ресурси НСЗУ формують найбільший елемент доходної бази - 65,15%, що вказує на системо утворювальну роль державного контрагування та, відповідно, на високий рівень залежності підприємства від рішень і параметрів фінансування з боку НСЗУ (обсяги пакетів, тарифи, умови оплати та контролю).

Натомість доходи від реалізації продукції, товарів, робіт і послуг забезпечують лише 20,79% загальної суми. У межах цієї складової платні медичні послуги становлять 0,99%, що характеризує обмеженість комерційного сегмента та другорядність ринкових механізмів у формуванні фінансових ресурсів закладу. Паралельно суттєвою є частка добровільних внесків - 19,14%, що підкреслює вагомість позабюджетної підтримки у забезпеченні операційної спроможності, однак водночас свідчить про потенційні ризики нестабільності такого джерела через його добровільний і

нерегулярний характер.

Інші надходження, зокрема дохід від цільового фінансування в сумі амортизації, формують 1,98% доходів, виконуючи переважно компенсаційно-облікову функцію та не змінюючи загальної логіки фінансової моделі. Узагальнюючи, доходна структура підприємства характеризується переважанням зовнішніх джерел фінансування, насамперед коштів НСЗУ, при відносно незначній ролі комерційних надходжень, що обумовлює підвищену чутливість фінансової стійкості закладу до змін у державній політиці фінансування та бюджетному забезпеченні.

На доповнення аналізу структури доходів проведемо аналіз структури витрат КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР».

Для поглиблення фінансової характеристики установи доцільно доповнити аналізом структури витрат (рис. 2.3), що відображає напрями використання фінансових ресурсів і пріоритети у забезпеченні операційної діяльності.

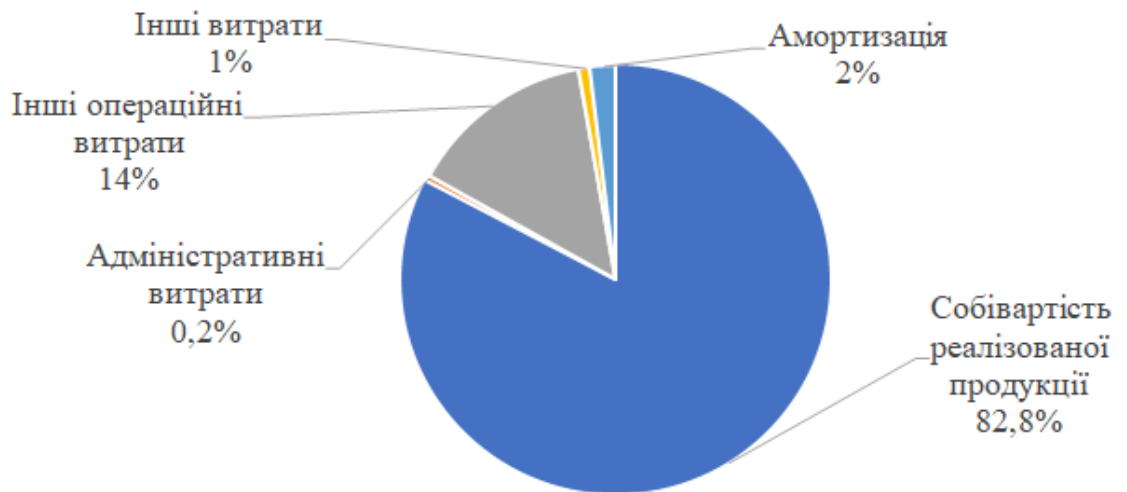


Рисунок 2.3 – Графічне представлення структури витрат КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» у 2024 році

Джерело: складено автором за матеріалами медичного закладу

За звітний період сукупні витрати КНП «ЦЕМД та МК у

Кіровоградській області КОР» також становили 161 891,3 тис. грн, що узгоджується з балансуванням фінансового потоку в межах звітнього року. Найбільшу питому вагу у витратній структурі сформувала собівартість реалізованої продукції (послуг) — 82,71%, що засвідчує концентрацію фінансових ресурсів на безпосередньому забезпеченні процесу надання медичної допомоги (оплата праці, медикаменти, витратні матеріали, енергоресурси тощо). Інші операційні витрати становили 14,15%, причому найбільша їх частина — 11,33% — була спрямована на підтримання об'єкта в належному функціональному стані, включаючи поточні ремонти, технічний нагляд та обслуговування.

Адміністративні витрати мали мінімальний вплив на загальну структуру — лише 0,45%, що може розглядатися як ознака стриманого управлінського навантаження та концентрації ресурсів на основній діяльності. У складі адміністративних витрат окремо виділяються витрати на використання службових автомобілів (0,19%) та страхові послуги (0,02%). Поряд з цим, капітальні видатки становили 2,69%, а амортизаційні витрати — 1,98%, що є важливими компонентами витратного профілю, оскільки відображають інвестиційну складову та процес відтворення/зношення основних засобів.

Таким чином, проведений аналіз демонструє, що фінансові ресурси КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» у 2022 році були переважно спрямовані на забезпечення основної медичної діяльності та підтримання установи у працездатному стані.

Витратна структура має виражений «виробничий» характер, тоді як управлінські (адміністративні) витрати є незначними. Подібний розподіл коштів свідчить про орієнтацію закладу на максимальне ресурсне забезпечення процесів надання допомоги, що є логічним для установи, яка виконує критично важливу функцію екстреної медичної підтримки населення..

Узагальнюючи, фінансово-економічний стан КНП «ЦЕМД та МК у

Кіровоградській області КОР» у 2020–2024 роках характеризується високим рівнем доходів, значною активною базою та практично повною відсутністю зобов'язань, що формально забезпечує фінансову автономію. Водночас різка зміна фінансового результату у 2024 році є наслідком сукупної дії облікових, інституційних і витратних факторів, а не свідченням операційної неефективності.

2.3. Аналіз поточного стану та результативності управлінських змін: інструменти модернізації й бар'єри впровадження

В Україні триває реалізація інфраструктурного (третього) етапу трансформації системи охорони здоров'я, який передбачає формування спроможної мережі закладів, визначення меж госпітальних округів/кластерів та функціонального розподілу ролей між закладами різних рівнів. Такий підхід інституційно закріплено урядовими рішеннями щодо організації спроможної мережі та госпітального планування, що спрямовані на оптимізацію медичної інфраструктури, підвищення доступності та якості допомоги, а також узгодження ресурсів із реальними потребами населення.

Зазначені зміни безпосередньо впливають не лише на стаціонарний сектор, а й на систему екстреної медичної допомоги як критичний елемент медичної логістики та маршрутизації пацієнтів. У цьому контексті важливу роль відіграє КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області Кіровоградської обласної ради», що функціонує як регіональний оператор організації та забезпечення надання екстреної медичної допомоги.

Перехід до кластерної моделі мережі закладів охорони здоров'я змінює організаційні параметри взаємодії між службою ЕМД та лікарнями: зростає значущість чітко визначених маршрутів госпіталізації, узгоджених протоколів передачі пацієнта, диспетчерського управління потоками викликів, а також координації з приймальними відділеннями лікарень, які

виконують роль «вхідних точок» у кластері (рис.2.4).

Внаслідок цього підвищуються вимоги до оперативності управлінських рішень, якості інформаційного обміну та аналітичного супроводу (моніторинг навантаження, час доїзду, показники своєчасності та результативності госпіталізації), що безпосередньо корелює із завданнями регіонального центру ЕМД.



Рисунок 2.4 – Схематичне відображення нової типологізації медичних закладів

Джерело: складено автором

З управлінської точки зору кластеризація є інструментом, який дозволяє забезпечити пацієнту доступ до допомоги потрібного профілю в межах визначеної мережі: базові послуги надаються на рівні загальних лікарень, тоді як більш складні випадки мають спрямовуватися до закладів із відповідною спроможністю, кадровим забезпеченням та обладнанням.

Для служби екстреної медичної допомоги це означає перехід від «географічно найближчої» логіки госпіталізації до функціонально обґрунтованої (відповідність маршруту клінічному випадку та спроможності закладу), що є суттєвим чинником підвищення якості результатів лікування та раціоналізації ресурсів системи.

Водночас європейська практика госпітального планування, на яку орієнтується поточна трансформація, акцентує увагу на зменшенні тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі, скороченні надлишкової ліжкової потужності, посиленні ролі амбулаторного сегмента та підвищенні

результативності лікування.

Для України це формує потребу в подальшому вдосконаленні інституційної координації між ланками системи, зокрема між госпітальною мережею та екстреною медичною допомогою, де КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» виступає одним із ключових суб'єктів реалізації управлінських рішень на регіональному рівні.

Сьогодні, з метою системного вдосконалення догоспітального етапу медичної допомоги, забезпечення її доступності, своєчасності та підвищення якості для населення області, КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» здійснює діяльність у межах чинної нормативно-правової бази України у сфері екстреної медичної допомоги та реагування на надзвичайні ситуації. Підприємство зареєстроване 10.01.2013, має комунальну форму власності із засновником у особі Кіровоградської обласної ради, а управління поточною діяльністю забезпечує директор Табачук Андрій Володимирович.

В організаційно-функціональному вимірі діяльність Центру спрямована на реалізацію державної політики у сфері екстреної медичної допомоги, що передбачає невідкладну організаційну, діагностичну та лікувальну підтримку пацієнтів у критичних станах із пріоритетом збереження життя та мінімізації ризику стійких негативних наслідків для здоров'я. Указані підходи конкретизуються через дотримання вимог профільних законів і підзаконних актів (зокрема щодо організації єдиної системи ЕМД, роботи диспетчеризації, нормативів оперативного реагування, а також взаємодії із службами реагування в надзвичайних ситуаціях).

Для досягнення нормативних показників часу доїзду бригаад до місця події, КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» формує мережу структурних підрозділів і пунктів базування бригаад екстреної медичної допомоги (постійних або тимчасових), які забезпечують територіальну доступність послуг та раціональну логістику виїздів. Управлінські рішення щодо кількості, розміщення та зон обслуговування таких підрозділів приймаються керівництвом підприємства з урахуванням демографічних

параметрів, транспортної інфраструктури, навантаження на бригади та ризик-профілю територій (у тому числі в умовах воєнних загроз і можливих масових уражень).

Ресурсне забезпечення Центру передбачає підтримання необхідних запасів лікарських засобів і медичних виробів, а також наявність аварійного резерву медичного обладнання та оснащення (транспортувальні засоби, комплекти укладок, апаратура для моніторингу та підтримки життєвих функцій). Важливою організаційною вимогою є гарантування стійкості критичної інфраструктури: автономності/стабільності енергопостачання, а також безперервності оперативного провідного та радіозв'язку, що прямо впливає на керованість системи реагування і безпеку пацієнтів.

З позицій забезпечення стандартів якості Центр функціонує як інтегрований елемент регіональної системи охорони здоров'я, вибудовуючи взаємодію з госпітальною мережею, органами публічного управління, підрозділами цивільного захисту та іншими стейкхолдерами. Така кооперація є інструментально важливою, оскільки підсилює спроможність системи ЕМД діяти узгоджено: від прийому виклику й маршрутизації пацієнта до передання його профільному закладу та подальшого контролю якості наданої допомоги. Окреме значення має навчально-тренінгова складова: регулярне підвищення кваліфікації персоналу, відпрацювання алгоритмів реагування та впровадження доказових підходів до ведення ургентних станів.

У практиці догоспітальної допомоги КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» орієнтується на міжнародно визнані підходи до класифікації та змісту екстрених втручань, зокрема BLS (базова підтримка життя), ILS (термінова підтримка життя), ALS (розширена підтримка життя), а також спеціалізовані протоколи для травми й кардіологічних невідкладних станів (ATLS, ACLS) та педіатричних випадків (PALS). Використання таких рамок забезпечує уніфікацію клінічних рішень, підвищує відтворюваність результатів та формує основу для моніторингу якості (через оцінювання часу

реагування, відповідності алгоритмам, частоти ускладнень і клінічних наслідків).

Водночас модернізація та організаційний розвиток Центру корелюють із загальною логікою реформи охорони здоров'я України, яка передбачає посилення управлінської спроможності закладів, цифровізацію процесів, оновлення матеріально-технічної бази та підвищення ефективності використання ресурсів.

КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» здійснює діяльність за основним КВЕД 86.90 (інша діяльність у сфері охорони здоров'я), має юридичну адресу: 25009, м. Кропивницький, вул. Любомира Гузара, 56, а також статутний капітал 106 308 397 грн, що відображає масштаб інституційної інфраструктури підприємства як обласного провайдера екстреної допомоги.

Отже, діяльність КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» може бути охарактеризована як функціонування багаторівневої організаційно-управлінської системи, що поєднує оперативно-диспетчерське управління, мережеву логістику бригад, стандартизовані клінічні алгоритми та ресурсну стійкість критичної інфраструктури. Саме така конфігурація є визначальною для підвищення результативності догоспітальної допомоги, забезпечення безперервності реагування та зміцнення готовності регіону до надзвичайних викликів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ СТРАТЕГІЧНОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ НА ОСНОВІ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПРАКТИК

3.1. Цифрова трансформація публічного адміністрування медичного закладу

В останні десятиліття суттєво активізувався науковий і прикладний інтерес до використання штучного інтелекту (ШІ) в охороні здоров'я, що зумовлено одночасним розширенням доступності медичних даних та швидким розвитком аналітичних технологій. У межах цифрової трансформації публічного адміністрування медичного закладу ШІ доцільно розглядати не лише як інструмент клінічної підтримки, а і як управлінський ресурс, здатний підвищити результативність планування, координації, контролю та прийняття рішень на основі даних. Зростання обсягів електронних медичних записів, цифрових діагностичних результатів, статистики надання послуг і потоків пацієнтів формує підґрунтя для переходу від інтуїтивно-адміністративних практик до data-driven управління, коли управлінські рішення ґрунтуються на системному аналізі й прогнозуванні.

Технології ШІ можуть застосовуватися до різних типів медичної інформації: структурованих даних (коди діагнозів, показники лабораторних аналізів, фінансові та ресурсні параметри, часові характеристики процесів, дані диспетчеризації та маршрутизації) і неструктурованих даних (тексти медичної документації, протоколи обстежень, зображення КТ/МРТ/рентгенографії, відеоматеріали, повідомлення з інформаційних систем). Для публічного адміністрування така універсальність важлива тим, що дозволяє інтегрувати медичну, організаційну та економічну інформацію в

єдину аналітичну систему, забезпечуючи комплексне бачення діяльності закладу.

Найбільш поширені методи ШІ включають машинне навчання для опрацювання структурованих масивів даних, а також глибоке навчання, яке демонструє високу ефективність у розпізнаванні складних закономірностей. Окремий блок інструментів спрямований на оброблення неструктурованої інформації, насамперед у завданнях комп'ютерного зору та аналізу текстових даних. У системі управління медичним закладом ці методи можуть використовуватися для: прогнозування завантаження відділень, оцінювання ризиків у пацієнтопотоках, оптимізації графіків роботи персоналу, виявлення аномалій у витратах і споживанні ресурсів, а також підтримки процесів контролю якості та безпеки надання послуг.

Сфери медицини, у яких інструменти ШІ вже отримали найбільш активне застосування, охоплюють онкологію, неврологію, кардіологію, ендокринологію, стоматологію та інші напрями. Водночас із погляду цифрової трансформації публічного адміністрування важливим є те, що результати роботи ШІ у клінічних підсистемах можуть бути «перекладені» в управлінські показники: тривалість діагностичного маршруту, швидкість прийняття рішень, якість медичної документації, ефективність використання обладнання та ліжкового фонду. Таким чином, ШІ може виступати елементом управління результативністю (performance management) і забезпечувати більш обґрунтоване стратегічне планування.

Значний імпульс розвитку ШІ в медицині забезпечують провідні ІТ-компанії (Microsoft, IBM, Intel, Google та ін.), які створюють програмні платформи та прикладні рішення для аналізу медичних даних і підтримки прийняття рішень. Прикладом є комплексні системи, що використовуються для інформаційної підтримки лікарів у складних випадках, зокрема в онкології, коли необхідно зіставити клінічні дані з великими масивами доказової інформації та сформувані релевантні сценарії лікування. У контексті адміністрування закладу подібні системи можуть доповнювати

управлінську аналітику: вони дозволяють стандартизувати підходи, знижувати варіативність рішень та підсилювати контроль якості в межах клінічних протоколів.

Окремо слід підкреслити роль ШІ у розвитку діагностичних технологій та медичного обладнання. Виробники активно впроваджують алгоритми для аналізу зображень комп'ютерної томографії (КТ) з метою підвищення якості візуалізації, зниження шумів, автоматизованого сегментування та виявлення патологічних змін. Паралельно розширюється використання ШІ у лабораторній діагностиці (інтерпретація аналізів крові, контроль якості, виявлення відхилень), а також при зборі й аналізі даних з пристроїв моніторингу (тонометри, електрокардіографи та ін.). Для управління медичним закладом це означає формування безперервного потоку даних, який може бути використаний для оперативного управління ризиками, підвищення швидкості реагування та оптимізації ресурсів.

Перспективним напрямом залишається застосування ШІ для аналізу генетичної інформації (ДНК) з метою добору найбільш ефективних методів лікування, що відповідає логіці персоналізованої (прецизійної) медицини. В управлінському вимірі це сприяє переходу до більш точного планування потреб у дороговартісних технологіях, таргетованих препаратах та спеціалізованих послугах, а також формуванню довгострокових стратегічних пріоритетів розвитку закладу.

Отже, в межах пункту «Цифрова трансформація публічного адміністрування медичного закладу» штучний інтелект доцільно трактувати як інструмент, що забезпечує перехід до управління на основі даних і підтримує модернізацію ключових управлінських функцій: планування, організацію процесів, координацію структурних підрозділів, контроль якості та ефективності, управління ресурсами й ризиками. Водночас результативність впровадження ШІ залежить від зрілості цифрової інфраструктури, якості даних, інтеграції інформаційних систем, компетентності персоналу та дотримання етичних і безпекових принципів,

що має бути враховано при формуванні стратегічних напрямів розвитку закладу.

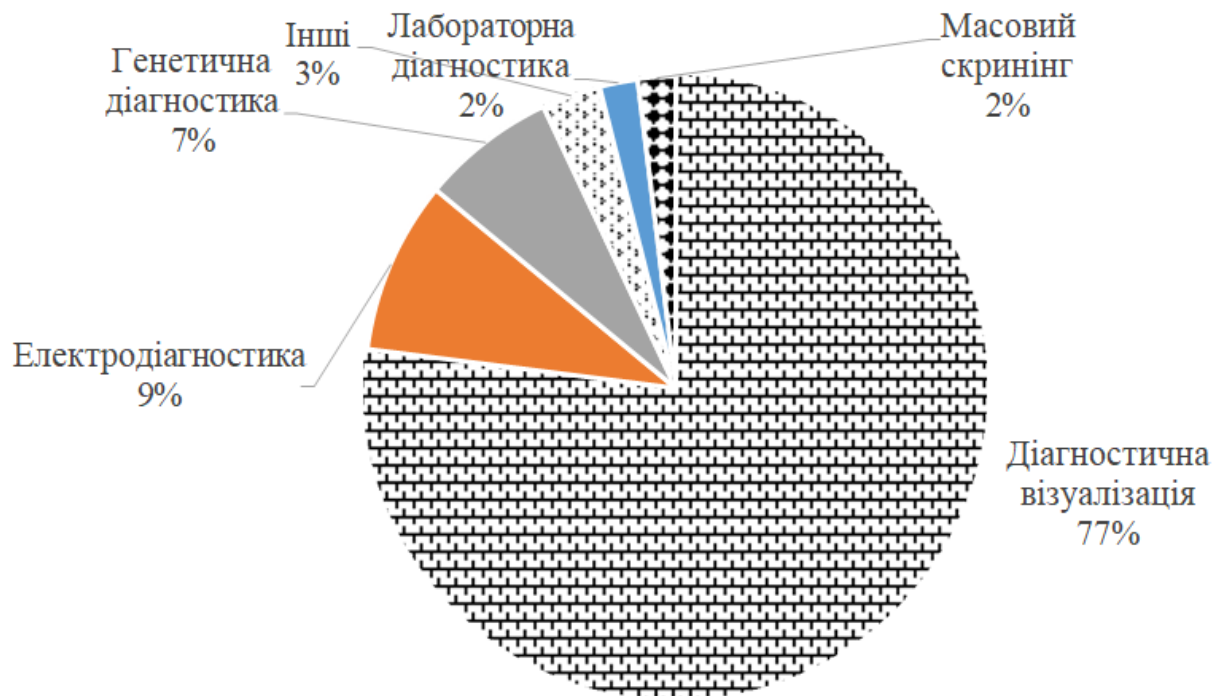


Рисунок 3.1 – Частка розподілу застосування ШІ в медицині європейських медичних закладів

Джерело: [43]

У сучасній лабораторній медицині інструменти штучного інтелекту (ШІ) дедалі активніше розглядаються як технологічна основа для підвищення оперативності управлінських і клініко-діагностичних рішень, а також як засіб автоматизації та оптимізації трудомістких етапів лабораторного процесу. З огляду на високу частоту повторюваних операцій, значні обсяги даних та критичність точності результатів, застосування ШІ доцільно трактувати не лише як «додатковий цифровий інструмент», а як елемент трансформації лабораторних робочих потоків, що охоплює переданалітичну, аналітичну та постаналітичну фази. У цьому контексті ШІ може виконувати функції підтримки прийняття рішень у режимі наближеному до реального часу, забезпечуючи своєчасне виявлення відхилень, підказки щодо наступних кроків і пріоритизацію критичних випадків.

Практичні напрями використання ШІ в лабораторній діагностиці є багатовимірними. По-перше, перспективною сферою є автоматизація роботи приладів і керування лабораторним обладнанням, що включає інтелектуальне планування завантаження аналізаторів, оптимізацію черг зразків, контроль режимів роботи та динамічне коригування параметрів вимірювань залежно від характеристик біоматеріалу. По-друге, вагомий ефект забезпечує виявлення помилок і контроль якості, зокрема автоматичне розпізнавання аномалій у результатах, ідентифікація можливих переданалітичних похибок (неправильне маркування, невідповідний тип пробірки, ознаки гемолізу/ліпемії), а також моніторинг стабільності калібрування та дрейфу показників приладів. Такі рішення підвищують надійність лабораторних висновків і зменшують ризики повторного забору матеріалу чи затримок у лікувальній тактиці.

По-третє, ШІ може бути застосований для прогнозування та моделювання, наприклад, для оцінювання ймовірності розвитку ускладнень, стратифікації ризику або прогнозування потреби у певних тестах залежно від епідеміологічної ситуації, сезонності та профілю звернень. По-четверте, важливим напрямом є інтерпретація результатів і клінічна підтримка, коли алгоритми допомагають узгоджувати лабораторні дані з контекстом пацієнта (анамнез, супутні захворювання, медикаментозна терапія), формувати попередні пояснювальні коментарі, підсвічувати критичні значення та пропонувати логічно обґрунтовані діагностичні гіпотези. У цьому випадку ШІ виступає як інструмент стандартизації інтерпретації, що знижує міжекспертну варіабельність і покращує відтворюваність лабораторних рішень.

Окрему групу застосувань становить раціоналізація використання лабораторних тестів (*test utilization*). Інтелектуальні системи можуть аналізувати призначення, виявляти дублювання досліджень, пропонувати оптимальні панелі тестів відповідно до клінічних протоколів, а також запобігати як надмірному, так і недостатньому тестуванню. Це має

безпосередній управлінський ефект, оскільки зменшує витрати, оптимізує навантаження на лабораторію та підвищує швидкість отримання критично важливої інформації. Паралельно ІІІ відкриває нові можливості у сферах геноміки та біоінформатики, де обробка великих масивів даних (секвенування, варіант-аналіз, інтерпретація мутацій) практично неможлива без алгоритмічної підтримки. Не менш значущим є застосування методів машинного навчання в аналізі зображень (цифрова патологія, гематологічні мазки, мікробіологічні зображення), що дозволяє підвищувати точність розпізнавання клітинних структур, автоматизувати підрахунки та прискорювати виявлення патологічних змін (відповідні напрями доцільно узагальнювати на рис. 3.2 як ключові домени впровадження ІІІ).



Рисунок 3.2 – Алгоритм впровадження ІІІ в концептуальні процеси надання медичних послуг

Джерело: сформовано автором

Алгоритм упровадження технологій штучного інтелекту (ІІІ) у концептуальні процеси надання медичних послуг доцільно розглядати як

багаторівневу модель, що відображає послідовність перетворення медичних даних у клінічно та управлінськи значущі рішення. Такий підхід демонструє, як інформація про пацієнта проходить шлях від первинної фіксації у медичній установі до аналітичної обробки, формування висновків і підтримки подальшого лікування та моніторингу.

1. Рівень лікарняного процесу (клініко-організаційний контур).

На першому рівні алгоритм стартує з етапу первинної реєстрації пацієнта, що передбачає ідентифікацію особи, формування звернення та внесення базових відомостей (скарги, анамнез, первинні параметри стану, результати огляду). Далі процес охоплює ключові складові клінічного маршруту: постановку попереднього та/або остаточного діагнозу, вибір тактики ведення пацієнта, призначення діагностичних процедур, формування терапевтичних втручань і контроль їх виконання. Важливою фазою є оцінювання результативності лікування, що включає інтерпретацію динаміки показників, аналіз реакції на терапію та виявлення можливих ускладнень або ризиків. Підсумком цього рівня виступає підготовка звітності (клінічної та/або управлінської), формування рекомендацій, а також планування наступних кроків лікування: корекції терапії, направлення на додаткові обстеження, реабілітаційних заходів чи довгострокового диспансерного нагляду.

2. Рівень передачі та аналітичної обробки даних (інформаційно-технологічний контур).

Другий рівень зосереджений на забезпеченні цілісності даних, їх стандартизованому накопиченні та подальшій інтелектуальній обробці. Він включає внесення інформації до електронної картки пацієнта, фіксацію симптомів, результатів лабораторних та інструментальних досліджень, висновків лікарів, призначень і відміток щодо виконання процедур. Після цього відбувається аналітична підготовка даних для застосування ІІІ: очищення та нормалізація масивів, структурування записів, узгодження форматів і семантики показників. Центральним етапом є обробка даних із

використанням методів машинного навчання, що може передбачати виділення інформативних ознак, класифікацію станів або випадків, сегментацію груп пацієнтів за ризиками, а також побудову моделей прогнозування (наприклад, ймовірності ускладнень, тривалості госпіталізації, повторних звернень). Завершується цей рівень формуванням результатів, які можуть бути представлені у вигляді прогнозів, аналітичних звітів, підказок для клінічних рішень, попереджень про відхилення або автоматизованих інтерпретацій окремих показників - залежно від завдань конкретного підрозділу та доступної цифрової інфраструктури.

У цілому описана модель відображає інтеграцію клінічних даних і інтелектуальних технологій у лікувальний процес, забезпечуючи підвищення якості діагностики, персоналізацію терапії та підсилення довгострокового моніторингу пацієнтів. При цьому важливо, що ШІ у такій логіці не замінює фахівця, а виконує функцію інструменту підтримки рішень: підвищує швидкість обробки інформації, зменшує імовірність пропуску критичних сигналів та сприяє більш обґрунтованому плануванню медичної допомоги.

З огляду на зазначене, доцільно проаналізувати ключові можливості впровадження технологій ШІ в діяльність КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» з метою трансформації практик управління та організації праці на різних рівнях. Йдеться як про управлінський контур (підтримка стратегічних і оперативних рішень керівництва, оптимізація ресурсів, контроль показників результативності), так і про клінічний контур (підтримка лікарів у діагностиці та виборі тактики лікування), а також про сестринський контур (стандартизація процедур, контроль виконання призначень, раннє виявлення ризиків і забезпечення безперервності догляду).

У подальшому ці напрями можуть бути деталізовані відповідно до функціональних ролей керівників, лікарів і медичних сестер та відображені у вигляді узагальнювальної схеми (рис. 3.3).



Рисунок 3.3 – Систематизування основних напрямів упровадження технологій ШІ у діяльність керівника, лікаря та медичної сестри КНП

Джерело: сформовано автором

Штучний інтелект у діяльності керівника медичного закладу: підвищення якості сервісу та управлінський контроль роботи адміністратора.

Одним із найбільш прикладних напрямів використання штучного інтелекту (ШІ) в управлінні медичним закладом є формування технологічно підтримуваного контуру контролю якості сервісу та стандартизації комунікацій персоналу, насамперед адміністративних працівників, які здійснюють первинний контакт із пацієнтом. У цій логіці ШІ розглядається як інструмент оперативного управління, що забезпечує керівнику можливість не лише оцінювати результативність комунікації адміністратора з пацієнтами (зокрема в телефонних зверненнях), а й системно відстежувати дотримання внутрішніх регламентів, корпоративних сценаріїв спілкування та вимог до

обслуговування. На відміну від традиційного підходу, коли контроль ґрунтується на вибірковому перегляді або прослуховуванні записів розмов уповноваженою особою, алгоритмічний аналіз дозволяє здійснювати перевірку масивів комунікацій у режимі, наближеному до реального часу, що підвищує управлінську реактивність і зменшує часові витрати.

Функціонально ШІ-системи, інтегровані в процеси кол-центру чи реєстратури, можуть виконувати одразу кілька взаємопов'язаних завдань:

- автоматично транскрибувати аудіозаписи в текст;
- розпізнавати структуру діалогу та ключові смислові блоки;
- зіставляти зміст розмови з чек-листом обов'язкових дій адміністратора;
- виставляти оцінку якості обслуговування за заздалегідь визначеною шкалою;
- формувати підсумкові управлінські звіти.

Таким чином, керівник отримує інструмент не «ручного нагляду», а цифрового контролінгу, який забезпечує об'єктивізацію оцінювання, порівнюваність результатів між працівниками та можливість виявлення типових помилок у комунікаціях.

Показовим прикладом практичного впровадження таких рішень є використання інструментів мовленнєвої аналітики на базі ШІ, зокрема українських платформ на кшталт Ringostat, які декларують можливість контролювати 100% телефонних розмов. У межах подібних систем відбувається автоматичне перетворення аудіо в текст, створення стислого змісту дзвінка, а також формування рекомендацій щодо подальших дій за результатами контакту. Цінність цього функціоналу для керівника полягає в тому, що звичайні часові обмеження людського контролю (повільне прослуховування, суб'єктивність оцінювання, вибірковість перевірок) замінюються масштабним аналізом, який може охоплювати весь потік звернень без втрати керованості.

Важливою особливістю ШІ є можливість налаштування системи під специфіку конкретної медичної установи. Оскільки телефонні звернення відрізняються за змістом і метою (запис на прийом, уточнення вартості послуги, отримання довідкової інформації, перенесення візиту, запис на процедуру після консультації тощо), ефективне оцінювання потребує адаптації критеріїв під локальні регламенти, профіль установи та логіку її сервісних процесів. З цією метою формуються сценарії (скрипти), які містять перелік обов'язкових комунікативних кроків. Наприклад, ШІ «очікує», що адміністратор під час розмови здійснить привітання із зазначенням імені та назви закладу, уточнить мету звернення, з'ясує статус пацієнта (первинний/повторний), за потреби збере контактні дані й узгодить подальший маршрут взаємодії. Відсутність або некоректність виконання цих кроків фіксується системою як відхилення від стандарту обслуговування.

Окрему управлінську цінність становить здатність ШІ розрізняти тематику звернення та застосовувати релевантні критерії для оцінювання якості. Це означає, що одна й та сама дія адміністратора може оцінюватися по-різному залежно від контексту розмови. Наприклад, якщо пацієнт уже був на консультації та телефонує для запису на конкретну процедуру, до обов'язкових елементів комунікації додається нагадування про правила підготовки або організаційні умови проведення процедури. У випадку, коли адміністратор виконує всі необхідні дії, система нараховує відповідну кількість балів; якщо ж частина кроків пропущена, оцінка знижується. Сукупні результати оцінювання всіх адміністраторів можуть агрегуватися в аналітичних панелях і звітах, що створює основу для прийняття управлінських рішень: визначення потреб у навчанні, корекції скриптів, оновлення стандартів сервісу та запровадження мотиваційних механізмів.

Додатково ШІ може виконувати функцію інтелектуального вилучення даних із розмови (information extraction), тобто «витягувати» з діалогу релевантні для роботи закладу відомості про пацієнта: стать, характер проблеми/запиту, бажаний підрозділ або філію, бажаний час візиту,

згадування попереднього звернення тощо. За умови інтеграції з CRM або медичною інформаційною системою ці дані можуть автоматично заповнювати відповідні поля картки пацієнта. Такий підхід зменшує навантаження на адміністратора, мінімізує ймовірність помилок ручного введення, підвищує повноту даних і покращує якість управління потоками звернень. Візуалізація описаного процесу та його результатів (формування оцінок, підсумкових звітів, автоматичного наповнення картки пацієнта) доцільно подається у вигляді схеми (рис. 3.9).

Портрет клієнта	
Яка послуга зацікавила	Консультація дерматолога
Що турбує	Червоні плями на шкірі. Підозра на лишай
Передумови	Вже був оперізуючий лишай 10 років тому
Чи вже звертався до нашої клініки	Так
Вік	56 років
Тип дзвінка	
	Запис на прийом до дерматолога
Підсумок розмови	
	Пацієнтку записали на 15 травня на 12:00 до дерматолога Петренко
Настрій	
Настрій пацієнта	Позитивний
Настрій адміністратора	Позитивний, налаштований допомогти
Настрій розмови	Позитивний. Адміністратор надав усю потрібну інформацію та описав багаторічний досвід лікаря. Пацієнтка поставила кілька уточнюючих питань та записалася до лікаря.

Рисунок 3.4 – Приклад даних про дзвінок, які фіксує штучний інтелект

Джерело: сформовано автором

Отже, застосування штучного інтелекту для контролю та підвищення якості роботи адміністратора перетворює комунікації з пацієнтами на вимірюваний, керований і стандартизований процес. Для керівника медичного закладу це означає перехід від епізодичного моніторингу до системного управління якістю сервісу, заснованого на даних, що сприяє підвищенню задоволеності пацієнтів, оптимізації внутрішніх процесів і підвищенню організаційної результативності установи в цілому.

Автоматизація процесів діяльності КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР».

У сучасних умовах цифрової трансформації охорони здоров'я технології штучного інтелекту (ШІ) набувають системоутворювального значення для управління медичним закладом і оптимізації його ключових процесів. Їхня практична цінність полягає у здатності забезпечувати оперативну підтримку управлінських рішень, підвищувати керованість потоків пацієнтів і ресурсів, а також автоматизувати значну частину рутинних адміністративних процедур. Зокрема, за наявності інформації щодо запланованого часу оперативного втручання та його тривалості ШІ може сприяти більш точному плануванню зайнятості ліжкового фонду, координації роботи операційних бригад і постопераційних палат, а також автоматизовано інформувати родичів про орієнтовний час завершення операції. Паралельно ШІ доцільно застосовувати в адміністративному контурі: для календарного планування зустрічей, маршрутизації звернень, обробки страхових заяв, управління документообігом та ведення медичної документації.

Ілюстрацією такого підходу є використання машинного навчання у рішеннях, орієнтованих на впорядкування інформаційних масивів. Так, платформа CloudMedX застосовує алгоритми для структуризації даних пацієнтів і платіжної інформації, прискорення доступу до історій хвороби та формування прогностичної аналітики, що може бути використана для своєчасного втручання у критичні моменти надання допомоги.

У свою чергу, Salesforce запропонувала рішення Einstein Copilot: Health Actions, яке інтегрує ШІ в робочі процеси закладів охорони здоров'я та автоматизує типові операції (направлення, запис на прийом, актуалізацію планів догляду тощо) (рис. 3.5).

Окремим напрямом автоматизації, що має безпосередній вплив на продуктивність клінічної роботи, є медична транскрипція - перетворення усних повідомлень медичних працівників у текстові записи. Оскільки ручне документування є часовитратним і підвищує ризики неповноти або несистемності фіксації, делегування цієї функції ШІ є обґрунтованим з позицій ефективності. Завдяки технологіям розпізнавання мовлення такі

системи здатні в реальному часі транскрибувати резюме лікаря щодо візиту пацієнта, формуючи текст «слово за словом» та мінімізуючи затримки у внесенні даних.

Частина інструментів інтегрується з електронними медичними записами (ЕМК), автоматично заповнюючи створені нотатки у відповідних розділах інформаційної системи.

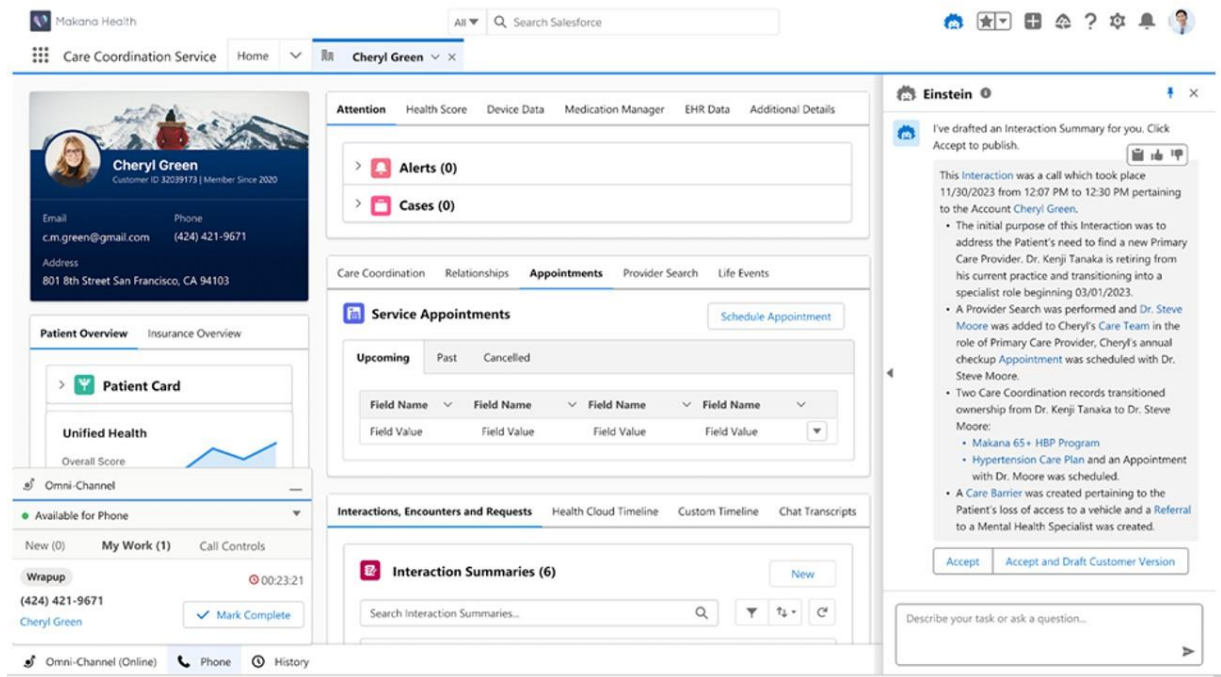


Рисунок 3.5 – Скрін екрану результатів генерування підсумків взаємодії з пацієнтом для координатора медичної допомоги

Джерело: сформовано автором

Перспективнішим класом є рішення, що отримують клінічно релевантну інформацію безпосередньо з діалогу лікаря з пацієнтом. Вони ідентифікують медично значущі фрагменти розмови, узагальнюють їх у структуровані записи та автоматично розміщують у відповідних полях ЕМК. При цьому реалізується принцип селективності: система фіксує лише дані, що стосуються стану здоров'я, симптомів, діагностичних гіпотез і лікування, і не включає комунікативні елементи, які не мають клінічного змісту.

Ші дедалі активніше застосовується в медичній діагностиці з метою підвищення точності та прискорення інтерпретації даних. Його

функціональні переваги зумовлені здатністю опрацьовувати великі обсяги різномірної інформації та виявляти закономірності, які можуть бути недостатньо очевидними при традиційному експертному аналізі. Показовими є результати досліджень у сфері променевої діагностики, де алгоритми машинного навчання здатні виконувати аналіз значних масивів рентгенографій за дуже короткий проміжок часу при порівнянній точності з роботою фахівців. У практичному вимірі це підвищує пропускну здатність діагностичних підрозділів, зменшує затримки у встановленні діагнозу та підтримує клінічні рішення шляхом маркування підозрілих зон на зображеннях.

Інноваційні розробки у цій сфері реалізують і великі технологічні компанії. Зокрема, рішення на базі ШІ використовують для покращення скринінгу онкологічних захворювань (наприклад, через навчання на великих масивах мамографічних даних та детекцію складних патернів). В українській практиці ШІ застосовується для аналізу знімків при туберкульозі, з візуалізацією патологічних змін у вигляді теплових карт; у низці закладів впроваджуються інструменти аналізу рентгенографій, УЗД, КТ і МРТ, здатні прискорювати пошук вузликів у легенях, сегментацію анатомічних структур та оцінювання окремих функціональних показників.

Попри високу відповідальність і точність хірургічних процедур, ШІ знаходить застосування і в цій сфері - насамперед як інструмент підвищення точності маніпуляцій, планування та контролю ризиків. У робот-асистованих операціях хірург керує інструментами через комп'ютерну консоль, а система забезпечує тривимірне збільшене зображення операційного поля та більш точне позиціонування інструментів. Така організація процесу сприяє зменшенню травматичності, зниженню ризику ускладнень, скороченню інтенсивності болю та пришвидшенню відновлення пацієнтів.

Аналітика хірургічних відеопотоків і даних втручань дозволяє ШІ виконувати роль «цифрового спостерігача»: прогнозувати найближчі етапи процедури, попереджати про потенційні ризики та виступати експертним

асистентом через надання довідкової інформації щодо аналогічних випадків. Додатково значущим є напрям профілактики післяопераційних ускладнень: ризик-скорингові системи (на кшталт MySurgeryRisk) допомагають ідентифікувати пацієнтів із підвищеною ймовірністю несприятливих подій та обґрунтовувати посилення нагляду в періопераційний період, покращуючи якість клінічних прогнозів.

У найближчій перспективі ШІ розглядається як інструмент, що посилює превентивний контур охорони здоров'я через оцінювання ризиків і прогнозування розвитку захворювань. Для цього можуть використовуватися як персональні медичні дані та дані реєстрів, так і інформація з носимих пристроїв та спеціалізованих сенсорних систем. Практичні кейси включають виявлення діабетичної ретинопатії за зображеннями сітківки, а також прогнозування нападів у пацієнтів з епілепсією на основі аналізу життєвих показників із синхронізацією через мобільні застосунки. У стаціонарній медицині перспективним є раннє виявлення сепсису: алгоритми, що враховують значну кількість факторів (вік, стать, анамнез, поточні показники тощо), можуть генерувати сповіщення клінічній команді про ризик критичного стану для оперативного прийняття рішень.

Телемедичні формати набули особливої актуальності в умовах високого навантаження на медичних працівників, а також у кризових ситуаціях (пандемія, військові ризики, територіальні обмеження доступу до послуг). В Україні реалізуються пілотні рішення, орієнтовані на швидку віддалену діагностику невідкладних станів (зокрема ушкоджень головного мозку), що критично важливо для екстреної допомоги в умовах дефіциту часу. Також розвиваються інструменти віддаленого моніторингу стану вагітних із використанням спеціалізованих пристроїв і програмного забезпечення: ШІ аналізує параметри стану плода та формує багатопоказникові звіти. Поряд із цим поширюються чат-боти, які можуть приймати запити, обробляти результати аналізів, формувати попередні гіпотези та орієнтовні плани дій із подальшою верифікацією лікарем.

Додатково на міжнародному рівні поширені платформи дистанційного догляду та реабілітації вдома, що інтегруються з пристроями, збирають дані й забезпечують віртуальні «візити», підтримуючи більш ранню виписку та контроль відновлення.

ІІІ-рішення у форматі чат-ботів і роботизованих помічників можуть частково знижувати навантаження на постовий персонал через стандартизовані консультаційні сценарії (наприклад, відповіді на типові питання післяопераційного догляду, первинну оцінку симптомів, маршрутизацію до потрібного фахівця). Деякі системи вже демонструють позитивне сприйняття пацієнтами та здатні ставити уточнювальні запитання, оцінювати симптоми і надавати рекомендації щодо наступних дій (напр., рішення Sensely).

Освітні програми можуть інтегрувати чат-боти для моделювання клінічних ситуацій і тренування комунікації, що відтворює реальні взаємодії з пацієнтом. У практиці сестринської справи ІІІ здатний допомагати у прийнятті рішень щодо доглядових процедур (корекція перев'язок, виконання призначень, оцінка динаміки стану), а також у сортуванні пацієнтів у відділеннях невідкладної допомоги через отримання даних у режимі реального часу та пріоритезацію осіб із високим ризиком.

Оскільки фізична присутність медсестри біля пацієнта є обмеженою, перспективними є системи постійного моніторингу стану та поведінкових ризиків (падіння, дезорієнтація, погіршення показників). Платформи віртуального сестринського нагляду можуть попереджати персонал про потенційні загрози, забезпечуючи проактивну модель реагування. Також застосовуються рішення, що оцінюють ризик падінь на підставі персональних факторів (медикаменти, сон, зміни ваги тощо), допомагаючи визначати групи підвищеної уваги та раціонально розподіляти ресурси догляду.

Поряд із перевагами, упровадження ІІІ супроводжується бар'єрами сприйняття та ризиками, що потребують врегулювання. Серед них: етичні

дилеми, конфіденційність і безпека даних, імовірність некоректних рекомендацій, інтероперабельність із чинними інформаційними системами, а також проблема розподілу відповідальності у разі помилки (лікар, розробник, медичний заклад як замовник технології). Водночас у сестринській практиці обґрунтованою залишається теза про обмеженість повної заміни людини, оскільки емпатія, підтримка та комунікативна чутливість є невід'ємними компонентами якісного догляду.

Отже, ІІІ доцільно трактувати не як альтернативу медичному персоналу, а як інструмент підтримки прийняття рішень і зниження навантаження через автоматизацію рутинних операцій. В умовах зростання обсягів медичних даних, демографічного старіння та підвищення інтенсивності роботи закладів охорони здоров'я впровадження цифрових помічників підсилює керованість процесів і може сприяти підвищенню якості медичної допомоги.

Економічний результат інтеграції ІІІ в діяльність КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» доцільно визначати шляхом порівняння витрат, фінансових результатів і якісних показників до та після впровадження технологій.

Методично цей процес може включати такі етапи:

- Визначення сфер впливу ІІІ: ідентифікація процесів, де очікується оптимізація (управління записами, графіками лікарів, документообігом, аналітикою для діагностики, зниження адміністративних витрат тощо).
- Оцінка витрат упровадження: ліцензування або розробка рішень, інтеграція з наявними системами, кіберзахист, навчання персоналу, технічна підтримка.
- Оцінка економії або додаткового доходу: скорочення витрат на адміністративні функції, зменшення часу обслуговування, зростання пропускної здатності, зниження частоти помилок та пов'язаних із ними

витрат (повторні звернення, ускладнення, штрафні ризики), підвищення якості сервісу як фактор потенційного фінансового ефекту.

Формалізований розрахунок економічного ефекту може бути поданий окремою формулою, що співвідносить сумарну вигоду (економія + приріст результатів) із сумарними витратами на впровадження та підтримку:

$$E_{III} = (D_d + B_3) - B_{III}, \quad (3.1)$$

де

E_{III} – економічний ефект від упровадження ІІІ;

B_3 – зекономлені витрати;

D_d – додаткові доходи;

B_{III} – витрати на впровадження та обслуговування ІІІ.

Здійснено оцінювання економічного ефекту від упровадження віртуального асистента на базі технологій штучного інтелекту для автоматизованої обробки стандартних звернень пацієнтів, що надходять телефоном до досліджуваного медичного закладу (табл. 3.1).

Запропоноване рішення розглядається як інструмент оптимізації контакт-центру (або реєстратури) та суміжних адміністративних функцій шляхом скорочення тривалості обслуговування, підвищення пропускної спроможності та зниження витрат, пов'язаних із ручною обробкою однотипних запитів (довідкова інформація, уточнення графіків, порядок отримання послуг, маршрутизація, стандартні інструкції тощо).

Вихідні розрахункові параметри демонструють, що після інтеграції віртуального асистента середній час взаємодії з одним пацієнтом зменшується з 20 до 15 хвилин. Таким чином, відбувається скорочення тривалості обслуговування на 5 хвилин, тобто на 25% від початкового рівня. За незмінної тривалості робочого часу персоналу це прямо трансформується у зростання пропускної спроможності: потенційна кількість обслугованих звернень збільшується на третину - на 33% (з 1000 до 1333 пацієнтів на місяць). Отже, заклад отримує можливість обробляти більший обсяг звернень

без пропорційного розширення штату, що є ключовим чинником підвищення операційної результативності та якості сервісу.

Таблиця 3.1 – Визначення економічної ефективності автоматизації обслуговування телефонних звернень пацієнтів шляхом упровадження віртуального асистента у КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР»

№	Найменування показника	Значення показника
Вихідні дані для розрахунку		
До впровадження:		
1	Середній час обслуговування пацієнта	20 хвилин
2	Кількість пацієнтів на місяць	1000
3	Адміністративні витрати	200 000 грн/міс.
Після впровадження:		
4	Середній час обслуговування пацієнта	15 хвилин
5	Кількість пацієнтів на місяць	1 333 (на 33% більше)
6	Адміністративні витрати скорочено на 30%	до 140 000 грн/міс
7	Витрати на впровадження ІІІ	500 000 грн (одноразово)
Розрахунок		
Додаткові доходи:		
8	Додаткових пацієнтів	$1\,333 - 1\,000 = 333$
9	Середній дохід з одного пацієнта	300 грн
10	Додатковий дохід	$333 \times 300 = 99\,900$ грн / міс.
Економія витрат		
11	Адміністративна економія	$200\,000 - 140\,000 = 60\,000$ грн /міс.
12	Загальний ефект за місяць	$E_{III} = (60\,000 + 99\,900) - 20\,000 = 139\,900$ грн/міс.
Окупність інвестицій:		
13	Термін окупності	$\approx 3,6$ місяці

Джерело: складено автором на основі даних медичного закладу

Паралельно спостерігається оптимізація адміністративних витрат, пов'язаних із функціонуванням підрозділів, що забезпечують комунікацію з пацієнтами та ведення базової документації. У розрахунках передбачено, що адміністративні витрати зменшуються на 30% - з 200 000 грн до 140 000 грн на місяць. У абсолютному вимірі економія становить 60 000 грн щомісяця. Зниження витрат може бути пояснене меншим навантаженням на операторів та реєстраторів, скороченням кількості повторних дзвінків, зменшенням часу на пошук інформації та стандартизацією відповідей (що також мінімізує помилки і втрати часу через уточнення або коригування даних).

Окрім витратного ефекту, впровадження віртуального асистента формує дохідний компонент результативності. Зростання пропускної спроможності контактного каналу та підвищення швидкості реагування підвищують доступність послуг, зменшують частку «втрачених» звернень і сприяють залученню додаткових пацієнтів. За наведеними параметрами, додатковий дохід від обслуговування нових пацієнтів оцінюється у 99 900 грн на місяць. Цей показник відображає фінансовий результат від приросту обсягу наданих послуг (або пов'язаних платних сервісів), який стає можливим завдяки скороченню часу на стандартні консультації та ефективнішій маршрутизації звернень.

Сумарний економічний ефект від упровадження ШІ-асистента формується як сукупність двох складових: (1) додаткового доходу, отриманого через збільшення кількості обслугованих пацієнтів, та (2) економії адміністративних витрат. Відповідно до розрахунку, загальна величина ефекту становить 139 900 грн на місяць (99 900 грн + 60 000 грн). Такий результат є показовим, оскільки одночасно підтверджує наявність як продуктивного ефекту (зростання обсягів обслуговування), так і ресурсозберігаючого ефекту (скорочення витрат при стабільному або підвищеному рівні сервісу).

Окремої уваги потребує оцінка окупності інвестицій, оскільки саме цей показник у практиці управління закладом охорони здоров'я використовується для обґрунтування доцільності цифрових інновацій. За умови, що сукупні витрати на впровадження рішення становлять 500 000 грн, а очікуваний щомісячний економічний ефект - 139 900 грн, строк повернення вкладень (payback period) дорівнює приблизно 3,6 місяця. Тобто інвестиції можуть бути компенсовані у відносно короткі терміни, що підвищує привабливість проекту з позицій фінансової стійкості та результативності управління.

Таким чином, впровадження віртуального асистента на основі штучного інтелекту в КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР»

створює комплексний економічний ефект, який проявляється у скороченні середнього часу обслуговування, зростанні кількості обслугованих звернень, зниженні адміністративних витрат та формуванні додаткового доходу. В сукупності це забезпечує підвищення операційної ефективності, зміцнення фінансових результатів і підвищення доступності комунікації для пацієнтів, що є критично важливим для закладу екстреної медичної допомоги в умовах зростання навантаження та обмеженості ресурсів.

3.2. Посилення пацієнтоорієнтованості та якості послуг у системі публічного адміністрування

Пацієнторієтована (пацієнтоцентрована) модель надання медичної допомоги як управлінсько-організаційна концепція сформувалася у 1980-х роках у межах підходів, запропонованих Інститутом Пікера, на основі систематизації емпіричних даних, отриманих шляхом аналізу фокус-груп і телефонних інтерв'ю з пацієнтами та членами їхніх родин щодо реального досвіду користування медичними послугами.

Концептуальна новизна цієї моделі полягала у зміщенні акценту з внутрішньої логіки функціонування установи на очікування та потреби людини, яка звертається по допомогу: саме пацієнти й їхнє найближче оточення були визначені як джерело критеріїв якості, що охоплюють не лише клінічний результат, а й психологічну безпеку, комунікативну підтримку та відчуття контролю над ситуацією (рис. 3.6).

Відтак пацієнтоцентричність у сучасному трактуванні ґрунтується на поєднанні медичної результативності з етичністю взаємодії, доступністю інформації, емоційною підтримкою та організаційною передбачуваністю маршруту пацієнта.

У практичній площині пацієнторієтованість нерідко помилково редукується до інфраструктурних оновлень або технологічного переоснащення, що створює уявлення про її «високу вартість».

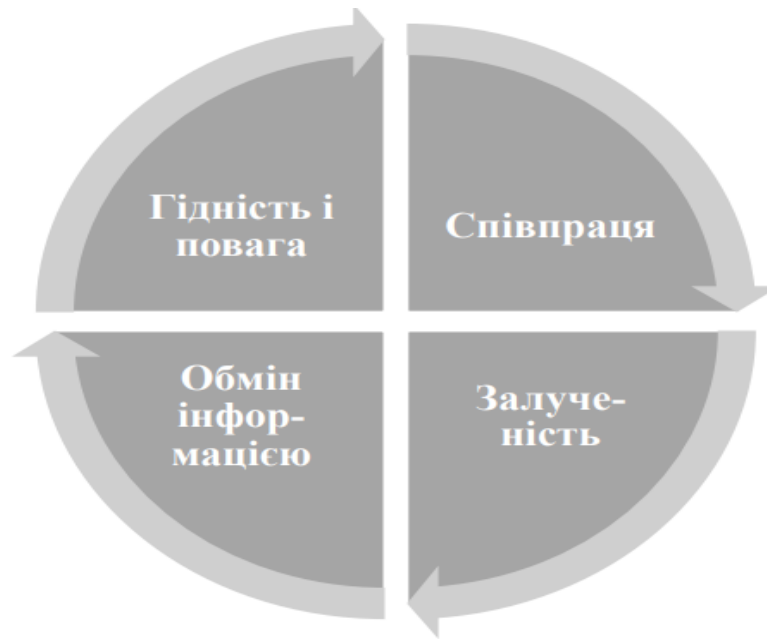


Рисунок 3.6 – Ключові концепти пацієнтоорієнтованості

Джерело: складено автором

Безумовно, сучасне обладнання, цифрові рішення та належні умови перебування пацієнтів здатні підвищувати якість послуг, однак сутність пацієнтоцентрованого підходу не зводиться до рівня капітальних витрат, виступаючи характеристикою взаємодії між людьми - того, як персонал медичного закладу комунікує з пацієнтом і його родиною, як забезпечується повага до гідності, як реалізуються співчуття, емпатія та готовність діяти в інтересах людини в умовах стресу, невизначеності й дефіциту часу. Саме тому пацієнторієнтованість може впроваджуватися через процесні та поведінкові зміни: стандарти комунікації, алгоритми інформування, навчання персоналу, регламентацію взаємодії та механізми зворотного зв'язку (рис. 3.7).

Адаптація цих підходів до діяльності КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» є методично обґрунтованою з огляду на функціональне призначення підприємства як провайдера екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, де якість послуги визначається не лише правильністю клінічного рішення, а й своєчасністю реагування, узгодженістю між етапами «виклик-бригада-транспортування-передання в

стаціонар», точністю передачі даних та комунікативною підтримкою пацієнта і родини. Профіль організації (м. Кропивницький, вул. Гузара Любомира, 56) у поєднанні з її організаційним масштабом формує потребу в управлінських рішеннях, що мінімізують втрати часу, усувають бар'єри доступу та знижують ризики помилок у комунікаціях.



Рисунок 3.7 – Вісім принципів пацієнторієнтованості

Джерело: складено автором

Додатково фінансово-економічні параметри діяльності за 2024 рік (дохід на рівні 287 097 000 грн, активи - 619 498 000 грн, середньооблікова чисельність - 824 працівники, середня зарплата до оподаткування - 25 072 грн) свідчать про значні обсяги операцій і ресурсів, які потребують ефективного процесного управління, стандартизації сервісу та чітких процедур взаємодії з громадянами. Саме в такому контексті пацієнтоцентрична модель може розглядатися як інструмент підвищення результативності не через «додаткові витрати», а через раціоналізацію процесів і підвищення якості контактів із пацієнтами.

Класичні підходи до пацієнторієнтованості описують низку взаємопов'язаних принципів, які доцільно інтерпретувати з урахуванням специфіки екстреної допомоги. Передусім йдеться про визнання цінностей,

переконань та висловлених потреб пацієнта, що у сфері невідкладних станів означає етичну чутливість, недискримінаційність, коректне пояснення дій медиків і забезпечення інформованої згоди у межах можливого. Важливою є координація та інтеграція допомоги, оскільки пацієнти в ургентних ситуаціях часто відчують безпорадність, а отже потребують зрозумілої маршрутизації та узгодженості між усіма учасниками процесу.

Не менш значущою є інформація, комунікація й навчання: систематизоване інформування родичів (за наявності правових підстав), зрозумілі інструкції щодо наступних кроків, а також підготовка пацієнта до самоопіки після надання допомоги.

Далі слід виокремити забезпечення фізичного комфорту та зменшення болю, а також емоційну підтримку і зниження тривоги, адже психологічний стрес може погіршувати стан пацієнта й ускладнювати взаємодію. Окремим принципом є залучення родини та близьких, що особливо актуально при догляді за вразливими групами, а також у ситуаціях, коли родина виступає ключовим джерелом анамнестичних даних. Важливою складовою є безперервність і наступність допомоги - забезпечення коректної передачі інформації та рекомендацій під час переходу між рівнями медичної системи. Нарешті, для екстреної служби визначальним є принцип оперативного та безперешкодного доступу, який фактично виступає «ядром» пацієнторієнтованості: доступність каналів звернення, мінімізація пропущених викликів, чіткі інструкції для населення, а також усунення бар'єрів для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп.

У межах дослідження доцільним є формування плану змін для КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР», спрямованого на підвищення пацієнторієнтованості через удосконалення найбільш «відчутних» для громадян компонентів сервісу.

Пріоритетними заходами можуть стати стандартизація комунікацій у диспетчерській службі та в роботі бригад, впровадження алгоритмів інформування родичів, розвиток каналів зворотного зв'язку, уніфікація

інформаційних матеріалів для населення, підвищення узгодженості передачі даних між догоспітальним і госпітальним етапами, а також системне навчання персоналу навичкам комунікації у стресових умовах (зокрема повідомлення складних новин і деескалація конфліктів).

Логіка таких дій полягає в тому, що пацієнторієнтованість забезпечується не одиничними «покращеннями», а сукупністю управлінських стандартів, які стабілізують якість взаємодії незалежно від зміни бригади, часу доби чи навантаження.

Отже, пацієнтоцентричний підхід у діяльності КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» означає закріплення пацієнта та його родини як центральних суб'єктів системи екстреної медичної допомоги та поступовий перехід до партнерської моделі взаємин, наскільки це дозволяє ургентний контекст, зміст якого виходить за межі формальної ввічливості або суто інфраструктурних змін і передбачає глибше розуміння потреб людини в кризовій ситуації, процесну дисципліну, стандартизацію комунікацій і підвищення керованості маршруту пацієнта. У результаті впровадження пацієнторієнтованої моделі створює передумови для підвищення довіри населення, зростання безпеки та якості послуг, посилення репутаційної стійкості установи й ефективнішого використання наявних ресурсів у системі екстреної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання кваліфікаційної роботи доведено, що модернізація публічного адміністрування медичного закладу є необхідною передумовою підвищення результативності системи охорони здоров'я в умовах тривалих соціально-економічних трансформацій, зростання запитів населення до якості й безпеки медичних послуг та посилення вимог до підзвітності використання ресурсів. З'ясовано, що успішність реформ у галузі охорони здоров'я визначається не лише змістом нормативно-правових змін, а насамперед управлінською спроможністю закладів охорони здоров'я переводити державну політику у вимірювані результати, стандартизовані процеси та прозорі управлінські рішення. У цьому контексті стратегічний характер публічного адміністрування трактується як здатність управлінської команди формувати довгострокове бачення розвитку, трансформувати його в систему цілей, завдань і програм (проектів), забезпечувати ресурсну узгодженість та здійснювати регулярний моніторинг досягнення результатів через показники ефективності.

У роботі обґрунтовано, що нормативно-правова база формує інституційну «рамку» функціонування медичних закладів, проте сама по собі не гарантує якісних змін без розвитку організаційної, кадрової та аналітичної спроможності установи. Підкреслено, що сучасна модель функціонування медичного закладу передбачає поєднання управлінської автономії з підвищеною відповідальністю за результати, що об'єктивно потребує посилення внутрішніх політик якості, ризик-менеджменту, комплаєнсу та переходу до управління на основі даних. Встановлено, що одним із ключових ризиків перехідного періоду є розрив між формально задекларованими правилами та практичними управлінськими механізмами на рівні закладу, що проявляється у фрагментарності змін, недостатній стандартизації процедур та слабкій інтегрованості підрозділів.

Діагностика організаційно-управлінських аспектів показала необхідність інтеграції адміністративного та стратегічного контурів управління, зокрема через формування цілісної «архітектури публічного адміністрування» закладу, у якій стратегія, організаційна структура, ресурси, процеси, дані та культура якості функціонують як взаємопов'язані елементи.

Доведено, що управлінська ефективність знижується за умов домінування реактивного підходу над проактивним плануванням, обмеженої керованості процесами через слабку процесну дисципліну та дефіцит управлінської аналітики, а також нестачі компетентностей у сфері проєктного управління, цифрових рішень і управління якістю. Отже, стратегічні зміни мають ґрунтуватися на регламентації ключових управлінських процедур, встановленні відповідальності за результати та запровадженні інструментів постійного контролю виконання.

Окремо акцентовано, що фінансово-ресурсний потенціал закладу є базою стратегічної стійкості, але водночас і джерелом ризиків, якщо відсутні належні механізми бюджетування, управлінського обліку, аналізу витрат, прозорих закупівель та контролю фінансових відхилень. Аргументовано, що фінансова стійкість має розглядатися не як статичний показник, а як результат системного управління ресурсами, їх узгодження з пріоритетами розвитку, а також переходу від логіки «утримання установи» до логіки управління цінністю послуг для громади. У роботі підкреслено, що за залежності від зовнішніх джерел фінансування ключовим управлінським завданням стає поєднання стабільності надходжень із підвищенням ефективності витрат і результативності діяльності.

Важливим висновком є те, що цифрова трансформація у публічному адмініструванні медичного закладу має трактуватися не як ізольований ІТ-проєкт, а як стратегічний інструмент підвищення керованості, прозорості та підзвітності.

Обґрунтовано доцільність цифровізації на операційному рівні (облік, документообіг, планування, диспетчеризація, кадрові процеси),

управлінсько-аналітичному рівні (панелі показників, управлінська звітність, моніторинг КРІ, контроль якості, управління ризиками) та сервісному рівні (пацієнтські сервіси, комунікація, зворотний зв'язок, прозорість процедур). Доведено, що саме цифрові інструменти створюють умови для переходу до управління на основі даних, скорочують управлінські «сліпі зони», підвищують оперативність прийняття рішень і результативність контролю виконання.

Разом із цим встановлено, що пацієнтоорієнтованість і якість послуг є не декларацією, а управлінським результатом, який потребує формалізованих стандартів і механізмів вимірювання.

У роботі узагальнено, що забезпечення якості доцільно реалізовувати як безперервний цикл: планування - ресурсне забезпечення - стандартизація процесів - вимірювання індикаторів - аналіз відхилень - коригувальні дії та навчання персоналу.

Доведено необхідність інтегрування показників пацієнтоорієнтованості (доступність, комунікація, безпека, задоволеність) у систему управлінських індикаторів, що забезпечує їх підконтрольність адміністрації та пов'язаність із стратегічними цілями розвитку.

На підставі проведеного аналізу сформовано узгоджений пакет напрямів стратегічного вдосконалення публічного адміністрування, який доцільно впроваджувати поетапно з урахуванням ресурсної спроможності та організаційної готовності закладу. До таких напрямів віднесено розвиток стратегічного планування (цілі, індикатори, дорожні карти, портфель проєктів), запровадження процесного управління й регламентації процедур, посилення внутрішнього контролю та управління ризиками, модернізацію фінансового менеджменту, цифрову трансформацію управлінських і сервісних контурів, розвиток кадрової політики (навчання, оцінювання, мотивація, управління змінами), а також інституціоналізацію системи управління якістю.

Наголошено, що максимальний ефект досягається лише за взаємоузгодженості зазначених напрямів: цифрові рішення без стандартизованих процесів автоматизують неефективність, тоді як стандарти без даних не забезпечують вимірюваного управлінського контролю.

Узагальнено, що реалізація запропонованих підходів може забезпечити підвищення прозорості та підзвітності управління, зміцнення фінансової дисципліни, зниження операційних і управлінських ризиків, покращення показників якості та безпеки, а також посилення довіри пацієнтів і громади через сервісність та ефективні канали зворотного зв'язку.

Визначено, що критичною умовою успіху є управління впровадженням змін як портфелем проєктів із чіткими пріоритетами, відповідальними особами, календарним плануванням, KPI та ресурсним забезпеченням, доповненими комунікаційною політикою та навчанням персоналу.

У підсумку доведено, що вдосконалення системи публічного адміністрування медичного закладу на стратегічних засадах слід розглядати як комплексну інституційну трансформацію, що охоплює управлінську архітектуру, фінансово-ресурсний менеджмент, цифровий розвиток, кадрову політику та культуру якості, і здатна забезпечити стійкість закладу та підвищення результативності надання медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. 275 Академічні візії. 2023. № 17. URL: <https://academyvision.org/index.php/av/article/view/250>
2. Августин Р. Р., Стахів О. В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. 2023. № 37. С. 13-21
3. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140.
4. Висоцький А., Суріков О., Василюк-Зайцева С. Розвиток штучного інтелекту в сучасній медицині. Укранський медичний часопис. 2023. №4 (квітень). URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-241221-rozvitok-shtuchnogo-intelektu-v-suchasnij-meditsini>
5. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. Форум права. 2024. № 2. С. 139–146.
6. Гаплик Г., Качура Р., Лихацький П. Особливості модернізації медичної сфери із застосуванням інформаційних технологій. Економіка країни в умовах глобальних викликів: наукові підходи та практика реалізації: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 6 вересня 2024 р.) / відп. за випуск д.е.н., проф. С. О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 175-178. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-415-6-42>
7. Гарасюк В., Макаріхіна А. Реформування охорони здоров'я з точки зору первинної меддопомоги: що важливо знати органам місцевого самоврядування. Електронний Європейський журнал. 2023. URL: <https://u-lead.org.ua/news/350?fbclid=IwAR3P24HKgqI32DnO8nyO9jWjiPqXWn7G9PX8lQuVUIIc1FctStiqR7R0f-E> (дата звернення: 20.10.2025)

8. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки. 2016. № 4. С. 123.

9. Граматик Ірина. Теоретичні основи мотивації та стимулювання праці як засобу підвищення ефективності роботи медичної установи. URL: <https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=ijCdEAAAQBAJ&oi=fnd>

10. Дикань С.А., О.Є. Зима О.Є. Безпека в галузі та надзвичайних ситуаціях. Університетський курс [Текст]: підручник для студ. вищ. навч. закл. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2015. 273 с.

11. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL : <http://surl.li/pxanus>.

17. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ, 2023. № 1-2.

12. Залуцький Р., Котовська М. Реформи медицини у містах та громадах: Організаційно-правові аспекти публічного управління: Збірник тез доповідей ІХ Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції, 15 листопада 2022 р., м. Полтава. С. 114-115.

13. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf> (дата звернення: 20.11.2025)

14. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%d0%97%d0%b0%d1%80%d1%83%d0%b1%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b8%d0%b9%20%d0%b4%d0%be%d1%81%d0%b2%d1%96%d0%b4%20%d1%84%d1%96%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.PDF> (дата звернення: 20.11.2025)

15. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. Український науково-медичний молодіжний журнал. 2022. № 2. С. 16-22.

16. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (дата звернення: 15.11.2025).

17. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка. 2018. № 3. С. 170.

18. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. № 24(2). С. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29_11 (дата звернення: 20.11.2025)

19. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. Том 33 (72). № 3. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf (дата звернення: 20.11.2025)

20. Лазоришинець В., Слабкий Г., інші. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ, 2024. 312 с.

21. Лисиченко М.Л., Вамболь В.В., Вамболь С.О., Кірієнко М.М., Черепньов І.А., Власовець В.М. Безпека в надзвичайних ситуаціях : навч. посібник для студентів ЗВО України : у 2 ч.; за ред. М. Л. Лисиченка; ХНТУСГ. Харків : ТОВ "ПромАрт", 2021. 202 с.

22. Музика І.С. Реформа охорони здоров'я: проблеми, аналіз, напрями реалізації (на прикладі Карпатського Регіону України). URL: [http://ird.gov.ua/sep/sep20162\(118\)/sep20162\(118\)_038_MuzykaI.pdf](http://ird.gov.ua/sep/sep20162(118)/sep20162(118)_038_MuzykaI.pdf)

23. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ. 2020. № 1–2. С.7-11.

24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей» від 27.07.1998 № 226. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0226282-98#Text>

25. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. URL: [https:// moz.gov.ua/strategija](https://moz.gov.ua/strategija) (дата звернення: 22.11.2025).

26. Обладнання для медичних закладів і лабораторій. URL: <https://labstar.com.ua/analizator/anz-018>

27. Окремі важливі аспекти організації охорони праці в закладах (установах) охорони здоров'я. Професійна спілка працівників галузей медицини. URL: <https://medprof.km.ua/old/index.htm>

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801XII. URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112) (дата звернення: 22.10.2025).

29. Охорона праці в медичній галузі: підручник / О.П. Яворовський, І.В. Сергета, Ю.О. Паустовський, В.І. Зенкіна та ін.; за редакцією О.П. Яворовського. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 488 с.

30. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційнодослідницьким центром на запит народного депутата України.

URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 20.10.2025)

31. Попов І., Вошко С. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. Актуальні проблеми державного управління. 2021. Том 1 № 82 . URL: <https://doi.org/10.35432/1993-8330appa1822021229162> (дата звернення: 20.11.2025)

32. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219> (дата звернення: 22.11.2025).

33. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142002%D0%BF> (дата звернення: 15.11.2025)

34. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/8152007%D0%BF> (дата звернення: 22.12.2025).

35. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005> (дата звернення: 15.11.2025).

36. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи медико-соціальних послуг . Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689> (дата звернення: 20.11.2025)

37. Слабкий Г., Козар Ю. Міжнародний досвід пацієнторієнтованості системи медичної допомоги. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/48568/1/7.pdf>

38. Сороківська О., Цар Г. Реформування медичної галузі в контексті цифрових змін: Організаційно-правові аспекти публічного управління: Збірник тез доповідей ІХ Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції, 15 листопада 2022 р., м. Полтава. С. 123-125. URL: <http://surl.li/eqtjp>

39. Сороківська О.А. Особливості формування та імплементації Європейських програм розвитку у сферу суспільного життя України. Публічне управління та адміністрування: теоретичні і практичні аспекти: колективна монографія за редакцією д.е.н., проф. Кирич Н.Б. Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2020. 268 с.

40. Стручок В.С. Безпека в надзвичайних ситуаціях. Методичний посібник для здобувачів освітнього ступеня «магістр» всіх спеціальностей денної та заочної (дистанційної) форм навчання. Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2022. 156 с. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/39196>

41. Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В. Європейські орієнтири реформування системи охорони здоров'я в Україні в порівнянні з Німеччиною. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право, 2021, №68. URL: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.68.16> (дата звернення: 20.11.2025)

42. Як міжнародні партнери допомагають у сфері медицини? URL: <https://statewatch.org.ua/publications/yak-mizhnarodni-partnery-dopomahaiut-u-sferi-medytsyni/>

43. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. URL: <http://surl.li/ulexkx>

44. Karpiak, M., Duma, O., Halachenko, O., Sorokivska, O., Zvirych, V., Drebot, O., Sakharnatska, L. Development of Medical Infrastructure of Territorial Communities of Ukraine in the conditions of Sectoral Reforms. Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development. Vol. 45, No. 3, pp. 276-286, September, 2023. DOI 10.15544/mts.2023.28