МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ “ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА”

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КУРБАНОВ АНТОН КОСТЯНТИНОВИЧ

УДК: 351.88;343.35

ДИСЕРТАЦІЯ
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління
Галузь знань – державне управління

Подається на здобуття наукового ступеня
доктора наук у галузі Публічне управління та адміністрування

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ А.К. Курбанов

Науковий консультант
Грицишен Димитрій Олександрович,
професор, доктор економічних напук,
доктор наук з державного управління,

Житомир – 2026

АНОТАЦІЯ

Курбанов А. К. Державне управління потенціалом системи охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Державний університет «Житомирська політехніка», Житомир, 2026.

Потенціал системи охорони здоров'я є досить інноваційним поняттям, що на сьогодні є малодослідженим як з позицій змістовного наповнення, так і з позиції державного управління системою охорони здоров'я. Адже для прийняття ефективних та результативних державно-управлінських рішень у сфері охорони здоров'я в першу чергу варто оцінити потенціал системи, що дозволить визначити можливість реалізації того чи іншого рішення, досягнення цілей реформ та готовність системи до кризових ситуацій. Так, потенціал системи охорони здоров'я є особливим стратегічно важливим об'єктом державного управління, що має забезпечити готовність до кризових явищ з одного боку та розвиток системи в майбутньому - з іншого.

Дослідження системи охорони здоров'я крізь призму потенціалу є якісно новим підходом до розвитку методології державного управління. Методологія державного управління є мінливою та має забезпечити адаптацію керованої та керуючої систем до умов функціонування тієї чи іншої соціальної системи, особливо в умовах криз політико-безпекового, природно-кліматичного та техногенно-екологічного характеру. Трансформація об'єкта державного управління визначає вектори розвитку його методології та зміни ключових механізмів. Відповідно, державне управління потенціалом системи охорони здоров'я є складною динамічною системою, що зумовлено сукупністю внутрішніх та зовнішніх факторів. У науковій літературі дане питання розкрито досить загально, без врахування специфіки та функцій системи

охорони здоров’я. Адже властивості та функціональна спрямованість системи охорони здоров’я мають специфічні характеристики, які змінюють класичне розуміння потенціалу соціальних систем та їх складових як у взаємодії, так і відокремлено. Саме в цьому вбачається актуальність наукового пошуку розвитку механізмів державного управління потенціалом системи охорони здоров’я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій.

Мета дисертації полягає в обґрунтуванні теоретичних, методологічних та організаційних положень, а також розробці практичних рекомендацій щодо розвитку механізмів державного управління потенціалом системи охорони здоров’я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій. Об’єктом дослідження є система державного управління потенціалом системи охорони здоров’я. Предметом дослідження є сукупність теоретико-методологічних та організаційних положень державного управління потенціалом системи охорони здоров’я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій.

У першому розділі дисертаційної роботи «Теоретичні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров’я» розкрито сучасні надбання науки державного управління у сфері потенціалу системи охорони здоров’я; визначено фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров’я як об’єкта наукового дослідження; з’ясовано функціональні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров’я. Другий розділ «Методологія державного управління потенціалом системи охорони здоров’я» розкриває питання властивостей потенціалу системи охорони здоров’я як об’єкта державного управління, а також розроблені методологічні засади державного управління потенціалом системи охорони здоров’я та вихідні положення адаптивно-резервного потенціалу. У третьому розділі «Сучасний стан та наслідки державного управління потенціалом системи охорони здоров’я

України» оцінено стан фінансового потенціалу та визначено системні проблеми і наслідки управління кадровим та інфраструктурним потенціалом системи охорони здоров'я України. Четвертий розділ «Сучасний стан потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу» присвячений оцінці рівня фінансового, кадрового та інфраструктурного потенціалів країн-членів Європейського Союзу: Румунії, Угорщини, Польщі та Чехії. У п'ятому розділі «Механізми прогнозування в системі державного управління потенціалом системи охорони здоров'я в умовах криз» представлені авторські розробки щодо місця прогнозування в системі державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я, розробки його методології та формування комплексного механізму державного управління адаптивно-резервним потенціалом на основі прогнозування.

Визначена логіка дослідження та підібрані методи наукового пошуку дозволили розробити та удосконалити сукупність теоретичних та методологічних положень, що формують новий вектор розвитку наукового знання.

Щодо теоретичних положень державного управління в роботі запропоновано:

- сукупність змістовного наповнення та взаємодії факторів впливу на систему охорони здоров'я, що визначають напрями її розвитку та формують підґрунтя державного управління її потенціалом. Фактори згруповано на внутрішні (фінансово-економічні, організаційно-управлінські, інфраструктурно-технологічні, кадрові, ментально-психологічні та інші) та зовнішні (демографічні, санітарно-епідеміологічні, соціально-економічні, екологічні, безпеково-політичні, техніко-технологічні).

- розроблено функціональні положення та об'єктні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, зокрема: 1) визначено властивості методології (міжгалузевість, професійність, динамічність, соціальність, високий рівень зацікавленості, наукоємність, багаторівневість); 2) запропоновано групувати завдання за часовим характером (загальні, періодичні) та змістовним характером (управлінські, організаційні, медичні); 3) встановлено, що завдання системи охорони здоров'я перебувають у тісній взаємодії з потенціалом як у контексті можливості їх реалізації, так і в контексті управління самим потенціалом.

- теоретико-методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я через розробку інформаційних моделей кадрового, фінансового та інфраструктурного потенціалу, які дозволяють визначити його багатовекторність та міжсистемність. Обґрунтовано складові зазначених потенціалів, рівні управління ними, джерела формування, фактори впливу та встановлено залежність від різних видів державної політики.

- теоретичні положення щодо введення в науковий обіг нового поняття «адаптивно-резервний потенціал» - здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність надання медичної допомоги населенню в умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру; а також розширення змісту існуючих понять (адаптивність, безпечність, безперервність, стійкість, кадровий потенціал, фінансовий потенціал, інфраструктурний потенціал).

Щодо методологічних положень запропоновані наступні елементи:

- методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я шляхом розробки інформаційної моделі, що характеризує взаємодію між елементами системи. Зокрема: 1) визначено

повноваження та ідентифіковано властивості суб'єктів державного управління; 2) розроблено систему методів державного управління за досліджуваним об'єктом; 3) обґрунтовано методологічні положення реалізації зворотного зв'язку (моніторинг, оцінка ефективності та коригування рішень).

- вихідні положення державного управління адаптивно-резервним потенціалом, зокрема визначено пріоритетні завдання, принципи та ідентифіковано об'єкт і предмет (організаційно-методологічні положення державно-управлінських рішень щодо формування та використання адаптивно-резервного потенціалу).

- комплексний механізм прогнозування розвитку системи охорони здоров'я, що являє собою послідовність етапів інформаційного, аналітичного та контрольного характеру для формування сценаріїв розвитку та прийняття стратегічних рішень.

- механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом на основі прогнозування, який визначає сукупність інструментів: організаційних (антикризові центри, управління резервами, перепрофілювання закладів), інформаційних (обмін даними, взаємодія з населенням), фінансових (резервні фонди, екстрене фінансування) та правових.

Ключові слова: система охорони здоров'я, державне управління, потенціал, потенціал системи охорони здоров'я, прогнозування, державна політика, адаптивно-резервний потенціал, кадровий потенціал, фінансовий потенціал, інфраструктурний потенціал.

ABSTRACT

Kurbanov A. K. State Management of the Health Care System Potential. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript. Thesis for the degree of Doctor of Science in Public Administration, specialty 25.00.02 – Mechanisms of Public Administration. Zhytomyr Polytechnic State University, Zhytomyr, 2026.

The potential of the health care system is a fairly innovative concept that remains under-researched today, both in terms of its substantive content and from the perspective of state management of the health care system. Indeed, to make effective and efficient public management decisions in the field of health care, it is primary to assess the system's potential, which allows for determining the feasibility of implementing specific decisions, achieving reform goals, and ensuring the system's readiness for crisis situations. Thus, the potential of the health care system is a special, strategically important object of state management, designed to ensure readiness for crisis phenomena on the one hand and the system's development in the future on the other.

Researching the health care system through the prism of potential represents a qualitatively new approach to the development of public administration methodology. Public administration methodology is dynamic and must ensure the adaptation of the controlled and controlling systems to the functioning conditions of various social systems, especially in crises of a political-security, natural-climatic, or technogenic-ecological nature. The transformation of the public administration object determines the vectors of its methodology development and changes in key mechanisms. Accordingly, state management of the health care system potential is a complex dynamic system driven by a combination of internal and external factors. In scientific literature, this issue is covered quite broadly without accounting for the specific functions of the health care system. Indeed, the functional orientation of the health care

system possesses specific properties that alter the classical understanding of social systems' potential, both in interaction and separately. This underscores the relevance of scientific inquiry into developing mechanisms for the state management of health care system potential to ensure its crisis readiness.

The aim of the dissertation is to substantiate theoretical, methodological, and organizational provisions, as well as to develop practical recommendations for the development of state management mechanisms for health care system potential to ensure its readiness for crisis situations. The object of the study is the system of state management of the health care system potential. The subject of the study is the set of theoretical, methodological, and organizational provisions of state management of the health care system potential to ensure its readiness for crisis situations.

The first chapter "Theoretical Provisions of State Management of the Health Care System Potential," modern achievements in public administration science regarding health care potential are revealed; factors influencing the state management of this potential as an object of research are identified; and functional features of the methodology are clarified. The second chapter "Methodology of State Management of the Health Care System Potential" explores the properties of potential as an object of management, develops methodological foundations for its management, and establishes the baseline for adaptive-reserve potential. In the third chapter "Current State and Consequences of State Management of the Health Care System Potential in Ukraine," the state of financial potential is evaluated, and systemic problems in managing personnel and infrastructure potential are identified. The fourth chapter "Current State of Health Care System Potential in EU Member States" evaluates the levels of financial, personnel, and infrastructure potential in Romania, Hungary, Poland, and the Czech Republic. In the fifth chapter "Forecasting Mechanisms in the System of State Management of the Health Care System Potential under Crisis

Conditions," author-developed models regarding the role of forecasting in managing adaptive-reserve potential are presented, along with the formation of a comprehensive management mechanism based on forecasting.

The established research logic and selected scientific methods allowed for the development and improvement of a set of theoretical and methodological provisions forming a new vector of scientific knowledge.

Regarding theoretical provisions of state management, the work proposes:

A set of interacting factors (internal: financial-economic, organizational-managerial, infrastructural-technological, personnel, mental-psychological; and external: demographic, sanitary-epidemiological, socio-economic, environmental, security-political, technical-technological) that determine health care development.

Functional provisions and objective features of the methodology, including: 1) identification of properties (interdisciplinary, professional, dynamic, social, high-stakes, knowledge-intensive, multi-level); 2) grouping of tasks by time (general, periodic) and content (managerial, organizational, medical); 3) establishment of the interaction between system tasks and potential.

Theoretical-methodological provisions via information models of personnel, financial, and infrastructure potential, defining their multi-vector and inter-systemic nature, and establishing dependency on various types of state policy.

Introduction of the new scientific term "adaptive-reserve potential" (the ability of a system to maintain stability, continuity of functioning, and efficiency of medical care under instability and crises) and expansion of existing concepts (adaptability, safety, continuity, resilience, etc.).

Regarding methodological provisions, the following are proposed:

Methodological provisions for management through an information model characterizing interactions between subjects of state management, their powers, and properties.

Baseline provisions for managing adaptive-reserve potential, including priority tasks, principles, and the identification of the object and subject of management.

A comprehensive forecasting mechanism for health care development as a sequence of informational, analytical, and control stages for strategic decision-making.

A mechanism for state management of adaptive-reserve potential based on forecasting, which defines a set of organizational (anti-crisis centers, reserve management), informational (data exchange, public interaction), financial (reserve funds, emergency funding), and legal instruments.

Keywords: health care system, state management (public administration), potential, health care system potential, forecasting, state policy, adaptive-reserve potential, personnel potential, financial potential, infrastructure potential.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, які відображають основні наукові результати дисертації:

Монографії

1. Криза системи охорони здоров'я: монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена. Житомир: Видавничий дім «Бук-друк», 2024. 696 с. (*особистий внесок:* здійснено оцінку потенціалу системи охорони здоров'я)

2. Курбанов А.К. Державне управління потенціалом системи охорони здоров'я: монографія. – К. : ТОВ «Наукове видавництво "Нова думка"», 2026. 300 с.

3. Євроінтеграційні імперативи трансформації національної системи охорони здоров'я України монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена. – К. : ТОВ «Наукове видавництво "Нова думка"», 2025. – 612 с. (*особистий внесок:* представлено дослідження щодо розробки методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я)

4. Державна антикорупційна політика України : монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена, О.В. Олійник. – Житомир : ТОВ «Видавничий дім "Бук-Друк"», 2025. – 248 с. (*особистий внесок:* обґрунтовано, що корупція виступає фактором впливу на потенціал системи охорони здоров'я)

Статті, які опубліковані у наукових виданнях, що індексуються в наукометричних базах Scopus/ Web of Science

5. Ivanchov P., Povch O., Sydorenko V., Kurbanov A., Lobodae S. Integrated Simulation training for surgical skill development in Ukrainian medical universities during war. Academia Greece. 2024. Vol. 35-36, Pp. 9-27 (**Scopus**) (*особистий внесок:* обґрунтовано вплив системи освіти на кадровий потенціал системи охорони здоров'я)

6. Andrieiev I., Tyshko D., Petryk S., Ihnatova T., Kurbanov A. Modern mechanisms of municipal healthcare management. Ad Alta-Journal Of Interdisciplinary Research. 2023. Vol. 13. Iss. 2. Pp. 165-170 (**WoS**) (*особистий внесок:* визначено

особливості управління потенціалом системи охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування)

7. Tyshko D., Dramaretska S., Kurbanov A., Yunger V., Khatsko K. Risk management in medicine: the process of identification, assessment and control of risks in medical practice. Ad Alta-Journal Of Interdisciplinary Research. 2024. Vol. 14. Iss. 1. Pp.105-113 (**WoS**) (*особистий внесок:* визначено місце ризик-менеджменту в управлінні потенціалом системи охорони здоров'я)

8. Petryk S., Andrieiev I., Tishko D., Kurbanov A., Yunger V. The effectiveness of quality management strategies in health care organizations: an analysis of quality standards implementation and clinical performance improvement. Amazonia Investiga. 2023. Vol. 12. Iss. 68, Pp.333-345 (**WoS**) (*особистий внесок:* визначено вплив потенціалу на управління закладами охорони здоров'я)

Статті, які опубліковані у наукових фахових виданнях України

9. Курбанов А.К. Фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров'я як об'єкта наукового дослідження. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. №2(112). С. 238–244. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2025-2(112)-238-244

10. Курбанов А.К. Функціональні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. №3(113). С. 164–172. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2025-3(113)-164-172

11. Kurbanov A. Characteristics of the healthcare system potential as an object of public administration. *Public Policy and Accounting*. 2025. № 1(11). С. 64–74. DOI: https://doi.org/10.26642/ppa-2025-1(11)-64-74

12. Kurbanov A. Methodology of public administration of healthcare system potential. *Public Policy and Accounting*. 2025. № 2(12). С. 42–52. DOI: https://doi.org/10.26642/ppa-2025-2(12)-42-52

13. Курбанов А.К. Адаптивно-резервний потенціал в системі державного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 47. С. 181-188. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.291

14. Курбанов А.К. Розвиток інфраструктурного потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 49. С. 129-140. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.49.22

15. Грицишен Д.О., Курбанов А.К., Дмитренко І.А., Петрик С.М. Прогнозування в системі державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 50. С. 153-161. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.50.25 (*особистий внесок:* визначено місце прогнозування в системі державного управління системою охорони здоров'я)

16. Грицишен Д.О., Курбанов А.К., Дмитренко І.А., Петрик С.М. Удосконалення методологічних положень прогнозування як складової державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Держава та регіони*. 2025. № 2. С. 252-266. DOI: https://doi.org/10.32782/1813-3401.2025.2.35 (*особистий внесок:* розроблено методологію прогнозування розвитку системи охорони здоров'я)

17. Курбанов А.К. Сучасний стан державного управління кадровим потенціалом систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 48. С. 175-185. DOI: https://doi.org/10.32782/ pma2663-5240-2025.48.28

18. Грицишен Д.О., Курбанов А.К., Дмитренко І.А., Петрик С.М. Комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування. *Держава та регіони*. 2025. № 3. С. 216-226. DOI: https://doi.org/10.32782/1813-3401.2025.3.30 (*особистий внесок:* розроблено організаційно-методичні положення державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я).

19. Курбанов А.К. Характеристика фінансового потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу. *Право та державне управління*. 2025. № 3. С. 465-478. DOI: https://doi.org/10.32782/pdu.2025.3.62

20. Курбанов А.К. Рівень фінансового потенціалу системи охорони здоров'я України як об'єкту державного управління. *Право та державне управління*. 2025. № 4. DOI: https://doi.org/10.32782/pdu.2025.4.50

21. Курбанов А.К. Рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. №4(114). С. 236–256. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2025-4(114)-236-256

22. Курбанов А.К. Становлення наукового знання про державне управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2026. №1(115). С. 231–240. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2026-1(115)-231-240

23. Kurbanov A. Assessment of systemic problems and consequences of public administration of human resources in the healthcare system of Ukraine. Public Policy and Accounting. 2026. №1(13). Pp. 3–21. DOI: https://doi.org/10.26642/ppa-2026-1(13)-3-21

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

24. Курбанов А.К. Методологічні основи державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. *Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів XXI століття*: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, 7-8 грудня 2023 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С. 604-609.

25. Курбанов А.К. Особливості застосування системного підходу до вивчення потенціалу системи охорони здоров'я. *Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки*. – Житомир : «Житомирська політехніка», 2024. С. 721-722.

26. Курбанов А.К. Характеристика методів державно-управлінського впливу суб'єктів державного управління на потенціал системи охорони здоров'я.

Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів XXI століття: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 12-13 грудня 2024 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2024. С. 783-787.

27. Курбанов А.К. Зовнішні фактори впливу на потенціал системи охорони здоров'я. *Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки*. – Житомир : «Житомирська політехніка», 2025. С. 827-829

28. Курбанов А.К. Внутрішні фактори впливу на потенціал системи охорони здоров'я. *Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів XXI століття:* збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, 7-8 грудня 2023 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2025. С. 660-664.

29. Курбанов А.К. Властивості системи охорони здоров'я. *Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки.* – Житомир : «Житомирська політехніка», 2023. С. 680-681.

30. Курбанов А.К. Завдання державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Правова політика України: історія та сучасність*: матеріали IV Всеукраїнського науково-практичного семінару, 6 жовтня 2023 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С 253-254.

31. Курбанов А.К. Характеристика фінансового потенціалу як об'єкту державного управління. *Правова політика України: історія та сучасність:* матеріали V Всеукраїнського науково-практичного семінару, 10 жовтня 2024 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2024. С. 230-232.

32. Курбанов А.К. Характеристика інфраструктурного потенціалу як об'єкту державного управління. *Правова політика України: історія та сучасність* : матеріали VI Всеукраїнського науково-практичного семінару, 9–10 жовтня 2025 року. – Ж. : Житомирська політехніка, 2025. С. 249-252.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 18

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я …… 29

1.1. Становлення наукового знання про державне управління потенціалом системи охорони здоров'я …… 29

1.2. Фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров'я як об'єкта наукового дослідження ……. 47

1.3. Функціональні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я ……..…….. 61

Висновки до 1-го розділу ……. 79

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я …… 82

2.1. Характеристика потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління ……... 82

2.2. Методологія державного управління потенціалом системи охорони здоров'я ……..…… 108

2.3. Адаптивно-резервний потенціал в системі державного управління охороною здоров'я в умовах криз ……. 133

Висновки до 2-го розділу …… 148

РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАСЛІДКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ……...… 152

3.1. Рівень фінансового потенціалу системи охорони здоров'я України як об'єкта державного управління …….. 152

3.2. Оцінка системних проблем та наслідків державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я України …… 168

3.3. Рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України …… 191

Висновки до 3-го розділу ……..…… 217

РОЗДІЛ 4. СУЧАСНИЙ СТАН ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КРАЇН-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ……..... 219
4.1. Характеристика фінансового потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу …… 219
4.2. Сучасний стан державного управління кадровим потенціалом систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу …… 247
4.3. Розвиток інфраструктурного потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу …… 273
Висновки до 4-го розділу …… 291

РОЗДІЛ 5. МЕХАНІЗМИ ПРОГНОЗУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КРИЗ …… 293
5.1. Прогнозування в системі державного управління адаптвино-резервним потенціалом системи охорони здоров'я …… 293
5.2. Удосконалення методологічних положень прогнозування як складової державного управління потенціалом системи охорони здоров'я 311
5.3. Комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування ..…… 338
Висновки до 5-го розділу …….. 357
ВИСНОВКИ …….. 360
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ …… 371
ДОДАТКИ …….. 402

ВСТУП

Актуальність теми. Потенціал системи охорони здоров'я є досить інноваційним поняттям, що на сьогодні є мало дослідженим як з позицій змістовного наповнення так і з позиції державного управління системою охорони здоров'я. Адже, для прийняття ефективних та результативних державно-управлінських рішень в сфері охорони здоров'я в першу чергу варто оцінити потенціал системи охорони здоров'я, що дозволить визначити можливість реалізації того чи іншого рішення та можливість досягнення цілей реформ та готовності системи до кризових ситуацій. Так, потенціал системи охорони здоров'я є особливим стратегічно важливим об'єктом державного управління, що має забезпечити готовність до кризових явищ з одного боку та розвиток системи в майбутньому з іншого.

Дослідження системи охорони здоров'я крізь призму потенціалу є якісно новим підходом до розвитку методології державного управління. Методологія державного управління є мінливою та має забезпечити адаптацію керованої та керуючої системи до умов функціонування тієї чи іншої соціальної системи, особливо в умовах кризи політико-безпекового, природно-кліматичного та техногенно-екологічного характеру. Трансформація об'єкта державного управління визначає вектори розвитку його методології та зміни ключових механізмів. Відповідно державне управління потенціалом системи охорони здоров'я є складною динамічною системою, що зумовлене сукупність внутрішніх та зовнішніх факторів. В науковій літературі дане питання розкрито досить загально без врахування специфіки та функцій системи охорони здоров'я. Адже, властивості та функціональна спрямованість системи охорони здоров'я має специфічні властивості, які змінюють кластичне

розуміння потенціалу соціальних систем та їх складових як у взаємодій так і відокремлено. Саме в цьому вбачається актуальність наукового пошуку розвитку механізмів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій.

Питання державного управління потенціалом системи охорони здоров'я в розрізі складових вивчалося вітчизняними та зарубіжними вченими. Зокрема зазначені питання висвітлення в працях наступних вітчизняних вчених: Д.О. Грицишен, Л.В. Сергієнко, І.О. Драган, І.В. Драган, С.М. Домбровська, І.В. Супрунова, В.В. Ксендзук, В.І. Юнгер, С.М. Пектрик, Л.В. Антонова, Н.В. Дацій, А.С. Бершажський, О.В. Стахів, О.В. Вакун, К.Ю. Турчин, О.Д. Крикун, Л.Р. Криничко, Ф.Р. Криничко, Ю.В. Малігон, Г.Д. Александренко, В.О. Костров, Ю.В. Шпак, Н.С. Орлова, А.Г. Миронов, Д.Ф. Тишко, О.В. Баштанник, Є.В. Андрєєв, Т.К. Гуща, Я.Ф. Радиш, М.М. Білинська, С.В. Свірко, А.В. Антонов, Д.В. Карамишев та інші. Окремі аспекти потенціалу системи охорони здоров'я висвітленні в працях зарубіжних вчених: Боерма В.Г.В. (Boerma W.G.W.), Каркайон-Бентата Л. (Carcaillon-Bentata L.), Грей Г. (Carey G.), Коста Г. (Costa G.), Франкфуртер Р. (Frankfurter R.), Фрейтас А. (Freitas Â.), Фріель С. (Friel S.), Холмс С.М. (Holmes S.M.), Маршандот Б. (Marchandot B.), Гатчінсон А. (Hutchinson A.), Моял А. (Moyal A.), Морель О. (Morel O.), Кешавджі С. (Keshavjee S.), Крінгос Д.С. (Kringos D.S.), Лахбіб Х. (Lahbib H.), Бельцер Н. (Beltzer N.), Солтман Р.Б. (Saltman R.B.), Сантана П. (Santana P.), Шамасундер С. (Shamasunder S.), Сміт Дж.К. (Smith J.C.), Снайдер Д.Е. (Snider D.E.), Стефанік І. (Stefanik I.), Пікерінг Л.К. (Pickering L.K.), Зенгаріні Н. (Zengarini N.) та інші.

Попри наявність значної кількості наукових досліджень з питань державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, сьогодні залишаються невирішеними сукупність теоретичних, методологічних та

організаційний проблем, які визначають системну кризу в галузі. Зокрема, більшість проблем пов'язані із відсутністю механізмів функціонування системи в умовах кризи, що обумовлює науковий пошук за такими напрямами: 1) ідентифікація та обґрунтування змісту і кореляції факторів впливу на потенціал системи охорони здоров'я, що визначає трансформацію функціональних положень та об'єктних особливостей методології державного управління; 2) обґрунтування методологічних положень державного управління, що базується на характеристиці потенціалу (кадровий, фінансовий, інфраструктурний, адаптивно-резервний) та застосуванні системного підходу; 3) визначення системних проблем та оцінити наслідки державної політики в системі державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, що призвели до кризи системи та її неготовність до кризових ситуацій; 5) розробити організаційно-методологічні положення прогнозування розвитку системи охорони здоров'я як складової державного управління адаптивно-резервним потенціалом; 6) розробити комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я з позиції забезпечення її готовності до кризових ситуацій політико-безпекового, природньо-кліматичного та техногенно-екологічного характеру.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Державного університету «Житомирська політехніка» за темами: «Євроінтеграційні імперативи сталого розвитку сільських територіальних громад» (номер державної реєстрації 0124U003135); «Інноваційні 21 механізми публічного управління та адміністрування» (державна реєстрація № 0121U111051). У межах тем автором проведені дослідження, пов'язані з розробкою комплексного механізму державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Мета дисертації полягає в обґрунтуванні теоретичних, методологічних та організаційних положень, а також розробці практичних рекомендацій щодо розвитку механізмів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій.

Завдання дослідження полягають у наступному:

– оцінити публікаційну активність з проблем державного управління потенціалом системи охорони здоров'я;

– ідентифікувати фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров'я як об'єкта наукового дослідження;

– обґрунтувати функціональні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я;

– охарактеризувати потенціал системи охорони здоров'я та його складові з позиції державного управління;

– розробити методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я на основі застосування системного підходу;

– визначити місце адаптивно-резервного потенціалу в системі державного управління охороною здоров'я в умовах криз;

– проаналізувати сучасний стан та наслідки державного управління потенціалом системи охорони здоров'я України за його складовими (кадровий, фінансовий, інфраструктурний);

– оцінити сучасний стан потенціалу систем охорони здоров'я (фінансовий, кадровий, інфраструктурний) країн-членів Європейського Союзу як передмови формування євроінтеграційних імперативів державної політики в досліджуваній галузі;

– визначити місце та вихідні положення прогнозування в системі державного управління адаптвино-резервним потенціалом системи охорони здоров'я;

– розробити методологічні положення прогнозування як складової державного управління потенціалом системи охорони здоров'я;

– розробити комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування.

Об'єктом дослідження є система державного управління потенціалом системи охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методологічних та організаційних положень державного управління потенціалом системи охорони здоров'я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій.

Методи дослідження. З огляду на комплексний, системний і багаторівневий характер об'єкта дослідження, а також з урахуванням необхідності розв'язання сукупності теоретичних, методологічних і організаційно-управлінських проблем державного управління потенціалом системи охорони здоров'я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій, у дисертації застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів пізнання суспільних явищ та процесів.

Методи бібліометричного та бібліографічного аналізу буди застосовані для оцінки публікаційної активності з проблем державного управління потенціалом системи охорони здоров'я (п. 1.1). Фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров'я як об'єкта наукового дослідження (п. 1.2) були вивченні шляхом застосування методів аналізу та синтезу, абстрагування, систематизації та групування. Методи групування, аналогії, абстрагування, аналізу та синтезу, індукції та дедукції використанні для з'ясування функціональних особливостей методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я (п. 1.3). Характеристика потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління (п. 2.1) була дослідження за допомогою методів теоретичного узагальнення, аналізу і синтезу, групування, моделювання та

систематизації. Системний підхід, методи групування, моделювання, структуризації, узагальнення та абстрагування використанні для розробки методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я (п. 2.2). Групування, узагальнення, аналогія, структуризація, аналіз і синтез, порівняння використанні для розробки вихідних положень державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я (п. 2.3). Методи економічного аналізу, статистичного спостереження, групування та систематизації були застосовані для оцінки потенціалу (фінансовий, кадровий, інфраструктурний) систем охорони здоров'я України (п. 3.1, 3.2 та 3.3) та країн-членів Європейського Союзу. Досліджено місце прогнозування в системі державного управління адаптвино-резервним потенціалом системи охорони здоров'я (п. 5.1) за допомогою методів узагальнення, абстрагування, групування, структуризації. Для розробки методологічних положень прогнозування (п. 5.2) та державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я (п. 5.3) використано методи алгоритмізації групування, узагальнення, аналогії, структуризації, аналізу та синтезу.

Інформаційною базою дослідження стали наукові джерела, зокрема монографічні праці, наукові статті вітчизняних і зарубіжних учених, присвячені проблемам державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, а також матеріали науково-практичних конференцій і семінарів. У дослідженні використано матеріали міжнародних наукометричних баз даних Scopus та Web of Science, а також довідкові й інформаційно-аналітичні видання міжнародних організацій, що забезпечило репрезентативність емпіричної бази та достовірність отриманих результатів.

Використання технологій штучного інтелекту. Технології штучного інтелекту (ChatGPT) у межах дисертаційного дослідження використовувалися виключно як допоміжний інструмент для вирішення окремих технічних і

пошукових завдань, зокрема: 1) у пошукових цілях під час вивчення проблем прогнозування суспільних явищ та процесів; 2) для перекладу нормативно-правових актів з іноземних мов українською мовою; 3) для пошуку наукової літератури, в якій представленні результати досліджень потенціалу системи охорони здоров'я; 4) для перевірки на граматичні та стилістичні помилки текст дисертації, реферату та англомовної анотації.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні теоретичних, методологічних та організаційних положень, а також розробці практичних рекомендації щодо розвитку державного управління потенціалом системи охорони здоров'я для забезпечення її готовності до кризових ситуацій.

Основні положення наукової новизни полягають у наступному:

вперше:

- розроблено вихідні положення державного управління адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я, зокрема визначено пріоритетні завдання, сформовано сукупність принципів, ідентифіковано об'єкт (система охорони здоров'я як суспільно значуща сфера державного управління, що функціонує в умовах динамічних викликів та потребує забезпечення стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових умовах) та предмет (організаційно-методологічні положення державно-управлінських рішень щодо формування, підтримки та використання адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я для забезпечення її стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових ситуацій), що забезпечить відповідність системи охорони здоров'я таким властивостям як адаптивність, безпечність, безперервність та стійкість зважаючи на його ключові складові (фінансові, кадрові та інфраструктурні);

- розроблено комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування, який визначає сукупність державно-управлінських інструментів організаційного (запровадження процедури утворення антикризових координаційних центрів; розробка та впровадження системи управління резервами системи охорони здоров'я; розробка та впровадження механізмів реагування на кризи; розробка та впровадження системи перепрофілювання закладів охорони здоров'я); інформаційного (налагодження системи обміну даними між державними органами та закладами охорони здоров'я; формування інформаційно-аналітичної системи антикризових координаційних центрів; формуванні системи інформаційної взаємодії із населенням в умовах криз); фінансового (формування резервних фондів системи охорони здоров'я; впровадження механізмів екстреного фінансування медичних послуг; забезпечення багатоканального фінансування ЗОЗ без прив'язки до форми власності; фінансування процедури формування резервів системи охорони здоров'я) та правового (передбачає формування та впровадження нормативно-правових актів:) характеру, що формує цілісну систему забезпечення адаптивності, безперервності, безпечності та стійкості системи охорони здоров'я в умовах криз;

- одержано комплексний механізм прогнозування розвитку системи охорони здоров'я як складової державного управління її потенціалом, що являє собою послідовність взаємопов'язаних етапів інформаційного, аналітичного, процедурного та контрольного характеру, які дозволяють формувати сценарії розвитку системи охорони здоров'я та забезпечити прийняття стратегічних державно-управлінських рішень щодо її потенціалу в шатному режимі та реагування на кризові ситуації.

удосконалено:

- теоретичні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я щодо введення в науковий обіг нових понять (адаптивно-резервний потенціал - здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність і результативність надання медичної допомоги населенню в умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів) та розширення змісту існуючих (адаптивність, безпечність, безперервність, стійкість, кадровий потенціал, фінансовий потенціал, інфраструктурний потенціал);

- теоретико-методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я через розробку інформаційних моделей кадрового, фінансового та інфраструктурного потенціалу, які дозволяють визначити його багатовекторність, багаторівневість та міжсистемність, зокрема обґрунтовано складові зазначених потенціалів, рівні управління ними, джерела формування, фактори впливу та встановлено залежність від різних видів державної політики;

- методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, шляхом розробки інформаційної модель, що характеризує взаємодію між елементами системи державного управління та їх змістовні і формальні характеристики, зокрема: 1) визначено повноваження та ідентифіковано властивості суб'єктів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я; 2) розроблено систему методів державного управління за досліджуваним об'єктом шляхом визначення їх змісту, властивостей та порядку застосуванні; 3) обґрунтовано методологічні положення реалізації зворотного зв'язку, які передбачають ідентифікацію методів за такими складовими як: моніторинг, оцінка ефективності та коригування рішень.

набуло подальшого розвитку:

- обґрунтування сукупності, змістовного наповнення та взаємодії факторів впливу на систему охорони здоров'я, що визначають напрями її розвитку та формуванню підґрунтя державного управління її потенціалом, що групуються на внутрішні (фінансово-економічні; організаційно-управлінські; інфраструктурно-технологічні; кадрові; ментально-психологічні; інші) та зовнішні (демографічні; санітарно-епідеміологічні; соціально-економічні; екологічні; безпеково-політичні; техніко-технологічні);

- обґрунтування функціональних положень та об'єктних особливостей методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, зокрема: 1) визначено властивості методології (міжгалузевість, професійність, динамічність, соціальність, висковий рівень заінтересованості, наукоємність, багаторівневість); 2) запропоновано групувати завдання за часовим характером (загальні; періодичні) та змістовним характером (управлінські; організаційні; медичні); 3) встановлено, що завдання системи охорони здоров'я знаходиться в тісній взаємодії із потенціалом, як в контексті можливості їх реалізації (зокрема періодичних завдань) так і в контексті управління потенціалом.

Практичне значення одержаних результатів. Результати, що полягають в удосконаленні державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, можуть бути використані в практичній діяльності органів державної влади та суб'єктів місцевого самоврядування у межах їхніх повноважень, визначених законодавством. Зокрема, це стосується органів, відповідальних за формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, повоєнного відновлення, інфраструктури та розвитку людського капіталу.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійно виконаним науковим дослідженням. Наукові розробки, висновки та пропозиції, що містяться у роботі, належать особисто автору. З наукових праць,

опублікованих у співавторстві, у дисертації використано лише ті положення, які є результатом особистої роботи здобувача. Внесок автора в спільних працях полягає у вивченні комплексу питань, пов'язаних зі удосконаленням системи державного управління потенціалом системи охорони здоров'я.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дослідження, викладені в дисертації, доповідалися, обговорювалися та отримали позитивну оцінку на 9 всеукраїнських наукових і науково-практичних конференціях, що відображено в публікаціях [24–32].

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи опубліковано в 32 наукових працях, із них: 4 монографії (одна одноосібна), 4 статті у зарубіжних виданнях, що включенні до міжнародних наукометричних баз даних Scopus та WoS, 15 статей у наукових фахових виданнях України, 9 тез доповідей на всеукраїнських конференціях.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст викладено на 350 сторінках друкованого тексту. Робота містить 9 таблиць та 111 рисунків. Список використаних джерел нараховує 266 найменування розміщених на 28 сторінках.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Становлення наукового знання про державне управління потенціалом системи охорони здоров'я

В сучасних умовах, коли світ потерпає від безлічі нових викликів, як ніколи відчувається роль людського капіталу, тому питання ефективного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я стає пріоритетним завданням державної політики. Система охорони здоров'я розглядається не тільки як сукупність ресурсів (людських, матеріальних, фінансових, інформаційних тощо), а й як ключовий напрям забезпечення соціальної безпеки та розвитку держави. В умовах кризових явищ з якими наша країна стикнулася за останні роки стало зрозуміло важливість функціонування даної системи, а її стабільність та подальший розвиток дозволить в подальшому протистояти новим загрозам.

Відповідно, для вироблення ефективної державної політики розвитку потенціалу системи охорони здоров'я необхідний міцний теоретичний фундамент, що дасть поштовх для створення ефективних механізмів. Вважаємо за доцільне провести бібліометричний аналіз, який дозволить нам системно оцінити рівень наукового інтересу до досліджуваного питання, виявити ключові напрямки досліджень, географію публікацій.

Для нашого аналізу ми будемо використовувати міжнародні наукометричні бази даних Scopus та Web of Science. У базі Scopus пошук виконувався у полі TITLE-ABS-KEY, у WoS – Topic, пошуковимй запит

для обох баз - «potential of the healthcare system». Крім того, у Web of Science ми здійснили уточнення за ключовими словами «health care», «potential» та «healthcare system». Кількість відібраних для аналізу статей становила 431 документ у базі Scopus, тоді як у Web of Science – 913 документів. Для обробки даних використовувалися такі інструменти як VOSviewer та Bibliometrix.

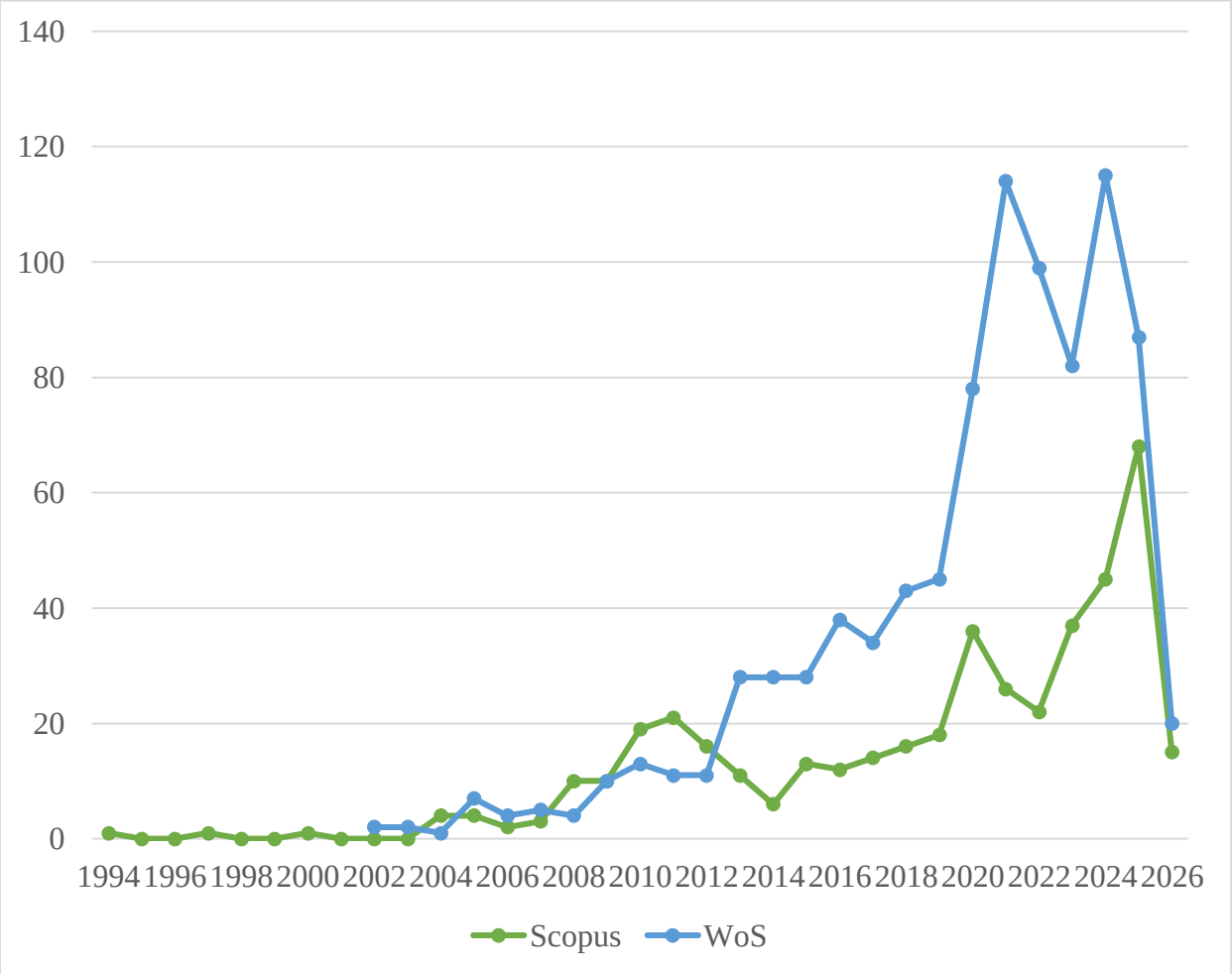


Рис. 1.1. Динаміка кількості публікацій, які були індексовані в наукометричних базах Scopus та Web of Science за напрямом «potential of the healthcare system»

Джерело: побудовано автором на основі баз даних Scopus та Web of Science

Як бачимо з рис. 1.1. перші дослідження, що присвячені потенціалу системи охорони здоров'я були опубліковані та проіндексовані базою даних Scopus у 1994 році, а у базі Web of Science – у 2002 році.

Одним із перших зафіксованих досліджень у базі Scopus, що стосується проблематики розвитку та оцінки потенціалу системи охорони здоров'я, є праця Fendrick A.M. під назвою *«The Need for Outcomes Research in Evaluating the Benefit of Health Care Technology»*, опублікована у форматі матеріалів конференції. У даному дослідженні автор звертає увагу на суперечливу роль технологічних інновацій у системі охорони здоров'я. З одного боку, вони забезпечують значні досягнення у лікуванні та покращенні якості медичної допомоги, з іншого - виступають одним із ключових чинників зростання витрат на охорону здоров'я. Особливо це було характерно для періоду, коли політика фінансування (зокрема, з боку страхових і державних структур) не вимагала обов'язкового підтвердження ефективності нових медичних технологій, що сприяло їх швидкому та часто неконтрольованому впровадженню. Ключовим внеском роботи є обґрунтування необхідності розвитку досліджень результативності медичних втручань. Автор наголошує на переході від простого впровадження інновацій до їх комплексної оцінки, яка має включати не лише показники безпеки, а й співвідношення ризиків і переваг, клінічну ефективність та економічну доцільність використання ресурсів [188].

Загалом, у період з 1994 року по 2005 рік спостерігається поодинокість публікацій, що свідчить про низький рівень наукового інтересу. З 2006 року по 2012 рік ми можемо прослідкувати тенденцію до поступового зростання інтересу наукової спільноти. Найбільш інтенсивне зростання припадає на період після 2015 року, особливо у базі Web of Science, де кількість публікацій суттєво перевищує показники Scopus. Пік

наукової активності спостерігається у 2020–2024 рр., що, ймовірно, пов'язано з глобальними викликами, зокрема пандемією COVID-19 та актуалізацією проблем стійкості систем охорони здоров'я.

Наступним кроком проведемо аналіз публікацій за географічним фактором (рис. 1.2 та 1.3).

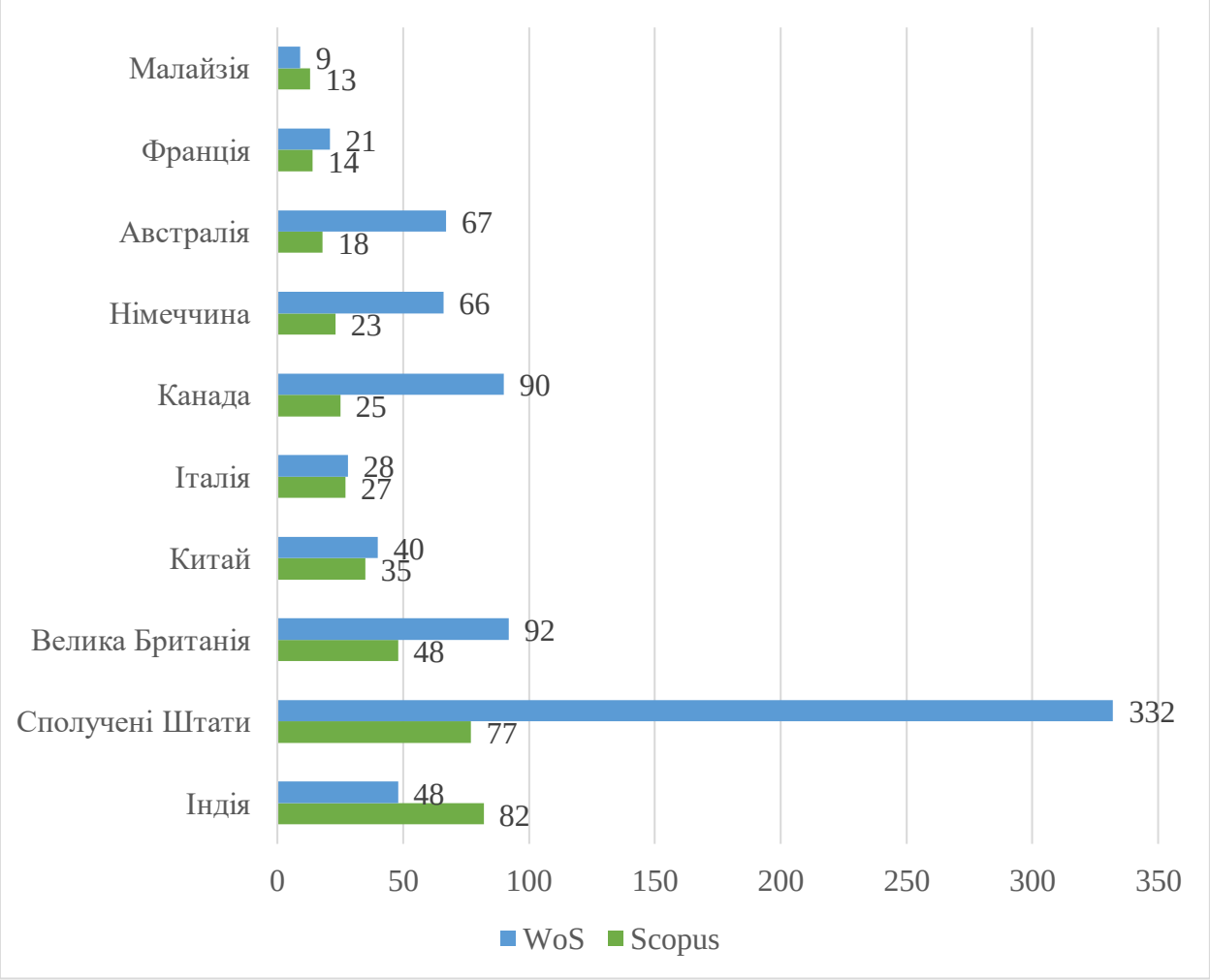


Рис. 1.2. Розподіл публікацій за країнами, які були індексовані в наукометричних базах Scopus та Web of Science за напрямом «potential of the healthcare system»

Джерело: побудовано автором на основі баз даних Scopus та Web of Science

Аналіз географічного розподілу публікацій свідчить про суттєву нерівномірність наукової активності у дослідженні потенціалу системи охорони здоров'я. Беззаперечним лідером за кількістю публікацій є

Сполучені Штати, які значно випереджають інші країни як у базі Web of Science, так і у Scopus, що вказує на високий рівень розвитку наукової інфраструктури та пріоритетність даної тематики в національних дослідженнях. До групи країн із високою науковою активністю також належать Велика Британія, Канада, Німеччина та Австралія, які демонструють стабільно високі показники, особливо у базі Web of Science. В той же час такі країни, як Індія та Китай. Загалом результати демонструють концентрацію наукового потенціалу в економічно розвинених країнах, в той же час фіксується поступове зростання активності країн, що розвиваються, що може свідчити про глобалізацію досліджень у сфері охорони здоров'я.

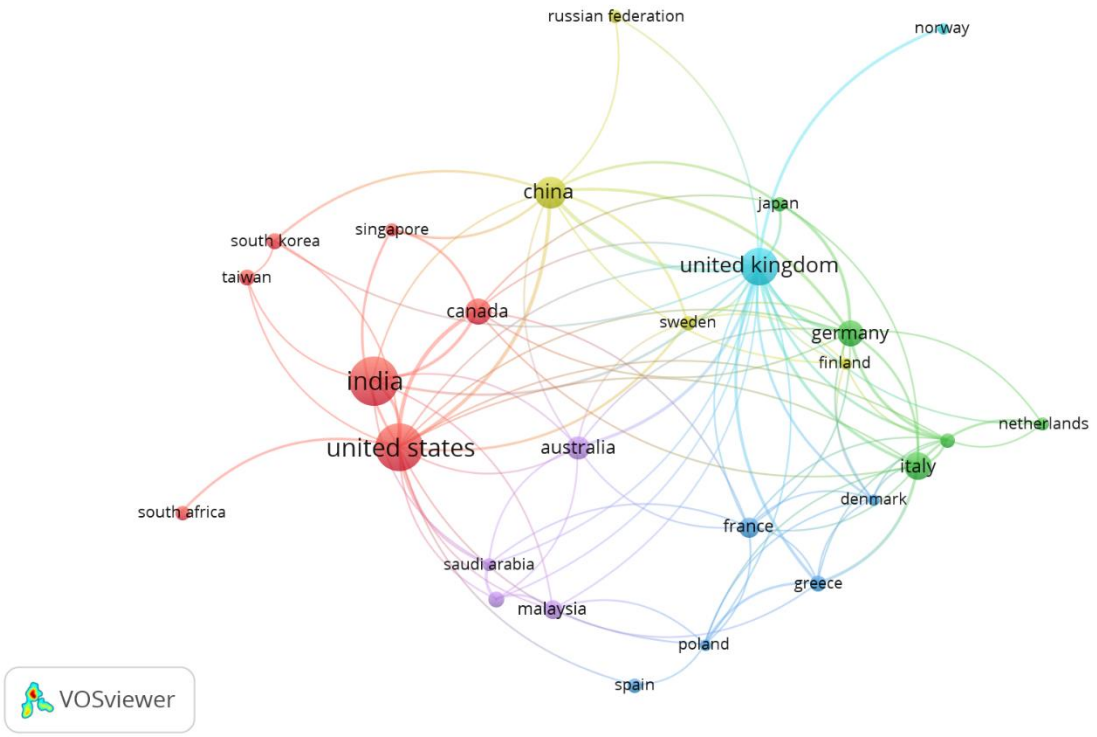


Рис. 1.3. Мережа міжнародної наукової співпраці у дослідженнях потенціалу системи охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором за допомогою інструментарію VOSviewer за даними бази Scopus

Представлена візуалізація відображає мережу наукової співпраці між країнами у межах досліджень потенціалу системи охорони здоров'я. Червоний кластер представлений такими країнами як США, Індія, Канада, Сінгапур, Тайвань, Південна Корея, ПАР. Центральне місце займають США, які виступають ключовим глобальним хабом наукової співпраці. Вони мають тісні зв'язки з Індією, Канадою, Сінгапуром, Південною Кореєю та Тайванем. Цей кластер характеризується високим рівнем інтернаціоналізації та охоплює як розвинені країни, так і ті, що активно розвивають науковий потенціал. Особливістю є домінування англомовного наукового простору та значна кількість міжконтинентальних зв'язків.

До зеленого кластеру входять Німеччина, Італія, Нідерланди, Фінляндія та Данія. Центром виступає Німеччина, яка формує міцну європейську мережу співпраці разом з Італією, Нідерландами, Фінляндією та Данією. Цей кластер відображає інтегрованість європейського дослідницького простору, зокрема в межах спільних програм ЄС.

Блакитний кластер представлений такими країнами як Велика Британія, Франція, Швеція, Польща, Іспанія, Греція. Велика Британія є одним із центральних вузлів глобальної мережі та поєднує різні кластери між собою. Його особливістю є висока міжкластерна взаємодія - Велика Британія виступає своєрідним «мостом» між американським, європейським та азійським науковими просторами.

Жовтий кластер включає Китай та Японію. Центром є Китай, який активно нарощує наукову присутність і формує власний регіональний осередок разом із Японією та частково пов'язаний з іншими кластерами (наприклад Китай активно співпрацює з Швецією та Фінляндією). Цей кластер демонструє зростання ролі Азії у глобальних дослідженнях та поступову інтеграцію у світову наукову мережу.

До фіолетового кластеру ми можемо віднести Саудівську Аравію, Малайзію та Австралію. Даний кластер є менш чисельним, проте відображає регіональні зв'язки країн Близького Сходу та Південно-Східної Азії з Австралією. Він характеризується середнім рівнем інтегрованості та активною співпрацею з іншими кластерами, зокрема через США та Велику Британію.

Кластерний аналіз демонструє, що глобальна наукова співпраця у сфері дослідження потенціалу системи охорони здоров'я має виражену поліцентричну структуру. Ключовими центрами виступають США, Велика Британія, Німеччина та Китай, які формують ядро міжнародної наукової комунікації. В той же час простежується тенденція до посилення ролі азійських країн та розширення міжрегіональної співпраці, що свідчить про глобалізацію досліджень у цій сфері.

Наступним кроком проведемо аналіз за ключовими словами (рис. 1.4).

Рисунок 1.4. демонструє структуру наукового дискурсу за ключовими словами та дозволяє виділити основні тематичні напрями досліджень у сфері потенціалу системи охорони здоров'я. Червоний кластер об'єднує дослідження, що присвячені цифровізації та управлінню медичними даними. Центральними є терміни health care, potential benefits, hospitals, medical information systems, information use. Кластер відображає дослідження, пов'язані з цифровою трансформацією охорони здоров'я, впровадженням електронних систем, використанням великих даних, а також сучасними технологіями, такими як blockchain, internet of things, cloud computing. Значна увага приділяється безпеці даних, ефективності управління інформацією та оптимізації медичних процесів.

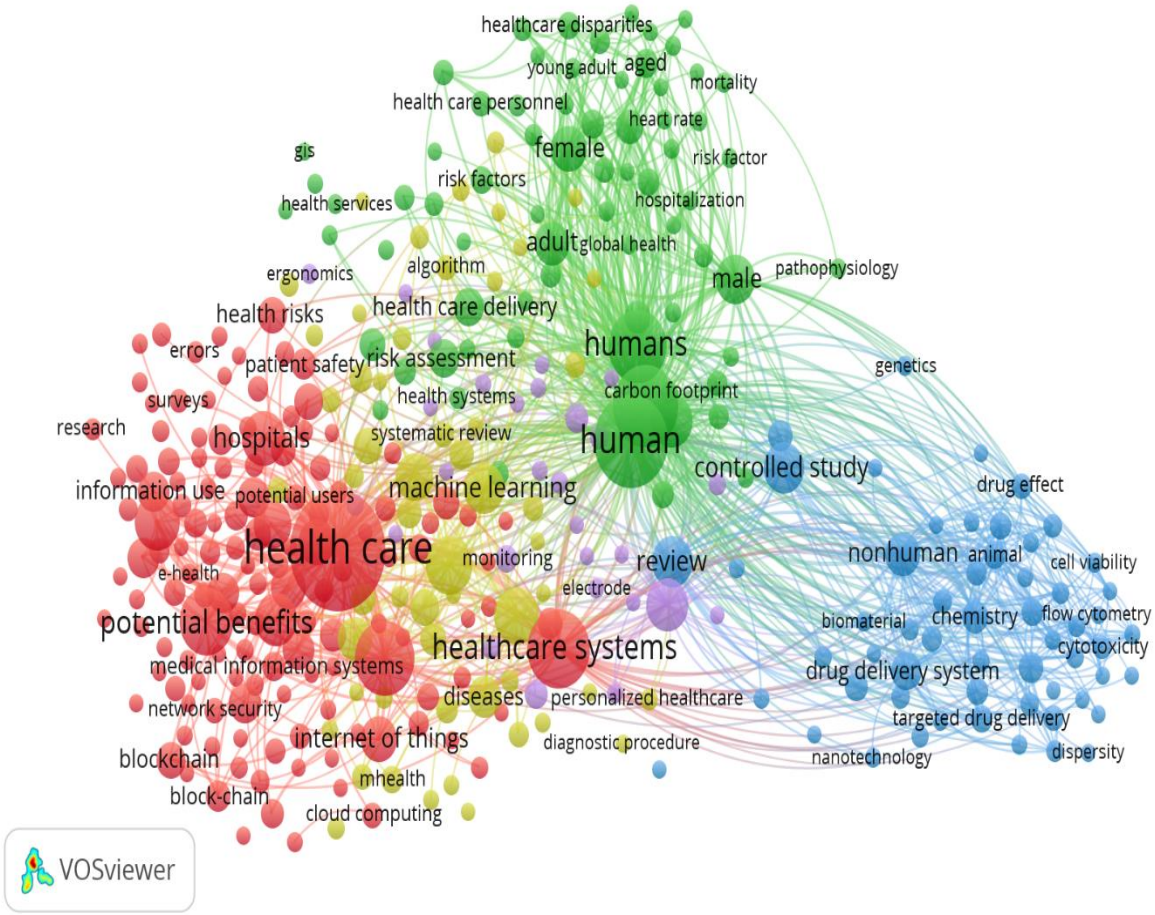


Рис. 1.4. Кластерний аналіз ключових слів

Джерело: побудовано автором за допомогою інструментарію VOSviewer за даними бази Scopus

Зелений кластер присвячений громадському здоров'ю. Найбільший кластер із домінуванням термінів human, humans, male, female, healthcare personnel, mortality, risk factors. Він охоплює класичні медичні та епідеміологічні дослідження, включаючи вивчення факторів ризику, стану здоров'я населення, госпіталізації та нерівностей у доступі до медичних послуг. Цей напрям формує базу для оцінки реального потенціалу системи охорони здоров'я через показники здоров'я населення.

Синій кластер об’єднує біомедичні та фармакологічні дослідження. Ключові терміни: drug delivery system, chemistry, nanotechnology, cytotoxicity, animal, nonhuman. Кластер відображає фундаментальні та прикладні дослідження у сфері фармакології, розробки лікарських засобів та біомедичних технологій. Він пов’язаний із підвищенням ефективності лікування та інноваційним розвитком медичних технологій.

Жовтий кластер включає терміни healthcare systems, health care delivery, machine learning, risk assessment, systematic review. Даний кластер фокусується на управлінні системою охорони здоров’я, оцінці її ефективності, а також впровадженні інноваційних підходів, зокрема штучного інтелекту та аналітики даних.

Фіолетовий кластер представлений термінами review, monitoring, diagnostic procedure, personalized healthcare. Він відображає напрям систематизації знань, оцінки якості медичних втручань та розвитку персоналізованої медицини.

Така кількість ключових слів свідчить про багатовимірний характер досліджень потенціалу системи охорони здоров’я. Основними напрямами є: цифровізація та управління даними, клінічні та епідеміологічні дослідження, біомедичні інновації та розвиток систем управління охороною здоров’я. При цьому центральне місце займають терміни human/humans та health care, що підтверджує орієнтацію досліджень на людину як ключовий елемент системи. В той же час спостерігається активна інтеграція технологічних рішень (AI, blockchain), що свідчить про перехід до нової моделі розвитку системи охорони здоров’я - інноваційної, цифрової та орієнтованої на ефективність.

Звернемо увагу на статтю вітчизняних дослідників Крячкової Л.В та Симона К.І. «Медико-соціальне обґрунтування розвитку цифрового кадрового потенціалу охорони здоров’я» у якій розглядають цифрову

трансформацію системи охорони здоров'я як ключовий фактор підвищення ефективності медичних послуг та управління галуззю. Центральним елементом дослідження є формування цифрового кадрового потенціалу, що передбачає розвиток цифрових компетентностей медичних працівників. Автори також визначили ключові етапи формування цифрових компетентностей та окреслили основних стейкхолдерів цього процесу, серед яких провідну роль відіграють Міністерство охорони здоров'я, заклади вищої медичної освіти та заклади охорони здоров'я. Важливим результатом дослідження є запропонована концептуальна модель розвитку цифрового кадрового потенціалу, яка може бути використана як основа для формування державної політики та стратегій цифровізації галузі [217].

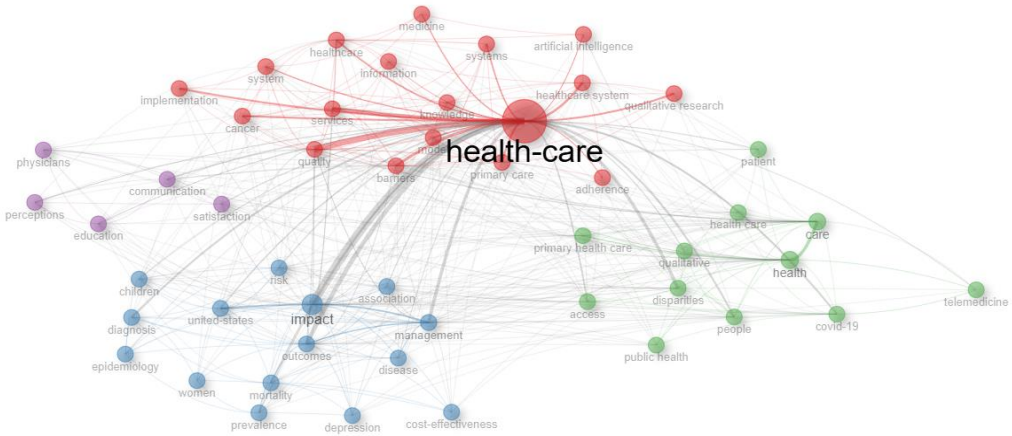


Рис. 1.5. Кластерний аналіз ключових слів

Джерело: побудовано автором на основі даних Web of Science при використані Bibliometrix

Представлена карта (рис. 1.5) відображає мережу взаємозв'язків між ключовими словами у наукових публікаціях, які індексовані базою даних Web of Science. Найбільшим кластером є червоний. Центральним елементом в ньому є термін health-care, який виступає ядром всієї мережі.

Навколо нього групуються поняття health system, primary care, adherence, artificial intelligence, implementation, qualitative research. Кластер відображає дослідження, спрямовані на організацію, управління та трансформацію системи охорони здоров'я, включаючи впровадження інновацій і цифрових технологій.

Зелений кластер охоплює терміни public health, access, disparities, care, telemedicine, covid-19. Цей напрям акцентує увагу на доступності медичних послуг, нерівностях у системі охорони здоров'я та ролі новітніх форм надання допомоги, зокрема телемедицини. Значна частина досліджень пов'язана з пандемією COVID-19 як фактором трансформації системи.

Синій кластер містить терміни impact, outcomes, mortality, prevalence, cost-effectiveness, epidemiology. Кластер орієнтований на оцінку ефективності системи охорони здоров'я через кількісні показники, включаючи рівень смертності, поширеність захворювань та економічну доцільність медичних втручань.

Фіолетовий кластер включає терміни physicians, perceptions, communication, education, satisfaction. Даний кластер відображає людський фактор у функціонуванні системи охорони здоров'я, зокрема взаємодію лікаря і пацієнта, якість комунікації та рівень задоволеності медичними послугами.

Кластерний аналіз за даними Web of Science демонструє, що наукові дослідження потенціалу системи охорони здоров'я мають чітко виражену міждисциплінарну структуру. Центральне місце займають питання організації та управління системою, які тісно пов'язані з оцінкою її ефективності, доступності послуг та соціальними аспектами взаємодії. Важливою тенденцією є зростання ролі цифрових технологій (зокрема штучного інтелекту та телемедицини), а також посилення уваги до питань громадського здоров'я і нерівностей у доступі до медичної допомоги.

Далі проведемо аналіз публікацій за приналежністю (рис. 1.6).

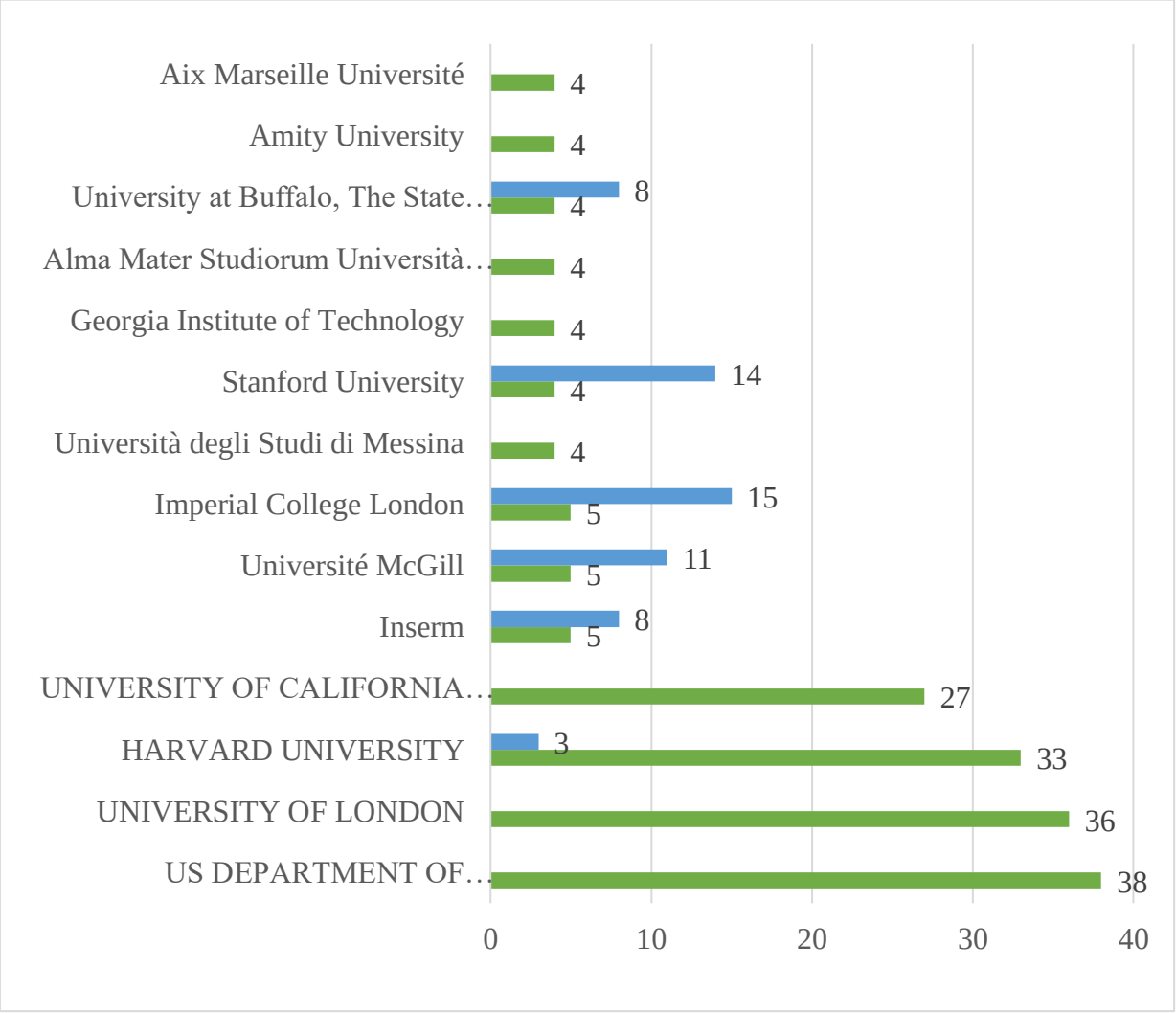


Рис. 1.6. Провідні установи за кількістю публікацій у дослідженнях потенціалу системи охорони здоров'я (за даними Scopus та Web of Science)

Джерело: побудовано автором

Аналіз розподілу публікацій за приналежністю свідчить про домінування провідних університетів і державних дослідницьких структур у формуванні наукового дискурсу щодо потенціалу системи охорони здоров'я. Лідируючі позиції займають такі інституції, як Harvard University, University of London та US Department of Health, що демонструють найвищі показники публікаційної активності, особливо у базі Web of Science.

В той же час спостерігається суттєва концентрація наукового потенціалу в англо-американському академічному просторі, де провідні університети, зокрема Stanford University, Imperial College London та McGill University, відіграють важливу роль у розвитку досліджень. Це свідчить про високий рівень фінансування науки, розвинену дослідницьку інфраструктуру та активну участь у міжнародних наукових мережах.

Порівняння показників між Scopus та Web of Science демонструє відмінності в індексації: у більшості випадків кількість публікацій у Web of Science є вищою, що може бути пов'язано з ширшим охопленням певних журналів або специфікою відбору джерел.

Представлений рисунок 1.7 відображає розподіл наукових публікацій залежно від спонсорів фінансування, що дозволяє оцінити ключових донорів та їхній вплив на розвиток досліджень у сфері потенціалу системи охорони здоров'я.

Беззаперечним лідером за кількістю профінансованих досліджень є United States Department of Health and Human Services, який демонструє найвищий показник (73 публікації у базі Web of Science). Це свідчить про стратегічну роль державної політики США у підтримці наукових досліджень у сфері охорони здоров'я. Значний внесок також здійснює National Institutes of Health (65 публікацій у Web of Science), що підтверджує його статус одного з провідних світових центрів фінансування біомедичних досліджень.

Суттєву роль відіграють європейські інституції, зокрема European Commission та Horizon 2020, які забезпечують фінансування наукових проєктів у межах спільного європейського дослідницького простору. Також варто відзначити European Regional Development Fund, що сприяє розвитку досліджень через регіональні програми.

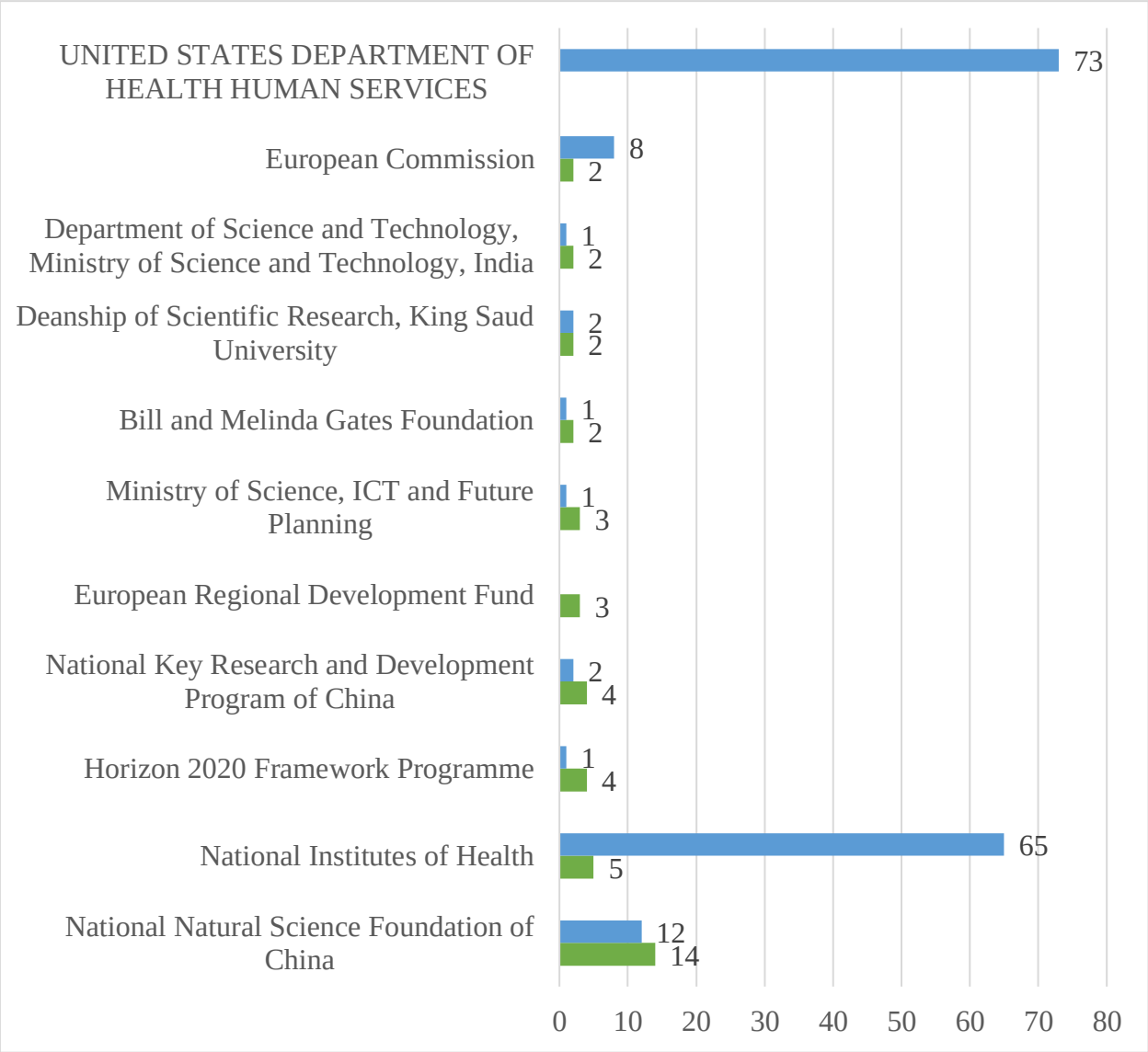


Рис. 1.7. Розподіл публікацій за спонсорами фінансування, які були індексовані в наукометричних базах Scopus та Web of Science за напрямом «potential of the healthcare system»

Джерело: побудовано автором на основі баз даних Scopus та Web of Science

Серед азійських донорів виділяється National Natural Science Foundation of China, яка має відносно високі показники як у Scopus, так і у Web of Science, що свідчить про зростання ролі Китаю у фінансуванні наукових досліджень. Також представлені державні структури Індії та Саудівської Аравії, що підтверджує поступове розширення географії наукового фінансування.

Окрему роль відіграють недержавні організації, зокрема Bill and Melinda Gates Foundation, яка фінансує дослідження у сфері глобального здоров'я, хоча її внесок у межах даного масиву є відносно невеликим.

Фінансування досліджень у сфері потенціалу системи охорони здоров'я має чітко виражену концентрацію у розвинених країнах, передусім у США та країнах Європейського Союзу.

Таблиця 1.1

Структура наукових публікацій за типами документів у базах Scopus та Web of Science за темою «потенціал системи охорони здоров'я»

№	Тип документа	Scopus		Web of Science	
		Кількість	Співвідношення, %	Кількість	Співвідношення, %
1.	Доповідь конференції	198	45,9	51	5,59
2.	Стаття	138	32	730	79,95
3.	Розділ книги	43	10	5	0,44
4.	Огляд	43	10	128	14,02
5.	Книга	6	1,4	-	-
6.	Коротке опитування	2	0,5	-	-
7.	Лист	1	0,2	-	-

Джерело: побудовано автором на основі баз даних Scopus та Web of Science

У базі Scopus домінують матеріали конференцій (45,9%), що вказує на активне обговорення тематики у наукових колах та швидке поширення результатів досліджень через конференцІЇ. Значну частку також становлять статті (32%) та огляди (10%), що свідчить про поступове формування теоретичної та аналітичної бази досліджень.

Натомість у Web of Science чітко переважають наукові статті (79,95%), що підкреслює орієнтацію цієї бази на публікації у високорейтингових рецензованих журналах. Другою за значущістю категорією є огляди (14,02%), що свідчить про високий рівень

узагальнення та систематизації знань у межах досліджуваної тематики. Частка матеріалів конференцій є незначною (5,59%), що відображає більш жорсткі критерії відбору.

Таким чином, Scopus характеризується більшою різноманітністю типів документів і орієнтацією на оперативне поширення наукових результатів, тоді як Web of Science зосереджується на фундаментальних, рецензованих дослідженнях.

Рис. 1.8. відображає розподіл наукових публікацій за галузями знань. Найбільшу частку становлять комп'ютерні науки (24%), що свідчить про активне впровадження цифрових технологій, аналізу даних, штучного інтелекту та інформаційних систем у сфері охорони здоров'я. Це підтверджує тенденцію до цифровізації медичних систем.

Другою за значущістю галуззю є інженерія (17%). Значну частку також займають медичні науки – 15%, що формують базову основу досліджень, орієнтованих на лікування, профілактику та організацію медичної допомоги. Отримані результати підтверджують, що дослідження потенціалу системи охорони здоров'я мають виражений міждисциплінарний характер із домінуванням технологічних напрямів. Провідну роль відіграють цифрові технології та інженерні рішення, що свідчить про трансформацію системи охорони здоров'я у бік інноваційної та високотехнологічної моделі.

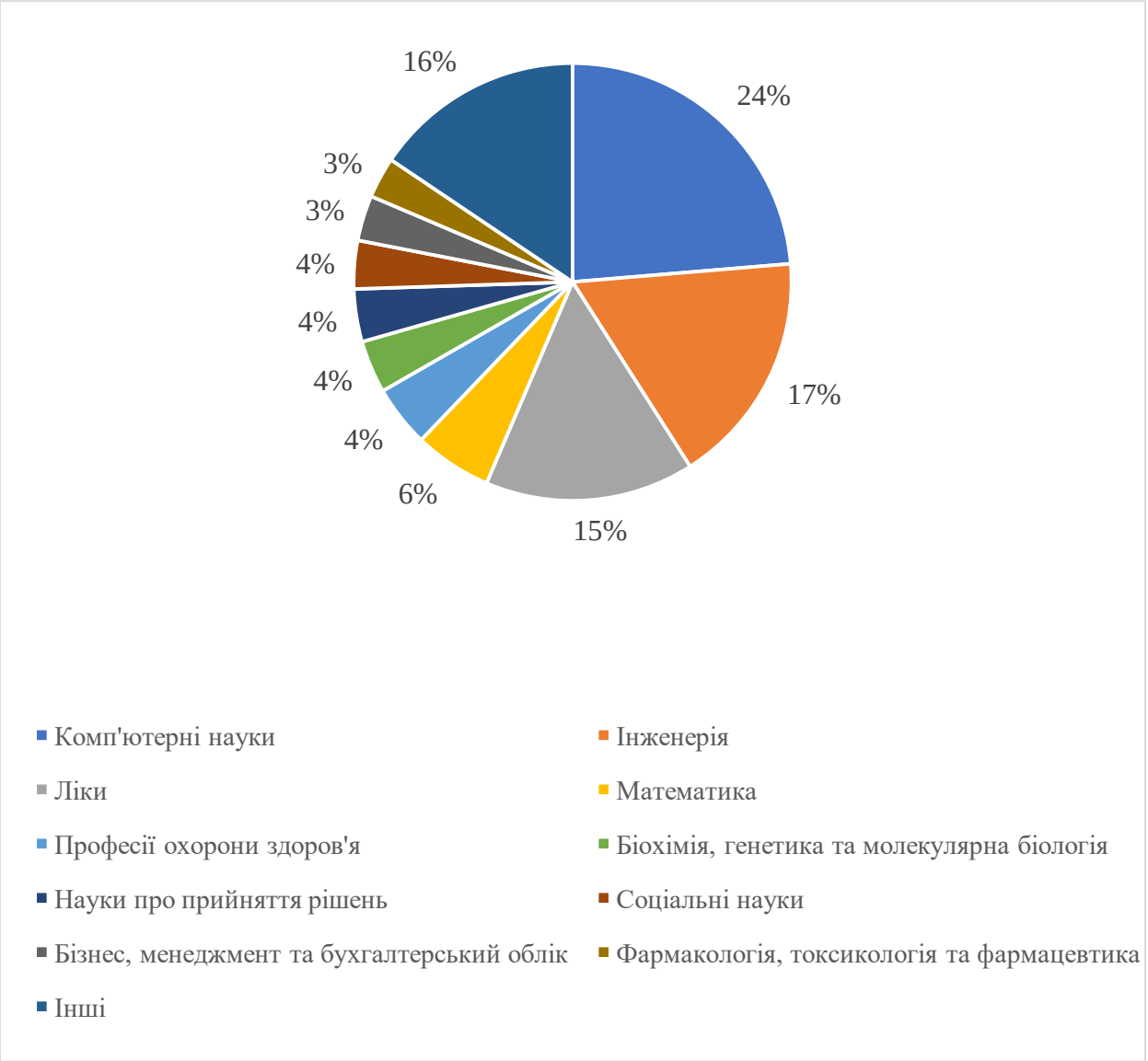


Рис. 1.8. Аналіз за предметною сферою структури наукових досліджень у сфері потенціалу системи охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором за даними бази Scopus

Рисунок 1.9 відображає розподіл наукових публікацій за предметними категоріями у базі Web of Science. Найбільшу частку займає напрям «послуги з охорони здоров'я» (23%). Це ядро всієї тематики, яке охоплює питання функціонування медичних систем, доступності послуг та їх якості. Другу позицію посідає загальна медицина (16%), що відображає значну роль клінічних досліджень і практичної медицини у формуванні наукового підґрунтя для розвитку системи охорони здоров'я. Вагомою також є частка

напряму громадського навколишнього середовища та гігієни праці (15%), яка підкреслює важливість громадського здоров'я, профілактики та впливу навколишнього середовища на стан населення.

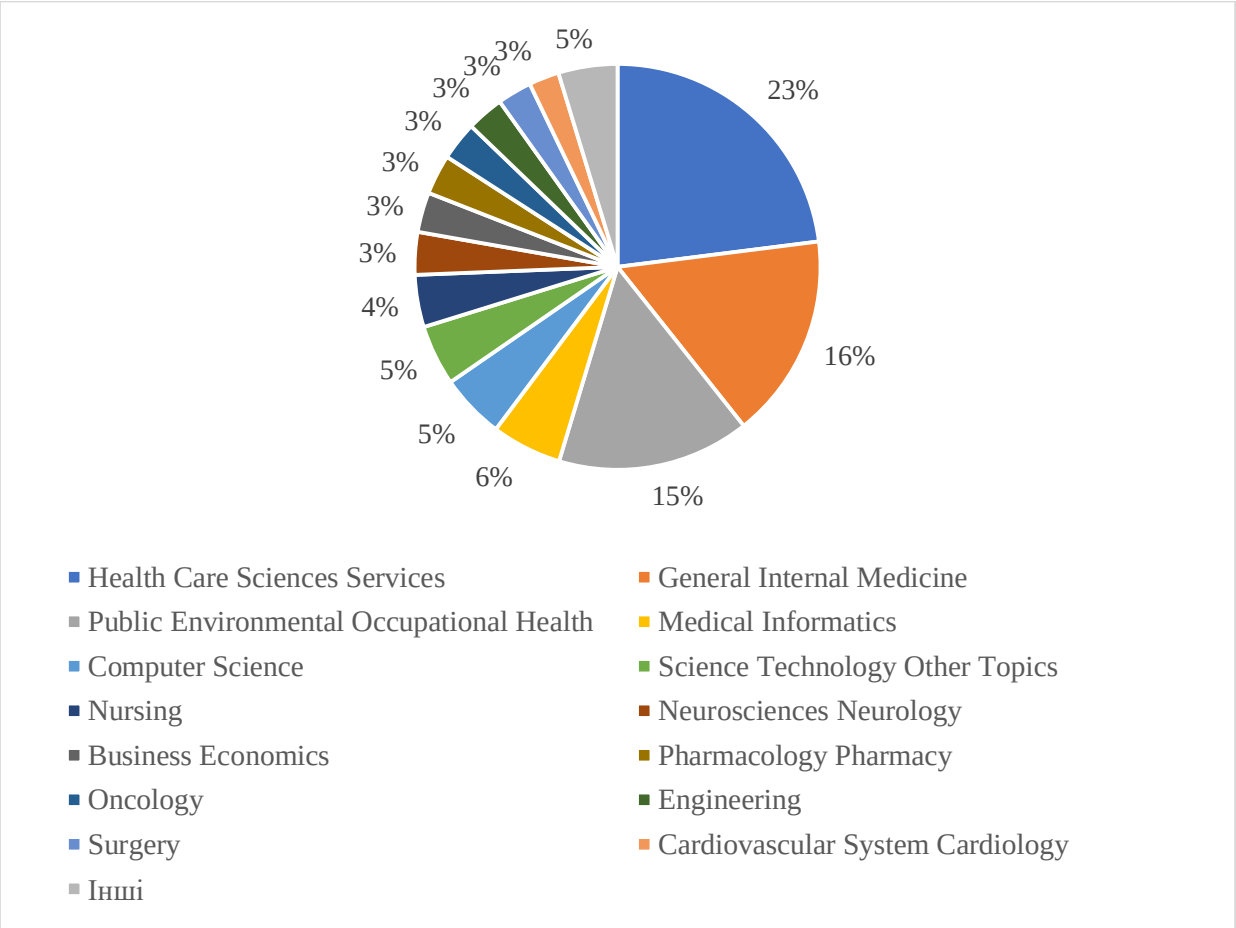


Рис. 1.9. Аналіз за предметною сферою структури наукових досліджень у сфері потенціалу системи охорони здоров'я

Джерело: побудовано автором за даними бази Web of Science

Проведений бібліометричний аналіз наукових публікацій підтвердив високий рівень актуальності та динамічне зростання наукового інтересу до цієї проблематики у світовому науковому просторі. Аналіз даних із Scopus та Web of Science показав, що тематика активно розвивається, особливо починаючи з 2015 року, з піком публікаційної активності у період глобальних криз, зокрема пандемії COVID-19, що актуалізувала питання стійкості та ефективності систем охорони здоров'я.

1.2. Фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров'я як об'єкта наукового дослідження

Державне управління потенціалом системи охорони здоров'я є складною динамічною системою, що зумовлена сукупність внутрішніх та зовнішніх факторів. Кожна система є чутливою до трансформацій та розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища, а тому врахування факторів при вивченні потенціалу системи є вкрай важливим.

Вивчення факторів впливу ідентифікація та структуризація факторів впливу на систему охорони здоров'я зумовлені наступними причинами:

- структура та рівень впливу факторів дозволяє сформувати національні властивості системи охорони здоров'я та її можливість інтеграції в міжнародних, зокрема європейський медичний простір;

- домінування того чи іншого фактору дозволяє визначати пріоритети державної політики в сфері охорони здоров'я та формування механізмів впливу для забезпечення їх нівелювання в майбутньому;

- оцінка факторів є основою прогнозування розвитку системи охорони здоров'я та забезпечення високого рівня її адаптивно-резервного капіталу як основи реагування на кризові ситуації;

- ідентифікація факторів пливу дозволяє ідентифікувати та оцінити загрози та ризики для системи охорони здоров'я з одного блоку та сформувати інструменти протидії їх наслідкам.

- фактори визначають які рівень потенціалу системи охорони здоров'я в цілому так і потребу його нарощування за окремими складовими.

«Фактори формування національної системи охорони здоров'я можуть мати різноманітний характер та по різному впливати систему охорони здоров'я. Зокрема, частина факторів впливає на стан громадського здоров'я населення країни, що в свою чергу визначає пріоритети розвитку медичної сфери, а інші фактори впливають на структуру системи охорони

здоров’я. Усі фактори є взаємопов’язаним та можуть випливати одне з одного. Варто зазначити, що одна група факторів може впливати на здоров’я населення і як наслідок на систему охорони здоров’я, інша група факторів може прямо впливати на систему охорони здоров’я» [5].

Дослідивши сукупність наукової літератури пропонуємо фактори розвитку системи охорони здоров’я групувати на внутрішні – фактори що обумовленні особливостями державного управління та установленою структурою системи охорони здоров’я; та внутрішні – фактори, що обумовленні розвитком суспільних відносин. Характеристику зазначених факторів представимо наступним чином.

Усі фактори впливу на потенціал системи охорони здоров’я пропонуємо поділяти на внутрішні та зовнішні. До внутрішніх факторів відносимо:

1. Фінансово-економічні фактори. В даному напрямку варто оцінити рівень державного фінансування системи охорони здоров’я; стан економічного розвитку держави та прогнози динаміки; інвестиційну спроможність; ефективність використання державних фінансових ресурсів. Відповідно потрібно оцінити як власне державне фінансування системи охорони так і фактори впливу на нього, тобто стан економічної системи та перспективи її розвитку.

2. Організаційно-управлінські фактори є складними детермінантами, що визначають ефективність функціонування системи охорони здоров’я. Від врахування даних факторів в прогнозуванні розвитку системи охорони здоров’я залежить рівень адаптивності, стійкості та безпечності системи в кризових умовах. Ключовими елементами організаційно-управлінських факторів розвитку системи охорони здоров’я та її потенціалу є: інституційна структура законодавчої та виконавчої влади в цілому та державного управління системою охорони здоров’я зокрема; система

прийняття та реалізації державно-управлінських рішень та їх вплив на розвиток системи охорони здоров'я; рівень автономії закладів охорони здоров'я, зокрема фінансової, управлінської та медичної; рівень цифровізації системи управління на усіх рівнях; налагоджена система контролю, моніторингу та оцінки ефективності; наявність механізмів антикризового управління та рівень його адаптивності до діяльності в умовах невизначеності.

3. Інфраструктурно-технологічні фактори розвитку системи охорони здоров'я. Розвиток сучасної системи охорони здоров'я сьогодні неможливо уявити без потужного фундаменту, який складається з фізичної інфраструктури та проривних технологій.

Ці фактори визначають не лише якість лікування, а й доступність медицини для кожного громадянина. Інфраструктурно-технологічні фактори є базовою складовою потенціалу системи охорони здоров'я, оскільки визначають її матеріальну, технічну та цифрову спроможність забезпечувати безперервне надання медичної допомоги як у штатному, так і в кризовому режимі. Тому відповідно пропонуємо їх групувати наступним чином: мережа закладів охорони здоров'я та її спроможність забезпечити доступність медичних послуг усім верствам населення незважаючи на географічне розташування; матеріально-технологічна база, зокрема впровадження високотехнологічного обладнання як для лікування так і для управління та забезпечення безпеки та адаптивності; логістична інфраструктура, що дозволяє забезпечити взаємодію між закладами охорони здоров'я; впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій та технологій штучного інтелекту; резервні та автономні потужності, що визначають рівень потенціалу системи охорони здоров'я; фармацевтичні потужності та інновації для забезпечення ліками.

4. Кадрові фактори. Людські ресурси забезпечують функціонування системи охорони здоров'я, якість медичних послуг, інституційну стійкість та здатність до розвитку в довгостроковій перспективі. «Тривалий час у медичній системі нашої держави, як і в інших країнах світу, спостерігається негативна динаміка щодо кадрового забезпечення, що проявляється у зниженні забезпеченості лікарським та молодшим медичним персоналом з відповідною медичною освітою та рівня укомплектованості посад лікарів і медичних сестер. Протягом останніх років в Україні відбувається масштабне реформування системи охорони здоров'я. Однією з ключових вимог медичної реформи є забезпеченість медичних закладів необхідним медичним персоналом для того, щоб відповідний лікувально-профілактичний заклад зміг укласти договір із Національною службою здоров'я України й отримав достатній рівень фінансування» [148].

Характеризуючи кадрові фактори варто наголосити на таких їх складових:

- кількісне та структурне забезпечення медичними, управлінськими та іншими кадрами;

- кваліфікаційний рівень забезпечення медичними та управлінськими кадрами;

- система безперервного професійного розвитку;

- система підготовки та перепідготовки медичних та управлінських кадрів;

- систем підготовки та атестації наукових кадрів для системи охорони здоров'я;

- рівень кадрової мобільності та адаптивності;

- систем мотивації та удосконалення умов праці медичних працівників.

Відповідно до цього кадрові фактори розвитку системи охорони здоров'я являють собою сукупність кількісних, якісних, мотиваційних, управлінських та адаптивних характеристик людських ресурсів, що визначають спроможність системи забезпечувати доступність, якість і безперервність медичної допомоги.

5. *Ментально-психологічні фактори* впливають як на поведінку населення, так і на функціонування медичного персоналу та управлінських структур. Вони визначають, як населення та медичні працівники сприймають медицину, чи довіряють вони їй та наскільки активно готові дбати про своє здоров'я. Досить часто ментальні фактори визначають особливості формування національної системи охорони здоров'я на чому наголошують вітчизняні дослідники, зокрема Є.В. Андрєєв, який структурував ментально-культурні фактори наступним чином (табл. 1.2).

Ментально-психологічні фактори розвитку системи охорони здоров'я являють собою сукупність психологічних, поведінкових, мотиваційних та ціннісних характеристик населення, медичного персоналу і управлінських суб'єктів, що визначають рівень довіри, адаптивності, стійкості та ефективності функціонування системи. Зазначені фактори можна охарактеризувати наступним чином: рівень довіри населення до системи охорони здоров'я; психологічна готовність населення до взаємодії з системою; психоемоційний стан медичного персоналу; культура здоров'я та поведінкові установки населення; ментально-культурні особливості суспільства.

Таблиця 1.2

Структуризація культурно-ментальних факторів впливу на національні системи охорони здоров'я

<table>
<tr><th colspan="3">КУЛЬТУРНО-ЦІННІСНІ НОРМИ</th></tr>
<tr><td>Ставлення до власного здоров'я</td><td>Ставлення до лікування хвороб</td><td>Стигматизація</td></tr>
<tr><td>- кожна культура визначає ставлення до власного фізичного та психічного здоров'я, що обумовлюється як біологічними так і духовними та соціальними факторами</td><td>- культурні цінності впливають на вибір методів лікування, зокрема в окремих куль-турах переважають доказової медицини в інших нетрадиційної або духовних практик</td><td>- окремі культури по різному сприймають фізіологічні та психологічні хвороби , що призводить до осуду і як наслідок обмеження до ступу до медичних послуг</td></tr>
<tr><th colspan="3">МЕНТАЛЬНО-ПОВЕДІНКОВІ МОДЕЛІ УСТАНОВКИ</th></tr>
<tr><td>Довіра до системи охорони здоров'я</td><td>Ставлення до самолікування</td><td>Ставлення до профілактики</td></tr>
<tr><td>- за умови низької довіри до державних інституцій знижується рівень звернення за медичною допомогою</td><td>- високий рівень самолікування призводить до зменшення попиту на медичні послугу і як наслідок громадського здоров'я</td><td>- в ряді країн культурно-релігійні особливості знижують рівень довіри до профілактики особливо щодо вакцинації</td></tr>
<tr><th colspan="3">СІМЕЙНО-СОЦІАЛЬНІ РОЛІ</th></tr>
<tr><td>Роль сім'ї</td><td>Гендерна рівність</td><td>Взаємодія із лікарем</td></tr>
<tr><td>- розподіл сімейний ролей може призвести до авторитетності певних членів сім'ї у прийняття рішення про лікування</td><td>- гендерна рівність визначає рівний доступ до медичних послуг жінок та чоловіків, а також доступ до медичної освіти та медичної професії</td><td>- від авторитетності професії лікаря визначається рівень довіри до нього та відповідно прийняття рішення про лікування</td></tr>
<tr><th colspan="3">МОВНО-КОМУНІКАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ</th></tr>
<tr><td colspan="2">Мовні бар'єри</td><td>Невербальні коди</td></tr>
<tr><td colspan="2">- даний бар'єр є особливо важливим для держав із високим рівнем міграційних потоків, зокрема країн-членів Європейського Союзу</td><td>- культурні особливості та ментальність по різному визначають сприйняття дотиків, жестів та дистанцію, що впливає на взаємодію між учасниками медичної допомоги</td></tr>
<tr><th colspan="3">РЕЛІГІЙНІ НОРМИ</th></tr>
<tr><td>Обмеження харчування</td><td>Питання біоетики</td><td>Доступ до професії</td></tr>
<tr><td>- окремі релігіє визначають певні обмеження у виживанні продуктів харчування, це може стосуватися в тимчасових обмеженнях (наприклад Піст в Християнстві) або певних продуктів (наприклад, свинина в Ісламі)</td><td>- кожна релігія по різному відносить до менших медичних по слуги, наприклад аборти, донорство, пластична хірургія, що може варіюватися від повної заборони то часткових обмежень</td><td>- у певних релігіях є обмеження або повні заборони до контакту між різностатевими лікарем та пацієнтом, що призводить до обмеження доступу до медичних послуг або ж їх якості та результативності</td></tr>
</table>

Зовнішніми факторами впливу на систему охорони здоров'я є:

1. Демографічні фактори впливу на систему охорони здоров'я. Демографічний стан визначає усі аспекти соціальної політики держави. Від демографічний процесів залежить потреба в медичній допомозі та стан громадського здоров'я. Демографічні фактори характеризують наступними положеннями: а) рівень старіння населення, що впливає на структуру захворюваності, навантаження на систему охорони здоров'я; б) народжуваність та смертність, що визначає потребу у перинатальній та паліативній допомозі; в) міграційні процеси (внутрішня та зовнішня міграція, добровільна та вимушена міграція); г) урбанізаційні процеси, що визначають навантаження на заклади охорони здоров'я та доступ до медицини населення сільських територій.

2. Санітарно-епідеміологічні фактори впливу на систему охорони здоров'я. Санітарно-епідеміологічні фактори визначають рівень санітарно-епідеміологічного благополуччя і як наслідок безпеки держави. «Оскільки у всьому світі забезпечення санітарно епідемічного благополуччя населення вважається основною цільовою функцією системи охорони здоров'я. У багатьох країнах імплементовані та функціонують програми забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, котрі закладені в основу національної політики в галузі охорони здоров'я, яка впливає на розвиток медичної галузі, і залежить від багатьох складових, а саме: якість управління, організація процесу надання медичної допомоги та його ресурсного забезпечення, імплементація новітніх технологій та їх застосування, визначення медичних стандартів та інші. Найважливішою тенденцією розвитку системи охорони здоров'я являється зміщення пріоритету від максимальної економії державних витрат при наданні медичної допомоги до максимальної ефективності використання задіяних ресурсів задля забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, де цей підхід є актуальним для МОЗ України» [101].

Структурування зазначених чинників пропонуємо здійснювати наступним чином: рівень захворюваності населення (загальна первинна захворюваність, поширення інфекційних та неінфекційних хвороб, структура захворюваності, рівень хронічних захворювань), що визначає попит на медичні послуги та структуру медичної допомоги; загрози поширення епідемій та пандемій (ризики активізації джерел епідемій, спалахи інфекційних хвороб; поширення нових та мутаційних збудників інфекційних хвороб), що визначає потребу в формуванні резервів ресурсів для забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, що пов'язані із епідеміями та пандеміями; рівень імунізації населення (вакцинація населення, імунопрофілактика, колективний імунітет та інше), що визначає ймовірність спалахів інфекцій з одного боку та ефективність профілактичної функції системи охорони здоров'я; санітарний стан довкілля (якість питної води, повітря); умов життя (санітарний стан житлових приміщень доступ до каналізації, гігієнічні умови, рівень урбанізації, щільність населення), що впливає на загальний стан здоров'я населення та поширення інфекції; поведінкові фактори (дотримання населенням санітарно-епідеміологічних норм, рівень обізнаності щодо профілактики захворювань, мобільність населення та соціальна поведінка в умовах епідеміологічних загроз), що визначає сукупність дій щодо впливу на поведінку населення з боку системи охорони здоров'я.

3. Соціально-економічні фактори впливу на систему охорони здоров'я. «Соціальні детермінанти здоров'я — у широкому розумінні це умови, в яких люди народжуються, зростають, живуть, працюють і старіють, а також доступ людей до влади, грошей і ресурсів — мають потужний вплив на нерівність у сфері здоров'я. Ці нерівності — це несправедливі та уникненні відмінності у стані здоров'я, що

спостерігаються як у межах країн, так і між ними. На всіх рівнях доходу здоров'я та захворюваність формують соціальний градієнт: чим нижче соціально-економічне становище, тим гірший стан здоров'я. Люди з обмеженим доступом до якісного житла, освіти, соціального захисту й робочих можливостей мають вищий ризик хвороб і смертності. Дослідження показують, що ці соціальні детермінанти можуть мати більший вплив на здоров'я, ніж генетичні чинники чи навіть доступ до медичної допомоги. Усунення впливу соціальних детермінант на нерівність у здоров'ї є ключовим завданням для покращення здоров'я та зменшення давніх диспропорцій у цій сфері. Це потребує дій з боку всіх складових суспільства: уряду, приватного сектору та громадянського суспільства. ВООЗ зобов'язується підтримувати країни у розробці та впровадженні ключових політик, що враховують соціальні детермінанти здоров'я, аби зменшити нерівності у сфері охорони здоров'я» [257]. З даного приводу Андрєєв Є.В. зазначає, що «Економічні фактори випливають з двох позицій: по-перше, держави з високим рівнем економічного розвитку можуть більше підтримувати систему охорони здоров'я через бюджетне фінансування, в той час як країни із низьким рівнем економічного розвитку фінансують систему охорони здоров'я за залишковим принципом, що впливає на якість, результативність та ефективність медичних послуг і відповідно на стан громадського здоров'я населення; по-друге, рівень економічного розвитку держави позначається на доходах домогосподарств і, як наслідок, на їх можливості отримати якісні медичні послуги, з одного боку, та здійснювати профілактику, вести здоровий спосіб життя з другого боку. Своєю чергою соціальні фактори переважно впливають на стан громадського здоров'я, що вимагає особливого підходу до системи медичних послуг підготовки кадрів для системи охорони здоров'я та профілактичних заходів. Вбачаємо структуру

соціально-економічних факторів такою, як наведено в таблиці 1.2. Зазначені фактори впливають на рівень громадського здоров'я, з одного боку, та власне на національну систему охорони здоров'я з другого. Виходячи із представлених даних, національні особливості системи охорони здоров'я держави будуть визначатися такими властивостями: ключові захворювання в державі; особливості державного фінансування; формування системи медичного страхування; рівень довіри до системи охорони здоров'я; розвиток приватної медицини» [6].

4. Екологічні фактори впливу на систему охорони здоров'я. «Здоров'я та добробут людини тісно взаємопов'язані між собою. Ігнорування екологічних чинників матиме вплив на профілактику та контроль захворювань, включно з вірусними пандеміями. За даними ВООЗ, чисте повітря, стабільний клімат, достатня кількість води, санітарія та гігієна, безпечне використання хімічних речовин, захист від радіації, здорові та безпечні робочі місця, належні сільськогосподарські практики, міста та штучні середовища, що сприяють здоров'ю, а також збережена природа є необхідними передумовами для доброго здоров'я. Люди живуть у середовищах, які тісно пов'язані з різними поєднаннями природних і синтетичних хімічних речовин, соціальних факторів здоров'я, способу життя та погодних умов, а також у різних географічних регіонах, до яких вони пристосовувалися у різному ступені. Шляхи впливу на організм людини різноманітних екологічних чинників є надзвичайно численними, і практично неможливо згрупувати всі ці фактори на якійсь спільній основі» [260].

Екологічні фактори впливають в першу чергу на громадське здоров'я населення і як наслідок визначають напрями медичної допомоги, що мають стати пріоритетними. «Відомо, що життєдіяльність людини включає до себе різноманітні взаємодії з оточуючим середовищем, в якому він існує. Людина живе та працює в умовах взаїмодії різних факторів, які можуть

мати безпосередній вплив на його життя та здоров'я. Антропогенна діяльність людини веде до збільшення ризику виникнення різноманітних видів надзвичайних ситуацій (НС) природного, техногенного та політичного характеру. Нажаль, в світі, все частіше, спостерігається виникнення НС на спеціальних об'єктах, у закритих для більшої частини суспільства сферах діяльності. До перерахованих небезпек необхідно добавити також загрози, які можуть виникнути у зв'язку із збереженням хімічної та ядерної зброї, відпрацьованих атомних реакторів» [260]. Відповідно екологічні фактори можна структурувати наступним чином: а) рівень забруднення атмосферного повітря, від стаціонарних, мобільних та неорганізованих джерел; б) якість питної води та стан ґрунтів, які залежать від хімічного забруднення, бактеріальної безпеки та деградації ґрунтів через сільськогосподарське використання; в) зміна клімату; г) надзвичайні ситуації природного та техногенного характеру; д) шумове забруднення; е)радіаційний фон; є) електромагнітне випромінювання. Зазначені фактори впливають напрями розвитку діагностики, систему вакцинування, формування пріоритетних відділень в закладах охорони здоров'я.

5. Безпеково-політичні фактори впливу на систему охорони здоров'я – це сукупність зовнішніх і внутрішніх політичних та безпекових умов, які визначають стабільність функціонування системи охорони здоров'я, її ресурсне забезпечення, доступність медичних послуг та здатність реагувати на кризові ситуації. До таких факторів належать: воєнно-безпекові фактори; політична стабільність; міжнародні політичні відносини; протидія злочинності (біотероризм). Зазначені фактори визначають завантаженість на систему охорони здоров'я через руйнування інфраструктури; загрози громадському здоров'я населення; зміну структури потреб в медичних послугах; доступ до міжнародної підтримки.

6. *Техніко-технологічні фактори* впливу на систему на систему охорони здоровся та її потенціал проявляються як з позитивної так і негативної точок зору.

Вітчизняні вчені Кінаш І.П та Савчук Л.М. визначають наступну роль техніко-технологічних факторів: «Науково-технічний прогрес включає в себе відкриття нових знань і використання їх на практиці, вдосконалення нових методів виробництва та форм управління. Факт наукових відкриттів ще не означає благо. І це яскраво демонструє сфера охорони здоров'я, оскільки нові технології несуть не тільки позитивні зміни у цій сфері, але в той же час є загрозою здоров'ю людини. Так, скажімо, комп'ютер як пристрій для обробки інформації, який нині використовує значна кількість людей як для виконання функціональних обов'язків на роботі, так і для свого відпочинку, може призвести до зростання захворюваності серед користувачів. Шкідлива дія комп'ютера пов'язана з наявністю несприятливих чинників: неправильною поставою і тривалою сидячою роботою, фокусуванням зору на екрані, набором тексту або «човганням» мишкою і, звичайно, діє на нервову систему. Тривожним є й факт так званої «комп'ютерної залежності», адже сучасна молодь усе більше часу проводить за комп'ютером, живучи практично у віртуальному світі, спілкуючись у чатах більше, ніж зі своїми реальними однолітками. Наукові доробки свідчать про те, що до 14% користувачів Інтернету мають залежність, до 25% набувають її протягом півроку від початку перебування в Мережі. Шкоду здоров'ю несе й використання мобільних телефонів, адже теж відомо, що вони здатні викликати низку захворювань, у тому числі активізувати розвиток пухлин мозку. Шведські вчені з Інституту гігієни отримали дані про підвищення ризику розвитку пухлин мозку у віковій групі 20–29 років під час використання аналогових і бездротових телефонів упродовж 5–10 років. Для інших вікових категорій такої залежності не було виявлено. Дослідження показали, що ті, хто

користується телефонами з 10–19 років, набагато більше ризикують заробити пухлини мозку, ніж ті, хто придбав телефон у 29 років і пізніше. Щодо позитивного впливу науково-технічного прогресу на розвиток сфери охорони здоров'я, то, безумовно, новітні технології, призводять до поліпшення якості медичних послуг (дають змогу провести надскладні операції і тим самим подовжують життя людини). Проте використання новітніх технологій призводить до значного подорожчання таких операцій, що робить їх недоступними для населення» [72].

Андрєєв Є.В. пов’язує зазначені фактори також із науково-технологічним прогресом та зазначає, що «Науково-технологічні фактори впливу власне на національну систему охорони здоров’я є ключовими в сучасних умовах розвитку суспільства та проявляються в трьох напрямах: по-перше, цифровізація системи охорони здоров’я, що виражається у впровадженні цифрових технологій в систему управління закладами охорони здоров’я та систему державного управління національною системою охорони здоров’я. Зазначене характеризує систему охорони здоров’я як систему реалізації суспільних послуг, що інтегрована в інформаційне суспільство. В Україні вже багато зроблено в цьому напрямі як в контексті інституційного розвитку, так і правового, організаційного та економічного; по-друге, цифровізація медичних послуг, що проявляється у впровадженні технологій телемедицини та електронної системи охорони здоров’я; по-третє, сучасні медичні технології, а саме застосування сучасних засобів діагностики, лікування, профілактики впливають на реалізацію медичних послуг, а саме визначають такі ключові їх характеристики, як якість, результативність, швидкість» [6].

Ключовими групами техніко-технологічних факторів є: впровадження інноваційних медичних технологій для діагностики та лікування, персоналізованої медицини, застосування біотехнологій; рівень

цифровізації системи охорони здоров’я через запровадження електронної системи охорони здоров’я, електронних медичних записів, телемедицини та використання великих даних для оцінки стану громадського здоров’я та управління в умовах надзвичайних ситуацій; впровадження інноваційних фармацевтичних технологій у виробництві лікарських засобів, розширення доступу до експериментальних препаратів, розвиток генетичних технологій; автоматизація державно-управлінських процесів на рівні держави та регіону, а також управлінських процесів на рівні закладу охорони здоров’я; забезпечення інформаційного захисту та кібербезпеки на всіх рівнях системи охорони здоров’я.

Таким чином, система охорони здоров’я функціонує та розвивається під впливом складної сукупності внутрішніх і зовнішніх факторів, які мають багаторівневий, взаємозалежний та динамічний характер. Їх комплексне врахування (фінансово-економічних, організаційно-управлінських, кадрових, інфраструктурно-технологічних, ментально-психологічних, демографічних, екологічних, соціально-економічних, безпеково-політичних та техніко-технологічних чинників) дає змогу сформувати цілісне бачення потенціалу системи, визначити ключові ризики, резерви та напрями стратегічного розвитку. Врахування зазначених факторів у процесі державного прогнозування створює методологічне підґрунтя для підвищення адаптивності, стійкості та ефективності системи охорони здоров’я в умовах сучасних кризових викликів і довгострокових суспільних трансформацій.

1.3. Функціональні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я

Потенціал системи охорони здоров'я є досить інноваційним поняттям, що на сьогодні є мало дослідженим як з позицій змістовного наповнення так і з позиції державного управління системою охорони здоров'я. Безумовно, що для прийняття ефективних та результативний державно-управлінських рішень в сфері охорони здоров'я в першу чергу варто оцінити потенціал системи охорони здоров'я, що дозволить визначити можливість реалізації того чи іншого рішення та можливість досягнення цілей реформ. В науковій літературі дане питання розкрито досить загально без врахування специфіки та функцій системи охорони здоров'я. Адже, властивості та функціональна спрямованість системи охорони здоров'я має специфічні характеристики, які змінюють кластичне розуміння потенціалу соціальних систем та їх складових як у взаємодій так і відокремлено. В контексті наукового погляду в галузі наук державного управління, варто вивчити властивості складових потенціалу системи охорони здоров'я та ідентифікувати суб'єктів державного управління, які визначають стратегічні, тактичні та оперативні вектори їх розвитку.

Питання державного управління потенціалом системи охорони здоров'я в розрізі складових вивчалося вітчизняними та зарубіжними вченими. Зокрема зазначені питання висвітлення в працях наступних вітчизняних вчених: Д.О. Грицишен, Л.В. Сергієнко, І.О. Драган, І.В. Драган, С.М. Домбровська, І.В. Супрунова, В.В. Ксендзук, В.І. Юнгер, С.М. Петрик, Л.В. Антонова, Н.В. Дацій, А.С. Бершажський, О.В. Стахів, О.В. Вакун, К.Ю. Турчин, О.Д. Крикун, Л.Р. Криничко, Ф.Р. Криничко, Ю.В. Малігон, Г.Д. Александренко, В.О. Костров, Ю.В. Шпак, Н.С. Орлова, А.Г. Миронов, Д.Ф. Тишко, О.В. Баштанник, Є.В. Андрєєв, Т.К. Гуща, Я.Ф. Радиш, М.М. Білинська, С.В. Свірко, А.В. Антонов, Д.В. Карамишев та інші. Окремі аспекти потенціалу системи охорони

здоров’я висвітленні в працях зарубіжних вчених: Боерма В.Г.В. (Boerma W.G.W.), Каркайон-Бентата Л. (Carcaillon-Bentata L.), Грей Г. (Carey G.), Коста Г. (Costa G.), Франкфуртер Р. (Frankfurter R.), Фрейтас А. (Freitas Â.), Фріель С. (Friel S.), Холмс С.М. (Holmes S.M.), Маршандот Б. (Marchandot B.), Гатчінсон А. (Hutchinson A.), Моял А. (Moyal A.), Морель О. (Morel O.), Кешавджі С. (Keshavjee S.), Крінгос Д.С. (Kringos D.S.), Лахбіб Х. (Lahbib H.), Бельцер Н. (Beltzer N.), Солтман Р.Б. (Saltman R.B.), Сантана П. (Santana P.), Шамасундер С. (Shamasunder S.), Сміт Дж.К. (Smith J.C.), Снайдер Д.Е. (Snider D.E.), Стефанік І. (Stefanik I.), Пікерінг Л.К. (Pickering L.K.), Зенгаріні Н. (Zengarini N.) та інші. В працях вказаних вчених визначені окремі аспекти державного управління потенціалом системи охорони здоров’я. Проте, на сьогодні залишаються невирішеними сукупність питань теоретичного, організаційного та методологічного характеру.

Сучасні системи охорони здоров’я є результатом багатолітньої еволюції підходів до значення та ролі держави в забезпечення здоров’я населення. Варто наголосити, що сучасні підходи до класифікації національних систем охорони здоров’я та функціонування моделей їх фінансування пережили декілька етапів, що характеризують різні підходи до державного регулювання від жорсткого до ліберального регулювання. «Одним з найважливіших досягнень науки XIX–XX ст. стало вироблення уявлення про громадське (суспільне) здоров’я, як сукупність здоров’я всіх членів суспільства. В той час, як історія вчення про індивідуальне здоров’я нараховує майже дві тисячі років, беручи свій початок від медицини Древньої Греції і Древнього Риму, концепція суспільного здоров’я існує приблизно два століття. Її виникнення пов’язане з Великою французькою революцією і деякими іншими подіями кінця XVIII – початку XIX століття» [40].

«Системи охорони здоров'я в тій чи іншій формі існували стільки часу, скільки люди намагалися захищати своє здоров'я та лікувати хвороби, однак організованим системам охорони здоров'я ледве виповнилося 100 років - навіть у промислово розвинених країнах. Вони є політичними та соціальними інститутами. Багато з них пройшли кілька — інколи паралельних, а інколи таких, що конкурували між собою - етапів розвитку та реформ, сформованих національними та міжнародними цінностями й цілями. Первинна медична допомога, сформульована в Алма-Атинській декларації 1978 року, стала першою спробою об'єднати підходи до охорони здоров'я в межах єдиної політичної рамки. Розроблена в період, коли перспективи економічного зростання в багатьох країнах виглядали обнадійливими, первинна медична допомога і досі залишається важливою силою у формуванні підходів до охорони здоров'я як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються. Фінансовий оптимізм 1970-х років невдовзі було розвіяно в багатьох частинах світу поєднанням високих цін на нафту, низьких податкових надходжень та економічних коригувальних заходів. Країни, які прагнули профінансувати надання основної медичної допомоги, зіткнулися з двома складними приписами: зосередити державні видатки на втручаннях, які водночас є рентабельними та мають характеристики суспільного блага (послання «Доповіді про світовий розвиток» 1993 року), і посилити фінансування шляхом стягнення плати з користувачів за послуги. Хоча багато урядів почали запроваджувати плату, більшість усвідомила політичну неможливість зосередження витрат лише на кількох основних втручаннях. Результати були передбачуваними: бідні верстви населення відмовлялися від лікування, а плата з користувачів давала обмежені доходи. До того ж підтримання мережі лікарень і клінік з недостатнім забезпеченням, у той час як людські та фінансові ресурси дедалі більше спрямовувалися у вертикальні програми, посилювало тиск на системи охорони здоров'я —

інколи до межі їхнього краху. У міру того, як криза в багатьох країнах поглиблювалася у 1990-х роках, дедалі більше урядів шукали нові рішення у ширшому середовищі. Якщо медичний округ (district) працював незадовільно — це пояснювалося тим, що в межах уряду було недостатньо децентралізовано повноважень. Якщо медичні працівники були непродуктивними — варто було звернутися до реформи державної служби. Якщо лікарні виснажували бюджет — потрібно було скоротити потужності в державному секторі. Просякнуті ідеями ринкових реформ у сфері державних послуг Європи та новим досвідом, який з'являвся в країнах з перехідною економікою, реформи сектора охорони здоров'я зосередилися насамперед на тому, щоб робити більше, витрачаючи менше. Ефективність залишалася ключовим гаслом» [266].

Важливість системи охорони здоров'я для суспільства важко переоцінити, адже дана система є однією із пріоритетних сфер державного управління з одного боку та найбільш важливою в контексті соціального управління. «Суспільна охорона здоров'я України пізнає на сучасному етапі багато реформувань, як системи надання медичної допомоги, так і використання наявних ресурсів. Але, негативні наслідки, які сформувалися у медичній галузі України є показником багаторічної державної політики з недооцінкою її для здоров'я населення країни. Поряд з цим, сучасна сфера охорони здоров'я країни ще не наповнена чітким необхідним потенціалом механізмів управління і слабо адаптована до реальних умов життя. Не дивлячись на конкретні кроки, які здійснюються для реформування медичної сфери, вони досі мають принципові суперечності в поглядах до механізмів управління, фінансування, медичного страхування та ін. Фактично, це втрата чіткої системи управління галуззю. А характер економічних зв'язків лікувальних закладів ще не сприяє повною мірою їх перетворенню в самостійні господарюючі суб'єкти» [33, с. 209].

Крім того, система охорони здоров'я є складовою національної безпеки як в частині її гуманітарної складової так і в частині воєнної – складова забезпечення збройних сил; економічної - високий рівень громадського здоров'я дозволяє забезпечити економічну активність населення; соціальної - забезпечення високого рівня людського капіталу. «Здоров'я населення вважається його якісною характеристикою, основою продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності. Розвиток системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на найважливіші показники життя окремої людини, а стан громадського здоров'я – на життєздатність держави. Обґрунтовано, що сфера охорони здоров'я має розглядатися як стратегічна з урахуванням державного потенціалу та пріоритетів соціальної політики, що забезпечують безпечний розвиток держави. Галузь охорони здоров'я є ключовим елементом соціальної сфери та представляє особливий інтерес для забезпечення державної безпеки країни як визначальний чинник якості життя та людського капіталу» [95].

Проте в наукові літературі [24] в більшій мірі характеризують систему охорони здоров'я лише в контексті забезпечення демографічної та соціальної безпеки, визначаючи їх зміст відповідно до Методичних рекомендацій [131]: демографічна безпека являє собою (стан захищеності держави, суспільства та ринку праці від демографічних загроз, за якого забезпечується розвиток України з урахуванням сукупності збалансованих демографічних інтересів держави, суспільства й особистості відповідно до конституційних прав громадян України); соціальна безпека (стан розвитку держави, за якого держава здатна забезпечити гідний і якісний рівень життя населення незалежно від віку, статі, рівня доходів, сприяти розвитку людського капіталу як найважливішого складника економічного потенціалу країни).

В той же час, система охорони здоров'я є однієї із характеристик іміджу держави на міжнародному рівні: по-перше, характеризує дотримання державою міжнародних нормативно-правових актів щодо забезпечення прав людини; по-друге, якісна та результативна система охорони здоров'я в державі може забезпечити високий рівень притоку іноземних пацієнтів, а отже бути складовою міжнародного ринку медичного туризму.

Система охорони здоров'я будучи соціальної системою поєднує в собі сукупність специфічних властивостей, які характеризують її функції, значення та роль в сучасному суспільстві та розвитку держави. «Охорона здоров'я — це соціальна система, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян. З одного боку, це відповідальність щодо запобігання розвитку захворювань і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя. З іншого боку, це система, метою якої є надання кваліфікованої медичної допомоги на основі визнаних світових традицій та сучасних тенденцій, з використанням останніх досягнень науки і техніки. Фактично в цьому полягає основна сутність функціонування системи, оскільки взяти на себе функції надання медичної допомоги та ліквідації хвороб як таких не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь-яка інша соціальна система або галузь економіки» [70]. Зазначене характеризує систему охорони здоров'я як особливий міжгалузевий, багаторівневий та багатовекторний об'єкт державного управління.

Вітчизняна дослідниця Л.Р. Криничко, вказує на три специфічні властивості системи охорони здоров'я: «Особливостями системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління є:

1) стейкхолдери: зацікавленість більшості суб'єктів соціально-економічних відносин та суб'єктів державного управління в розвитку системи охорони здоров'я як фактору формування людського капіталу держави, що є основою розвитку інших соціально-економічних систем;

2) багатогалузевість: система охорони здоров'я включає в себе сукупність галузей економіки як власне надання медичних послуг, так і фармацевтичну галузь, галузь з виробництва медичних технологій; систему освіти медичних працівників тощо;

3) взаємозалежність: система охорони здоров'я взаємопов'язана із соціально-економічними та політичними системами та природнокліматичними умовами» [79].

Система охорони здоров'я є складною соціальною системою, що направлена на реалізацію соціальної функції держави. Дана система характеризується такими властивостями як:

- міжгалузевість: система охорони здоров'я поєднує в собі сукупність галузей національної економіки як в сфері послуг так і в сфері товарів та робіт. Так, власне, система охорони здоров'я націлена на реалізацію медичних послуг через надання медичної допомоги різних рівнів з одного боку та формування сукупності профілактичних заходів для зміцнення здоров'я населення – з іншого. Важливе значення у функціонування системи охорони здоров'я займають послуги з обслуговування інфраструктури, які не пов'язанні із реалізацією медичних послуг (водопостачання, енергопостачання, газопостачання, харчування та інші). Матеріальне забезпечення здебільшого складається із постачання ліків та медичного обладнання та технологій. Зазначене проявляється з двох позицій: по-перше, з позиції детермінантів та рівень потенціалу системи охорони здоров'я та фактору, що визначає особливості державного управління потенціалом системи охорони здоров'я; по-друге, як результат ефективності державно-управлінських рішень, адже надання медичної допомоги та забезпечення системи охорони здоров'я прямо залежить від ефективності використання потенціалу системи охорони здоров'я.

- професійність: система охорони здоров'я залежить від кадрового потенціалу, адже значною мірою ефективність, своєчасність, якість,

результативність медичних послуг залежить від професійності та компетентності лікаря. Відповідно на систему охорони здоров'я покладається підготовка та перепідготовка медичних та управлінських кадрів, що здійснюється як через відомчі та і інші заклади вищої освіти. Це і складає кадровий потенціал системи охорони здоров'я, що безумовно визначає можливість в повній мірі реалізовувати завдання, які покладаються на систему охорони здоров'я.

- динамічність: система охорони здоров'я є динамічною системою, яка характеризується залежністю від сукупності внутрішніх та зовнішніх факторів. Внутрішні фактори визначаються розвитком медичних технологій, нових методів лікування та станом здоров'я населення. Зовнішні фактори характеризуються екологічними, політичними, економічними та іншими чинниками, які впливають як власне на громадське здоров'я населення так і на систему охорони здоров'я загалом. Це потребує постійних змін та відповідно прийняття сукупності державно-управлінських рішень медичного, інформаційного, фінансового та ресурсного характеру, які залежать від рівня потенціалу системи з одного боку та мають бути направленні на підвищення його рівня, що дозволить більш ефективно та результативності реалізовувати соціальні функції держави через виконання завдань, що покладаються на систему охорони здоров'я.

- соціальність: система охорони здоров'я є соціальною сферою, адже має забезпечити високий рівень задоволеності населення медичними послугами та відповідний рівень громадського здоров'я населення. Адже, переслідує ключову мету – забезпечення громадського здоров'я населення в цілому та здоров'я окремої особи зокрема. Стан громадського здоров'я важливо розглядати крізь призму управління потенціалом, адже здорове населення характеризує потенціал людського капіталу для економіки держави з одного боку та вивільняє ресурси охорони здоров'я для забезпечення розвитку її інноваційного потенціалу – з іншого.

- високий рівень заінтересованості: система охорони здоров'я є складовою реалізації соціальної функції держави та завжди знаходиться на перетині приватних, суспільних та державних інтересів. У високому рівні охорони здоров'я зацікавлені як громадяни так і держава з бізнесом. Водночас, функціонування системи охорони здоров'я пов'язане із ресурсним забезпеченням, а отже взаємодією із бізнесом у фармацевтичній, технологічній, освітній, обслуговуючій сферах. «Система охорони здоров'я є особливою сферою державного управління, адже впливає на громадське здоров'я, яке в свою чергу: є складовою людського капіталу держави; характеризує рівень економічного, соціального та екологічного розвитку держави; впливає на усі сфери суспільного життя; становить інтерес усіх без винятку учасників суспільних відносин (людина, суспільство, держава, суб'єкти 100 господарювання, громадські організації та інші); здоров'я знаходиться на перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної політики. Система охорони здоров'я України є досить мінливою до реформ галуззю державного управління. Це обумовлено тим, що охорона здоров'я є складовою соціальної політики держави, та завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів більшості членів суспільства» [79]. Довіра бізнесу до системи охорони здоров'я підвищує її інвестиційну привабливість, в результаті чого є можливість підвищити рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я. В той же час взаємодія із усіма стейкхолдерами системи охорони здоров'я є визначальним фактором забезпечення соціального консенсусу в суспільстві і як наслідок більш ефективне управління усіма процесами, що складають систему охорони здоров'я.

- наукоємна: система охорони здоров'я є прямо залежною від розвитку науки як медичної так і технічної, фармацевтичної, економічної та інших. Система охорони здоров'я має розвиватися в контексті медичної науки, адже

запровадження нових методів лікування є основою високого рівня ефективності та якості медичних послуг та відповідно результативності усієї системи охорони здоров'я. Фармацевтична наука розвивається в напрямку підвищення ефективності існуючих ліків та розробки нових, тому саме на цьому має базуватися розвиток системи охорони здоров'я. Запровадження нових технологій в процес лікування є невід'ємною складовою сучасного розвитку суспільства. Потенціал системи охорони здоров'я залежить від рівня впровадження інновацій в усі складові реалізації медичних послуг, управління охороною здоров'я та фармацію.

- багаторівнева: система охорони здоров'я характеризується як багаторівнева соціальна система, що проявляється як в рівнях державного управління системою охорони здоров'я так і в рівнях медичних послуг. Відповідно потенціал системи охорони здоров'я варто також розглядати на різних рівнях.

Зазначене характеризує завдання системи охорони здоров'я, які варто розглядати на різних рівнях, а саме медичні, організаційні та управлінські. Водночас завдання системи охорони здоров'я можна характеризувати як загальні, ті які відповідають без винятку усім етапам розвитку суспільства та специфічні, які властиві певним часовим рамкам, зазвичай сучасному етапу розвитку системи. Виконання завдань системи охорони здоров'я з одного боку характеризує її потенціал та напрями утримання його рівня в майбутньому та нарощування. В той же час, така характеристика завдань системи охорони здоров'я визначає складові її потенціалу та особливості управління ними. Взаємозв'язки між властивостями системи охорони здоров'я, завданнями та складовими потенціалу, представленні на рис. 1.10.



Рис. 1.10. Складові потенціалу системи охорони здоров'я

Отже, властивості системи охорони здоров'я (міжгалузевість (поєднання декількох галузей матеріального виробництва, послуг та робіт); професійність (значна залежність від трудових ресурсів, їх професійності та кваліфікації); динамічність (залежність від факторів внутрішнього та зовнішнього середовища); соціальність (функціонування направлене на реалізацію соціальної мети); високий рівень заінтересованості (знаходиться на перетині інтересів усіх учасників суспільних відносин); наукоємність (результати функціонування залежать від рівня впровадження інновацій); багаторівневість (наявність різних рівнів управління та функціонування системи) впливають на формування та реалізацію завдань. Характеризуючи завдання системи охорони здоров'я пропонуємо їх дворівневий розподіл, а саме: за змістом (медичні, організаційні та управлінські) та за формою (загальні та сучасні).

Розподіл завдань за змістом пропонуємо визначати наступним чином:

1) управлінські – завдання, які пов'язані із регулюванням охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях та на рівні закладів охорони здоров'я;

2) організаційні – завдання, які пов'язані із організацією медичної допомоги населенню, діяльністю суб'єктів реалізації медичних послуг;

3) медичні – завдання, які пов'язані із наданням медичної допомоги в частині лікування, діагностування, профілактики та іншого.

Під загальними завданнями системи охорони здоров'я пропонуємо розуміти завдання, які характеризують фундаментальні положення системи охорони здоров'я та не залежать від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища в певний момент часу. В свою чергу періодичні завдання – це завдання які характеризують напрями трансформації та реформування системи охорони здоров'я в певний проміжок часу в залежності від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища.

Для характеристики зазначених завдань пропонуємо використати матричний метод, що зображений в додатку А.

Зважаючи на підходи сучасних вчених та визначені властивості пропонуємо наступний склад завдань системи охорони здоров'я, які визначаються як загальні, тобто такі, які властиві усім системам охорони здоров'я:

1) медичного характеру:

- лікування та ведення пацієнтів на усіх рівнях медичної допомоги;
- формування системи профілактичних заходів;
- відновлення та підтримка відповідного рівня громадського здоров'я;
- рання діагностика та доступ до лікування;
- реабілітація та паліативна допомога пацієнтам;
- застосування інноваційних методів лікування;
- контроль та моніторинг громадського здоров'я.

2) організаційного характеру:

- забезпечення рівного доступу до медицини;
- забезпечення безперервності медичної допомоги;
- формування та оптимізація мережі закладів охорони здоров'я;
- організація підготовки, перепідготовки медичного персоналу та його роботи;
- організація маршрутів пацієнта як на рівні самозвернення так і на рівні закладу охорони здоров'я та мережі закладів охорони здоров'я;
- організація комунікації між закладами охорони здоров'я як на рівні держави так і за її межами
- організація медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

3) управлінського характеру:

- налагодження і координація міжнародної співпраці щодо охорони здоров'я;

- впровадження та перегляд міжнародних стандартів в охороні здоров'я;

- управління процесами забезпечення ресурсами;

- запровадження та реалізація кадрової політики;

- моніторинг та оцінка ефективності реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я;

- запровадження системи ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я;

- формування фінансового забезпечення охорони здоров'я та встановлення регламентів фінансового управління.

До сучасних завдань системи охорони здоров'я України пропонуємо відносити наступні:

1) медичного характеру:

- посилення та повна підтримка превентивної медицини, через запровадження скринінгів для різних груп населення;

- перегляд підходів до надання медичної допомоги діючим військовим та ветеранам на основі переходу від моделі «вилікувати гострий стан» до моделі «повного відновлення функціональності»;

- забезпечення ментального здоров'я населення через повну інтеграцію послуг з психологічної підтримки в первинну ланку медичної допомоги.

2) організаційного характеру:

- запровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення безбар'єрності та комфортного отримання медичних послуг;

- запровадження дієвих інструментів телемедицини, особливо щодо віддалених регіонів та громад, які знаходяться на території бойових дій;

- налагодження комунікації між ЗОЗ щодо лікування ветеранів та військових;

- реформування мережі закладів охорони здоров'я для її спроможності в умовах воєнного часу та повоєнного відновлення.

3) управлінського характеру:

- розробка та реалізація інноваційних підходів до кадрового менеджменту на основі протидії вигоранню, підвищенню базових зарплат, можливість стажування закордоном;

- запровадження антикорупційних стратегій на рівні державного та регіонального управління та закладів охорони здоров'я;

- удосконалення механізмів фінансування медичних послуг через НСЗУ;

- формування стратегії інтеграції національної системи охорони здоров'я в європейський медичний простір.

Зазначені завдання можуть модифікуватися та розвиватися в залежності від підходів вчених. Проте, в контексті вивчення потенціалу системи охорони здоров'я такий перелік є найбільш адаптований. Адже, від реалізації загальних завдань залежить потенціал системи охорони з одного, а з іншого від потенціалу залежать періодичні завдання.

Під ***потенціалом системи охорони здоров'я*** пропонуємо розуміти – сукупність наявних та прихованих (можливих до мобілізації) ресурсів (кадрових, фінансових, інфраструктурних) та можливостей їх використання під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів для реалізації мети національної системи охорони здоров'я, що полягає в збереженні, відновленні та підвищенні рівня громадського здоров'я населення у звичайних та кризових умовах. Характеризуючи зазначене поняття варто наголосити на таких його особливостях як:

- потенціал це не лише наявні ресурси, але й можливість їх використання, так можливість використання може обмежуватися правовими, політичними, економічними, воєнними факторами. Правові фактори використання того чи іншого виду ресурсів визначаються правовим режимом та станом національного медичного законодавства. Наприклад, використання технологій штучного інтелекту при реалізації послуг телемедицини, підготовці медичних кадрів чи в інших сферах, досі неврегульоване на рівні вітчизняного законодавства, а отже інноваційний потенціал не використовується повною мірою. В той же час поза

межами законодавства, сьогодні залишається сукупність питань щодо можливості реалізації платних медичних послуг іноземцям. Відсутність політичного консенсусу до того чи іншого медичного питання призводить до неможливість використання потенціалу системи охорони здоров'я повною мірою. В той же час сукупність економічних факторів, таких як зовнішньо-економічна діяльність, низький рівень фінансової автономії державних та комунальних закладів охорони здоров'я; нерівномірність економічного розвитку територіальних громад, призводять до зниження ефективності використання інноваційного (складова інфраструктурного потенціалу) та фінансового потенціалів системи охорони здоров'я. Важливим для України сьогодні є воєнний фактор, що призводить до обмеження використання інфраструктури та кадрів.

- рівень потенціалу системи охорони здоров'я потрібно характеризувати як з позиції звичайних та кризових умов. «Система охорони здоров'я, безумовно, є пріоритетним та соціально вагомим об'єктом державного управління як у мирний час, так і в умовах воєнного стану та у післявоєнний період. Десятирічна війна в Україні та повномасштабне російське вторгнення, що триває, супроводжуються терористичними актами проти українського народу, які вже завдали значної шкоди як державі загалом, так і безпосередньо системі охорони здоров'я. Саме тому у нинішніх обставинах істотного значення набуває пошук нових підходів до її відновлення та формування такої системи охорони здоров'я, яка відповідатиме повоєнним вимогам і буде ефективно протистояти як внутрішнім, так і зовнішнім загрозам» [180]. Так, кризові умови пов'язані із повномасштабним вторгненням рф призвели до: збільшення оборонного бюджету, що призводить до фінансування системи охорони здоров'я за залишковим принципом, що знижує рівень фінансового потенціалу; значна частина інфраструктури була втрачена або знаходиться на окупованих територіях, що характеризує зниження інфраструктурного потенціалу; вимушена міграція, зокрема лікарів-жінок, привела до втрати кадрового потенціалу.

Ключовими складовими потенціалу системи охорони здоров'я є кадровий, фінансовий та інфраструктурний. Варто наголосити, що в класичному розумінні потенціал розглядається як кадровий, матеріальний та економічний. Проте, зважаючи на специфіку та вище визначені властивості системи охорони здоров'я, пропонуємо визначати вказані складові потенціалу. При чому, фінансовий в більші мірі відповідає змісту економічному потенціалу, а інфраструктурний матеріальному. Зазначені визначають загальний підхід до формування потенціалу системи охорони здоров'я та в своїй структурі містять сукупність складових, які більш детальніше дозволяють управляти та вивчати потенціалу досліджуваної соціальної системи.

Під кадровим потенціалом системи охорони здоров'я пропонуємо розуміти наявність сукупності трудових ресурсів (медичного та немедичного персоналу) та можливостей їх підготовки та перепідготовки для реалізації завдань системи охорони здоров'я. Фінансовий потенціал – це можливість держави, галузі та окремих ЗОС мобілізувати, накопичувати і використовувати грошові ресурси для фінансування медичної допомоги та забезпечення інфраструктурного кадрового та інноваційного розвитку. Інфраструктурний потенціал пропонуємо визначати як сукупність матеріально-технічних, просторових, технологічних і логістичних ресурсів, а також можливостей їх розвитку й модернізації, які забезпечують надання медичної допомоги населенню на всіх рівнях. В той же час пропонуємо визначати потенціал системи охорони здоров'я за рівнями, а саме: державний (потенціал системи охорони держави, що включає як державну так і приватну медицину), регіональний (потенціал системи охорони здоров'я області), потенціал громади (потенціал системи охорони здоров'я міської або сільської територіальної громади) та потенціал закладу охорони здоров'я. Зазначимо, що даний підхід не передбачає розкумання державного потенціалу як сукупність потенціалів регіональних системи охорони здоров'я або нижчих рівнів так власне як регіональний потенціал системи охорони здоров'я не означає сукупність

потенціалів територіальних громад. Хоча усі рівні потенціалу системи охорони здоров'я є взаємопов'язаними.

Таким чином, обґрунтовано функціональні положення та об'єктні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. Зокрема встановлено, що методологію державного управління потенціалом системи охорони здоров'я визначають такі її властивості як міжгалузевість, професійність, динамічність, соціальність, висковий рівень заінтересованості, наукоємність, багаторівневість. Визначений зміст зазначених властивостей дозволив сформувати їх вплив на завдання системи охорони здоров'я, які запропоновано групувати наступним чином: за часовим характером (загальні – завдання, які характеризують фундаментальні положення системи охорони здоров'я та не залежать від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища в певний момент часу; періодичні – завдання які характеризують напрями трансформації та реформування системи охорони здоров'я в певний проміжок часу в залежності від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища) та змістовним характером (управлінські – завдання, які пов'язані із регулюванням охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях та на рівні закладу охорони здоров'я; організаційні – завдання, які пов'язані із організацією медичної допомоги населенню, діяльністю суб'єктів реалізації медичних послуг; медичні – завдання, які пов'язані із наданням медичної допомоги в частині лікування, діагностування, профілактики та іншого). Встановлено, що завдання системи охорони здоров'я знаходяться в тісній взаємодії із потенціалом, як в контексті можливості їх реалізації (зокрема періодичних завдань) так і в контексті управління потенціалом. Потенціал системи охорони здоров'я запропоновано розглядати за такими складовими як: кадровий, фінансовий та інфраструктурний та на рівнях: держави, регіону, громади та закладу охорони здоров'я. Встановлені властивості потенціалу системи охорони здоров'я як комплексного об'єкта державного управління, що визначає нові вектори розвитку його методології.

Висновки до 1-го розділу

В дисертації здійснено оцінку розвитку наукового знання про потенціал системи охорони здоров'я на основі методів бібліографічного та біометричного аналізу. Це дозволило підтвердити високий рівень актуальності та динамічне зростання наукового інтересу до цієї проблематики у світовому науковому просторі. Аналіз даних із Scopus та Web of Science показав, що науковий дискурс щодо потенціалу системи охорони здоров'я пройшов шлях від поодиноких публікацій у 1990-х роках до стрімкого експоненціального зростання після 2015 року, що зумовлено глобальною цифровізацією та викликами пандемії COVID-19. Дослідження демонструють чітку концентрацію наукового капіталу в економічно розвинених країнах (лідери — США, Велика Британія, Німеччина), які формують розгалужену поліцентричну мережу міжнародної співпраці. Кластерний аналіз ключових слів виявив складну міждисциплінарну структуру знань, у якій центральне місце посідає цифрова трансформація (Big Data, AI, блокчейн) та громадське здоров'я. Бібліометричні дані Scopus та Web of Science фіксують перехід до нової управлінської парадигми, де стійкість системи охорони здоров'я визначається рівнем її технологічної інтегрованості та аналітичної спроможності. Цей масив знань слугує необхідною базою для розробки національних стратегій державного управління, орієнтованих на ефективне використання потенціалу галузі в умовах невизначеності.

Встановлено, що кожна соціальна система якою є системf охорони здоров'я, є чутливою до трансформацій та розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища, а тому функціонує в умовах впливу екзогенних та ендогенних факторів. Вивчення даних акторів дозволяє сформувати національні властивості, визначати пріоритети державної політики, прогнозувати розвитку системи, ідентифікувати та оцінювати загрози та

ризики, визначати які рівень потенціалу. Відповідно для вирішення зазначеного обґрунтовано структуру, зміст та особливості впливу внутрішніх та зовнішніх факторів.

Внутрішніми є фактори, що обумовленні особливостями державного управління та установленою структурою системи охорони здоров'я. До них відносено: фінансово-економічні, організаційно-управлінські, інфраструктурно-технологічні, кадрові, ментально-психологічні. Зовнішні фактори обумовленні розвитком суспільних відносин, зокрема: демографічні, санітарно-епідеміологічні, соціально-економічні, екологічні, безпеково-політичні, техніко-технологічні.

Системf охорони здоров'я будучи соціальної системою поєднує в собі сукупність специфічних властивостей, які характеризують її функції, значення та роль в сучасному суспільстві та розвитку держави. Відповідно властивості та функціональна спрямованість системи охорони здоров'я має специфічні характеристики, які змінюють кластичне розуміння потенціалу соціальних систем та їх складових як у взаємодій так і відокремлено. Зважаючи на такі властивості системи охорони здоров'я, як міжгалузевість, професійність, динамічність, соціальність, високий рівень заінтересованості, наукоємність, багаторівневість, розроблено теоретичну функціональну модель державного управління потенціалом системи охорони здоров'я.

Обґрунтовано, що властивості системи охорони здоров'я впливають на реалізацію завдань системи охорони здоров'я, які запропоновано групувати: 1) за формою на загальні (завдання, які характеризують фундаментальні положення системи охорони здоров'я та не залежать від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища в певний момент часу) та спеціальні (завдання які характеризують напрями трансформації та реформування системи охорони здоров'я в певний проміжок часу в залежності від

особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища); 2) за змістом на управлінські (завдання, які пов'язані із регулюванням охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях та на рівні закладів охорони здоров'я); організаційні (завдання, які пов'язані із організацією медичної допомоги населенню, діяльністю суб'єктів реалізації медичних послуг); медичні (завдання, які пов'язані із наданням медичної допомоги в частині лікування, діагностування, профілактики та іншого). Доведено, що від реалізації загальних завдань залежить потенціал системи охорони здоров'я з одного, а з іншого від потенціалу залежать періодичні завдання.

Розвиток теоретичних положень державного управління потенціалом системи охорони здоров'я здійснено шляхом розширення та уточнення понятійно-категоріального апарату. Під потенціалом системи охорони здоров'я пропонуємо розуміти – сукупність наявних та прихованих (можливих до мобілізації) ресурсів (кадрових, фінансових, інфраструктурних) та можливостей їх використання під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів для реалізації мети національної системи охорони здоров'я, що полягає в збереженні, відновленні та підвищенні рівня громадського здоров'я населення у звичайних та кризових умовах. Зміст його складових визначено наступним чином: кадровий потенціал - наявність сукупності трудових ресурсів (медичного та немедичного персоналу) та можливостей їх підготовки та перепідготовки для реалізації завдань системи охорони здоров'я; фінансовий потенціал – це можливість держави, галузі та окремих ЗОС мобілізувати, накопичувати і використовувати грошові ресурси для фінансування медичної допомоги та забезпечення інфраструктурного кадрового та інноваційного розвитку; інфраструктурний потенціал - сукупність матеріально-технічних, просторових, технологічних і логістичних ресурсів, а також можливостей їх розвитку й модернізації, які забезпечують надання медичної допомоги населенню на всіх рівнях.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Характеристика потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління

Потенціал системи охорони здоров'я є особливим стратегічно важливим об'єктом державного управління, що має забезпечити готовність до кризових явищ з одного боку та розвиток системи в майбутньому з іншого. Адже, це становить важливу складову фундаменту для виживання та розвитку держави. Вивчення об'єктних характеристик методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я є важливим з наступних позицій: потенціал є складовою стратегічного планування та прогнозування розвитку системи охорони здоров'я; управління потенціалом дозволяє знаходити резерви оптимізації та раціоналізації використання обмежених ресурсів; потенціал є основою підвищення інвестиційної привабливості системи охорони здоров'я; управління потенціалом є основою інноваційного розвитку.

Питання потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління є мало вивченим напрямом наукового дослідження. В той же час окремі аспекти даного питання були розкриті в працях вітчизняних вчених, що присвячені проблемам розвитку системи охорони здоров'я: Пушкар О.А., Андрєєв Є.В., Хряпинський А.П., Тюріна Д.М., Власенко С.І., Аніщенко М.А., Кучменко В.О., Журавель Ю.В., Шалько М.Н., Палюх В.В., Лапичак Н.І., П'ятничук І.Д., Серьогіна Н.О.,

Баштанник О.В., Ганущин С.Н., Матвєєнко І.В., Будзин В.Р., Стовбан М.П., Антонова Л.В., Мельниченко О.А., Орлова Н.С., Юнгер В.І., Тишко Д.Ф., Драган І.В., Бюлай С.В., Сергієнко Л.В., Васюк Н.О., Запорожець Т.В., Домбровська С.М., Карамишев Д.В., Квітка С.А., Макаренко М.В., Кризина Н.П., Лопушинський І.П., Малачинська М.Й., Приходченко Л.Л., Рингач Н.О., Шестаковська Т.Л., Худоба О.В., Базиляк Н.О., Шевчук Р.В., Панченко О.А., Парубчак І.О., Терент'єва А.В., Барзилович А.Д., Гбур З.В., Петроє О.М., Самофалов Д.О., Драгомирецька Н.М., Сивак Т.В., Гавриченко Д.Г., Криничко Л.Р., Криничко Ф.Р. та інших.

«Після розпаду колишнього СРСР Україна успадкувала екстенсивну та високо централізовану систему охорони здоров'я за моделлю Семашка, яку не вдалося підтримувати на належному 139 рівні внаслідок різкого переходу до ринкової економіки, економічного спаду та через відсутність реформ у цій сфері. Це призвело до глибокої кризи в системі охорони здоров'я. Протягом останніх років, незважаючи на високі загальні витрати на утримання системи охорони здоров'я, значну частку яких громадяни оплачують власним коштом, вона не здатна адекватно реагувати на сучасні виклики щодо підвищення захворюваності, захищати громадян від надмірних витрат на лікування. За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сучасний стан здоров'я населення України характеризується вкрай високими показниками захворюваності та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу» [140]. «Неефективна модель фінансового забезпечення цементує структурну неефективність системи в цілому. Незважаючи на те, що Україна витрачає на охорону здоров'я значну частку від ВВП (7,8% у 2013 р.), більшість медичної інфраструктури є застарілою, а медичні працівники

є однією з найменш оплачуваних професій. Державні видатки покривають лише близько половини (54,5% у 2013 р.) всіх витрат на охорону здоров'я, а решту доплачують пацієнти з власних кишень. Це створює значну нерівність в доступі до лікування. За даними дослідження 2015 р., лише 10% респондентів оцінили якість медичної допомоги в Україні як добру – це найнижчий рейтинг у Європі» [77]. В той же час варто наголосити на наслідках російсько-української війни, а також неготовності діючої системи охорони здоров'я до кризових умов, що вимагає переходу від класичної моделі державного управління системою охорони здоров'я, до нової моделі, пріоритетним об'єктом якої є потенціал.

Потенціал системи охорони здоров'я є вкрай складним багатофункціональним та багатопрофільним об'єктом державного управління, який варто розглядати за наступними складовими: кадровий (рис. 2.1), фінансовий (рис. 2.2) та інфраструктурний (рис. 2.3).

Кадровий потенціал. «Питання кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є життєво важливим з позиції забезпечення реалізації її стратегічних цілей. Від якості кадрового складу залежить безпечність, адаптивність та стійкість закладів охорони здоров'я в цілому та якість, ефективність та безпечність медичних послуг зокрема. Кадровий потенціал відіграє істотну роль в управлінні репутаційними ризиками закладів охорони здоров'я та гарантуванні довіри з боку держави, населення та потенційних інвесторів. Персонал є обличчям системи охорони здоров'я, що формує уявлення про забезпечення виконання державних функцій» [180].

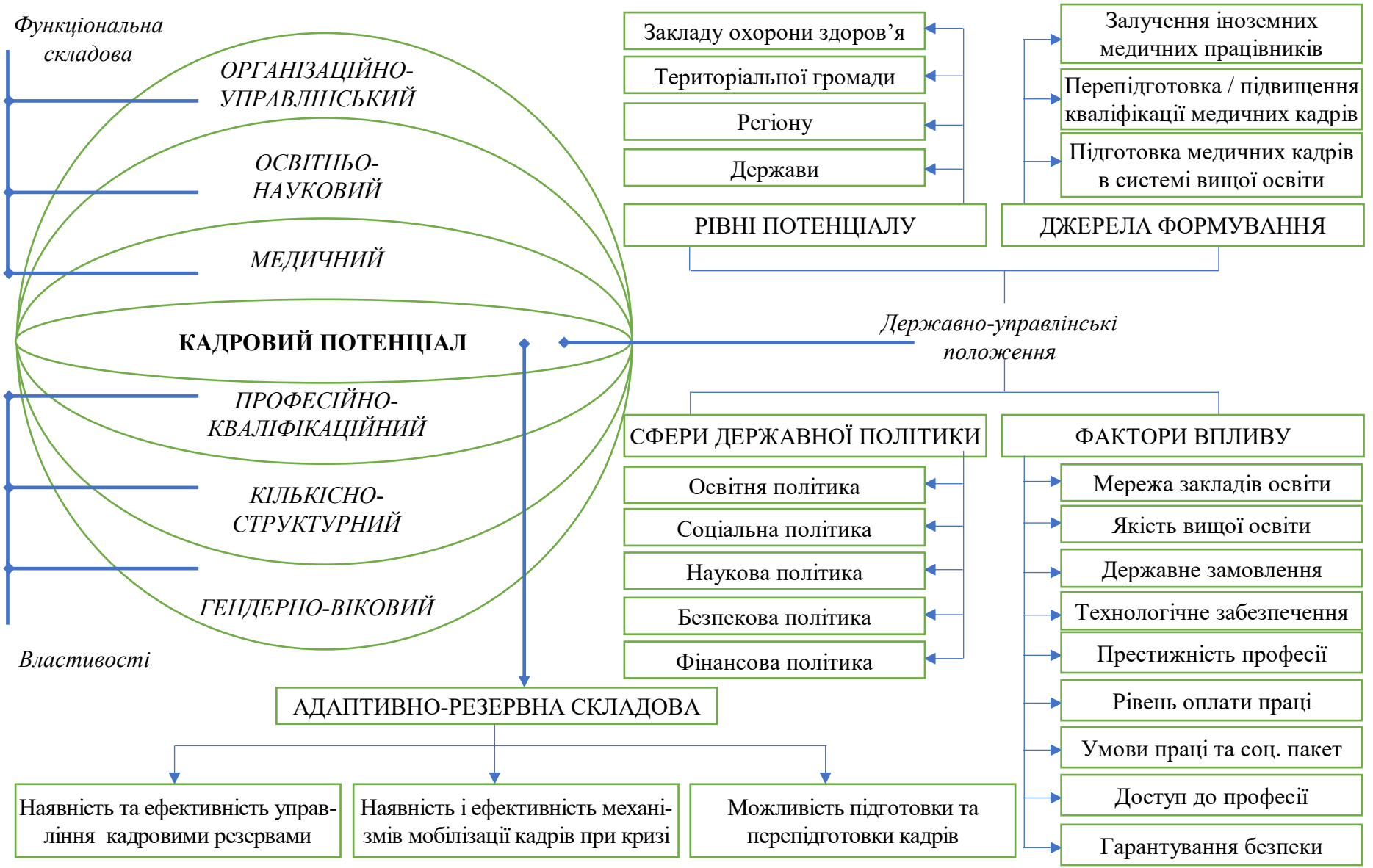


Рис. 2.1. Характеристика кадрового потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління

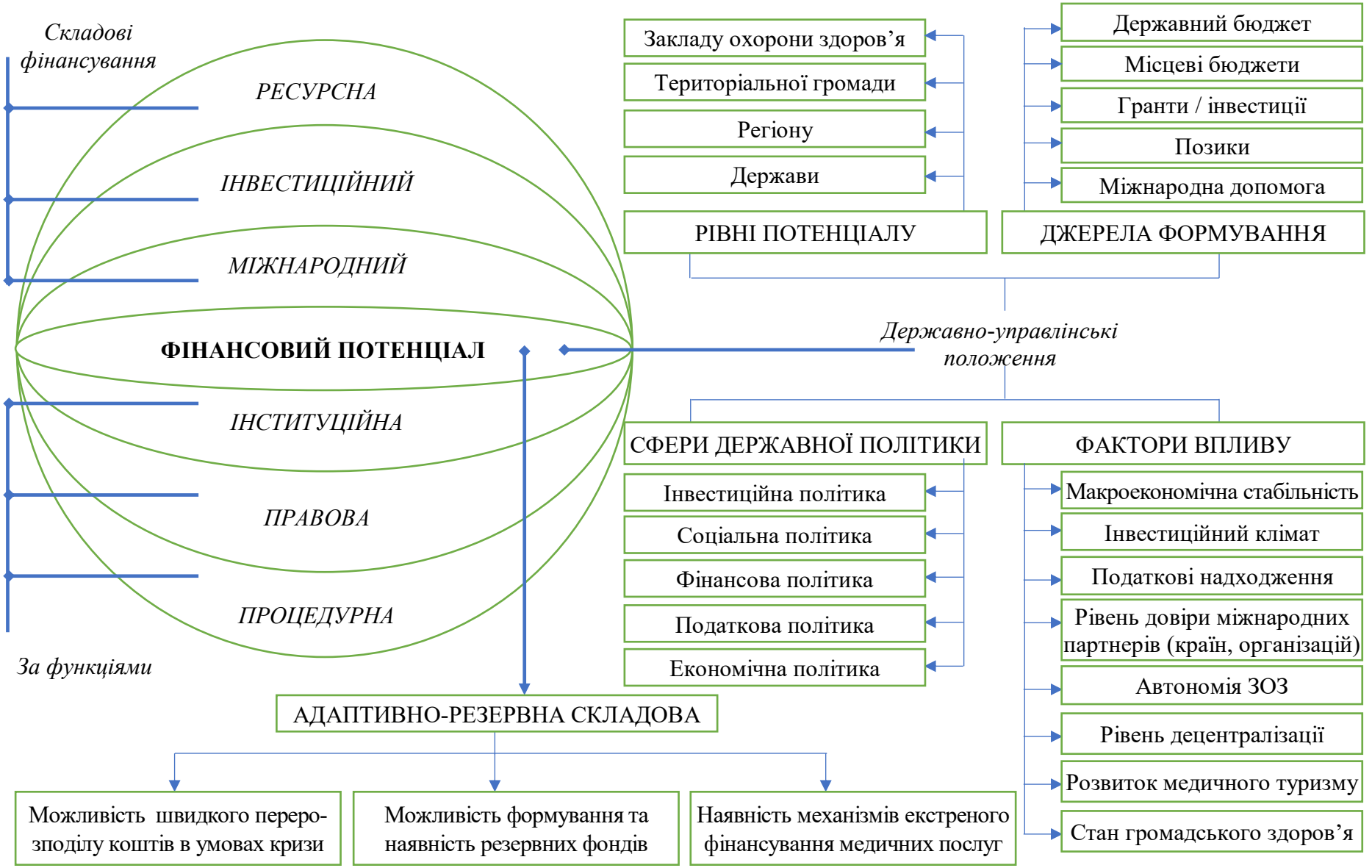


Рис. 2.2. Характеристика фінансового потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління

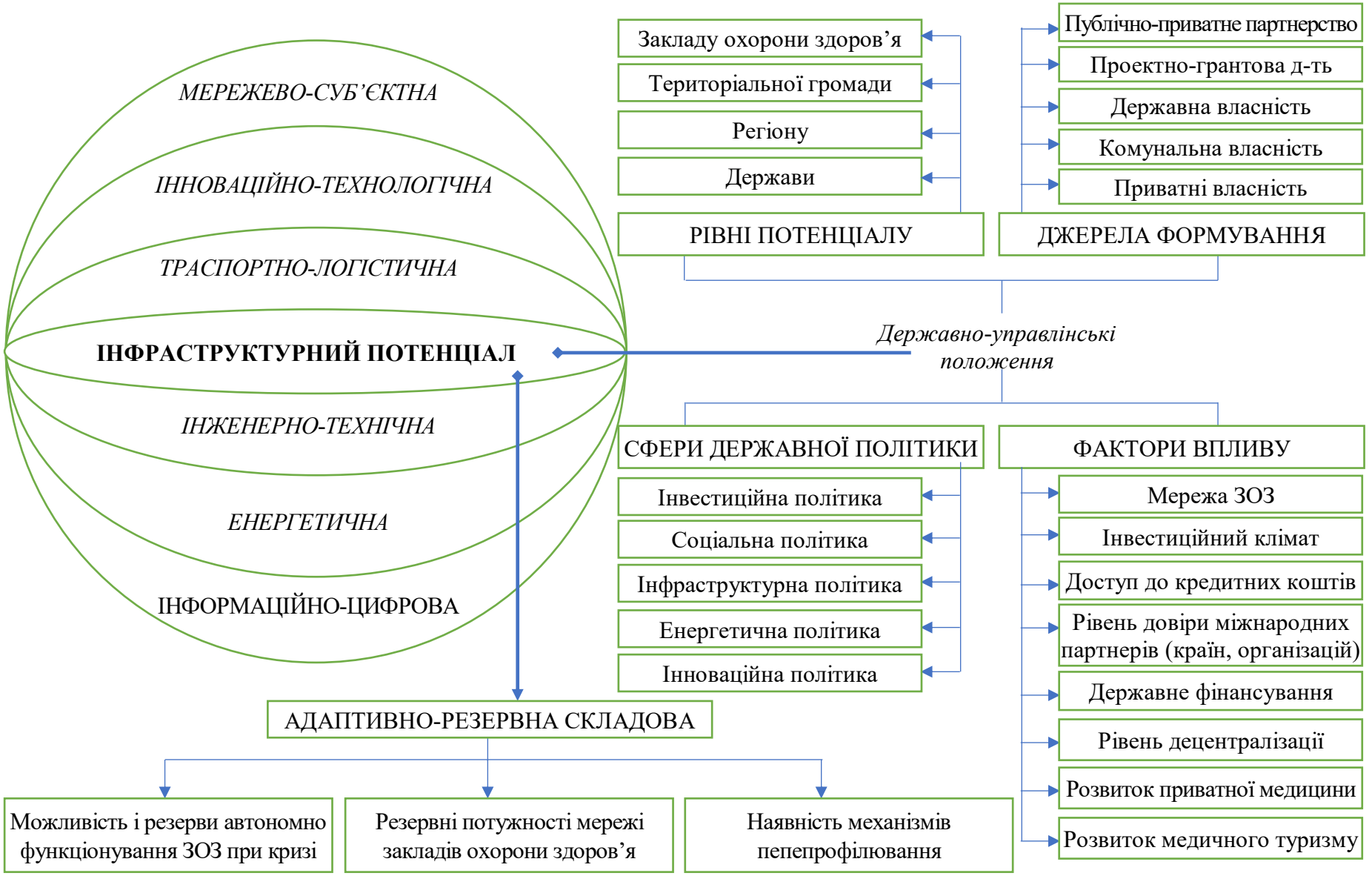


Рис. 2.3. Характеристика інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління

Питання кадрового потенціалу національної системи охорони здоров’я є вкрай важливим, адже становить основу забезпечення ефективності, результативності та дієвості медичної допомоги в країні. Сьогодні неможливо переоцінити роль та значення медичних кадрів у розвитку медицини. «Ефективність діяльності системи охорони здоров’я значною мірою визначається її ресурсним забезпеченням, у першу чергу, кадровим. Серед невідкладних завдань, що стоять перед системою охорони здоров'я, на перший план виступає кадрове забезпечення. Медичні кадри є головною і досить вагомою частиною системи охорони здоров’я, забезпечуючи результативну та ефективну діяльність не тільки галузі в цілому, але й окремих її об’єктів і структур [3]. Саме наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, мотивація, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню. Кадри значною мірою відповідальні за проведення ефективних реформ у галузі охорони здоров’я. Зміцнення кадрового забезпечення дедалі частіше визнають ключовим фактором стійкої роботи системи охорони здоров’я» [45].

Питання трансформації управління кадровим потенціалом національної системи охорони здоров’я актуалізується через сукупність проблем основою з яких є постійне зростання потреби в медичних кадрах через сукупність медичних та немедичних чинників. «Серед невідкладних завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров’я, на перший план виступає вдосконалення кадрової політики. Кадровий потенціал є найвагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров’я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний

рівень надання медичної допомоги населенню. Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я 311 необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі» [3].

Серед медичних проблем є зростання попиту на медичні послуги особливо в умовах епідемій та пандемій, як це відбулося у зв'язку із COVID-19. Щодо немедичних проблем, то першочерговими є зниження якості підготовки медичних працівників в системі вищої освіти, демографічні зміни та падіння іміджу професії лікаря. «Сьогодні жодна держава світу не може забезпечити високий рівень життя та благополуччя власних громадян без розбудови високоефективної системи охорони здоров'я, яка покликана гарантувати кожному мешканцю невідкладну своєчасну й високоякісну медичну допомогу. Проте, як показує практика, протягом останніх років для багатьох розвинених країн усталеною стає тенденція до скорочення кількості медичних працівників. Звісно, це обумовлює погіршення організації медичного обслуговування громадян, знижує рівень доступності медичної допомоги, ускладнює обставини та умови її отримання, збільшує тривалість очікування пацієнта на прийом у лікаря тощо. Сучасні глобальні проблеми, серед яких епідемії, військові конфлікти, тенденція до старіння населення, зростання рівня захворюваності тощо, зумовлюють зростаючу потребу у медичному обслуговуванні й ще більше загострюють необхідність якісного

відновлення кадрового потенціалу охорони здоров’я. Розвинуті країни світу все частіше вирішують проблему нестачі медичних кадрів за рахунок міжнародної міграції медичного персоналу, стимулюючи його вищим рівнем оплати праці і достойним рівнем життя. Тоді як для країн із низьким та середнім рівнем достатку дефіцит кадрового потенціалу у сфері охорони здоров’я стає все більш очевидним» [148].

До кадрового потенціалу приділяється значна увага європейських партнерів, особливо в контексті євроінтеграційних процесів в Україні. Відповідно є потреба в перегляді сучасного державного регулювання кадрового потенціалу національної системи охорони здоров’я та формуванні сукупності заходів із удосконалення механізмів управління кадрами.

Організація економічного співробітництва та розвитку оприлюднила результати дослідження «Огляд здоров'я: Європа 2024» в якому визначили напрями вирішення проблем нестачі медичних кадрів в Європейському Союзі:

«- європейська система охорони здоров'я стикається з серйозною кризою. Двадцять країн ЄС повідомили про нестачу лікарів у 2022 та 2023 роках, тоді як 15 країн повідомили про нестачу медсестер. Виходячи з мінімальних порогових значень для забезпечення загального медичного страхування (UHC), країни ЄС мали оціночну нестачу приблизно 1,2 мільйона лікарів, медсестер та акушерок у 2022 році. Подвійні демографічні проблеми: старіння населення, яке збільшує попит на медичні послуги, та старіння медичних працівників, що збільшує потребу в заміні поточних медичних працівників у міру їх виходу на пенсію, є ключовими чинниками цього дефіциту. Понад третину лікарів та чверть медсестер у ЄС мають вік понад 55 років і, як очікується, вийдуть на пенсію в найближчі роки. В той же час інтерес до кар'єри в охороні здоров'я

серед молоді знижується, причому інтерес до медсестринства знизився в понад половині країн ЄС між 2018 і 2022 роками. Планування медичних кадрів має важливе значення для керівництва процесом розробки політики та забезпечення достатнього укомплектування та кваліфікації медичних працівників.

- щоб вирішити проблему гострої нестачі внутрішньої робочої сили, європейські країни дедалі більше покладаються на залучення медичних працівників, які отримали іноземну освіту. Після тимчасового скорочення протягом перших двох років пандемії, приплив лікарів, які отримали іноземну освіту, до європейських країн зріс на 17% у 2022 році порівняно з 2019 роком, тоді як приплив медсестер, які отримали іноземну освіту, зріс на 72%. У 2023 році понад 40% лікарів у Норвегії, Ірландії та Швейцарії, а також понад 50% медсестер в Ірландії отримали іноземну освіту. Хоча надмірна залежність від медичних працівників, які отримали іноземну освіту, забезпечує швидке вирішення нагальних потреб, вона ризикує загострити дефіцит робочої сили та загальну нестабільність у країнах походження - часто це країни з низьким рівнем доходу, які вже стикаються з гострими обмеженнями у сфері охорони здоров'я.

- вирішення проблеми кризи медичних працівників вимагає багатогранного підходу. У короткостроковій перспективі покращення умов праці та оплати праці має вирішальне значення для підвищення привабливості професії та утримання існуючих медичних працівників. Розширення можливостей для освіти та навчання для нових лікарів та медсестер також є життєво важливим для збільшення пропозиції, хоча його вплив буде відчутним лише у середньостроковій та довгостроковій перспективі. Враховуючи повільні середні темпи зростання кількості нових випускників-медсестер в ЄС, які становлять лише 0,5% на рік, між 2012 та 2022 роками, залучення достатньої кількості молодих людей для

задоволення зростаючого попиту є значним викликом. Оптимізація поєднання навичок, наприклад, шляхом більш широкого використання медсестер розширеної практики, а також використання цифрових технологій та штучного інтелекту, матиме важливе значення для підвищення продуктивності медичних працівників та надання їм можливості більше зосередитися на догляді за пацієнтами» [103].

Необхідно зазначити, що більшість вказаних проблем характерні і для України. Центр економічних і соціальних досліджень Національного інституту стратегічних досліджень оприлюднив аналітичну записку в якій зазначено наступне: «Основними кадровими проблемами у системі охорони здоров'я (СОЗ) України є брак кваліфікованих медичних працівників, регіональна нерівномірність забезпечення населення медичними кадрами, невмотивованість медичних кадрів до ефективної праці через недосконалу систему її оплати, низький рівень укомплектованості лікарських посад за окремими спеціальностями, висока частка працівників пенсійного віку, застаріла нормативно-правова база з питань кадрової політики в галузі, 2 неоптимальне співвідношення між лікарями та молодшим медичним персоналом, а також хронічна недофінансованість системи охорони здоров'я» [32].

Складовими кадрового потенціалу за функціональним напрямком є:

- організаційно-управлінський кадровий потенціал системи охорони здоров'я – наявність сукупності трудових ресурсів медичного та немедичного напрямів відповідальних за організацію та управління системою охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях та рівні окремого суб'єкта реалізації медичних послуг та можливості їх підготовки в національних та зарубіжних закладах вищої освіти та перепідготовки для реалізації організаційних, управлінських та інформаційних функцій.

- освітньо-науковий кадровий потенціал системи охорони здоров'я – наявність сукупності трудових ресурсів освітнього та наукового напрямів, відповідальних за підготовку та перепідготовку медичних кадрів та проведення наукових досліджень в медицині (за науковими спеціальностями) та можливості їх підготовки в національних та зарубіжних закладах вищої освіти та наукових установах для реалізації освітніх та наукових функцій.

- медичний кадровий потенціал системи охорони здоров'я – наявність сукупності трудових ресурсів медичного спрямування, які задіяні в реалізації медичних послуг (наданні медичної допомоги) в закладах охорони здоров'я державної, комунальної та приватної власності та можливості їх підготовки в національних та зарубіжних закладах вищої освіти та перепідготовки.

Для оцінки рівня кадрового потенціалу та управління ним пропонуємо аналізувати його за такими властивостями:

- професійно-кваліфікаційні властивості кадрового потенціалу системи охорони здоров'я – характеристика медичного кадрового потенціалу за професійними та кваліфікаційними напрямами (лікарів та іншого медичного персоналу) для оцінки можливості реалізації медичних послуг в звичайний час та кризові періоди та можливості його нарощування в майбутньому.

- кількісно-структурні властивості кадрового потенціалу системи охорони здоров'я - характеристика структури медичного, освітньо-наукового, та організаційно-управлінського кадрового потенціалу та можливості його нарощування в майбутньому.

- гендерно-вікові властивості кадрового потенціалу системи охорони здоров'я – характеристика гендерного та вікового складу медичного, організаційно-управлінського та освітньо-наукового кадрового потенціалу для оцінки його потреби його нарощування в майбутньому.

Важливою складовою державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров’я є оцінка забезпеченості медичними та немедичними кадрами на усіх рівнях системи охорони здоров’я

Джерелами формування кадрового потенціалу можна розглядати наступні:

1. Підготовка медичних кадрів в системі вищої освіти - «це тривалий, системний та планомірний процес, управління яким здійснюється на основі державних стандартів, нормативної та навчально-методичної документації, що визначає зміст освіти й організацію навчання у вищих навчальних закладах» [41]. Вища медична освіта є складним соціальним явищем та об’єктом державного управління кадровим потенціалом охорони здоров’я. В той же час вища медична освіта є мінливою як до освітніх реформ так і до реформування системи охорони здоров’я. «Система охорони здоров'я України перебуває в пошуку нових шляхів для побудови нових моделей, які будуть відповідати європейським стандартам. Досягнення цього вимагає реформувати вищу медичну освіту. Реформи вищої медичної освіти вимагають вивчення зарубіжного досвіду підготовки майбутніх фахівців системи охорони здоров'я. Значний інтерес представляють ті країни, де підготовка майбутніх фахівців системи охорони здоров'я (наприклад лікарів) діє відповідно до європейських стандартів» [41].

«Медична освіта України у час глобального переходу до Суспільства знань перебуває у постійному процесі гармонізації зі світовим простором вищої освіти. Цьому сприяють відповідні директиви ЄС та документи Всесвітньої організації охорони здоров’я, Всесвітньої федерації медичної освіти, якими визначаються основні вимоги до тривалості, змісту та системи контролю якості підготовки медичних кадрів, яких із кожним роком в Україні не вистачає усе більше» [105].

«В Україні медичні ЗВО випускають велику кількість молодих лікарів, проте далеко не всі з них можуть виконати елементарні лікарські та сестринські маніпуляції, зробити інформативний огляд пацієнта та хоча б визначити напрям лікування. Результати маємо змогу бачити вже сьогодні. Вже зараз на ринку праці існує дефіцит грамотних вмілих лікарів, але катастрофічною ситуація може стати через 5–10 років. У країнах Європи теж існує дефіцит медичних кадрів, але він пов'язаний з небажанням молоді надтяжко вчитися і працювати в молоді роки для досягнення щедрих, але примарних перспектив через 15–20–25 років. Але при цьому практично 100% випускників ЗВО мають міцні практичні навички та знання» [41]. Зазначене розширює розуміння кадрового потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління. В подальших дослідженнях, нами здійснено оцінку підготовки медичних кадрів в системі вищої освіти.

2. Перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних кадрів. На сьогодні питання перепідготовки та підвищення кваліфікації медичний кадрів покладається на медичні університети. Проте, досить цікавою пропозицією розвитку зазначеного напряму формування кадрового потенціалу системи охорони здоров'я є рекомендація вітчизняного дослідника В.І. Юнгера: «Пропонується створення міжнародних та національних освітніх центрів, основною метою діяльності яких є реалізація освітніх послуг в межах неформальної освіти та підвищення кваліфікації медичних кадрів, що не передбачає здобуття відповідного освітнього рівня. У зв'язку з суспільною значущістю системи охорони здоров'я як у воєнний час, так і у повоєнний період, є необхідність ліцензування таких освітніх послуг. Відповідно суб'єктом ліцензування має бути Міністерство освіти і науки України. Вимоги до отримання ліцензії мають базуватися на врахуванні інтересів основного стейкхолдера, а саме: Міністерства охорони здоров'я України … Пропонується створення тренінгових центрів при

закладах охорони здоров'я для практичної перепідготовки лікарів, підвищення кваліфікації, навчання застосуванню новітніх технологій в діагностиці та лікуванні. Це передбачає розширення діяльності закладів охорони здоров'я в частині можливості реалізації освітніх послуг з підвищення кваліфікації медичних працівників» [180].

3. Залучення іноземних медичних працівників є одним із найбільш оперативних інструментів посилення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. У сучасних умовах глобалізації ринку праці та інтеграції систем охорони здоров'я, міжнародна мобільність медичних кадрів стає важливим компонентом кадрової політики держави. При залученні іноземних медичних працівників виконується сукупність завдань, зокрема: посиленню кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я; зменшенню дисбалансу між попитом і пропозицією медичних послуг; трансферу сучасних клінічних практик і технологій; підвищенню якості медичної допомоги; розвитку міжнародного співробітництва та інтеграції в європейський простір охорони здоров'я. Ключовими напрями підвищення ефективності залучення іноземних медичних працівників є: спрощення процедури визнання дипломів; ліцензування медичної практики; спрощення міграційних процедур; мотиваційні стимули.

Важливо зазначити, що ключовими напрямами впливу на кадровий потенціал системи охорони здоров'я є наступні: мережа закладів освіти; якість вищої освіти; державне замовлення підготовки медичних кадрів; престижність професії; рівень оплати праці; умови праці та соціальний пакет; доступ до професії; гарантування безпеки; технологічне забезпечення.

Складність та міжсистемність кадрового потенціалу як об'єкта державного управління визначає його залученість до формування та реалізації таких державних політик як: освітня, соціальна, наукова, безпекова, фінансова.

Формування прогнозів та розробка стратегічних державно-управлінських рішень залежить від рівня адаптивно-резервної складової кадрового потенціалу системи охорони здоров’я, а саме:

- наявність та ефективність управління кадровими резервами;
- наявність і ефективність механізмів мобілізації кадрів при кризі;
- можливість підготовки та перепідготовки кадрів.

Фінансовий потенціал. «Жодна сфера у ринковій економіці, зокрема охорона здоров’я, не може успішно розвиватися без добре налагодженої системи фінансового забезпечення. Нові його механізми сприяють якісним змінам у наданні медичних послуг, будучи одночасно одним із вирішальних факторів під час прийняття рішень про розширення їх спектру. Розмаїття наявних проблем у системі фінансового забезпечення охорони здоров’я в Україні, неоднозначність їх оцінки і практичного вирішення, пошук можливостей використання різних форм взаємодії держави та підприємницьких структур у фінансуванні медичної сфери зумовлюють актуальність дослідження» [146]. На нашу думку, система фінансового забезпечення системи охорони здоров’я як об’єкт державного управління має бути переглянута, з позиції прогнозування, а отже оцінки та управління фінансовим потенціалом.

«Для ефективного розвитку фінансового забезпечення такої важливої сфери економіки, як галузь охорони здоров'я, необхідна розробка та виконання низки заходів різнопланового характеру: організаційного, нормативно-правового, економічного, соціального, медичного, наукового та культурного. Усвідомлення існуючої кризи медичної галузі в Україні та зростання масштабів позбавлення людини життєво необхідних медичних потреб змусило керівництво країни розпочати повне реформування системи тільки в 2018 р. Основними засадами удосконалення, підвищення ефективності та модернізація системи забезпечення здоров'я населення обрало курс на вимоги пацієнта та його фінансову спроможність. У першу чергу було реформовано систему забезпечення доступності населення та хворих медичних послуг, задля чого було

розширено спектр медичних послуг, яку хворий може отримати на безоплатній основі (в рамках затвердженої Програми медичних гарантій і з визначенням нових захворювань, які є основними факторами смертності в Україні). По-друге, держава зосередила свою увагу на розширенні якості наданих медичних послуг» [53]. Відповідно реформування системи фінансового забезпечення системи охорони здоров'я значно трансформувало фінансовий потенціал, що вимагає інноваційних державно-управлінських рішень.

Держане управління фінансовим потенціалом має забезпечити стабільність, доступність та розвиток системи охорони здоров'я. Фінансовий потенціал системи охорони здоров'я - це сукупність наявних і можливих фінансових ресурсів, механізмів їх мобілізації, розподілу та ефективного використання, що забезпечують виконання функцій системи охорони здоров'я, здатність реагувати на виклики та забезпечувати довгострокову модернізацію. Все це можливо за умови врахування усіх складових фінансового потенціалу системи охорони здоров'я, зокрема:

- Ресурсна складова оформлює усі складові фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Відповідно до вітчизняної практики, такими ресурсами є наступні: державний бюджет, місцеві бюджети, кошти НСЗУ, страхові внески, приватні платежі, донорська допомога.

- Інвестиційна складова оформлює усі джерела та форми інвестицій, які можливо застосувати для розвитку системи охорони здоров'я в цілому та окремих закладів охорони здоров'я. До них відносяться: проєкти публічно-приватного партнерства, які дозволяють модернізувати інфраструктуру та забезпечити інноваційний розвиток системи; приватні інвестиції в лікарні за умови їх функціонування як державних підприємств з можливою часткою приватного сектору.

- Міжнародна складова означає залучення фінансових ресурсів міжнародних партерів через проєктно-грантову діяльність, позики або інвестиції.

- Інституційна складова інституційну спроможність суб'єктів державного управління, приватного сектору та зацікавлених сторін в забезпеченні фінансової стабільності через врегулювання конфлікту інтересів.

- Правова складова визначає рівень правового забезпечення, який дозволяє оперативна реагувати на кризові ситуації для фінансування системи охорони здоров'я, а також можливості розширення джерел формування фінансового потенціалу.

- Процедурна складова характеризує інструменти фінансування системи охорони здоров'я, зокрема: медичні гарантії, програма державних закупівель, контрактування закладів, тарифна політика.

Джерелами формування зазначених складових фінансового потенціалу системи охорони здоров'я варто визначати: державний бюджет, місцеві бюджети територіальних громад, гранти, інвестиції, позики та міжнародна допомога. Фінансовий потенціал оцінюється за рівнями (держави, регіону, територіальної громади та закладу охорони здоров'я), а факторами його формування є: макроекономічна стабільність; інвестиційний клімат; податкові надходження; рівень довіри міжнародних партнерів (країн, організацій); автономія закладів охорони здоров'я; рівень децентралізації; розвиток медичного туризму; стан громадського здоров'я.

Безумовно, що складеність фінансового потенціалу визначає його залежність та в то й же час вплив на такі види державної політики як: інвестиційна, соціальна, фінансова, податкова та економічна.

Найбільш важливою складовою фінансового потенціалу, що визначає прийняття стратегічних державно-управлінських рішень є адаптивно-резервна: можливість швидкого перерозподілу коштів в умовах кризи; можливість формування та наявність резервних фондів; наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг.

Інфраструктурний потенціал. Складовими інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я пропонуємо виділяти наступні:

- мережево-суб'єктна – складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка характеризує територіальну організацію охорони здоров'я та відповідно функціонування різноманітних суб'єктів надання медичної допомоги (лікарні (багатопрофільні, спеціалізовані); амбулаторії, поліклініки, центри первинної медичної допомоги; заклади екстреної та спеціалізованої допомоги; реабілітаційні та паліативні центри) зважаючи на рівномірність їх розташування, транспортну доступність, регіональну спрямованість профільності та забезпечення медичними послугами населення при штатних та кризових ситуаціях;

- інноваційно-технологічна - складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка характеризує рівень впровадження інноваційних медичних технологій та методів лікування, що дозволяє характеризувати такі якісні показники як тривалість лікування, результативність лікування, комфорт та задоволеність пацієнтів;

- інженерно-технічна - складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка характеризує оснащеність закладів охорони здоров'я та можливості її покращення в напрямках діагностичного та лікувального обладнання, лабораторної інфраструктури, стану будівель і приміщень;

- транспортно-логістична - складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка характеризує процеси постачання, зберігання та утилізації ліків, вакцин, крові, кисню та інших засобів, а також можливість транспортування пацієнтів як до лікарні так і між лікарнями територіальної громади, регіону чи держави в цілому;

- інформаційно-цифрова - складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка характеризує рівень цифровізації управлінських процесів на різних рівнях системи охорони здоров'я, реалізації медичних послуг, інформаційної безпеки учасників ринку медичних послуг;

- енергетична - складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка характеризує енергозабезпечення, водопостачання, теплопостачання та можливості системи охорони здоров'я до використання альтернативних джерел енергії, а також можливість певний період часу функціонувати автономно без зовнішніх джерел енергії.

Усі зазначені складові інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я варто оцінювати на усіх рівнях (держави, регіону, територіальної громади та закладу охорони здоров'я). В той же час, методологія державного управління має враховувати регіональні (природно-кліматичні, соціально-економічні та екологічні) особливості. Безумовно, що від інфраструктурного потенціалу на усіх рівнях залежать такі властивості системи охорони здоров'я як безпечність, адаптивність та ефективність.

Важливим елементом інфраструктурного потенціалу як об'єкта державного управління є джерела його формування, які визначаються видами власності, до яких належать заклади охорони здоров'я (приватна, комунальна та державна). В той же час утримання та нарощування інфраструктурного потенціалу можливе за рахунок інноваційних інструментів фінансування розвитку інфраструктури:

- публічно-приватне партнерство - «співробітництво між публічним та приватним партнерами, що здійснюється на основі договору та відповідає ознакам публічно-приватного партнерства: 1) внесення приватним партнером інвестицій, а саме забезпечення приватним партнером повного або часткового фінансування, створення та/або будівництва (нове будівництво, реконструкція, реставрація, капітальний ремонт, технічне переоснащення) і технічного обслуговування об'єкта ППП (крім випадків, визначених цим Законом), з передачею або без передачі приватному партнеру права на управління та/або експлуатацію об'єкта ППП та/або права на надання суспільно значущих послуг; 2) довготривалість строку ППП,

крім проєктів ППП з будівництва житла та проєктів ППП з будівництва житла з допороговим значенням, строк яких може становити менше п'яти років; 3) передача приватному партнеру частини ризиків, що пов'язані із забезпеченням приватним партнером повного або часткового фінансування, створення та/або будівництва (нове будівництво, реконструкція, реставрація, капітальний ремонт, технічне переоснащення) і технічного обслуговування та/або управління, та/або експлуатації об'єкта ППП (крім випадків, визначених цим Законом), та інших ризиків, що виникають під час реалізації проєкту ППП» [137].

«Загалом, механізму ДПП в України – 22 роки. Перший закон прийняли у 2003 році, який оновлювали у 2010, 2015 та 2025 роках. Згідно з інформацією Мінекономіки станом на 1 січня 2025 року в Україні було укладено 200 договорів державно-приватного партнерства, з яких реалізовувалось 22. З решти: 114 не виконуються, 53 розірвані або закінчився їхній термін дії, а 11 призупинено через війну. Тобто за 22 роки існування механізму реалізуються (і ще не реалізовані) – 22 проєкти (фактично по одному в рік), а з 200 укладених договорів – це становить 12%. Рідко яка область, окрім Київської може похвалитися більше ніж одним проєктом ДПП» [59].

- проєктно-грантова діяльність характеризується як комплекс цілеспрямованих управлінських заходів економічного, організаційного, інформаційного характеру, що спрямовані на залучення позабюджетних ресурсів (грантів, донорської допомоги, міжнародної технічної допомоги, інфраструктурних проєктів) та їх ефективне використання для реалізації проєктів розвитку, модернізації, енергоефективності, запровадження інноваційних технологій для підвищення спроможності системи охорони здоров’я підвищувати якість медичних послуг, результативність функціонування системи та підвищувати рівень громадського здоров’я.

Зазначені напрямки є важливою складовою формування фінансового забезпечення процесів нарощування інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я в контексті енергоефективності, безпечності, автономії та адаптивності. Більш детально вони будуть розглянуті в подальших дослідженнях при розробці механізмів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я.

На рівень інфраструктурного потенціалу впливають сукупність факторів, до яких пропонуємо відносити:

- мережа закладів охорони здоров'я. Існуючі підходи до формування мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я є важливим фактором, що визначає рівень інфраструктури та потреби в її нарощуванні чи згортання. Ефективно сформована мережа закладів охорони здоров'я, що вираховує усі сукупність внутрішніх та зовнішніх факторів дозволяє більш змістовно підійти до управління інфраструктурним потенціалом та формувати напрями його розвитку за регіональними, природно-кліматичними, екологічними та соціально-економічними потребами.

- Інвестиційний клімат. Інвестиційний клімат варто розглядати як системоутворюючий ключовий зовнішній фактор розвитку інфраструктури системи охорони здоров'я, який визначає можливості залучення довгострокових, великих за обсягами та дешевших фінансових ресурсів для модернізації, відновлення та розширення інфраструктури, що забезпечить її стійкість та інноваційність. Так, сприятливий інвестиційний клімат сприяє довірі інвесторів та донорів і як наслідок забезпечує зростання інвестицій в розвиток медичної інфраструктури, що в свою чергу дозволяє підвищити доступність медичних послуг, їх якість та результативність діяльності закладів охорони здоров'я. Це в свою чергу дозволяє: а) зменшити навантаження на бюджет; б) пришвидшити відновлення інфраструктури після криз; в) підвищити рівень адаптивно-резервної складової

інфраструктурного потенціалу. В той же час державне управління має бути направлене на зниження рівня впливу або ж до повного усунення сукупності ризиків, які впливають на інвестиційний клімат і відповідно інфраструктурний потенціал системи охорони здоров'я: політико-правові, соціально-економічні, валютно-фінансові, безпеково-репутаційні.

- Доступ до кредитних коштів як фактор впливу на інфраструктурну складову варто заглядати як певну можливість суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я залучати позикові фінансові ресурси для реалізації інфраструктурних проєктів, які стосуються відновлення, модернізації, оновлення та удосконалення інфраструктури та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я (фінансування реконструкції та будівництва лікарень, придбання сучасного діагностичного і лікувального обладнання, впровадження енергоефективних технологій, цифровізацію медичних закладів, створення реабілітаційної та паліативної інфраструктури), що забезпечить їх автономність, адаптивність та безпечність. Основними формами кредитування процесів відновлення та модернізації є: банківське кредитування, цільові державні програми кредитування, кредити міжнародних фінансових установ, донорські кредитні програми.

- Рівень довіри міжнародних партнерів (країн, організацій) варто розглядати як важливий зовнішній фактор впливу на інфраструктурний потенціал системи охорони здоров'я, що полягає в сукупності впевненості міжнародних організацій, донорів, фінансових інституцій та іноземних держав у тому, що національна система охорони здоров'я та органи публічної влади здатні ефективно, прозоро та результативно використовувати залучені ресурси для розвитку медичної інфраструктури, що оскільки визначає масштаби залучення грантових і кредитних ресурсів, інвестицій у модернізацію медичної мережі та можливості швидкого післякризового відновлення відповідно до міжнародних стандартів. Рівень довіри міжнародних партнерів до держави та її системи охорони здоров'я визначається наступними

складовими: прозорість та підзвітність (відкритість бюджетних процедур, прозорість закупівель, фінансова звітність та якість аудиту); ефективність інституційного забезпечення (спроможність суб'єктів державного управління охороною здоров'я реалізовувати інфраструктурні проєкти); низький рівень корупції та результативна система протидії корупційним загрозам (антикорупційні механізми, незалежні інституції контролю, відповідальність за порушення); дотримання міжнародних стандартів та норм (гармонізація з ЄС та ВООЗ, стандарти безпеки лікарень, якість та ефективність медичних послуг); політична та безпекова стабільність (прогнозованість державної політики, керованість ризиків у кризових умовах, безпека реалізації інфраструктурних проєктів); успішність попередніх проєктів (виконання зобов'язань, досягнення запланованих результатів, позитивна репутація країни як партнера).

- Державне фінансування. Важливу роль в забезпеченні високого рівня інфраструктури має державне фінансування, а саме виділення бюджетних коштів для капітальних видатків, що спрямовані на розширення, відновлення та модернізацію об'єктів інфраструктури, а також підвищення рівня матеріального забезпечення суб'єктів реалізації медичних послуг.

- Рівень децентралізації. Від рівня децентралізації залежить можливість територіальних громад розвивати інфраструктуру та залучати приватні ресурси, а також приймати участь в різноманітних інфраструктурних проєктах.

- Розвиток приватної медицини визначає можливість розширення системи реалізації медичних послуг, а отже інфраструктурний потенціал усієї системи охорони здоров'я. Власники приватних закладів охорони здоров'я вкладають ресурси в інфраструктуру та матеріально=технічне забезпечення, а отже підвищують якість, результативність та ефективність медичних послуг. Як результат, це розширює можливість вибору закладу лікування та задоволеність населення системою охорони здоров'я.

- Розвиток медичного туризму. Вітчизняний дослідник Т. Гуща досліджуючи переваги медичного туризму для країни-приймання, зазначає, що «позитивний вплив приймаючі країни отримують через вигоду від оздоровчого туризму, оскільки крім економічного надходження від витрат на медицину, приймання медичних туристів може прискорити покращення інфраструктури охорони здоров'я та якості послуг. Цей приплив пацієнтів може послужити каталізатором для профілактичних ініціатив у сфері охорони здоров'я, покращуючи результати громадського здоров'я. Крім того, попит на медичні послуги створює можливості працевлаштування для місцевих медичних працівників, стимулюючи розвиток робочої сили» [46]. Відповідно медичний туризм дозволяє розвивати інфраструктуру і водночас залежить від інфраструктури, а тому зазначеним фактором неможливо нехтувати при формуванні державно-управлінських рішень щодо інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я.

Зазначені фактори визначають властивості інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління з одного боку та з позиції посилення або зменшення їх впливу через методи прямого та непрямого впливу. Нехтувати зазначеними факторами може призвести до сукупності загроз в майбутньому й відповідно звужувати напрями розвитку інфраструктурного потенціалу. Це свідчить про те, що державне управління інфраструктурним потенціалом системи охорони здоров'я поєднує в собі сукупність державних політик:

- інфраструктурна політика визначає як напрями розвитку інфраструктури системи охорони здоров'я так і іншої інфраструктури (транспортної, соціальної, енергетичної та іншої), що визначатиме ефективність формування та використання інфраструктурного потенціалу;

- соціальна політика, яка визначає напрями розвитку інфраструктури системи охорони для можливості реалізації усіх покладених на неї соціальних завдань;

- інвестиційна політика на яку покладають завдання залучення інвестиційних ресурсів для розвитку медичної інфраструктури;

- енергетична політика визначає напрями модернізації медичної інфраструктури для забезпечення її енергонезалежності та використання альтернативних джерел енергії;

- інноваційна політика є вкрай важливою з позиції цифровізації державного управління системою охорони здоров'я, застосування інноваційних методів лікування, діагностування та реабілітації, впровадженні інноваційних медичних технологій.

Адаптивно-резервна складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я визначається як: можливість швидкого перерозподілу коштів в умовах кризи; можливість формування та наявність резервних фондів; наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг. Більш детальні механізми державного управління даною складовою будуть розглянуті в наступних дослідженнях.

Таким чином, за результатами дослідження розроблено інформаційні моделі структури фінансового, кадрового та інфраструктурного потенціалів системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління, які дозволяють визначити його багатовекторність, багаторівневість та міжсистемність. Обґрунтовано складові зазначених потенціалів, рівні управління ними, джерела формування, фактори впливу. Встановлено залежність від різних видів державної політики та в той же час визначено напрями впливу на їх формування та реалізацію. Вперше запропоновано розуміння змісту та складових поняття «адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я» як основи прийняття стратегічних державно-управлінських рішень.

2.2. Методологія державного управління потенціалом системи охорони здоров'я

Потенціал системи охорони здоров'я виступає комплексним об'єктом державного управління. Дослідження системи охорони здоров'я крізь призму потенціалу є якісно новим підходом до розвитку методології державного управління. Адже, методологія державного управління є досить мінливою та має забезпечити адаптацію керованої та керуючої системи до умов функціонування тієї чи іншої соціальної системи. Трансформація об'єкта державного управління визначає вектори розвитку його методології та зміни ключових механізмів. Вбачаємо, що формування методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я має відбуватися на основі застосування системного підходу, який має визначити особливості об'єктної складової, методологічної дії, функціонування суб'єктів державного управління та зворотного зв'язку між об'єктом та суб'єктом. «Системно-діяльнісний підхід до методології ще не достатньо розроблений, але він має гарні перспективи для її розвитку, виділення в ній деяких підсистем, що забезпечують пізнання, комунікацію, рефлексію тощо. Однак сьогодні наука поки ще не володіє таким методологічним потенціалом, щоб сформувати розвинуту внутрішню структуру методології. Однак процеси становлення окремих методологій протікають досить швидко. Складаються методології пізнання, прогнозування, комунікацій, діагностики, оцінювання, моделювання, проектування, контролю, управління, виробництва і споживання» [49]. Це актуалізує постійний пошук інноваційних рішень в розвитку методології державного управління в цілому та системою охорони здоров'я зокрема.

Напрями розвитку методології державного управління системою охорони здоров'я стали об'єктом наукового дослідження багатьох вітчизняних вчених зокрема: Пушкар О.А., Андрєєв Є.В., Хряпинський А.П., Тюріна Д.М., Власенко С.І., Аніщенко М.А., Кучменко В.О., Журавель Ю.В., Шалько М.Н., Палюх В.В., Лапичак Н.І., П'ятничук І.Д., Серьогіна Н.О., Баштанник О.В., Ганущин С.Н., Матвєєнко І.В., Будзин В.Р., Стовбан М.П., Антонова Л.В., Мельниченко О.А., Орлова Н.С., Юнгер В.І., Тишко Д.Ф., Драган І.В., Бюлай С.В., Сергієнко Л.В., Васюк Н.О., Запорожець Т.В., Домбровська С.М., Карамишев Д.В., Квітка С.А., Макаренко М.В., Кризина Н.П., Лопушинський І.П., Малачинська М.Й., Приходченко Л.Л., Рингач Н.О., Шестаковська Т.Л., Худоба О.В., Базиляк Н.О., Шевчук Р.В., Панченко О.А., Парубчак І.О., Терент'єва А.В., Барзилович А.Д., Гбур З.В., Петроє О.М., Самофалов Д.О., Драгомирецька Н.М., Сивак Т.В., Гавриченко Д.Г., Криничко Л.Р., Криничко Ф.Р. та інші.

«Система охорони здоров'я із самого початку була однією зі сфер діяльності, регульованих державою. Пов'язано це з тим, що послуги і програми, що реалізуються в системі охорони здоров'я, безпосередньо впливають на здоров'я і життя людини. Державне регулювання діяльності установ охорони здоров'я, включаючи питання управління і ціноутворення, спроби (що робилися в тому числі і в економічно розвинених країнах) повністю фінансувати охорону здоров'я за допомогою державного бюджету зумовили більш повільне і неповне впровадження сучасних методів і способів управління цією системою. Цим питанням присвячено багато наукових досліджень, що дозволяє скласти досить глибоке уявлення про основні характеристики та особливості функціонування моделей охорони здоров'я різних країн» [13]. Проте в умовах глобальних та національних трансформацій, епідемій та пандемій,

екологічних криз та всеосяжного запровадження інформаційних технологій система охорони здоров'я потребує нового підходу до державного управління та регулювання. Адже, прийняття державно-управлінських рішень повинно відбуватися в контексті оцінки існуючого потенціалу системи охорони здоров'я та у векторах його нарощування зважаючи на стратегічні цілі розвитку держави та потенційних ризиків і загроз. Відповідно методологія державного управління має трансформуватися таким чином, щоб державно-управлінні рішення враховували часові, просторові та ресурсні фактори. Тому як, існуючі підходи до методології державного управління неможливо застосувати до управління потенціалом системи охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я будучи складною, багатофункціональною та багаторівневою соціальною системою, з одного боку виступає керованою системою, тобто об'єктом управління, а з іншого керуючою, тобто суб'єктом державного управління. Для розробки комплексного методологічного інструментарію пропонуємо застосовувати системний підхід.

Системний підхід у державному управлінні варто характеризувати як методологію наукового пізнання так і практичної діяльності, адже будь-які суспільні відносини, а тому числі управлінські, можна розглядати крізь призму системного підходу. «Система – це сукупність елементів і зв'язків між ними, а не просто сума властивостей її окремих елементів. При належній організації системи її інтегральні можливості вищі, ніж сума потенційних можливостей складових частин. Відповідно, система – сукупність компонентів, взаємодія яких сприяє появі нових інтеграційних якостей. Це дозволяє системі розвиватись. Визначення принципів її побудови та основних характеристик дає розуміння сутності системи. Принципами побудови систем є: відображення в моделі реальних явищ, процесів;

демонстрація складності структури та складності взаємодії елементів системи завдяки відображенню лінійних і нелінійних зв'язків; відображення уявлення про відкритість системи та взаємодію з середовищем; синергія як властивість елементів системи та їх стійких зв'язків» [21].

Такий підхід дозволяє розглядати державно-управлінські процеси як цілісну, багаторівневу взаємопов'язану систему, яка передбачає взаємодію внутрішнього та зовнішнього середовища, а її метою є досягнення відповідних суспільно значущих цілей, зокрема забезпечення високого рівня громадського здоров'я, через забезпечення рівного доступу до медичної допомоги, надання якісних медичних послуг, профілактику захворювань, відновлення та підтримка індивідуального здоров'я, впровадження міжнародних стандартів та координацію міжнародної співпраці.

Щодо застосування системного підходу можливі два варти дослідження системи, що представленні в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика варіантів системного підходу при дослідженні державного управління потенціалом системи охорони здоров'я

Варіант 1	**Варіант 2**
Система як взаємодія суб'єкта з об'єктом	**Система як процес**
1	*2*
Елементи системи та їх зміст	
Суб'єкт управління	*Вхід*
- центральні органи виконавчої влади, суб'єкти регіонального управління та місцевого самоврядування	- ресурси та інформація про них, що надходять у систему державного управління
Об'єкт управління	*Процес*
- сукупність суспільних відносин, які підлягають державному управлінню або регулювання	- діяльність суб'єктів державного управління щодо прийняття державно-управлінських рішень

Продовження табл. 2.1

1	*2*
Методологічна дія	*Вихід*
методи державного управління: - вплив суб'єкта управління на об'єкт управління через сукупність методів державно-управлінського впливу, що поєднуються в механізми державного управління	- кінцевий результат, який отриманий через реалізацію того чи іншого державно-управлінського рішення, що визначається цілями державного управління в контексті реалізації функцій держави
цілі державного управління: - визначають станом та стратегічним баченням розвитку суспільних відносин *функції державного управління:* - в класичному розуміння функціями державного управління є соціальна, безпекова, правоохоронна, регуляторна та інші *ресурси державного управління:* - сукупність ресурсів, які визначають можливість формувати та реалізовувати державно-управлінські рішення щодо певної сукупності суспільних відносин	
Зворотній зв'язок	*Зворотній зв'язок*
моніторинг: - направлений на встановлення відповідності реалізації державно-управлінських рішень поставленим цілям та параметрам, а також внутрішнім та зовнішнім факторам розвитку суспільних відносин *оцінка ефективності:* - здійснюється оцінка ефективності прийнятого рішення відповідно до існуючих умов внутрішнього та зовнішнього середовища *корегування рішень:* - здійснюється на основі результатів моніторингу та оцінки ефективності та заважаючи на потребу в стратегічних цілей державного управління	- реакція суспільства та власне зміна параметрів функціонування сукупності суспільних відносин, в результаті чого відбуваються корекційні дії щодо входу та процесу

Зважаючи на існуючі підходи до державного управління, властивості системи охорони здоров'я та об'єкт даного дослідження – потенціал системи охорони здоров'я, для розвитку методології державного управління застосуємо перший варіант, що показує взаємодію між суб'єктом та об'єктом.

Адже, це дозволить сформувати комплексний підхід до формування та реалізації державно-управлінських рішень щодо потенціалу системи охорони здоров'я, зважаючи на її властивості, а саме: міжгалузевість, професійність, динамічність, соціальність, високий рівень заінтересованості, наукоємність, багаторівневість.

Застосовуючи зазначений підхід до системи охорони здоров'я необхідно визначити наступні положення:

1. Об'єкт державного управління. Загальним об'єктом державного управління виступає потенціал системи охорони здоров'я в цілому. Ключовими складовими, якого є кадровий, фінансовий та інфраструктурний. Водночас, неможливо державне управління потенціалом системи охорони здоров'я розглядати відокремлено від усіх інших її складових. Адже, потенціал системи охорони здоров'я як власне формує можливість надання медичної допомоги різних рівнів так і нарощується або знижується залежно від соціально-економічних, політико-правових та інших умов.

2. Суб'єктом державного управління виступають органи центральної виконавчої влади, регіонального управління та місцевого самоврядування, які реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я та у суміжних сферах (сферах забезпечення та реалізації медичної допомоги).

3. Методологічна дія. Методологічну дію можна розглядати наступним чином:

- по-перше, методи державного управління - вплив суб'єкта управління на об'єкт управління через сукупність методів державно-управлінського впливу, що поєднуються в механізми державного управління (органи центральної виконавчої влади розробляють та реалізують державну політику, яка сукупністю методів прямого та непрямого впливу, визначає параметри функціонування та вектори розвитку потенціалу системи охорони здоров'я);

- по-друге, цілі державного управління - визначаються станом та стратегічним баченням розвитку суспільних відносин, в контексті системи охорони здоров’я ціль розкривається через медичні, організаційні та управлінські завдання, які можуть виступати як постійні так і періодичні (визначені певними умовами);

- по-третє, функції державного управління - в класичному розумінні функціями державного управління є соціальна, безпекова, правоохоронна, регуляторна та інші (державна політика спямована на виконання тієї чи іншої функції держави, а у випадку із системою охорони здоров’я – соціальної функції);

- по-четверте, ресурси державного управління - сукупність ресурсів, які визначають можливість формувати та реалізовувати державно-управлінські рішення щодо певної сукупності суспільних відносин (в даному контексті йдеться про економічні, кадрові, політичні та правові ресурси, які дозволять реалізувати державно-управлінські рішення щодо потенціалу системи охорони здоров’я);

4. Зворотній зв'язок проявляється в таких складових:

- моніторинг- спямований на встановлення відповідності реалізації державно-управлінських рішень поставленим цілям та параметрам, а також внутрішнім та зовнішнім факторам розвитку суспільних відносин (в даному випадку використовуються такі методи державного управління як контроль та нагляд);

- корегування рішень - здійснюється на основі результатів моніторингу та оцінки ефективності та заважаючи на потребу в стратегічних цілей державного управління (за умови зміни зовнішнього та внутрішнього середовища, здійснюється коригування державної політики в сфері охорони здоров’я).

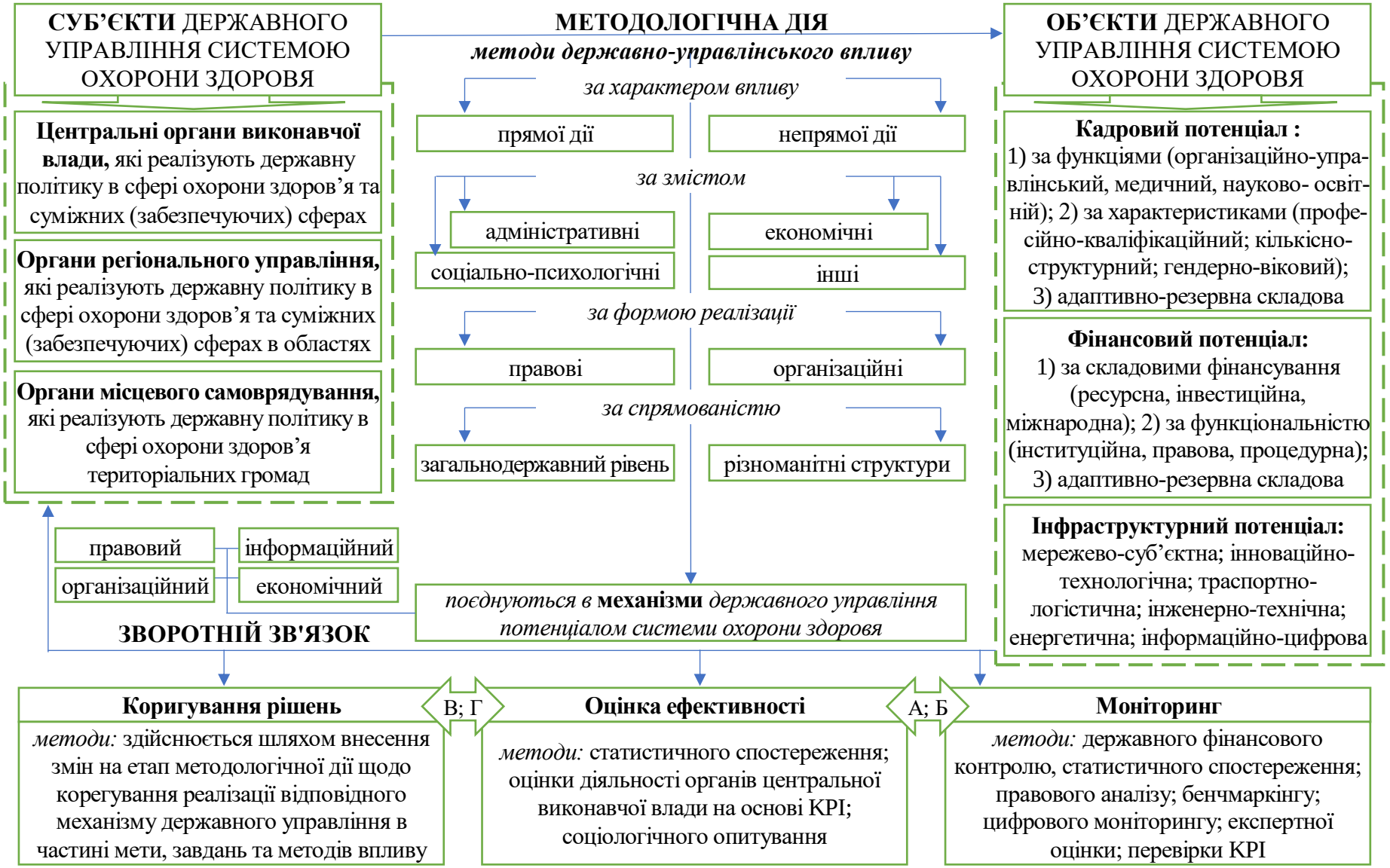
- оцінка ефективності - здійснюється оцінка ефективності прийнятого рішення відповідно до існуючих умов внутрішнього та зовнішнього середовища (здійснюється через застосування інформаційних методів);

Методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я на основі положень системного підходу, представлено на рисунку 2.4.

Розглянемо зазначені складові більш детальніше для визначення пріоритетних напрямів трансформації державного управління потенціалом системи охорони здоров'я.

Суб'єкти державного управління. Суб'єктами державного управління потенціалом системи охорони здоров'я є центральні органи виконавчої влади (реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я та суміжних (забезпечуючих) сферах); органи регіонального управління (реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я та суміжних (забезпечуючих) сферах в областях); органи місцевого самоврядування (реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я територіальних громад).

Центральні органи виконавчої влади на які покладається державне управління потенціалом системи охорони здоров'я пропонуємо групувати за видами потенціалу. Таке групування є умовним, адже відокремлено здійснювати управління чи регулювання неможливо. Водночас центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Відповідно до положення про Міністерство охорони здоров'я України [118] на даний суб'єкт державного управління покладаються наступні завдання в таких сферах державної політики як:



Умовні позначення: А – етапи моніторингу та оцінки ефективності є невід'ємними, а іноді одночасними; Б – результати моніторингу є інформаційним підґрунтям для оцінки ефективності; Г – коригування державно-управлінських рішень здійснюється на основі оцінки ефективності та результативності; коригування рішень передбачає також зміну параметрів для наступної оцінки та моніторингу

Рис. 2.4. Методологічні положення державного управління потенціалом системи охорони здоров'я

«- епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики in vitro, активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції;

- забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції;

- розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки» [118].

В зазначених завданнях чітко прослідковується положення державного управління потенціалом системи охорони здоров’я. Діяльність Міністерства охорони здоров’я України є багатопрофільною, а тому в його

підпорядкуванні знаходяться два суб'єкти: Національна служба здоров'я України та Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Національна служба здоров'я України є ключовим суб'єктом державного управління фінансовим потенціалом системи охорони здоров'я. Відповідно до Положення [138], про її функціонування ключовими завданнями є:

«- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

- виконання функцій замовника медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій та за бюджетними програмами, розпорядником яких є НСЗУ;

- внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [138].

Так, НСЗУ виконує сукупність управлінських та організаційних завдань щодо управління фінансовим потенціалом системи охорони здоров'я та інфраструктурних - щодо запровадження інформаційно-комп'ютерних технологій. Водночас від ефективності управління фінансовим потенціалом залежить ефективність та результативність використання та нарощування інфраструктурного та кадрового потенціалу.

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками виконує сукупність завдань контрольного характеру та в окремих випадках може виступати як суб'єкт реалізації зворотного зв'язку. Відповідно до Положення: «Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба) є центральним органом

виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів (далі - лікарські засоби), медичної техніки і виробів медичного призначення (далі - медичні вироби), та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, донорства крові та компонентів крові, функціонування системи крові» [132].

Зазначені суб'єкти реалізують державну політику суто в сфері охорони здоров'я, охоплюючи управління усіма видами потенціалу. Проте, їх діяльність не може бути відокремленою від діяльності інших органів центральної виконавчої влади, адже управління та нарощування фінансового потенціалу залежить від Міністерства фінансів України («є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації єдиної державної фінансової, бюджетної, податкової, митної політики, політики у сфері державного внутрішнього фінансового контролю, випуску та проведення лотерей, розроблення та виробництва голографічних захисних елементів» [136]); Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України (виконує завдання в сферах: «соціальної політики, загальнообов'язкового державного соціального та пенсійного страхування, волонтерської діяльності, пенсійного забезпечення та ведення обліку осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню; соціального захисту населення, зокрема осіб з інвалідністю, ветеранів праці, жертв нацистських переслідувань, дітей війни та жертв політичних репресій, громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; ветеранів військової служби в частині пенсійного забезпечення» [135]); кадрового потенціалу від Міністерства освіти і науки

України («є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах освіти і науки, наукової, науково-технічної діяльності, інноваційної діяльності в зазначених сферах, трансферу (передачі) технологій, а також забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері здійснення державного нагляду (контролю) за діяльністю закладів освіти, підприємств, установ та організацій, які надають послуги у сфері освіти або провадять іншу діяльність, пов'язану з наданням таких послуг, незалежно від їх підпорядкування і форми власності» [133]); інфраструктурного потенціалу від Міністерства економіки, довкілля та сільського господарства України (реалізує державну політику в наступних сферах: «формування та реалізацію державної політики у сфері державного експортного контролю; формування та реалізує державну політику у сфері безпечності та окремих показників якості харчових продуктів; формування та реалізує державну політику у сфері розміщення на ринку генетично модифікованих організмів та генетично модифікованої продукції; формування державної політики у сфері захисту прав споживачів, державної політики з контролю за цінами, державної регуляторної політики та державної політики з питань ліцензування, дозвільної системи, нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності; формування та реалізацію державної політики у сфері промислової безпеки, охорони праці, гігієни праці» [51]); Міністерство цифрової трансформації України («є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики: у сферах цифровізації, цифрового розвитку, цифрової економіки, цифрових інновацій та технологій, робототехніки та роботизації, розвитку штучного інтелекту, розвитку напівпровідникових технологій, електронного урядування та електронної демократії, розвитку інформаційного

суспільства, інформатизації; у сфері впровадження електронного документообігу; у сфері розвитку цифрових навичок та цифрових прав громадян; у сферах відкритих даних, публічних електронних реєстрів, розвитку національних електронних інформаційних ресурсів та інтероперабельності, електронних комунікацій та радіочастотного спектра, розвитку інфраструктури широкосмугового доступу до Інтернету, електронної комерції та бізнесу; у сфері надання електронних та адміністративних послуг; у сферах електронної ідентифікації та електронних довірчих послуг; у сфері розвитку ІТ-індустрії; у сфері розвитку та функціонування правового режиму Дія Сіті; у сфері хмарних послуг» [115]); Міністерство розвитку громад та територій України (виконує завдання у сферах: «благоустрою населених пунктів, житлово-комунального господарства, управління побутовими відходами; будівництва, нормування у будівництві, містобудування, просторового планування територій та архітектури; технічного регулювання у будівництві, ціноутворення у будівництві; з відновлення регіонів, територій та інфраструктури, що постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України; архітектурно-будівельного контролю та нагляду; контролю житлово-комунального господарства; ефективного використання паливно-енергетичних ресурсів, альтернативних видів рідкого та твердого палива, енергозбереження, забезпечення енергетичної ефективності» [134]). Діяльність даних суб’єктів тим чи іншим чином пов’язана із формуванням державно-управлінських рішень щодо потенціалу системи охорони здоров’я. Відповідно вони використовують сукупність методів державного управління, що характеризуються методологічною дією. В той же час важливе значення в забезпеченні державного управління потенціалом системи охорони здоров’я займають інші владні суб’єкти, зокрема:

- Національне агентство з питань державної служби України *(кадровий потенціал)* виконує сукупність завдань з державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, особливо в контексті організаційно-управлінського потенціалу на рівня держави, регіону та місцевого самоврядування. Адже, врегульовує, аналізує, розробляє та впроваджує сукупність інструментів щодо державної служби.

- Фонд державного майна України *(інфраструктурний потенціал)*, діяльність якого пов'язана із формуванням, використанням та управлінням державним майном. Так, мережа державних закладів охорони здоров'я знаходить в державній власності, а отже управління їх майном здійснюється Фондом державного майна. В той же час даний суб'єкт займає вагоме значення у впровадженні сучасних механізмів відновлення, удосконалення та модернізації інфраструктурних об'єктів медичного характеру.

- Державне агентство з енергоефективності та енергозбереження України *(інфраструктурний потенціал)* дане агентство, реалізує загальнодержавну політку щодо енергоефективності та енергонезалежності, проте окремі аспекти щодо медичної інфраструктури стосуються системи охорони здоров'я, що особливо важливо в умовах воєнного часу та подальших загроз для забезпечення енергонезалежності медичної інфраструктури.

- Державна митна служба України *(інфраструктурний потенціал)* виконує сукупність функцій щодо митного оформлення товарів та технологій медичного призначення.

- Державна казначейська служба України *(фінансовий потенціал)* виконує функції поточного управління фінансовим потенціалом системи охорони здоров'я в частині державних фінансових ресурсів.

Варто наголосити, що вплиа суб'єкта на об'єкт здійснюється як з позиції методологічної дії так і з позиції зворотного зв'язку. Вище зазначені суб'єкти державного управління в межах своїх повноважень можуть проводити контрольні заходи, моніторинг та оцінку ефективності реалізації державно-управлінських рішень в сфері управління потенціалом системи охорони здоров'я. В то же час зв'язок є специфічною теоретико-методологічної складовою вивчення функціонування системи державного управління в цілому та потенціалу системи охорони здоров'я зокрема. В той же час діяльність певних суб'єктів державного управління направлена на забезпечення виконання завдань контролю, моніторингу, оцінки ефективності державно-управлінських рішень:

- Антимонопольний комітет України. Функції, що пов'язані із державним управлінням потенціалом системи охорони здоров'я, характеризують як контрольні та наглядові, в частині дотримання антимонопольного законодавства державними, комунальними та приватними закладами охорони здоров'я.

- Національне агентство з питань запобігання корупції, діяльність якого спрямована на запобігання корупції в усіх сферах державного управління та відповідно системі охорони здоров'я. НАЗК в своєму арсеналі має ряд інструментів профілактичного характеру, а також інформаційного та аналітичного, на основі чого можуть прийматися відповідні державно-управлінські рішення.

- Державна служба статистики України виконує сукупність інформаційних та аналітичних функцій щодо збору, обробки, оцінки, аналізу та представлення інформації про стан потенціалу системи охорони здоров'я за усіма його видами.

- Державна регуляторна служба України забезпечує оцінку нормативно-правових актів, які регулюють функціонування системи охорони здоров'я та державне управління її потенціалом. Крім того, на дану службу покладається

ряд функцій, що пов'язані із ліцензуванням та акредитацією певних видів господарської діяльності, а тому числі тих, які пов'язані із реалізацією медичних, суміжних послуг та послуг що забезпечують їх реалізацію та відповідно впливають на потенціал системи охорони здоров'я.

- Державна податкова служба України частково здійснює управління фінансовим потенціалом як в частині наповнення державного бюджету, для фінансування системи охорони здоров'я так і в частині оподаткування закладів охорони здоров'я (державних, комунальних, приватних), що впливає на їх фінансовий потенціал. В той же час державна податкова служба здійснює сукупність контрольних функцій, які можуть впливати на корегування державно-управлінських рішень, які мають вплив на потенціал системи охорони здоров'я.

- Державна аудиторська служба України виконує контрольні функції щодо використання державних фінансових ресурсів в тому числі, які пов'язані із фінансовим потенціалом системи охорони здоров'я.

- Державна архівна служба України забезпечує сукупність функцій щодо збереження медичної, управлінської, організації інформації про стан охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Окремі повноваження щодо регіонального та місцевого управління потенціалом охороною здоров'я покладаються на обласні управління охорони здоров'я та структурні підрозділи міських рад (територіальних громад).

Об'єкт державного управління. «Між суб'єктом і об'єктом управління в системі виконавчої влади не існує абсолютних меж: система, яка управляє, будучи суб'єктом відносно того чи іншого об'єкта, сама, у свою чергу, може бути об'єктом управління з боку іншого суб'єкта. Так, наприклад, обласна державна адміністрація, що здійснює виконавчу владу в межах області, є суб'єктом управління щодо районних державних адміністрацій відповідної області, одночасно будучи об'єктом управління відносно уряду, який, у свою чергу, є

об’єктом управління з боку Президента України та Верховної Ради України. Слід наголосити на визначальному значенні об’єкта в системі управління і пов’язаного з цим трактування цільового призначення самого державного управління. В умовах демократичної, правової, соціально орієнтованої держави публічне й, зокрема, державне управління спрямоване на забезпечення прав і свобод людини, високої якості життя громадян, безпеки їх існування. Звідси походить така суттєва особливість функцій такого управління, як постійна спрямованість на життєво важливі потреби об’єкта, тобто діяльність кожного конкретного суб’єкта повинна аналізуватися з точки зору реального забезпечення, насамперед, цих, а не якихось інших внутрішніх потреб самого суб’єкта» [50].

Потенціал системи охорони здоров’я є особливим складним об’єктом державного управління, який неможливо інтегрувати в класичну схему державного управління. Адже, власне сам потенціал неможливо охарактеризувати як сукупність суспільних відносин, а радше як певна властивість таких відносин. Водночас ця властивість є вкрай важливою характеристикою ефективності та результативності суспільних відносин, зокрема системи охорони здоров’я, що проявляється в підвищенні рівня громадського здоров’я, ефективності медичних послуг, ефективності використання фінансових ресурсів, результативності інших медичних, організаційних та інформаційних заходів. Характеристика зазначених складових представлена в попередніх дослідженнях.

Методологічна дія. Питання методологічної дії характеризує методологію державного управління тобто державно-управлінського впливу суб’єкта на об’єкт. «У процесі становлення сучасної державності класична наука відіграла винятково важливу роль, у природі якої домінують два принципи: принцип об’єктивності, незалежності ученого від ціннісних установок і принцип прогресу, що розуміється як процес загального поліпшення буття під впливом розуму, що пізнає. При цьому

напрацьовані в різних сферах класичної науки знання переносилися у сферу управління і державного управління зокрема. Ідеться насамперед про методологічний зміст наукового менеджменту» [50]. В той же час зміни суспільних формацій та трансформація соціально-економічних відносин призводить до трансформації змісту, форми та напрямів розвитку методології державного управління.

«У рамках класичної школи система державного управління постає як регламентована від верху до низу ієрархічна організація лінійно-функціонального типу з чітким визначенням функції кожної посадової категорії. Слід підкреслити, що така модель досить ефективна в умовах стабільного соціального середовища й однотипних управлінських завдань і ситуацій. Вона до цього часу знаходить своє застосування на різних рівнях державного управління» [8]. Це впливає на методологію державного управління, проте сьогодні маємо інші підходи до формування методів державно-управлінського впливу, які дозволяють враховувати інтереси усіх учасників суспільних відносин та їх вплив на державну політику.

Методологія передбачає сукупність методів державного управління, які визначені на попередньому рисунку. Зважаючи на особливості потенціалу системи охорони здоров’я надамо характеристику методологічній дії з позиції складу та змісту методів (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Характеристика методів державно-управлінського впливу суб'єктів державного управління на потенціал системи охорони здоров'я

За характером впливу			
Методи	**Зміст**	**Види**	**Приклади для СОЗ**
За характером впливу			
Методи прямої дії	сукупність способів і інструментів, за допомогою яких держава здійснює безпосередній, імперативний (обов'язковий) вплив на поведінку суб'єктів управління шляхом встановлення норм, приписів, обмежень і контролю	- нормативно-правове регулювання	- державні медичні гарантів, що визначені законодавством
		- адміністративно-розпорядча діяльність	- протоколи лікування, що визначені наказами МОЗ
		- ліцензійно-дозвільна діяльність	- ліцензування закладів охорони здоров'я
		- контрольно-наглядова діяльність	- перевірка якості послуг / державний фінансовий аудит
		- забороно-обмежувальний вплив	- карантинні обмеження / анулювання ліцензій / штрафи
		- державне фінансування та основі прямих приписів	- державне фінансування закладів охорони здоров'я
Методи непрямої дії	сукупність способів, за допомогою яких держава здійснює регулюючий вплив на суспільні процеси не через прямі накази та приписи, а шляхом створення умов, стимулів, мотиваційних механізмів і економічних важелів	- економічне стимулювання	- дотації та гранти закладам охорони здоров'я; - доплати лікарям
		- податкові важелі	- податкові пільги для закладів охорони здоров'я та виробників ліків - спрощена митна процедура для постачання медичного обладнання
		- бюджетно-програмне регулювання	- «Доступні ліки»
		- забезпечення інвестиційного клімату	- залучення приватних партнерів до модернізації інфраструктури системи охорони здоров'я
		- інформаційно-комунікаційний вплив	- пропаганда вакцинації та профілактики захворювань
		- соціально-психологічний вплив	- впровадження методів морального стимулювання медичних кадрів
		- конкретні механізми	- договори з НСЗУ

Продовження табл. 2.2

За змістом			
Адміністративні методи	***Економічні методи***	***Соціально-психологічні***	***Інші методи***
сукупність способів владно-організаційного впливу держави на діяльність суб'єктів управління, що ґрунтуються на правових приписах, обов'язкових рішеннях та адміністративному примусі	сукупність способів впливу держави на діяльність суб'єктів управління через економічні важелі, фінансові стимули та механізми матеріальної зацікавленості	сукупність способів впливу держави на поведінку, мотивацію, установки та ціннісні орієнтації суб'єктів управління шляхом переконання, комунікації, морального стимулювання та формування суспільної довіри	- стратегічні методи - програмно-цільові методи - цифрові методи - методи кризового реагування
Властивості: - обов'язковість виконання - прямий управлінський вплив - нормативна визначеність - можливість застосування санкцій	*Властивості:* - ґрунтуються непрямому примусі - спрямовані на стимулювання бажаної поведінки - формують умови для саморегуляції системи	*Властивості:* - не мають примусового характеру - спрямовані на мотивацію, - формують соціальну підтримку рішень	*Властивості:* - забезпечує комплексний вплив на систему охорони здоров'я; - сприяють підвищенню адаптивності, стратегічної стійкості та ефективності використання
За формою реалізації			
Правові методи		*Організаційні методи*	
сукупність способів владного впливу держави, які здійснюються через систему юридичних норм, нормативно-правових актів і механізмів правозастосування		способи впливу держави, спрямовані на впорядкування структури управління, координацію діяльності органів влади та забезпечення ефективного функціонування системи	
Властивості: - встановлення правил поведінки / функціонування - регламентація управлінських процедур - встановлення відповідальності за порушення норм права		*Властивості*: - забезпечують системність управління - узгоджують сукупність дій - формують управлінську дисципліну	
Забезпечують: - гарантованість державної медичної допомоги - регулювання ринку ліків - контроль діяльності медичних закладів - захист прав пацієнтів		*Забезпечують:* - функціонування мережі медичних закладів - ефективний розподіл ресурсів - управління медичними реформами - координацію в умовах криз (пандемія, війна)	
За спрямованістю			
Загальнодержавний рівень		*Різноманітні структури*	
сукупність методів державно-управлінського, що застосовуються на рівні держави в контексті формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я		сукупність методів державно-управлінського впливу, що застосовуються на рівні окремого суб'єкта державного управління системою охорони здоров'я	

Ключовою характеристикою методів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я є їх поділ за характером впливу на методи прямої дії та методи непрямої дії. Під методами прямої дії розуміється сукупність способів і інструментів, за допомогою яких держава здійснює безпосередній, імперативний (обов'язковий) вплив на поведінку суб'єктів управління шляхом встановлення норм, приписів, обмежень і контролю. Зазначені методи мають наступні властивості: владно-розпорядчий характер; обов'язковість виконання; юридична визначеність; можливість застосування санкцій. За характером впливу методи прямої дії можна ідентифікувати за наступними складовими: нормативно-правове регулювання (державні медичні гарантії, що визначені законодавством); адміністративно-розпорядча діяльність (протоколи лікування, що визначені наказами Міністерства охорони здоров'я України); ліцензійно-дозвільна діяльність (ліцензування закладів охорони здоров'я); контрольно-наглядова діяльність (перевірка якості послуг / державний фінансовий аудит); забороно-обмежувальний вплив (карантинні обмеження / анулювання ліцензій / штрафи); державне фінансування на основі прямих приписів (державне фінансування закладів охорони здоров'я).

Методи непрямої дії – це сукупність способів, за допомогою яких держава здійснює регулюючий вплив на суспільні процеси не через прямі накази та приписи, а шляхом створення умов, стимулів, мотиваційних механізмів і економічних важелів. Зазначені методи мають володіють такими властивостями як: формування сприятливого середовища для досягнення цілей політики; заохочення бажаної поведінки суб'єктів; зниження потреби у примусовому впливі. Напрямами застосування методів непрямої дії є: економічне стимулювання (дотації та гранти закладам охорони здоров'я; доплати лікарям); податкові важелі (податкові пільги для закладів охорони здоров'я та виробників ліків; спрощена митна процедура для постачання

медичного обладнання); бюджетно-програмне регулювання («Доступні ліки»); забезпечення інвестиційного клімату (залучення приватних партнерів до модернізації інфраструктури системи охорони здоров'я); інформаційно-комунікаційний вплив (пропаганда вакцинації та профілактики захворювань); соціально-психологічний вплив (впровадження методів морального стимулювання медичних кадрів); конкурентні механізми (договори з НСЗУ).

За змістом пропонується поділяти методи державного управління на:

- адміністративні методи - сукупність способів владно-організаційного впливу держави на діяльність суб'єктів управління, що ґрунтуються на правових приписах, обов'язкових рішеннях та адміністративному примусі. Характерними рисами зазначених методів є: обов'язковість виконання; прямий управлінський вплив; нормативна визначеність; можливість застосування санкцій.

- економічні методи - сукупність способів впливу держави на діяльність суб'єктів управління через економічні важелі, фінансові стимули та механізми матеріальної зацікавленості. Їх вплив ґрунтується на непрямому примусі, що спрямований на стимулювання бажаної поведінки та формування умов для саморегуляції системи охорони здоров'я.

- соціально-психологічні - сукупність способів впливу держави на поведінку, мотивацію, установки та ціннісні орієнтації суб'єктів управління шляхом переконання, комунікації, морального стимулювання та формування суспільної довіри. Зазначені методи не мають примусового характеру та спрямовані на мотивацію для формування соціальної підтримки рішень.

- інші методи включають стратегічні, програмно-цільові, цифрові методи та методи кризового реагування. Їх мета забезпечити комплексний вплив на систему охорони здоров'я та сприяти підвищенню адаптивності, стратегічної стійкості та ефективності її використання.

За формою реалізації методи державного управління потенціалом системи охорони здоров'я поділяються на:

- правові методи - сукупність способів владного впливу держави, які здійснюються через систему юридичних норм, нормативно-правових актів і механізмів правозастосування. Властивостями даних методів є: встановлення правил поведінки / функціонування; регламентація управлінських процедур; встановлення відповідальності за порушення норм права. Використання зазначених методів дозволить забезпечити: гарантованість державної медичної допомоги; регулювання ринку ліків; контроль діяльності медичних закладів; захист прав пацієнтів;

- організаційні методи - способи впливу держави, спрямовані на впорядкування структури управління, координацію діяльності органів влади та забезпечення ефективного функціонування системи. Дані методи забезпечують системність управління, узгоджують сукупність дій та формують управлінську дисципліну. Щодо державного управління системою охорони здоров'я важливість цих методів полягає в функціонуванні мережі медичних закладів; ефективності розподілу ресурсів; управлінні медичними реформами; координацією в умовах криз (пандемія, війна).

За спрямованістю методи державного управління пропонуємо поділяти на:

- загальнодержавний рівень - сукупність методів державно-управлінського впливу, що застосовуються на рівні держави в контексті формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я;

- різноманітні структури - сукупність методів державно-управлінського впливу, що застосовуються на рівні окремого суб'єкта державного управління системою охорони здоров'я.

Зворотній зв'язок – є ключовим елементом системи державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, адже забезпечує отримання, аналіз та врахування інформації про результати управлінських рішень, стан керованого об'єкта та реакцію суспільства з метою коригування державної політики. Методами забезпечення зворотного зв'язку є:

- моніторинг, що забезпечується методами: державного фінансового контролю, статистичного спостереження; правового аналізу; бенчмаркінгу; цифрового моніторингу; експертної оцінки; перевірки KPI;

- оцінка ефективності, що реалізується за допомогою методів: статистичного спостереження; оцінки діяльності органів центральної виконавчої влади на основі KPI; соціологічного опитування;

- коригування рішень здійснюється шляхом внесення змін на етап методологічної дії щодо корегування реалізації відповідного механізму державного управління в частині мети, завдань та методів впливу.

Таким чином, застосування системного підходу до вивчення методологічних положень державного управління потенціалом системи охорони здоров'я дозволило розробити інформаційну модель, що характеризує взаємодію між елементами системи державного управління та їх змістовні і формальні характеристики. Визначено повноваження та ідентифіковано властивості суб'єктів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я за його складовими: фінансовий, кадровий та інфраструктурний. Розроблено систему методів державного управління за досліджуваним об'єктом шляхом визначення їх змісту, властивостей та порядку застосування (за характером впливу; за змістом; за формою реалізації; за спрямованістю). Обґрунтовано методологічні положення реалізації зворотного зв'язку, які передбачають ідентифікацію методів за такими складовими як: моніторинг, оцінка ефективності та коригування рішень.

2.3. Адаптивно-резервний потенціал в системі державного управління охороною здоров'я в умовах криз

Найбільш важливою складовою, яка визначає рівень потенціалу як об'єкта державного управління стратегічного значення є адаптивно-резервна складова, що характеризує здатність мобілізувати резервні матеріально-технічні, просторові та технологічні, фінансові та кадрові ресурси для забезпечення безперервності медичної допомоги, адаптивності до кризових явищ, безпечності функціонування та посткризового відновлення. Адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я має формуватися в залежності від сукупності внутрішніх та зовнішніх факторів. Особливо важливою адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я є в умовах кризових ситуацій, таких як надзвичайні ситуації природного та техногенного характеру, воєнні дії, терористичні акти та інше.

Механізми державного управління адаптивно-резервною складовою потенціалу є нерозробленими, адже даний об'єкт дослідження є якісно новим та має враховувати різні часові проміжки, зокрема: попередні періоди, які вплинули на формування потенціалу системи охорони здоров'я; теперішній період, який визначає його сучасний стан та його можливості в майбутньому; майбутні періоди, що вимагають застосування методів стратегічного державного управління для врахування усіх факторів впливу на потенціал системи охорони здоров'я.

Державне управління адаптивно-резервною складовою потенціалу системи охорони здоров'я є складним процесом, що вимагає комплексного підходу з врахуванням інформаційного, правового, організаційного та економічного механізмів. Визначимо напрями трансформації державного управління адаптивно-резервною складовою за інфраструктурним,

кадровим та фінансовим потенціалами системи охорони здоров'я. Адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я характеризується як ключовий елемент її стійкості, здатності до реагування на кризи та внутрішні і зовнішні загрози, а також безперервності функціонування. Це є вкрай важливим з позиції розробки стратегічних положень розвитку системи охорони здоров'я.

Адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я інтегрує фінансові, кадрові та інфраструктурні резерви та адаптивні можливості державного управління їх оперативного застосування для забезпечення безперервності надання медичної допомоги населенню в умовах внутрішніх та зовнішніх загроз. Водночас ефективна адаптивно-резервна складова потенціалу дозволить реалізовувати нові стратегічні завдання державної політики у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до зазначеного пропонуємо під адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я розуміти здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність і результативність надання медичної допомоги населенню в умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів. Зважаючи на змістовні властивості адаптивно-резервного потенціалу пропонуємо комплексний підхід до визначення вихідних положень державного управління ним (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Вихідні положення державного управління адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я

<table>
<tr><th colspan="4">ЗМІСТОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТИВНО-РЕЗЕРВНОЇ СКЛАДОВОЇ ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</th></tr>
<tr><td>Поняття адаптивно-резервний потенціал системи охорони здоров'я</td><td colspan="3">здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність і результативність надання медичної допомоги населенню умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів</td></tr>
<tr><th colspan="4">Властивості адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я</th></tr>
<tr><td>Адаптивність</td><td>Безпечність</td><td>Безперервність</td><td>Стійкість</td></tr>
<tr><td>властивість системи охорони здоров'я оперативно реагувати на зміни у внутрішньому чи зовнішньому середовищі, які призвели або можуть призвести до кризових ситуацій надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або на трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави, для забезпечення безперервного, ефективного, доступного, результативного надання медичної допомоги населенню</td><td>властивість системи охорони здоров'я забезпечувати постійне, стабільне та своєчасне надання медичної допомоги населенню незалежно від зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або через трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави</td><td>властивість системи охорони здоров'я забезпечувати постійне, стабільне та своєчасне надання медичної допомоги населенню незалежно від зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або через трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави</td><td>властивість системи охорони здоров'я, що характеризує її здатність до ефективного функціонування, надання медичних послуг та виконання суспільно значущих завдань у умовах зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, забезпечуючи при цьому відновлення та подальший розвиток системи</td></tr>
<tr><th colspan="4">Складові адаптивно-резервної складової потенціалу системи охорони здоров'я</th></tr>
<tr><td colspan="2">Фінансова</td><td>Кадрова</td><td>Інфраструктурна</td></tr>
<tr><td colspan="2">- можливість швидкого перерозподілу коштів в умовах кризи
- можливість формування та наявність резервних фондів
- наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг</td><td>- наявність та ефективність управління кадровими резервами
- наявність і ефективність механізмів мобілізації кадрів при кризі
- можливість підготовки та перепідготовки кадрів</td><td>- можливість і резерви автономного функціонування закладів охорони здоров'я при кризі
- резервні потужності мережі закладів охорони здоров'я
- наявність механізмів пепепрофілювання</td></tr>
</table>

Продовження табл. 2.3

<table>
<tr><td colspan="5">МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ</td></tr>
<tr><td colspan="5">Завдання державного управління адаптивно-резервною складовою системи охорони здоров’я</td></tr>
<tr><td>- забезпечення готовності системи охорони здоров’я до надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру</td><td>- формування механізмів мобілізації резервних ресурсів для екстреної медичної при кризових ситуаціях</td><td>- забезпечення безперервного надання медичної допомоги населенню при штатних та кризових умовах</td><td colspan="2">- забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров’я в умовах економічних криз та інших загроз економічній безпеці</td></tr>
<tr><td>- посилення кадрової мобілізаційної спроможності та готовності до кризових умов</td><td>- забезпечення інфраструктурної готовності та резервних потужностей</td><td>- впровадження інноваційних та цифрових механізмів адаптації системи охорони здоров’я до криз</td><td colspan="2">- формування правових та організаційних інструментів управління ризиками</td></tr>
<tr><td>- запровадження інструментів прогнозування загроз для системи охорони здоров’я</td><td>- впровадження інноваційних підходів до енергетичної та ресурсної автономії ЗОЗ</td><td>- забезпечення соціальної стабільності та довіри населення до системи охорони здоров’я</td><td colspan="2">- формування механізмів після кризового відновлення та модернізації системи охорони здоров’я</td></tr>
<tr><td colspan="5">Принципи державного управління адаптивно-резервною складовою системи охорони здоров’я</td></tr>
<tr><td>Законності</td><td>Системності</td><td>Комплексності</td><td>Плановості</td><td>Компетентності</td></tr>
<tr><td>Гнучкості</td><td>Оперативності</td><td>Прозорості</td><td>Підзвітності</td><td>Контрольованості</td></tr>
<tr><td>Превентивності</td><td>Інноваційності</td><td>Інституційної взаємодії</td><td>Справедливості</td><td>Обґрунтованості</td></tr>
<tr><td colspan="3">Об’єкт</td><td colspan="2">Предмет</td></tr>
<tr><td colspan="3">система охорони здоров’я як суспільно значуща сфера державного управління, що функціонує в умовах динамічних викликів та потребує забезпечення стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових умовах</td><td colspan="2">організаційно-методологічні положення державно-управлінських рішень щодо формування, підтримки та використання адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров’я для забезпечення її стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових ситуацій</td></tr>
<tr><td colspan="2">складові об’єкта</td><td colspan="3">складові предмету</td></tr>
<tr><td>- заклади охорони здоров’я</td><td>- заклади вищої освіти</td><td colspan="3">- інструменти формування резервів системи охорони здоров’я</td></tr>
<tr><td rowspan="2">- суб’єкти державного управління</td><td rowspan="2">- органи місцевого самоврядування</td><td colspan="3">- інструменти мобілізації ресурсів при кризових умовах</td></tr>
<tr><td colspan="3">- інструменти екстреного фінансування медичних послуг</td></tr>
<tr><td>- фінансові ресурси</td><td>- кадрові ресурси</td><td colspan="3">- інформаційний супровід реагування на кризові ситуації</td></tr>
<tr><td>- інфраструктура</td><td>- ринок медичних послуг</td><td colspan="3">- інструменти реагування на кризові ситуації</td></tr>
<tr><td rowspan="2">- управлінські процеси на різних рівнях</td><td rowspan="2">- процеси надання медичної допомоги</td><td colspan="3">- інструменти забезпечення автономності ЗОЗ в умовах кризи</td></tr>
<tr><td colspan="3">- інструменти підвищення стійкості (резильєнтності)</td></tr>
</table>

Ефективна адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я дозволить забезпечити відповідність системи охорони здоров'я таким властивостям як:

- адаптивність системи охорони здоров'я – властивість системи охорони здоров'я оперативно реагувати на зміни у внутрішньому чи зовнішньому середовищі, які призвели або можуть призвести до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або на трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави, для забезпечення безперервного, ефективного, доступного, результативного надання медичної допомоги населенню;

- безпечність системи охорони здоров'я – це властивість системи охорони здоров'я забезпечувати високий рівень громадського здоров'я населення шляхом мінімізації медичних ризиків, запобігання шкоді пацієнтам, медичному персоналу та суспільству, а також гарантування безпечних умов надання медичних послуг відповідно до встановлених стандартів якості та біобезпеки, а також забезпечувати інформаційну, фізичну та ментальну безпеку усіх учасників реалізації медичних послуг;

- безперервність системи охорони здоров'я – це властивість системи охорони здоров'я забезпечувати постійне, стабільне та своєчасне надання медичної допомоги населенню незалежно від зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або через трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави;

- стійкість системи охорони здоров'я – це властивість системи охорони здоров'я, що характеризує її здатність до ефективного функціонування, надання медичних послуг та виконання суспільно значущих завдань в умовах зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, забезпечуючи при цьому відновлення та подальший розвиток системи.

Методологічні основи державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. Адаптивно-резервна складова інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я визначає її здатність мобілізувати резервні матеріально-технічні, просторові та технологічні ресурси для забезпечення безперервності медичної допомоги та відновлення після криз. Ефективність формування та використання адаптивно-резервної складової інфраструктурного потенціалу залежить від організаційно-управлінських механізмів, які мають передбачити формування та затвердження планів безперебійної діяльності; стандартизованих протоколів кризового реагування; планів підготовки персоналу до реагування в кризових умовах. Все це визначає методологічні положення державного управління.

Методологічною основою державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я є функціональна спрямованість, яка характеризується *завданнями*, які пропонуємо сформувати наступним чином:

- забезпечення готовності системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру. Дане завдання характеризує здатність медичної системи оперативно реагувати на катастрофи, аварії, епідемії чи інші кризові події, які супроводжуються різким зростанням потреб у медичній допомозі та порушенням штатного режиму роботи закладів. Реалізація цього завдання ґрунтується на формуванні ресурсних резервів, мобілізації кадрів, підготовці інфраструктури до перевантажень, функціонуванні антикризових механізмів управління та координації, що забезпечує безперервність надання медичних послуг і захист населення в умовах надзвичайних загроз.

- формування механізмів мобілізації резервних ресурсів для екстреної медичної при кризових ситуаціях. Це передбачає здатність держави та медичних інституцій оперативно залучати фінансові, кадрові, матеріально-технічні й інфраструктурні резерви з метою забезпечення безперервного надання медичних послуг у разі надзвичайних подій, різкого зростання навантаження або порушення стандартного функціонування системи. Реалізація цього завдання забезпечує своєчасне реагування на загрози, підвищення стійкості охорони здоров'я та захист населення в умовах кризових викликів.

- забезпечення безперервного надання медичної допомоги населенню при штатних та кризових умовах. Зміст завдання полягає у здатності медичної системи підтримувати стабільне функціонування, доступність і своєчасність послуг незалежно від зовнішніх загроз, надзвичайних ситуацій чи ресурсних обмежень. Реалізація цього завдання передбачає наявність фінансових і кадрових резервів, готовність інфраструктури до перевантажень, ефективні механізми кризового управління та координації, що забезпечує збереження медичної безпеки населення й стійкість державної політики у сфері охорони здоров'я.

- забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я в умовах економічних криз та інших загроз економічній безпеці. Реалізація завдання дозволить забезпечити здатність держави підтримувати стабільне фінансування медичних послуг, зберігати платоспроможність закладів охорони здоров'я та гарантувати доступність допомоги населенню навіть за умов бюджетних обмежень, інфляційних процесів чи фінансової нестабільності. Реалізація цього завдання передбачає формування механізмів екстреного фінансування, бюджетної гнучкості, резервних фондів та залучення додаткових ресурсів, що забезпечує безперервність функціонування системи й підвищує її стійкість до кризових впливів.

- посилення кадрової мобілізаційної спроможності та готовності до кризових умов. Завдання характеризує здатність держави та медичних інституцій оперативно залучати додатковий персонал, компенсувати дефіцит кадрів і забезпечувати безперервність надання медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, пандемій, воєнних дій чи інших кризових викликів. Реалізація цього завдання передбачає формування кадрового резерву, механізмів мобілізації та перерозподілу працівників, програм перепідготовки й мотиваційної підтримки, що сприяє підвищенню стійкості системи охорони здоров'я та її здатності ефективно функціонувати в екстремальних умовах.

- забезпечення інфраструктурної готовності та резервних потужностей. Зміст полягає у здатності медичної інфраструктури функціонувати безперервно та ефективно в умовах кризових ситуацій, надзвичайних подій чи різкого зростання потреб у медичній допомозі. Реалізація цього завдання передбачає створення резервних ліжкових фондів, мобільних госпіталів, запасів медикаментів і обладнання, модернізацію закладів охорони здоров'я та забезпечення їх автономного функціонування, що сприяє підвищенню стійкості системи й гарантуванню доступності медичних послуг населенню навіть у екстремальних умовах.

- впровадження інноваційних та цифрових механізмів адаптації системи охорони здоров'я до криз. Характеризує здатність медичної інфраструктури функціонувати безперервно та ефективно в умовах кризових ситуацій, надзвичайних подій чи різкого зростання потреб у медичній допомозі. Реалізація цього завдання передбачає створення резервних ліжкових фондів, мобільних госпіталів, запасів медикаментів і обладнання, модернізацію закладів охорони здоров'я та забезпечення їх автономного функціонування, що сприяє підвищенню стійкості системи й гарантуванню доступності медичних послуг населенню навіть у екстремальних умовах.

- формування правових та організаційних інструментів управління ризиками. Забезпечення нормативно врегульованих і інституційно скоординованих механізмів попередження, мінімізації та подолання кризових загроз у сфері медичного забезпечення. Реалізація цього завдання передбачає розробку законодавчих актів, протоколів реагування, стратегічних планів, систем моніторингу та міжвідомчої координації, що дозволяє державі своєчасно і ефективно управляти ризиками, підтримувати стійкість системи та гарантувати безперервність надання медичних послуг населенню в умовах нестабільності.

- запровадження інструментів прогнозування загроз для системи охорони здоров'я. Характеризує здатність держави та медичних інституцій своєчасно виявляти потенційні ризики, оцінювати їх вплив і формувати превентивні управлінські рішення для запобігання кризовим ситуаціям. Реалізація цього завдання передбачає розвиток систем епідеміологічного нагляду, аналітичного моніторингу, сценарного планування, цифрових платформ раннього попередження та стратегічного прогнозування, що сприяє підвищенню готовності системи охорони здоров'я до надзвичайних викликів і забезпеченню її стійкого функціонування.

- впровадження інноваційних підходів до енергетичної та ресурсної автономії ЗОЗ. Полягає у забезпеченні здатності медичних установ безперервно функціонувати в умовах кризових ситуацій, перебоїв енергопостачання, техногенних загроз чи воєнних дій. Реалізація цього завдання передбачає використання альтернативних джерел енергії, резервних систем живлення, автономних водо- та теплопостачальних рішень, створення запасів критичних ресурсів і модернізацію інфраструктури, що підвищує стійкість закладів охорони здоров'я та гарантує надання медичної допомоги населенню навіть за умов порушення базових життєзабезпечувальних систем.

- забезпечення соціальної стабільності та довіри населення до системи охорони здоров'я. Полягає у формуванні суспільної підтримки державної медичної політики, підвищенні легітимності управлінських рішень і готовності громадян до виконання кризових заходів у сфері охорони здоров'я. Реалізація цього завдання передбачає ефективну комунікацію ризиків, прозорість управління ресурсами, участь громадськості, психологічну підтримку населення та забезпечення справедливого доступу до медичних послуг, що сприяє зміцненню соціальної згуртованості, резильєнтності системи та її стійкому функціонуванню в умовах надзвичайних викликів.

- формування механізмів після кризового відновлення та модернізації системи охорони здоров'я. Полягає у забезпеченні здатності системи відновлювати функціонування після надзвичайних ситуацій, усувати наслідки кризових впливів та переходити до нового етапу розвитку на основі накопиченого досвіду. Реалізація цього завдання передбачає реконструкцію та модернізацію медичної інфраструктури, удосконалення управлінських моделей, оновлення ресурсного забезпечення, впровадження інноваційних технологій і підвищення стійкості системи до майбутніх загроз, що сприяє довгостроковому зміцненню медичної безпеки та ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я.

Цілісність, ефективність та результативність державно-управлінських рішень щодо адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я залежить від сукупності принципів, склад та зміст яких пропонуємо визначати наступним чином:

- системності – державно-управлінські рішення щодо адаптивно-резервного потенціалу повинні формуватися як частина цілісної системи охорони здоров'я, охоплюючи ресурсні, процесні та організаційні аспекти, для досягнення мети системи охорони здоров'я.

- гнучкості – організаційно-методологічні положення державного управління мають бути сформовані таким чином, щоб оперативно змінювати державно-управлінські рішення (кадрового, фінансового, інфраструктурного, медичного характеру), що визначатиме рівень адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я.

- превентивності – державно-управлінські рішення щодо формування адаптивно-резервної складової мають бути спрямовані не лише на реагування, але й на попередження кризових явищ.

-інституційної взаємодії – результативність державного управління адаптивно-резервним потенціалом формується через координацію між суб'єктами державного управління, місцевого самоврядування, міжнародними партнерами, закладами охорони здоров'я, закладами вищої освіти, зацікавленими особами.

- інноваційності – державно-управлінські рішення мають базуватись на впровадженні інноваційних технологій в управління системою охорони здоров'я, процеси реалізації медичних послуг, підготовку медичний кадрів та інші процеси системи охорони здоров'я, що дозволять підвищити рівень адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я.

- обґрунтованості – державно-управлінські рішення мають базуватись на достовірній інформації про розвиток системи охорони здоров'я та прогностичних даних соціально-економічного розвитку та факторів впливу на громадське здоров'я в умовах штаних ситуацій та кризовий явищ.

- контрольованості – процеси, що відбуваються в системі охорони здоров'я та її стратегічному розвитку мають бути контрольовані з боку суб'єктів державного управління для оперативного коригування державно-управлінських рішень щодо підвищення рівня адаптивно-резервного потенціалу та реагування на кризові явища.

- прозорості - забезпечення відкритості, доступності та зрозумілості державно-управлінських рішень, процедур формування і використання резервних ресурсів, а також підзвітності органів влади перед суспільством у процесі реалізації антикризових заходів.

- комплексності - узгоджене поєднання правових, економічних, адміністративних і соціально-комунікаційних інструментів державного впливу з метою забезпечення стійкості, готовності та безперервності медичних послуг у кризових умовах.

- оперативності - здатність органів державної влади та закладів охорони здоров'я своєчасно приймати управлінські рішення, швидко мобілізувати резервні ресурси (перерозподіл фінансових потоків, оперативне залучення медичного персоналу, екстрене розгортання інфраструктурних потужностей) й забезпечувати негайне реагування (функціонування дієвих механізмів антикризової координації) на кризові загрози та надзвичайні ситуації.

- законності - здійснення всіх управлінських дій щодо антикризових заходів та механізмів мобілізації резервних ресурсів виключно в межах чинного законодавства та нормативно-правового регулювання, що передбачає визначеність процедур екстреного фінансування, кадрової мобілізації, використання матеріальних запасів, запровадження надзвичайних режимів функціонування медичних закладів, а також забезпечення дотримання прав пацієнтів і медичних працівників у кризових умовах.

- плановості - визначення стратегічних цілей, пріоритетів, ресурсних потреб і сценаріїв реагування на можливі кризові загрози через забезпечення узгодженості дій органів влади та закладів охорони здоров'я в умовах нестабільності.

- підзвітності – встановлення відповідальності суб’єктів державного управління системою охорони здоров’я за прийняті рішення, використання резервних ресурсів і результати антикризових заходів перед суспільством, державними контролюючими органами та зацікавленими сторонами, що передбачає регулярне звітування за цільовим і ефективним використанням фінансових, кадрових та інфраструктурних резервів.

- компетентності - залучення підготовлених фахівців до планування й реалізації кризового реагування, використання сучасних методів управління ризиками, ефективної координації ресурсів та впровадження доказових управлінських практик у сфері охорони здоров’я.

- справедливості - забезпечення рівного, недискримінаційного та соціально обґрунтованого доступу населення до медичних послуг і резервних ресурсів незалежно від місця проживання, рівня доходів, соціального статусу чи інших характеристик, особливо в умовах кризових ситуацій.

Об’єктно-предметне поле має базуватися на завданнях, які ставляться перед державним управлінням та принципах на яких мають базуватися державно-управлінські рішення. Під об’єктом державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров’я пропонуємо розуміти систему охорони здоров’я як суспільно значущу сферу державного управління, що функціонує в умовах динамічних викликів та потребує забезпечення стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових умовах. Складовими об’єкта виступають:

- в частині суб’єктної складової: діяльність закладів охорони здоров’я; діяльність закладів охорони здоров’я; діяльність суб’єктів державного управління; діяльність органів місцевого самоврядування;

- в частині ресурсної складової: фінансові, кадрові, інфраструктурні ресурси;

- в частині процесної складової: ринок медичних послуг; управлінські процеси на різних рівнях; процеси надання медичної допомоги.

Предметом державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я є організаційно-методологічні положення державно-управлінських рішень щодо формування, підтримки та використання адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я для забезпечення її стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових ситуаціях. Складовими предмету виступають:

- інструменти формування резервів системи охорони здоров'я;
- інструменти мобілізації ресурсів при кризових умовах;
- інструменти екстреного фінансування медичних послуг;
- інформаційний супровід реагування на кризові ситуації;
- інструменти реагування на кризові ситуації;
- інструменти забезпечення автономності ЗОЗ в умовах кризи;
- інструменти підвищення стійкості (резильєнтності).

Таким чином, розроблено вихідні положення державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. Визначено зміст поняття адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я наступним чином: здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування, ефективність та результативність надання медичної допомоги населенню в умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів. Встановлено, що ключовими властивостями ефективної адаптивно-резервної складової потенціалу системи охорони

здоров’я є адаптивність, безперервність, безпечність, стійкість. Обґрунтовано характеристики фінансової (можливість швидкого перерозподілу коштів в умовах кризи; можливість формування та наявність резервних фондів; наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг); кадрової (наявність та ефективність управління кадровими резервами; наявність і ефективність механізмів мобілізації кадрів при кризі; можливість підготовки та перепідготовки кадрів) та інфраструктурної (можливість і резерви автономного функціонування закладів охорони здоров’я при кризі; резервні потужності мережі закладів охорони здоров’я; наявність механізмів пепепрофілювання) складових адаптивна-резервного потенціалу системи охорони здоров’я. Обґрунтовано методологічні основи державного управління, що включають сукупність завдань, принципів (законності, системності, комплексності, плановості, компетентності, гнучкості, оперативності, прозорості, підзвітності, контрольованості, превентивності, інноваційності, інституційної взаємодії, справедливості, обґрунтованості). Визначено змістовні та структурні особливості об’єкта (пропонуємо розуміти систему охорони здоров’я як суспільно значущу сфера державного управління, що функціонує в умовах динамічних викликів та потребує забезпечення стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових умовах) та предмету (організаційно-методологічні положення державно-управлінських рішень щодо формування, підтримки та використання адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров’я для забезпечення її стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових ситуацій) державного управління.

Висновки до 2-го розділу

Потенціал системи охорони здоров'я є особливим стратегічно важливим об'єктом державного управління, що має забезпечити готовність до кризових явищ з одного боку та розвиток системи в майбутньому з іншого. Вивчення об'єктних характеристик методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я є важливим з наступних позицій: потенціал є складовою стратегічного планування та прогнозування розвитку системи охорони здоров'я; управління потенціалом дозволяє знаходити резерви оптимізації та раціоналізації використання обмежених ресурсів; потенціал є основою підвищення інвестиційної привабливості системи охорони здоров'я; управління потенціалом є основою інноваційного розвитку.

За результатами дослідження розроблено інформаційні моделі структури фінансового, кадрового та інфраструктурного потенціалів системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління, які дозволяють визначити його багатовекторність, багаторівневість та міжсистемність, а також місце та значення в формуванні адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я. Розробленні моделі передбачують визначення функціональних складових та властивостей кадрового потенціалу; складові фінансування та функції фінансового потенціалу; види інфраструктурного потенціалу. Обґрунтовано, що державне управління потенціалом охорони здоров'я за його видами має відбувати за відповідними рівнями, із врахуванням сукупності факторів та врахуванням та через реалізацію різних видів державної політики, що дозволить в комплексі підійти до прийняття державно-управлінських рішень. При формуванні об'єктних характеристик методології державного управління визначено джерела формування кадрового (підготовка медичних кадрів в системі вищої освіти; перепідготовка, підвищення кваліфікації медичних кадрів; залучення іноземних медичних

працівників), фінансового (позики; місцеві бюджети; державний бюджет; гранти та інвестиції; міжнародна допомога) та інфраструктурного (комунальна власність; проектно-грантова діяльність; публічно-приватне партнерство; державна власність; приватні власність) потенціалів системи охорони здоров'я

Методологія державного управління є досить мінливою та має забезпечити адаптацію керованої та керуючої системи до умов функціонування тієї чи іншої соціальної системи. Трансформація об'єкта державного управління визначає вектори розвитку його методології та зміни ключових механізмів.

Розвиток методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я здійснено шляхом застосування системного підходу, зокрема визначено особливості об'єктної складової, методологічної дії, функціонування суб'єктів державного управління та зворотного зв'язку між об'єктом та суб'єктом.

Такий підхід дозволив розглядати державно-управлінські процеси як цілісну, багаторівневу взаємопов'язану систему, яка передбачає взаємодію внутрішнього та зовнішнього середовища, а її метою є досягнення відповідних суспільно значущих цілей, зокрема забезпечення високого рівня громадського здоров'я, через забезпечення рівного доступу до медичної допомоги, надання якісних медичних послуг, профілактику захворювань, відновлення та підтримка індивідуального здоров'я, впровадження міжнародних стандартів, координацію міжнародної співпраці та забезпечення високого рівня адаптивності для реагування на кризові ситуації. На рисунку 5 представлено авторську розробку напрямів удосконалення методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. В дисертації надано характеристику кожній складовій, зважаючи на галузеві особливості системи охорони здоров'я, стану на перспектив розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища. Вагоме значення приділено питання застосування методів

зворотного зв'язку (є ключовим елементом системи державного управління потенціалом системи охорони здоров'я, адже забезпечує отримання, аналіз та врахування інформації про результати управлінських рішень, стан керованого об'єкта та реакцію суспільства з метою коригування державної політики), що є вкрай важливим при формування адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я. Зокрема ідентифіковано та визначено напрями застосування методів моніторингу, оцінки ефективності та коригування державно-управлінських рішень.

Вперше, визначено напрями державного управління адаптивно-резервною складовою потенціалу системи охорони здоров'я як складним процесом, що вимагає комплексного підходу з врахуванням інформаційного, правового, організаційного та економічного механізмів. Адаптивно-резервний потенціал системи охорони здоров'я характеризується як ключовий елемент її стійкості, здатності до реагування на кризи та внутрішні і зовнішні загрози, а також безперервності функціонування. Це є вкрай важливим з позиції розробки стратегічних положень розвитку системи охорони здоров'я. Даний потенціал інтегрує фінансові, кадрові та інфраструктурні резерви та адаптивні можливості державного управління їх оперативного застосування для забезпечення безперервності надання медичної допомоги населенню в умовах внутрішніх та зовнішніх загроз. Водночас ефективна адаптивно-резервна складова потенціалу дозволяє реалізовувати нові стратегічні завдання державної політики у сфері охорони здоров'я. Зважаючи на змістовні властивості адаптивно-резервного потенціалу запропоновано комплексний підхід до визначення вихідних положень державного управління ним.

Встановлено, що ефективне державне управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я дозволить забезпечити відповідність системи охорони здоров'я таким властивостям як:

- адаптивність – властивість системи охорони здоров’я оперативно реагувати на зміни у внутрішньому чи зовнішньому середовищі, які призвели або можуть призвести до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або на трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави, для забезпечення безперервного, ефективного, доступного, результативного надання медичної допомоги населенню;

- безпечність – це властивість системи охорони здоров’я забезпечувати високий рівень громадського здоров’я населення шляхом мінімізації медичних ризиків, запобігання шкоді пацієнтам, медичному персоналу та суспільству, а також гарантування безпечних умов надання медичних послуг відповідно до встановлених стандартів якості та біобезпеки, а також забезпечувати інформаційну, фізичну та ментальну безпеку усіх учасників реалізації медичних послуг;

- безперервність – це властивість системи охорони здоров’я забезпечувати постійне, стабільне та своєчасне надання медичної допомоги населенню незалежно від зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру або через трансформаційні процеси, що відбуваються в політичній, економічній та правовій системах держави;

- стійкість – це властивість системи охорони здоров’я, що характеризує її здатність до ефективного функціонування, надання медичних послуг та виконання суспільно значущих завдань в умовах зовнішніх і внутрішніх загроз, що призводять до кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, забезпечуючи при цьому відновлення та подальший розвиток системи.

РОЗДІЛ 3
СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАСЛІДКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Рівень фінансового потенціалу системи охорони здоров'я України як об'єкта державного управління

Фінансовий потенціал системи охорони здоров'я є базовою передумовою її функціональної спроможності, інституційної стійкості та здатності забезпечувати населення гарантованими медичними послугами. В умовах соціально-економічної нестабільності, структурних реформ та воєнних викликів питання формування, розподілу та ефективності використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я набуває особливої актуальності. Саме фінансові параметри визначають рівень доступності медичної допомоги, масштаби державної підтримки, ступінь залучення приватного сектору та можливості довгострокового розвитку галузі.

З метою комплексної оцінки фінансового потенціалу системи охорони здоров'я України здійснемо аналіз ключових макроекономічних та структурних показників. Зокрема, дослідимо:

- динаміку частки витрат на охорону здоров'я у валовому внутрішньому продукті як індикатора економічної ваги галузі;
- показники витрат на охорону здоров'я на душу населення як характеристику рівня ресурсного забезпечення системи;
- співвідношення державних і приватних джерел фінансування для визначення моделі формування фінансової бази;
- структуру приватного сектору з позиції диверсифікації фінансових потоків;

- функціональний розподіл витрат відповідно до міжнародної класифікації SHA з метою оцінки лікувально-компенсаторної та профілактичної спрямованості системи;

- динаміку бюджетних видатків у 2022–2026 роках та зміну їх структури за основними напрямами фінансування в умовах трансформації державних фінансових пріоритетів.

Оцінка зазначених показників дозволяє визначити не лише обсяг фінансових ресурсів галузі, а й характер їх формування, рівень бюджетної пріоритетності, ступінь участі домогосподарств та структурні особливості розподілу коштів. Сукупність цих параметрів формує уявлення про реальний фінансовий потенціал системи охорони здоров'я України та його відповідність завданням забезпечення доступності, якості та стійкості медичних послуг.

На рис. 3.1. відображено показники частки поточних витрат України на охорону здоров'я у ВВП у міжнародному порівнянні за 2000 – 2021 рр.

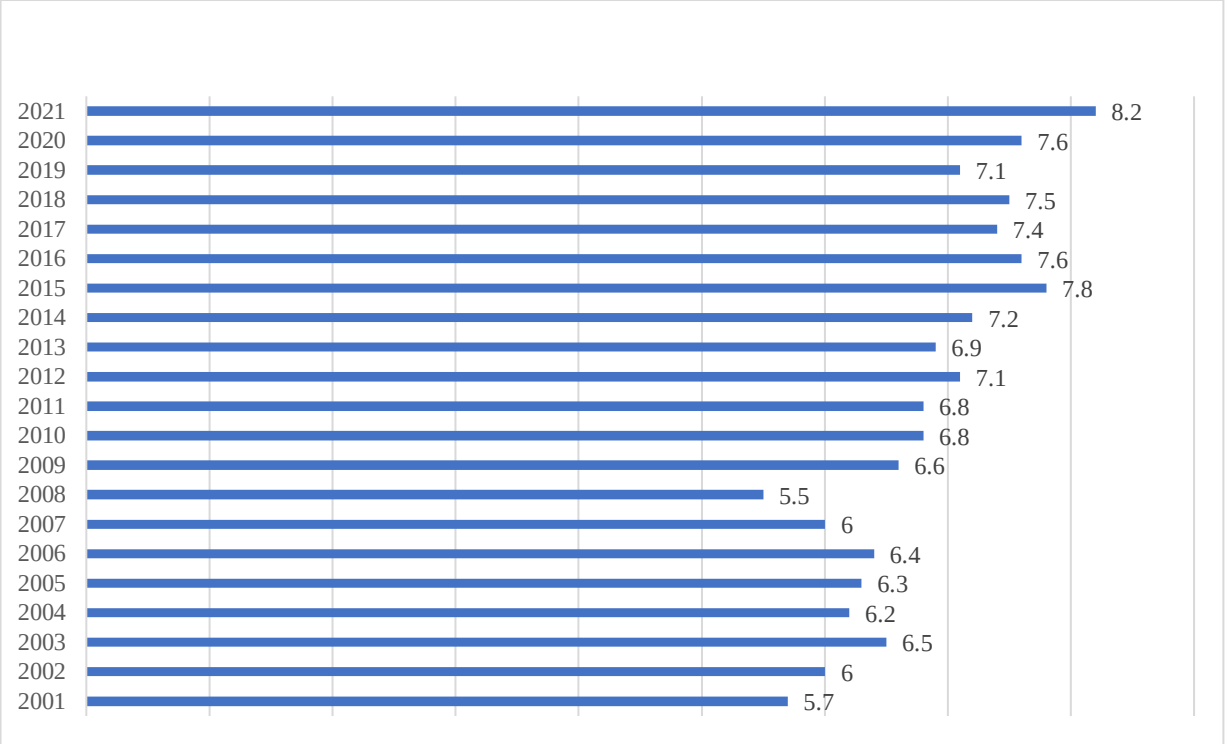


Рис. 3.1. Динаміка частки поточних витрат України на охорону здоров'я у ВВП у міжнародному порівнянні за 2000 – 2021 рр., % [186]

На основі здійсненого аналізу динаміки частки поточних витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП України у 2000–2021 роках простежується загальна тенденція до поступового зростання ролі медичної галузі у формуванні національних економічних пріоритетів. Упродовж початкового періоду показник зріс із близько 5,3% у 2000 році до 6,5% у 2003 році, після чого спостерігалися незначні коливання в межах 6,1–6,4% у 2004–2007 роках. Найбільш відчутне скорочення зафіксовано у 2008 році, коли частка витрат знизилася до приблизно 5,5%, що може бути пов'язано із впливом загальноекономічних кризових процесів.

Починаючи з 2009 року відбувається відновлення зростання фінансування галузі, і показник поступово підвищується до 6,6–6,8% у 2010–2011 роках. У 2012–2014 роках частка витрат на охорону здоров'я стабілізується на рівні близько 6,9–7,2%, що свідчить про відносну сталість фінансового забезпечення системи в цей період. У подальші роки спостерігається подальше посилення фінансової складової: у 2015 році показник перевищує 7%, а у 2016 році досягає одного з найвищих значень близько 7,8% ВВП.

У 2017–2019 роках частка витрат дещо коливається в межах 7,4–7,6%, що відображає відносно стабільний рівень фінансової підтримки системи охорони здоров'я. В той же час у 2020 році відзначається певне зниження до близько 7,1%, після чого у 2021 році показник демонструє різке зростання та досягає максимального значення за весь досліджуваний період близько 8,2% ВВП.

На рис. 3.2 представлено витрати на охорону здоров'я України на душу населення (CHE), 2005 -2019, дол. США.

У 2005 році обсяг витрат на охорону здоров'я на одну особу становив 115 дол. США. У 2010 році показник зріс до 199 дол. США, що означає приріст на 84 дол. США або приблизно 73 % порівняно з 2005 роком. Така позитивна динаміка може бути пов'язана з розширенням бюджетного

фінансування галузі, зростанням номінального ВВП та поступовим збільшенням ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я.

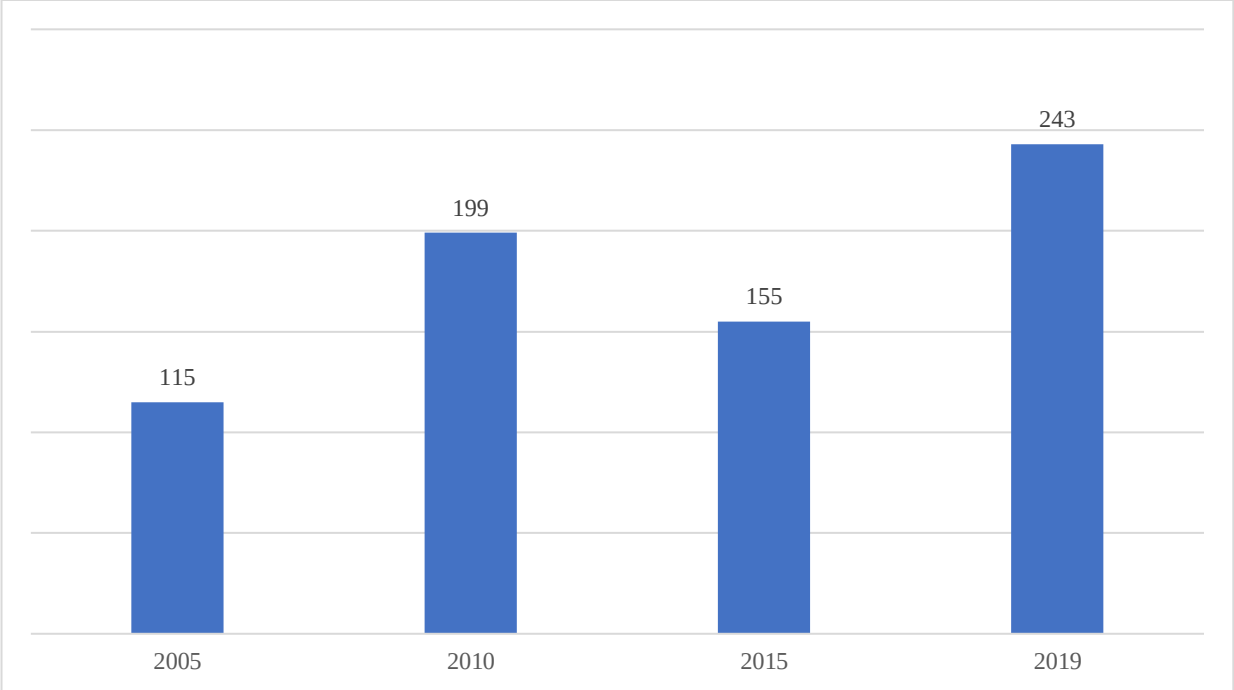


Рис. 3.2. Витрати на охорону здоров'я України на душу населення (CHE), 2005 -2019, дол. США. [193]

У 2015 році зафіксовано зниження показника до 155 дол. США, що на 44 дол. США менше, ніж у 2010 році (скорочення приблизно на 22 %). Така тенденція корелює з макроекономічними викликами відповідного періоду, зокрема валютною нестабільністю та загальним зменшенням економічної активності.

У 2019 році витрати на охорону здоров'я на душу населення досягли 243 дол. США, що є найвищим значенням за аналізований період. Порівняно з 2005 роком показник зріс на 128 дол. США (понад 111 %), а відносно 2015 року на 88 дол. США (близько 57 %). Це свідчить про поступове відновлення та нарощування фінансового потенціалу системи охорони здоров'я напередодні впровадження повномасштабної реформи фінансування.

На рис. 3.3 представлено частку державних витрат у структурі витрат на охорону здоров'я України за 2005 - 2019 рр..

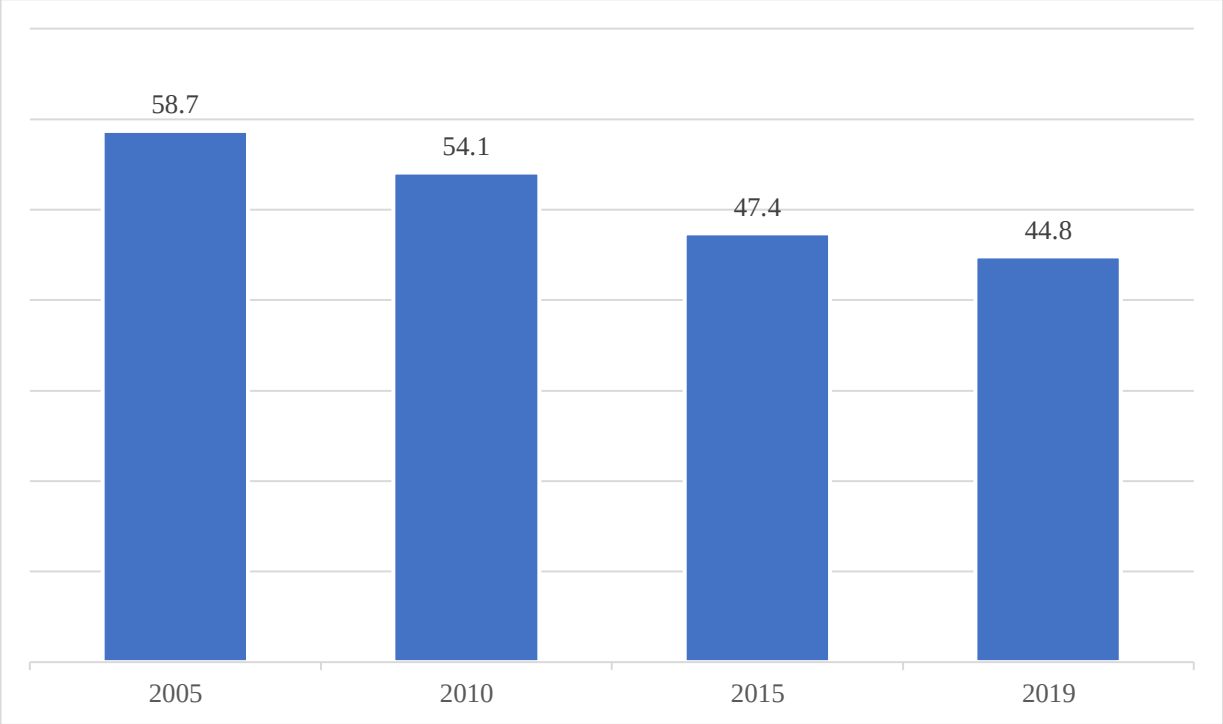


Рис. 3.3. Частка державних витрат у структурі витрат на охорону здоров'я України за 2005 - 2019 рр., % [193]

Аналіз представлених даних свідчить про поступове зменшення ролі державного фінансування у структурі сукупних витрат на охорону здоров'я протягом досліджуваного періоду. У 2005 році частка державних витрат становила 58,7 %, що означало домінування бюджетного компоненту у фінансуванні галузі. У 2010 році показник знизився до 54,1 %, тобто на 4,6 відсоткового пункту.

Найбільш відчутне скорочення спостерігається у 2015 році, коли частка державних витрат зменшилася до 47,4 %, що на 6,7 відсоткового пункту менше порівняно з 2010 роком та на 11,3 відсоткового пункту — порівняно з 2005 роком. Така тенденція може бути зумовлена як макроекономічними дисбалансами, так і зростанням питомої ваги приватних витрат домогосподарств у структурі фінансування медичних послуг.

У 2019 році показник продовжив знижуватися та досяг 44,8 %, що є найнижчим значенням за аналізований період. Загалом у 2005–2019 роках частка державних витрат скоротилася на 13,9 відсоткового пункту. Це свідчить про поступове посилення фінансового навантаження на населення та зростання ролі позабюджетних джерел фінансування.

Пріоритет охорони здоров'я у державних видатках України за 2005-2019 рр. визначено на рис. 3.4.

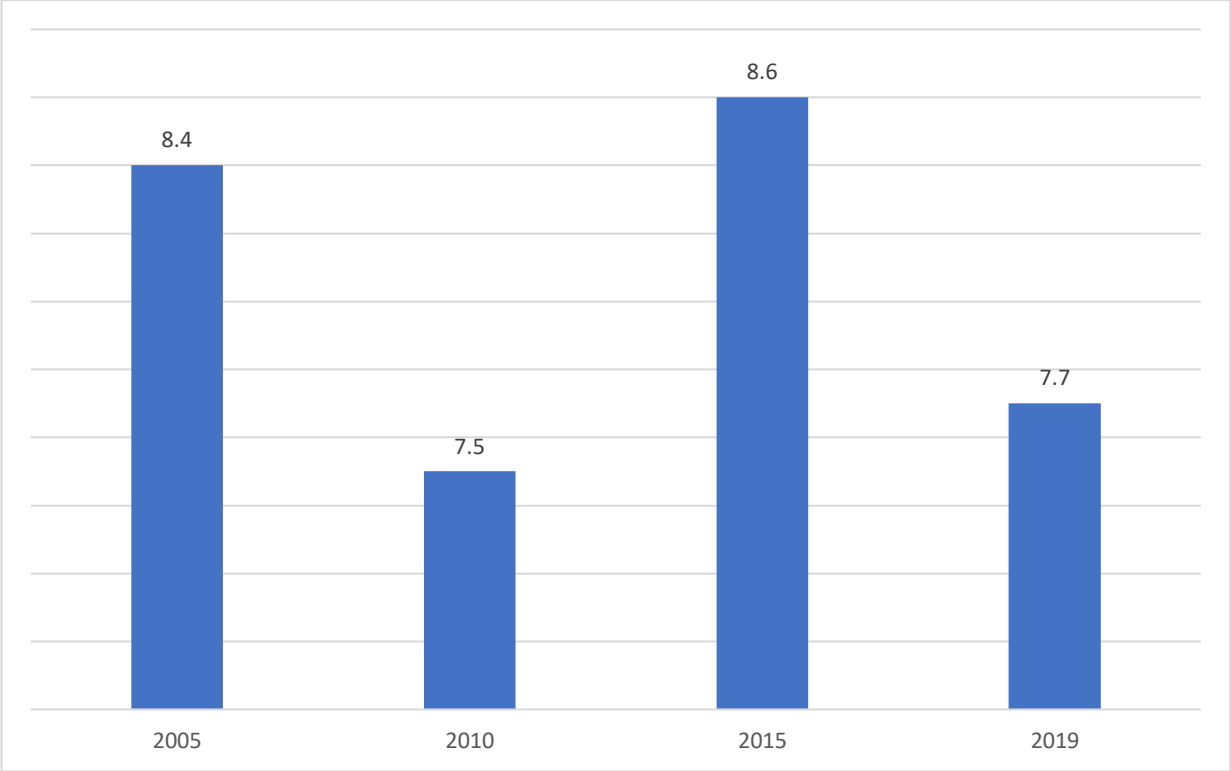


Рис. 3.4. Пріоритет охорони здоров'я у державних видатках України за 2005 - 2019 рр., % [193]

У 2005 році частка видатків на охорону здоров'я у загальних державних витратах становила 8,4 %, що відображало відносно високий рівень бюджетної уваги до цієї сфери. У 2010 році показник знизився до 7,5 %, тобто на 0,9 відсоткового пункту, що може бути пов'язано з наслідками фінансово-економічної кризи та переглядом бюджетних пріоритетів.

У 2015 році спостерігається зростання показника до 8,6 %, що є найвищим значенням за аналізований період. Це свідчить про тимчасове посилення ролі охорони здоров'я у системі державних фінансових пріоритетів, зумовлене як реформуванням галузі, так і зростанням потреб у бюджетному фінансуванні.

У 2019 році частка видатків на охорону здоров'я знову зменшилася до 7,7 %, що на 0,9 відсоткового пункту менше порівняно з 2015 роком. У цілому за 2005–2019 роки зміна показника має хвилеподібний характер без чітко вираженої довгострокової висхідної тенденції.

На рис 3.5. представлено показники фінансування системи охорони здоров'я України за джерелами.

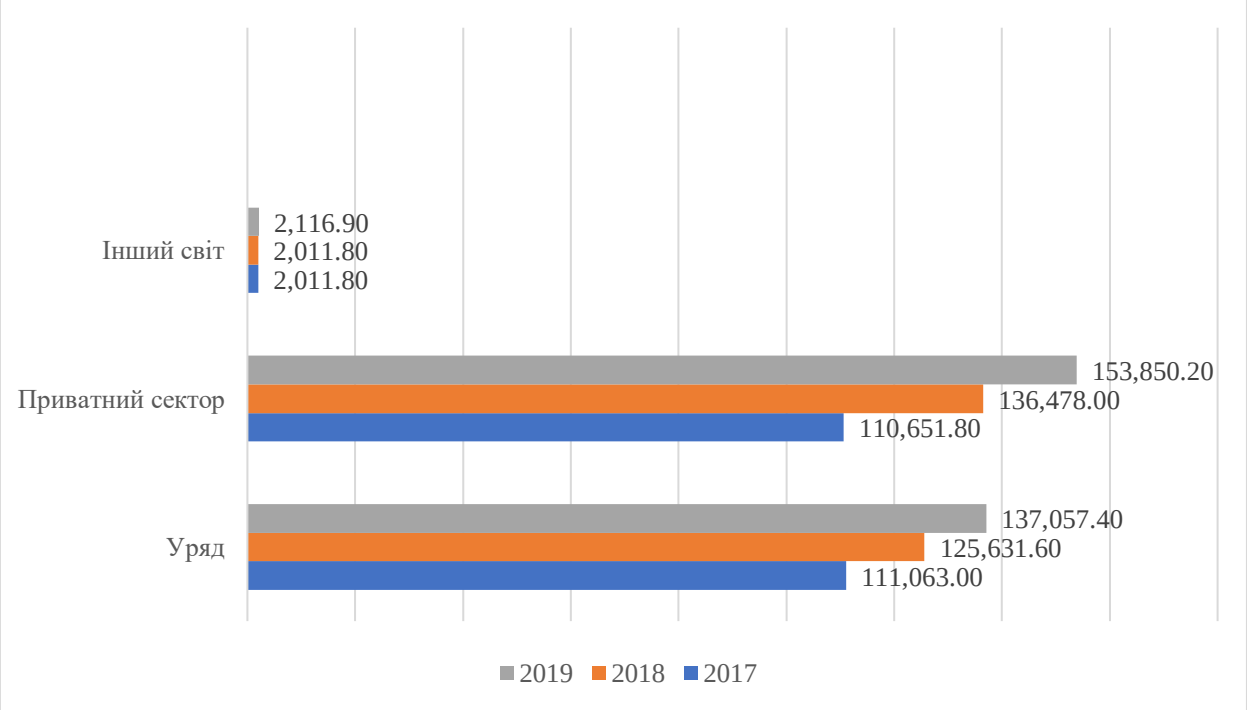


Рис. 3.5. Динаміка структури поточних витрат на охорону здоров'я за основними джерелами фінансування в Україні у 2017–2020 рр., млн. грн.[12]

Упродовж досліджуваного періоду обсяг фінансування з боку сектору уряду зріс з 111 063,0 млн грн до 164 341,9 млн грн, що свідчить про розширення бюджетної участі держави у фінансуванні галузі. Водночас

майже аналогічну динаміку продемонстрував приватний сектор з 110 651,8 млн грн до 163 502,9 млн грн, що підтверджує збереження значної ролі позабюджетних ресурсів у формуванні фінансової бази системи.

Слід відзначити, що приріст державного та приватного фінансування відбувався синхронно, без суттєвого зміщення балансу між ними. Це означає, що структурна модель фінансування не зазнала принципових трансформацій: збільшення обсягів не супроводжувалося перерозподілом джерел. Відтак фінансовий потенціал системи охорони здоров'я продовжує формуватися на основі майже рівнозначної участі держави та приватного сектору.

Фінансування з боку «іншого світу» залишається мінімальним і нестабільним, що свідчить про обмежений вплив зовнішніх ресурсів на загальну фінансову спроможність галузі.

На рис. 3.6 показано структуру приватного фінансування системи охорони здоров'я в Україні у 2017–2020 рр., млн грн.

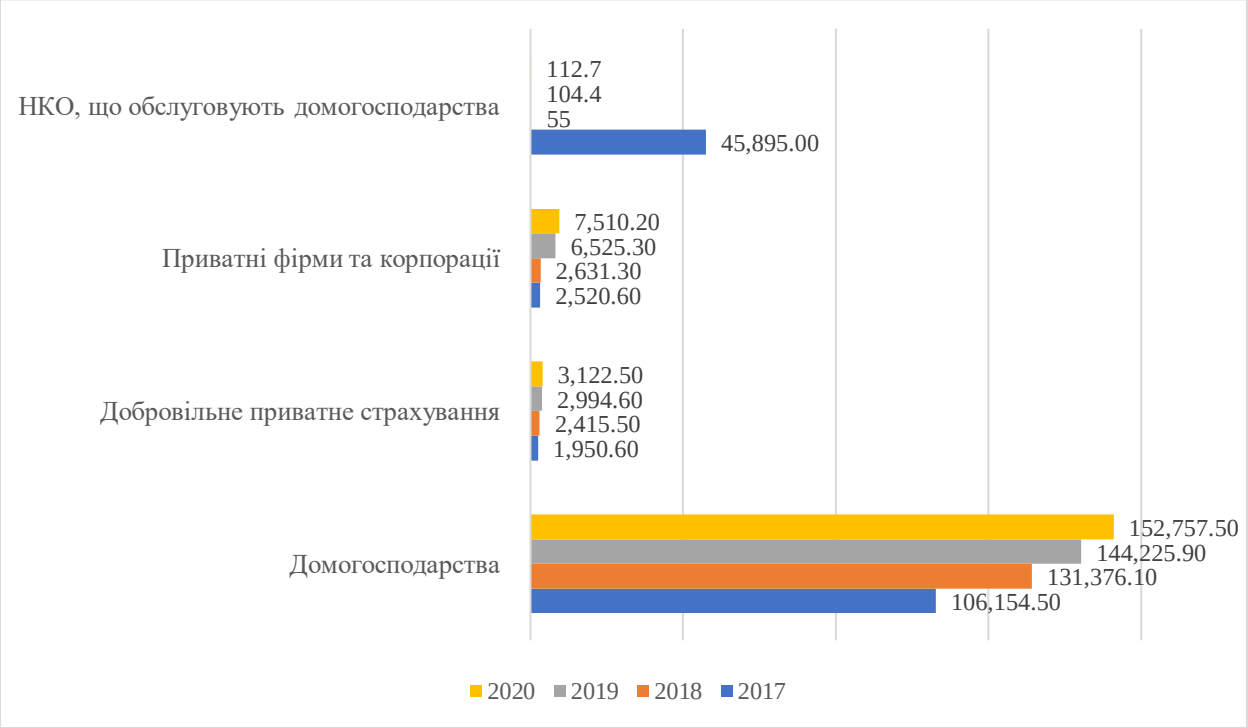


Рис. 3.6. Структура приватного фінансування системи охорони здоров'я в Україні у 2017–2020 рр., млн грн.[12]

Упродовж досліджуваного періоду їхній обсяг зріс з 106 154,5 млн грн до 152 757,5 млн грн, що свідчить про збереження провідної ролі населення у формуванні приватного фінансового ресурсу галузі.

Інші складові приватного сектору мають допоміжний характер. Добровільне приватне страхування, попри поступове зростання, залишається інституційно слабким та не формує системного страхового механізму перерозподілу ризиків. Аналогічно, участь приватних фірм і корпорацій у фінансуванні охорони здоров'я є обмеженою та не компенсує домінування прямих витрат населення. Некомерційні організації, що обслуговують домогосподарства, відіграють мінімальну роль у загальному обсязі приватних коштів.

Таким чином, приватний сегмент фінансування в Україні характеризується низькою диверсифікацією джерел та структурною залежністю від витрат громадян.

На наступному рис. 3.7. відображено функціональну структуру поточних витрат на охорону здоров'я в Україні у 2017–2020 років.



Рис. 3.7. Функціональна структура поточних витрат на охорону здоров'я в Україні у 2017–2020 рр., млн. грн.[12]

Найбільші обсяги фінансування спрямовуються на стаціонарне лікування (НС.1) та медичні товари, насамперед фармацевтичні (НС.5), що вказує на домінування лікувально-компенсаторної складової у фінансовій структурі системи. Витрати на стаціонарну допомогу за досліджуваний період зросли більш ніж удвічі — з 57 174,3 млн грн до 115 322,9 млн грн, що підтверджує збереження стаціонароцентричної моделі. Амбулаторний сектор також продемонстрував суттєве зростання, однак його частка не забезпечує структурного переорієнтування системи у бік первинної та амбулаторної допомоги. Водночас фінансування профілактичних заходів (НС.6), попри позитивну динаміку, залишається відносно незначним у загальному обсязі витрат, що обмежує інвестиційний характер системи та її здатність до довгострокового зниження захворюваності. Зменшення витрат на управління та адміністрування може свідчити про оптимізацію управлінських механізмів, однак не компенсує структурної переваги лікувального сегмента.

На наступному рис. 3.8. представлено показники поточних видатків на охорону здоров’я в Україні, протягом 2022 - 2026 рр., млрд. грн.

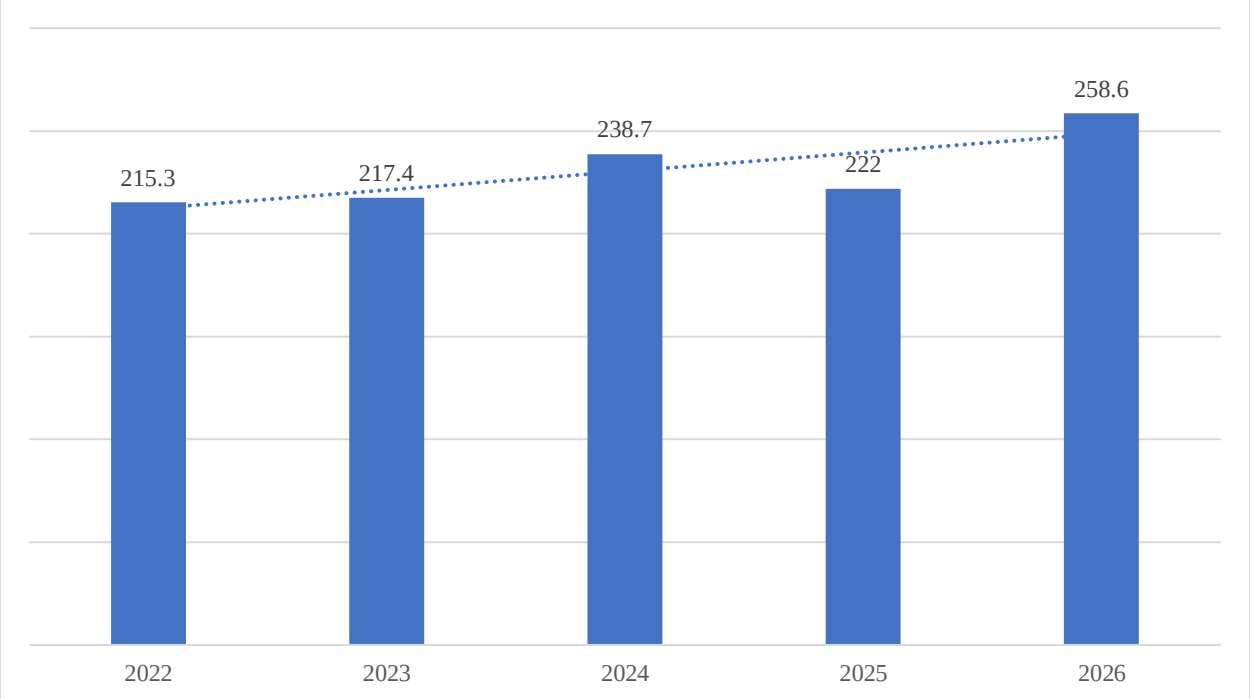


Рис. 3.8. Динаміка поточних видатків на охорону здоров’я в Україні, протягом 2022 - 2026 рр., млрд. грн [126, 127, 128, 129, 130]

У 2022–2026 роках динаміка поточних видатків на охорону здоров’я демонструє хвилеподібний, але загалом висхідний характер формування фінансового потенціалу системи. У 2023 році порівняно з 2022 роком приріст становив лише 2,1 млрд грн, або близько на 1,0 % більше, що свідчить про фазу бюджетної стабілізації в умовах обмежених ресурсів. У 2024 році темп зростання прискорився, так видатки збільшилися до 238,7 млрд грн, що означає приріст на 21,3 млрд. грн., тобто перехід до активнішої фіскальної підтримки галузі. У 2025 році зафіксовано зниження до 222 млрд грн, що становить скорочення –16,7 млрд грн або –7,0 % порівняно з 2024 роком. Така динаміка відображає коригування бюджетної політики та перерозподіл державних ресурсів. Водночас у 2026 році прогнозується суттєве зростання до 258,6 млрд грн. приріст +36,6 млрд грн або +16,5 %, що є найвищим темпом збільшення за аналізований період.

Загалом за 2022–2026 роки обсяг фінансування зріс на 43,3 млрд грн, або приблизно на 20,1 %, що свідчить про поступове розширення бюджетної спроможності системи охорони здоров’я. Таким чином, попри короткострокові коливання, довгострокова тенденція характеризується нарощуванням фінансового ресурсу галузі, що формує підґрунтя для зміцнення її інституційної та функціональної стійкості.

На наступному рис. 3.9. представлено показники частки видатків на охорону здоров’я у ВВП України у 2020 – 2025 роках.

Динаміка частки видатків на охорону здоров’я у валовому внутрішньому продукті України у 2020–2025 роках демонструє змінний характер фінансового навантаження галузі на національну економіку. У 2020 році цей показник становив 3,0 % ВВП, у 2021 році зріс до 3,2 %, а у 2022 році досяг максимального значення 4,15 %, адже динаміка фінансування системи охорони здоров’я в Україні формувалася під впливом суттєвих трансформацій державних фінансів, спричинених повномасштабним вторгненням рф.

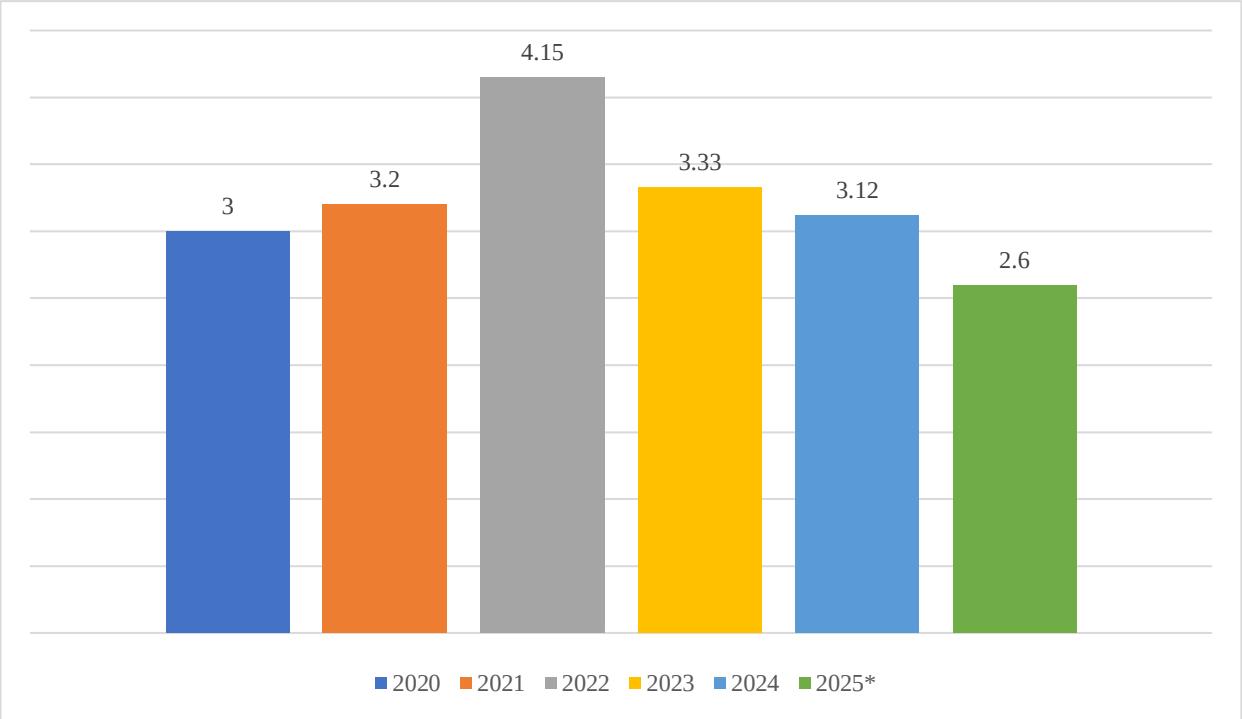


Рис. 3.9. Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП України у 2020 – 2025 рр.,% [29]

Умови воєнного стану зумовили значне зростання загального обсягу державних видатків, насамперед у секторі безпеки та оборони. У результаті, попри поступове збільшення абсолютного обсягу бюджетних ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я, їх відносна частка у структурі державного бюджету та валового внутрішнього продукту демонструє тенденцію до зниження. Така динаміка відображає перерозподіл бюджетних пріоритетів держави в умовах воєнних викликів та свідчить про трансформацію фінансового середовища функціонування системи охорони здоров'я. За прогнозними оцінками, у 2025 році частка видатків на охорону здоров'я у ВВП може зменшитися до 2,6 %, що свідчить про відносне скорочення економічної ваги медичної галузі у структурі національних витрат.

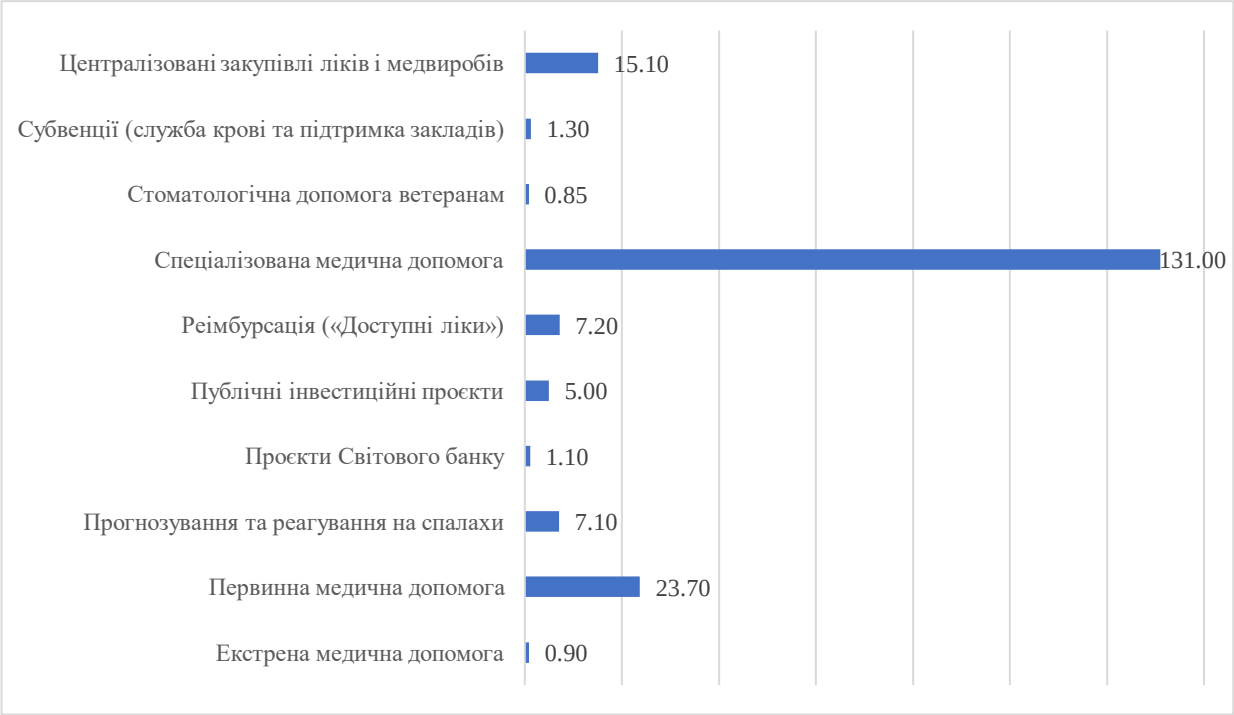


Рис 3.10. Структура видатків державного бюджету на охорону здоров'я України за основними напрямами фінансування у 2025 році, млрд. грн.[93]

Структура видатків державного бюджету на охорону здоров'я у 2025 році характеризується високою концентрацією фінансових ресурсів у сегменті спеціалізованої медичної допомоги, на яку спрямовано 131 млрд грн, що формує домінуючу частку у межах бюджетного фінансування. Первинна медична допомога отримує 23,7 млрд грн, що істотно менше порівняно із спеціалізованим рівнем. Видатки на профілактичні заходи, реагування на надзвичайні ситуації та інвестиційні проєкти залишаються відносно обмеженими. Така конфігурація бюджетних пріоритетів свідчить про збереження лікувально-компенсаторної моделі фінансування системи охорони здоров'я та недостатній рівень інституційного зміщення у бік превентивної медицини та довгострокових інвестицій.



Рис. 3.11 Структура видатків сфери охорони здоров'я України у Державному бюджеті на 2026 рік, млрд. грн.[109]

Загальний обсяг видатків на охорону здоров'я на 2026 рік становить 258,6 млрд. грн, що на 38,8 млрд. грн більше порівняно з 2025 роком, що підтверджує зростання пріоритетності сфери охорони здоров'я у державній бюджетній політиці. Найбільшу частку становить Програма медичних гарантій та становить понад 191,6 млрд. грн або ж на 16,1 млрд. грн. більше, що зберігає статус ключового механізму фінансування медичних послуг. У структурі Програми медичних гарантій найбільший ресурс спрямовано на лікування та медичні послуги, включаючи реабілітацію, кардіохірургію, онкологію та лікування військових 141,9 млрд.грн (+8,6 млрд грн). На оплату праці лікарів первинної та екстреної допомоги передбачено 41,0 млрд грн., що відображає фокус держави на кадровій стабільності системи. Фінансування програми реімбурсації «Доступні ліки» становить 8,7 млрд грн., що становить 2,4 млрд. грн. більше ніж у 2025 році.

Важливим напрямом залишаються централізовані закупівлі лікарських засобів і медичних виробів 15,2 млрд грн., що забезпечує доступ до високовартісного лікування та інноваційних препаратів. Новим елементом фінансової політики є програма національного скринінгу здоров'я для осіб віком 40+ із фінансуванням 10,0 млрд грн, що свідчить про зміщення акценту у бік профілактичної медицини. Суттєвою складовою виступають публічні інвестиційні проєкти 19,1 млрд.грн що 8,3 млрд грн. більше ніж у попередньому році, які спрямовані на модернізацію інфраструктури, розвиток реабілітації, психіатричної допомоги та оновлення медичного обладнання. Результати проведеного аналізу засвідчили, що фінансовий потенціал системи охорони здоров'я України формувався під впливом як довгострокових макроекономічних тенденцій, так і сучасних бюджетних трансформацій. У 2000–2021 роках частка витрат на охорону здоров'я у ВВП загалом демонструвала висхідну динаміку, досягнувши пікового значення у 2021 році, що свідчило про зростання економічної ваги галузі в національній фінансовій системі.

Показники витрат на душу населення підтверджують поступове нарощування ресурсного забезпечення системи з періодичними спадами, обумовленими кризовими явищами. Водночас у структурі фінансування відбулося зменшення частки державних витрат та посилення ролі приватного сектору, що зумовило підвищення фінансового навантаження на домогосподарства. Аналіз джерел фінансування у 2017–2020 роках підтвердив збереження змішаної моделі із майже рівнозначною участю державного та приватного секторів, проте приватний сегмент характеризується низькою диверсифікацією та домінуванням прямих витрат населення.

Функціональний розподіл коштів свідчить про переважання стаціонарної допомоги та фармацевтичного забезпечення при обмеженій питомій вазі профілактичних заходів, що відображає лікувально-компенсаторну спрямованість фінансової моделі та недостатній рівень інвестиційної орієнтації системи.

У 2022 – 2026 роках бюджетна динаміка характеризується коливаннями на тлі воєнних викликів, однак у довгостроковому вимірі простежується зростання абсолютного обсягу видатків. Разом із тим частка витрат на охорону здоров'я у ВВП після 2022 року демонструє тенденцію до відносного скорочення внаслідок зміни державних бюджетних пріоритетів. Структура фінансування 2025 – 2026 років підтверджує концентрацію ресурсів у межах Програми медичних гарантій та спеціалізованої допомоги при обмеженому зростанні профілактичних та інвестиційних напрямів.

Таким чином, фінансовий потенціал системи охорони здоров'я України характеризується зростанням обсягів фінансування за умов збереження структурних диспропорцій у джерелах та напрямах використання коштів. Протягом 2005–2019 років частка державного фінансування скоротилася на 13,9 відсоткових пунктів (до 44,8%), що вказує на зміщення фінансового тягаря на домогосподарства та посилення ризиків катастрофічних витрат для громадян. Попри досягнення пікового показника витрат на рівні 8,2% ВВП у 2021 році, після повномасштабного вторгнення спостерігається тенденція до зниження цього індикатора до 2,6% ВВП, що свідчить про вимушений перерозподіл державних ресурсів на користь сектору оборони. У 2022–2026 роках фінансовий потенціал формується в умовах високої волатильності, де значне номінальне зростання видатків (до 258,6 млрд грн у 2026 р.) спрямоване передусім на підтримку життєздатності системи та покриття критичних потреб воєнного часу. Домінування витрат на стаціонарну допомогу вказує на низьку ефективність превентивної ланки, що в довгостроковій перспективі здорожує систему. В цілому фінансовий потенціал системи охорони здоров'я України демонструє високу адаптивність до екстремальних викликів, проте залишається структурно дефіцитним. Проте і більшій мірі це пов'язано із фінансуванням державного бюджету з боку міжнародних партнерів.

3.2. Оцінка системних проблем та наслідків державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я України

Кадровий потенціал є визначальним ресурсом функціонування системи охорони здоров'я та ключовою умовою реалізації державної політики у сфері забезпечення населення медичними послугами. Саме наявність, структура та якість медичних кадрів визначають спроможність системи охорони здоров'я виконувати свої базові функції, адаптуватися до реформаторських змін і забезпечувати стійкість у кризових умовах.

Згідно з даними Щорічного звіту про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2024 рік [179] упродовж 2021–2024 років у системі охорони здоров'я України простежується стійка тенденція до зростання частки лікарів пенсійного віку, що є одним із ключових індикаторів старіння кадрового потенціалу галузі.

Зокрема, у 2024 році частка лікарів пенсійного віку досягла 25,3 %, що в абсолютному вимірі становить 32 316 осіб, тоді як у 2023 році цей показник становив 24,7 %, а у 2021–2022 роках 23,7 %. Така динаміка свідчить про поступове, але системне зростання вікових диспропорцій у лікарському корпусі.

Найбільш несприятлива ситуація спостерігається в окремих регіонах України, зокрема у Миколаївській, Луганській, Донецькій та Херсонській областях, де частка лікарів пенсійного віку перевищує 30 %, тобто понад третину всього лікарського персоналу. Подібні процеси простежуються і серед молодших спеціалістів з медичною освітою, частка яких пенсійного віку у 2024 році становила 12,1 % (26 037 осіб), що є вищим порівняно з 10,7 % у 2021 році. Зростання частки пенсійного контингенту серед середнього медичного персоналу свідчить про обмежені темпи кадрового оновлення та недостатню компенсацію вибуття фахівців за рахунок молодих кадрів [179].

Для комплексного аналізу кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України здійснено оцінку за такими основними напрямами:

- динаміка чисельності лікарів у регіональному розрізі;
- структурний розподіл лікарів за галузевими блоками та рівнями надання медичної допомоги;
- структура лікарів дитячого профілю за спеціальностями;
- динаміка чисельності середнього медичного персоналу;
- забезпеченість населення лікарями та середнім медичним персоналом.

Зазначені показники дозволяють комплексно оцінити сучасний стан кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України, визначити основні тенденції його трансформації та виявити ключові проблеми кадрового забезпечення галузі.

На рис. 3.12–3.15 подано динаміку чисельності лікарів у регіональному розрізі України у 2015–2024 роках.

Згідно даних рис. 3.12. динаміка чисельності лікарів у західному регіоні України у 2015 – 2024 роках свідчить про відносну стабільність кадрового потенціалу порівняно з іншими регіонами. Незважаючи на загальнонаціональну тенденцію скорочення медичних кадрів у 2021–2022 рр., у більшості областей регіону спостерігається поступове відновлення показників у 2022–2024 роках. Найбільша чисельність лікарських кадрів стабільно зосереджена у Львівській області та становила у 2015 році понад 14,0 тис. осіб на кінець досліджуваного періоду близько 12,4 тис. Загалом західний регіон характеризується мінімальними втратами кадрового потенціалу внаслідок воєнних дій, що дозволяє розглядати його як зону відносної кадрової стійкості системи охорони здоров'я України.

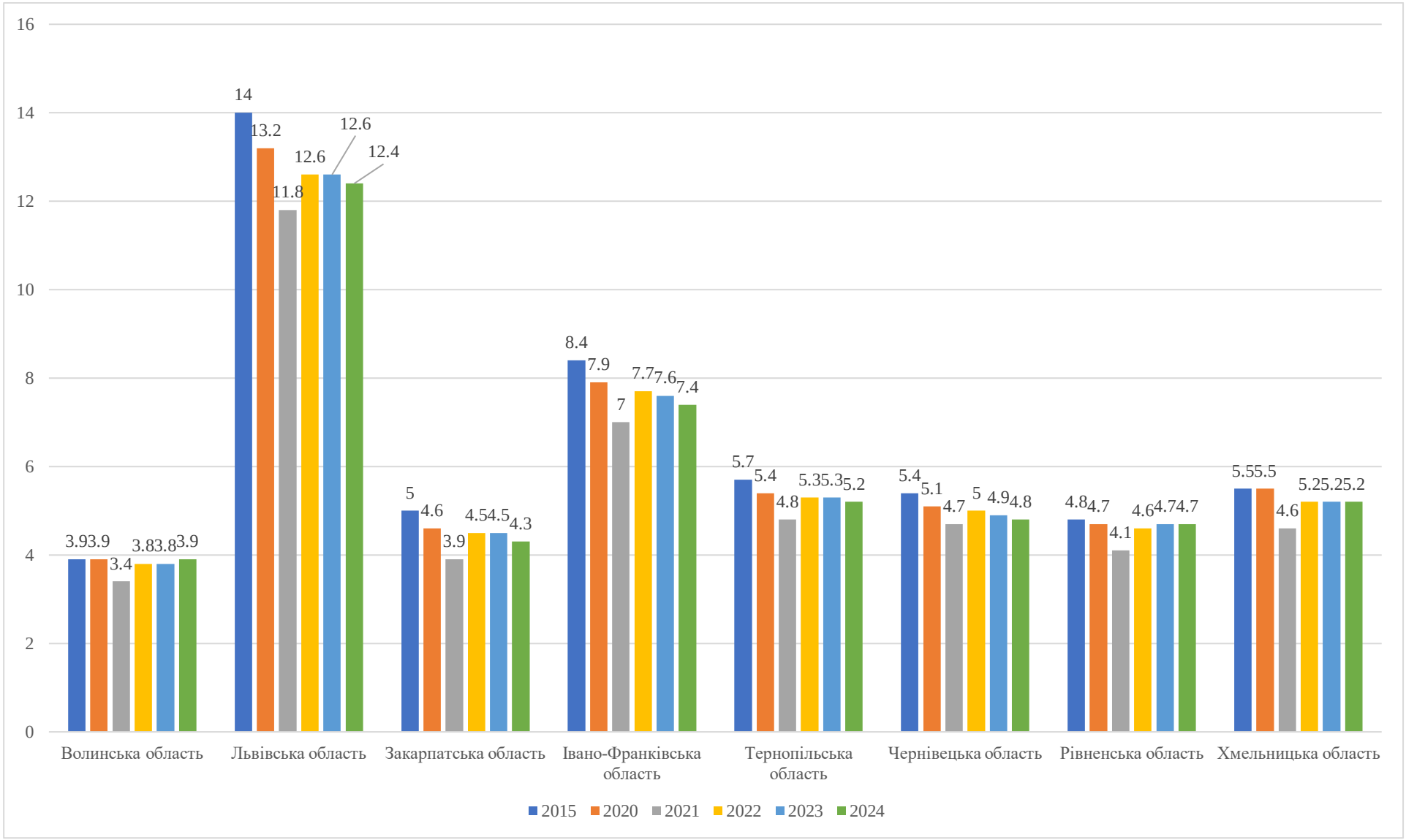


Рис. 3.12. Динаміка чисельності лікарів у західному регіоні України, 2015–2024 рр., тис. осіб [157]

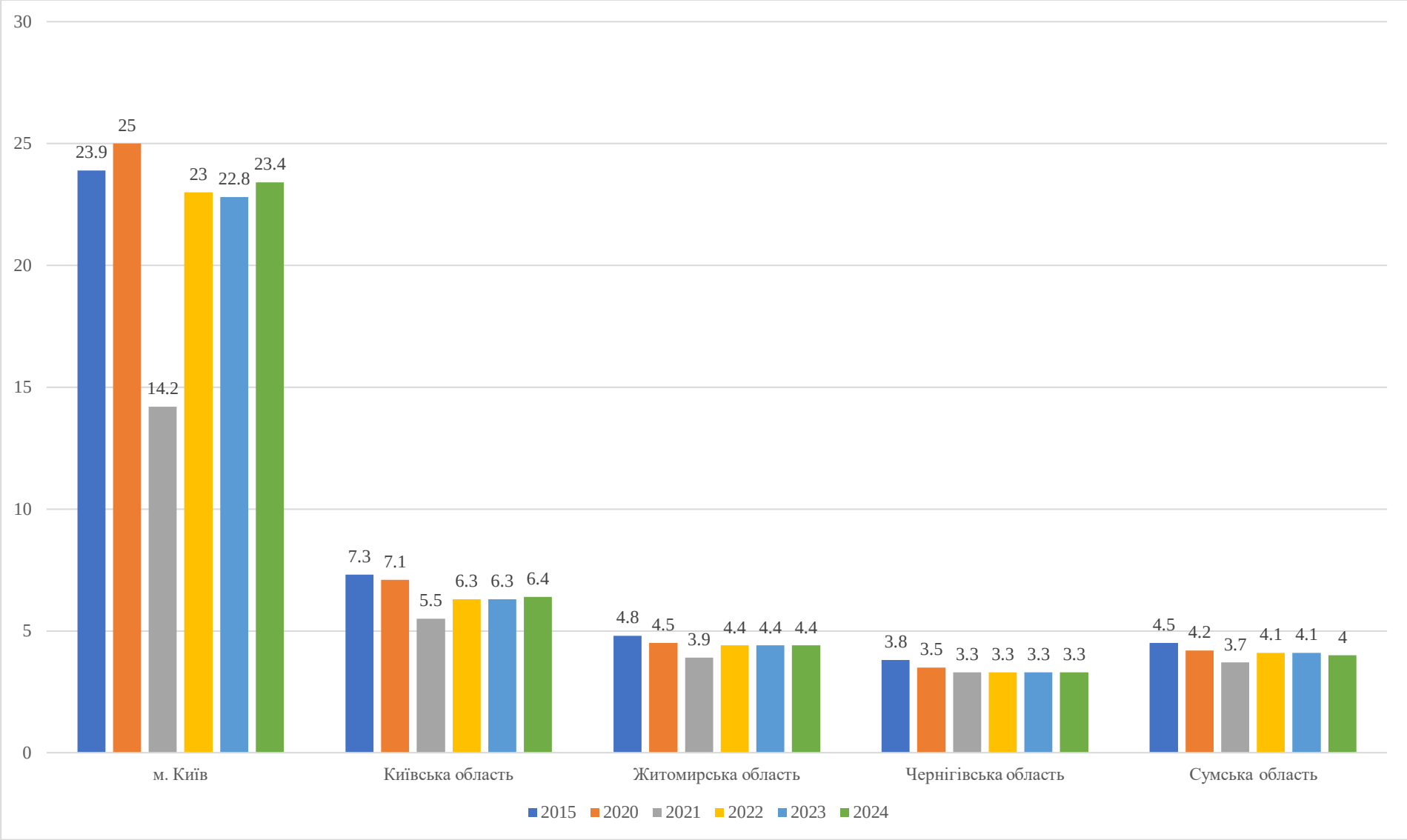


Рис. 3.13. Динаміка чисельності лікарів у північному регіоні України, 2015–2024 рр., тис. осіб [157]

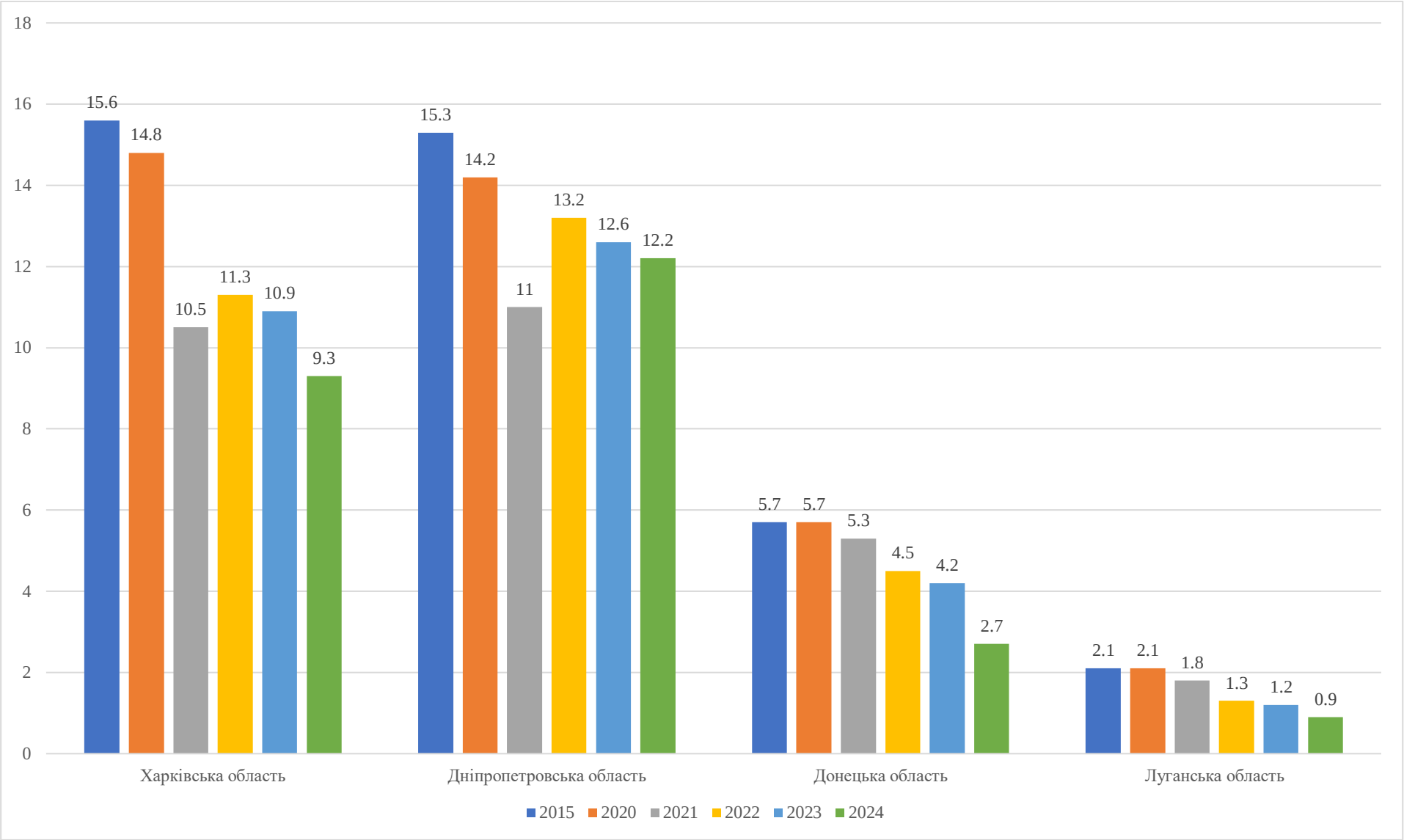


Рис. 3.14. Динаміка чисельності лікарів у східному регіоні України, 2015–2024 рр., тис. осіб[157]

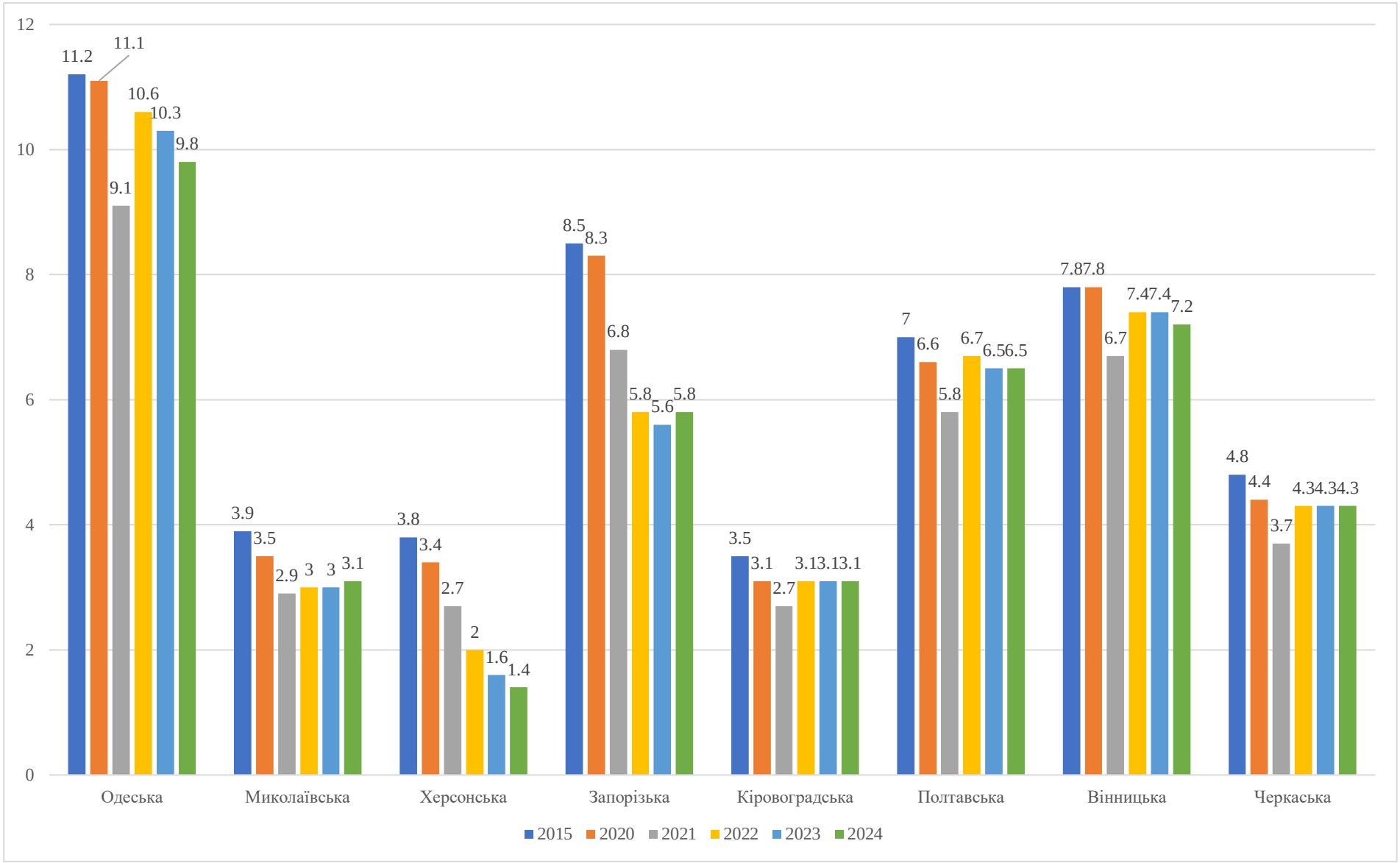


Рис. 3.15. Динаміка чисельності лікарів у південному регіоні України, 2015–2024 рр., тис. осіб [157]

Щодо північного регіону України (рис.3.13), то чітко простежується виразна структурна асиметрія, яка зумовлена високою концентрацією медичних кадрів у м. Києві. Протягом 2015 – 2020 років у столиці України зафіксовано найбільший кадровий потенціал лікарів, що коливався в межах 23,9 – 25,0 тис. осіб, що значно перевищує показники інших областей регіону. Проте, у 2021 році спостерігається різке зменшення чисельності лікарів, що корелює з пандемічними чинниками. У 2022–2024 роках відбувається відновлення показників, що становлять 22,8 – 22,4 тис.осіб, однак загальна тенденція засвідчує поступове скорочення кадрової бази в периферійних областях, таких як Чернігівська та Сумська області. Таким чином, північний регіон характеризується високою внутрішньорегіональною диспропорційністю кадрового забезпечення.

У східному регіоні України (рис.3.14) зафіксовано найбільш суттєве скорочення чисельності лікарів за досліджуваний період. Так у 2015 році у Харківській та Дніпропетровській областях було зосереджено понад 15 тис. лікарів відповідно, то у 2024 році їх показники знизилися до 9,3 та 12,2 тис. відповідно. Особливо критичне падіння спостерігається у Донецькій з 5,7 до 2,7 тис.осіб та Луганській з 2,1 до 0,9 тис. областях, що безпосередньо пов’язано з воєнними діями, окупацією територій та міграцією населення й медичних працівників. Результатом таких змін є глибока трансформація кадрового потенціалу та структурну дестабілізацію системи охорони здоров’я.

У південному регіоні України (рис. 3.15) спостерігається поступове скорочення чисельності лікарів у більшості областей із виразною негативною тенденцією після 2021 року. Найбільш відчутні втрати кадрів зафіксовано у Херсонській області з 3,8 тис. осіб у 2015 році до 1,4 тис. у 2024 році, що відображає наслідки тимчасової окупації та руйнування інфраструктури. Одеська область, незважаючи на часткове відновлення у 2022 році, у 2024 році не досягла довоєнного рівня та кількість лікарів становить 9,8 тис.осіб . Водночас центральні області регіону, такі як Полтавська, Вінницька, Черкаська

демонструють відносну стабілізацію показників у 2022–2024 рр. Загалом південний регіон характеризується помірним, але стійким зниженням кадрового потенціалу із високою варіативністю внутрішньорегіональних тенденцій.

На наступному рис. 3.16 відображено структурний розподіл лікарів за основними галузевими блоками в Україні у 2024 році.

Аналіз галузевої структури кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України станом на 31.12.2024 р. засвідчує (рис.3.16), що найбільшу частку становлять лікарі терапевтичного профілю – 56 987 осіб (30,9 % загальної чисельності). Хірургічний блок охоплює 46 128 фахівців (25,0 %), що відображає значну концентрацію ресурсів у сфері спеціалізованої допомоги. Частка стоматологів становить 15 190 осіб (8,2 %), тоді як педіатричний сегмент є відносно невеликим лише 7 329 осіб (4,0 %). Також вагомою є група інших спеціальностей близько 58 688 осіб або ж 31,9 %, що свідчить про розвинену діагностично-допоміжну та управлінську інфраструктуру галузі.

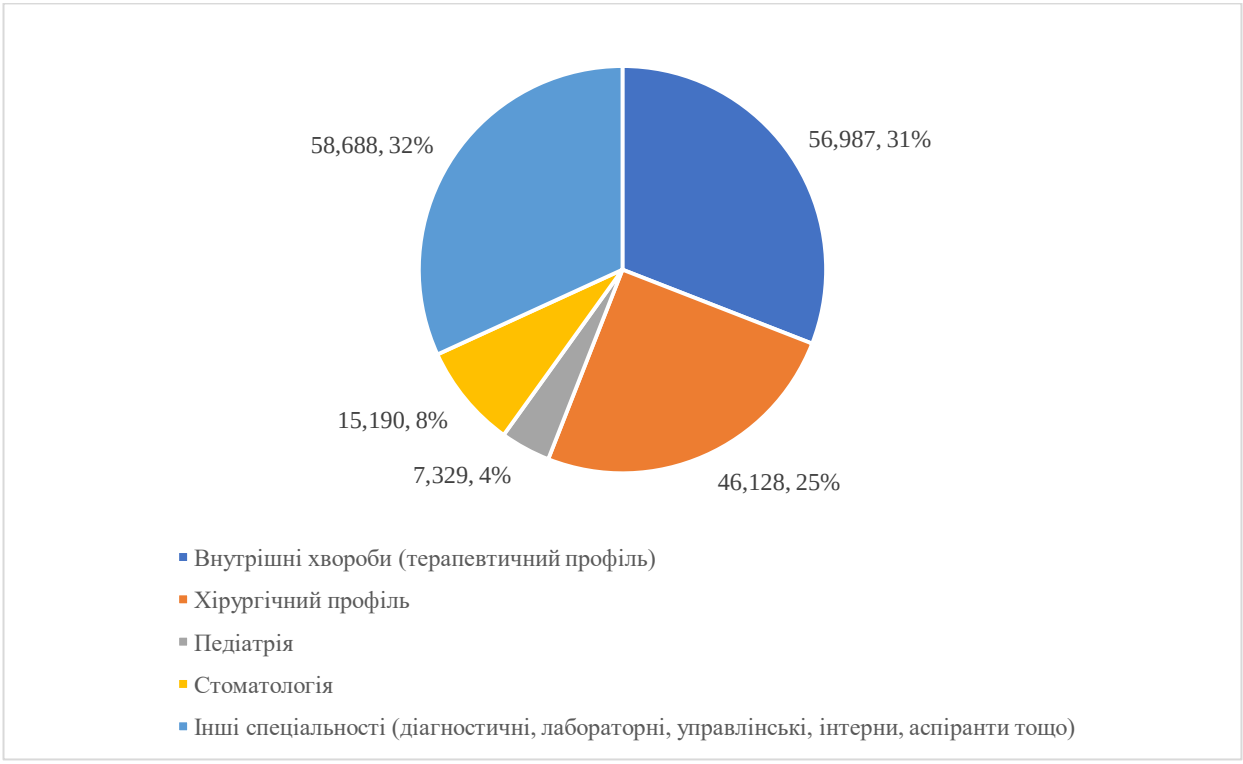


Рис. 3.16. Структурний розподіл лікарів за основними галузевими блоками в Україні, 2024 р. [168]

На наступному рис 3.17 представлено структурний розподіл за рівнями надання медичної допомоги в Україні в 2024 році.

Структурний аналіз кадрового забезпечення за рівнями надання медичної допомоги в Україні у 2024 році(рис.3.17) засвідчує домінування спеціалізованого сегмента. Вторинний рівень акумулює 142 467 лікарів (77,3 %), тоді як первинна медична допомога представлена 32 342 фахівцями (17,5 %). Третинний рівень становить 5 804 лікарі (3,1 %), а екстрена медична допомога — 3 709 лікарів (2,0 %). Отримана структура формує співвідношення первинного та спеціалізованого рівнів приблизно 1:4,4, що відображає концентрацію кадрового ресурсу на вторинному рівні надання медичної допомоги.

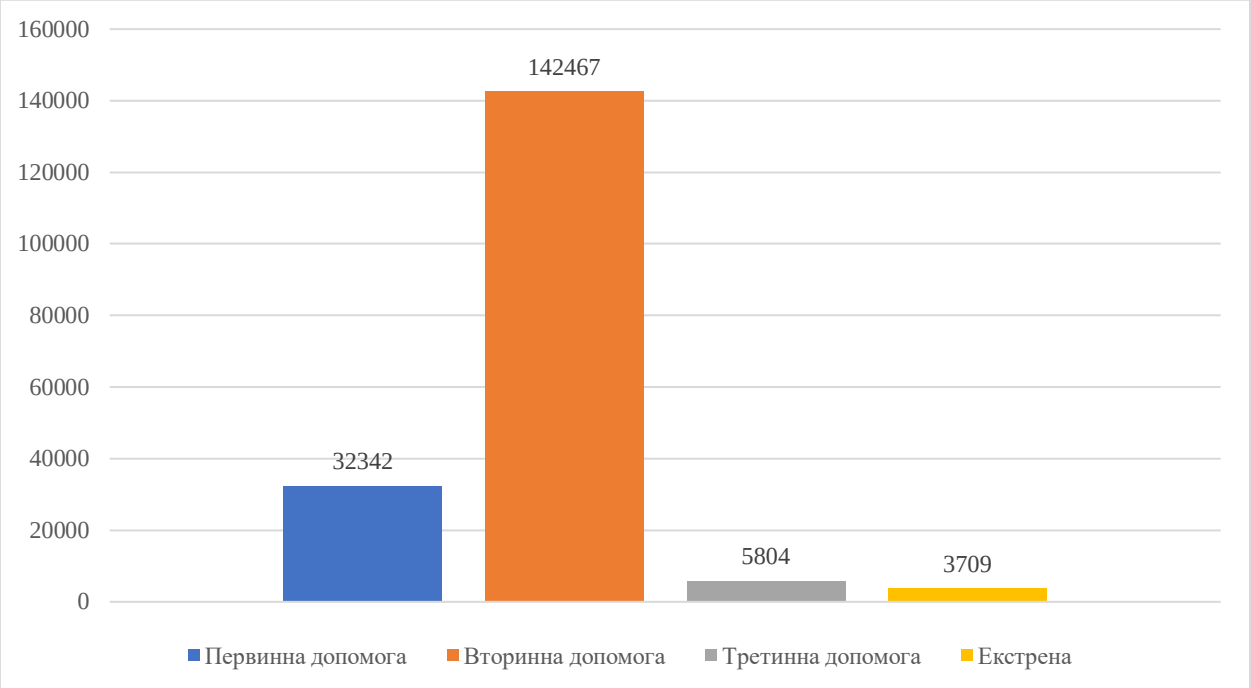


Рис. 3.17. Структура кадрового забезпечення за рівнями надання медичної допомоги в Україні, станом на 31.12.2024 року [168]

На наступному рис 3.18. відображено показники розподілу лікарів дитячого профілю в Україні у 2024 році.

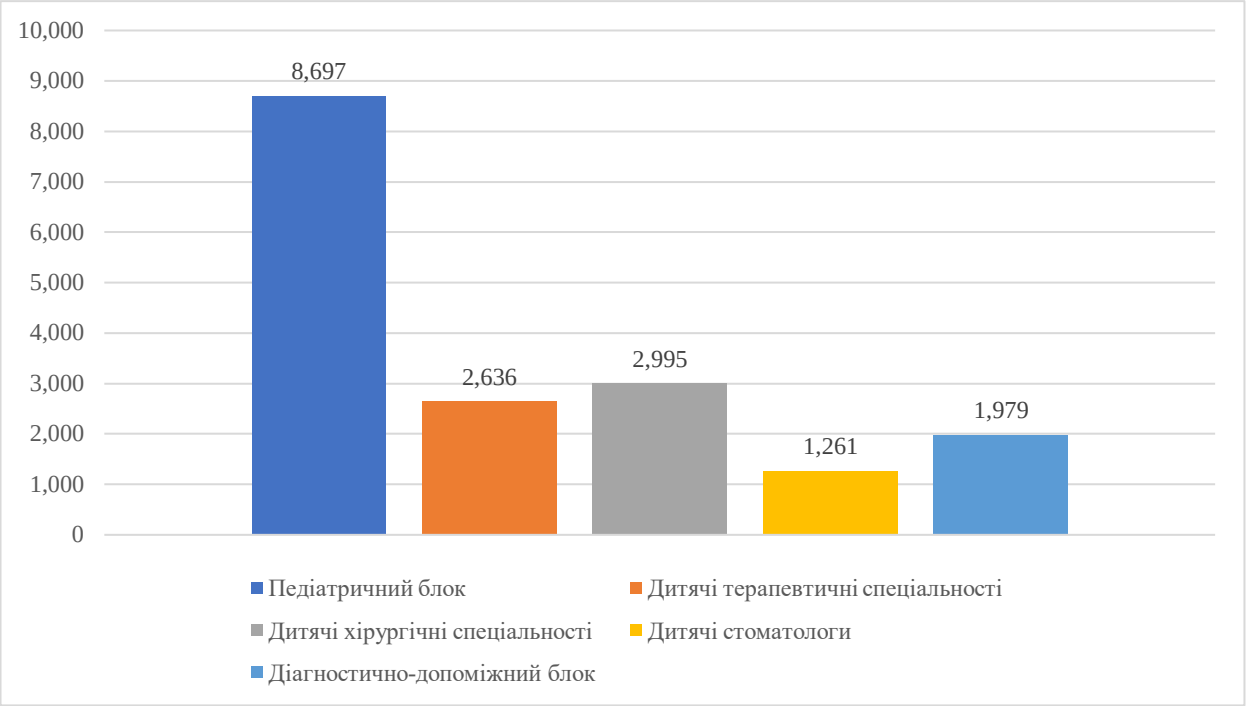


Рис. 3.18. Структура лікарів дитячого профілю за спеціальностями в Україні, 2024р. , осіб [168]

Кількісний аналіз структури лікарів дитячого профілю в Україні у 2024 році (рис.3.18) свідчить про виражену концентрацію кадрового ресурсу у базовій педіатричній ланці. Із загальної чисельності 17 568 лікарів майже половину становлять педіатри та педіатри-неонатологи – 8 697 осіб. Це у 2,9 раза більше, ніж кількість дитячих хірургічних спеціалістів (2 995 осіб) та у 3,3 раза більше, ніж вузьких терапевтичних спеціалістів дитячого профілю (2 636 осіб).

Дитячі хірургічні спеціальності переважають над вузькими терапевтичними напрямами на 359 осіб, що свідчить про дещо більшу представленість оперативного сегмента в структурі спеціалізованої допомоги дітям. Водночас кількість дитячих стоматологів становить 1 261 особи та є більш ніж удвічі меншою порівняно з хірургічним блоком та майже у сім разів меншою порівняно з педіатричним сегментом.

На наступному рис 3.19. представлено порівняльну чисельність середнього медичного персоналу за регіонами України і, 2015-2024 рр., тис. осіб.

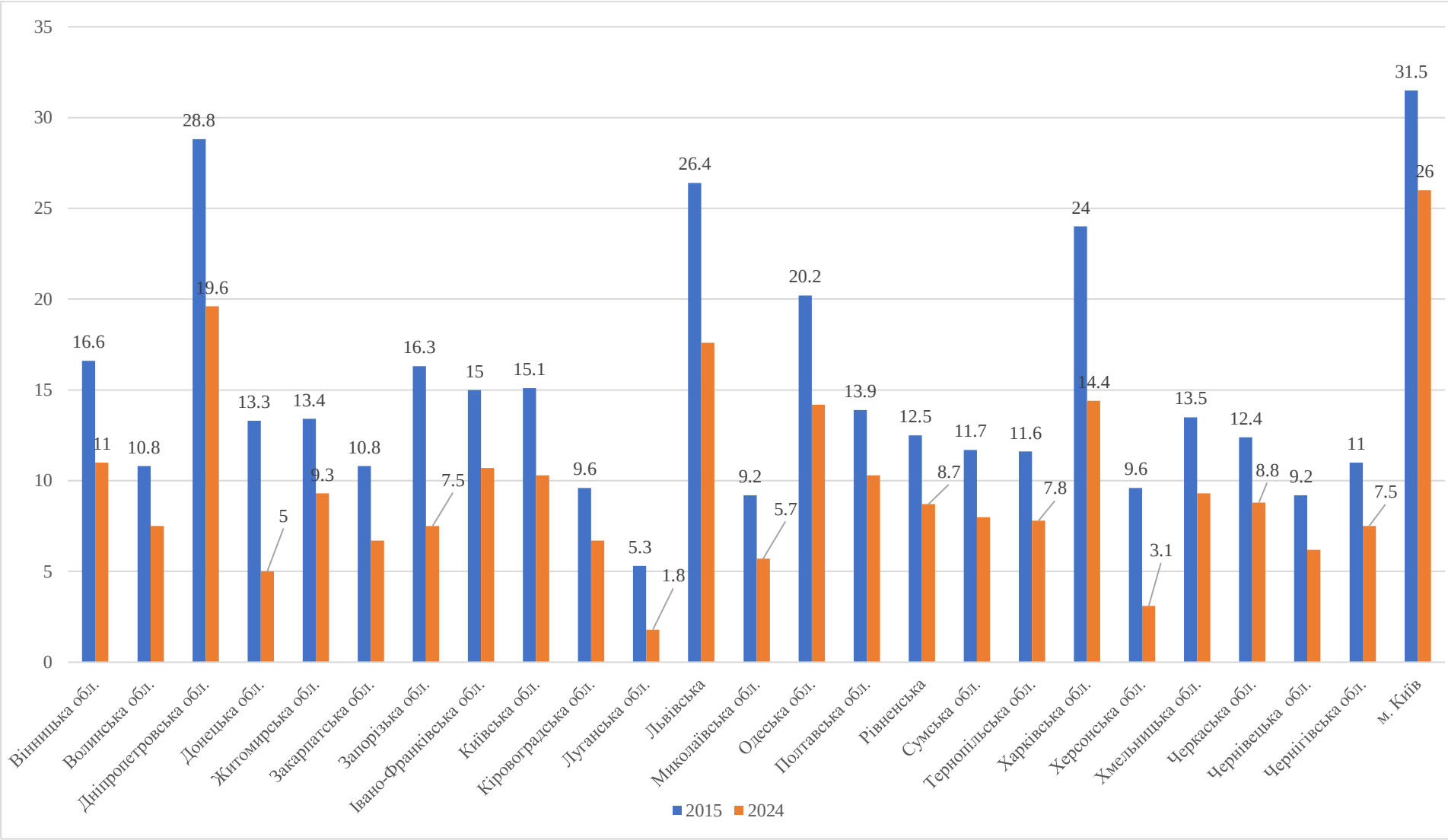


Рис. 3.19. Порівняльна чисельність середнього медичного персоналу за регіонами України у 2015 та 2024 рр., тис. осіб [157]

Порівняльний аналіз чисельності середнього медичного персоналу за регіонами України у 2015 та 2024 роках (рис.3.19) засвідчує стійку тенденцію до скорочення кадрового ресурсу практично в усіх областях України.

Найбільше відносне скорочення спостерігається у Херсонській області – чисельність середнього медичного персоналу зменшилася з 9,6 тис. осіб у 2015 році до 3,1 тис. осіб у 2024 році, що становить майже 68 % втрат. Аналогічно критичні показники зафіксовано у Луганській області, де скорочення становить близько 66 %, а також у Донецькій області понад 62 %. Значне зменшення кадрового потенціалу відбулося і в Запорізькій області, яке становить понад 50 %, що підтверджує суттєвий вплив безпекових факторів на кадрову стійкість системи охорони здоров'я.

Серед великих індустріальних регіонів істотне скорочення спостерігається у Харківській області з 24,0 до 14,4 тис. осіб, що становить близько 40 %, що також свідчить про значні кадрові втрати. Водночас у Дніпропетровській та Львівській областях, попри збереження відносно високих абсолютних показників, чисельність середнього медичного персоналу зменшилася більш ніж на третину.

Найменше скорочення зафіксовано у м. Києві з 31,5 до 26,0 тис. осіб, що становить близько 18 %, що вказує на відносно стабільнішу кадрову ситуацію у столиці порівняно з іншими регіонами.

Отримані результати регіонального аналізу свідчать про суттєві територіальні диспропорції у чисельності середнього медичного персоналу та тенденцію до його скорочення у 2015–2024 рр. Водночас для повнішого розуміння трансформації кадрової моделі системи охорони здоров'я доцільним є звернення до довгострокової динаміки забезпеченості медичними кадрами в Україні. З цією метою проаналізуємо показники забезпеченості лікарями та середнім медичним персоналом у 1990–2017 роках, результати якого подано на рис. 3.20.

За досліджуваний період показник забезпеченості середнім медичним персоналом зменшився з 117,5 до 85,4 осіб на 10 тис. населення (рис.3.20), що становить скорочення на 27,3 %. Водночас забезпеченість лікарями залишалася відносно стабільною: у 1990 році – 44,0, у 2017 році – 44,1 на 10 тис. населення, з максимальним значенням у 2010 році, що дорівнювало 49,3.

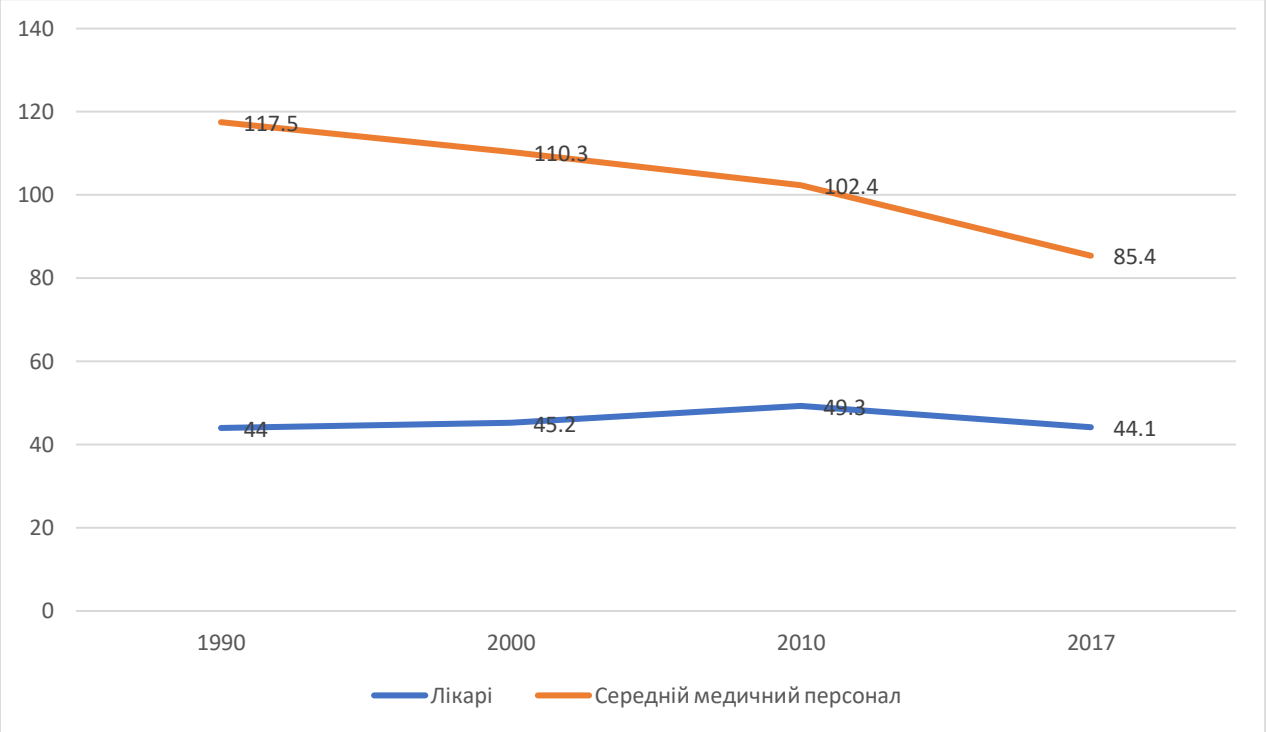


Рис. 3.20. Забезпеченість медичними кадрами в України, 1990–2017 рр. на 10 тис. населення [179]

Особливо показовою є трансформація співвідношення між лікарями та середнім медичним персоналом. Якщо у 1990 році на одного лікаря припадало приблизно 2,7 особи середнього медичного персоналу, то у 2017 році цей показник знизився до 1,9. Таким чином, кадрова структура системи охорони здоров'я змістилася у бік зменшення підтримуючого персоналу, що може свідчити про підвищення навантаження на лікарський корпус та зміну організаційної моделі надання медичних послуг.

На наступному рис. 3.21 відображено показники забезпеченості лікарями (штатні посади) за регіонами України у 2021–2024 роках.

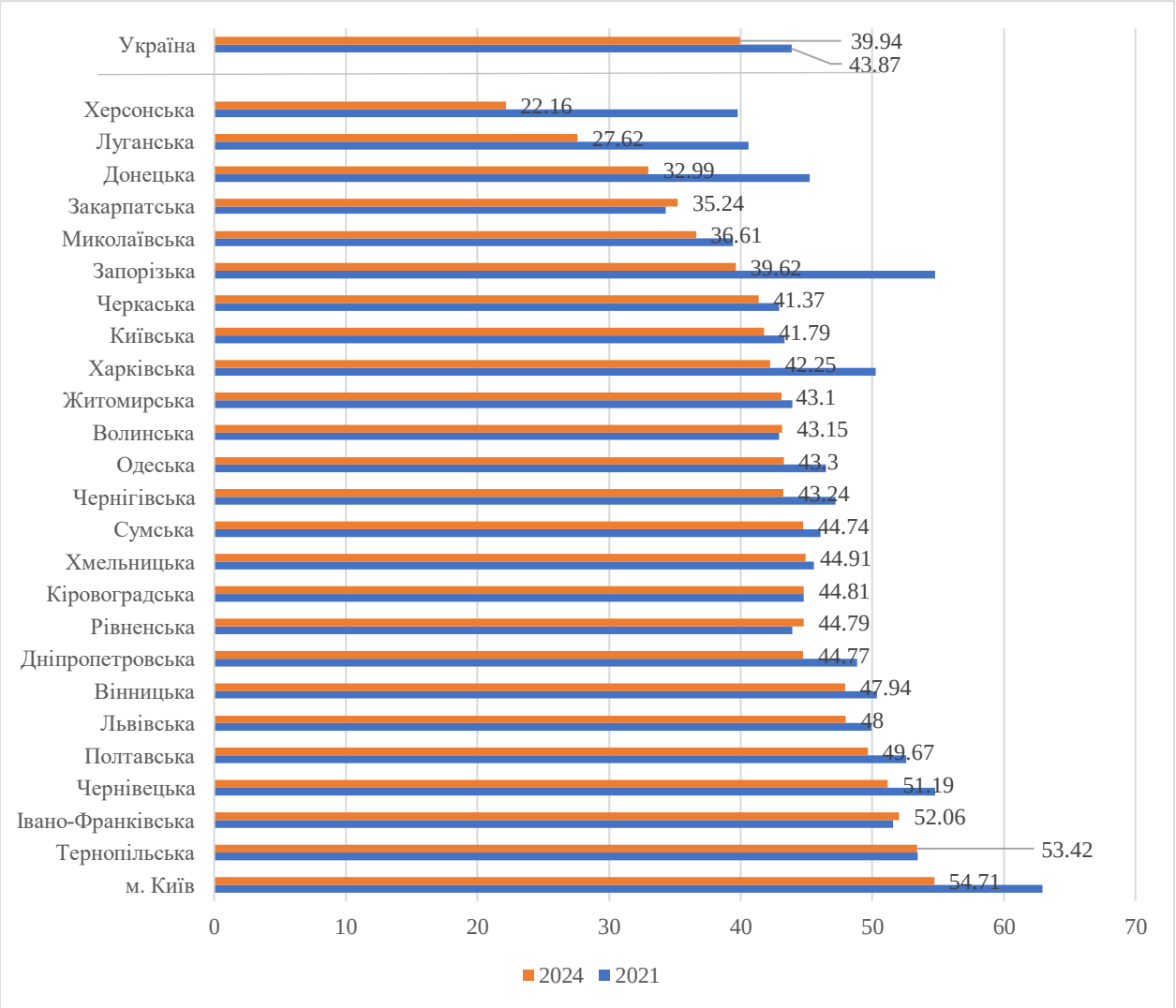


Рис. 3.21. Забезпеченість лікарями (штатні посади) за регіонами України у 2021–2024 рр., на 10 тис. населення [179]

Порівняльний аналіз забезпеченості лікарями (штатні посади) за регіонами України у 2021 – 2024 рр.(рис.3.21) вказує на загальнонаціональну тенденцію до скорочення кадрового потенціалу. У 2024 році показник забезпеченості становить 39,94 на 10 тис. населення проти 43,87 у 2021 році, що означає зниження на 3,93 одиниці або майже 9 %.

Найвищі темпи скорочення відзначаються у Херсонській області показник зменшився з 39,78 до 22,16 на 17,62 пункти, у Луганській з 40,60 до 27,62 на 12,98 пункти, у Донецькій з 45,26 до 32,99 на 12,27 пункти, у Запорізькій з 54,80 до 39,62 на 15,18 пункти, у Харківській з 50,26 до 42,25 на 8,01 пункти. Значне зниження спостерігається також у м. Києві та становить 8,23 пункти.

Однак у низці західних та центральних регіонів зафіксовано відносну стабілізацію або незначне зростання показника, а саме в Івано-Франківській, Закарпатській, Волинській та Рівненській областях, що свідчить про внутрішню міграцію кадрового ресурсу та регіональну концентрацію медичного персоналу. Отже, попри формальне збереження відносно високого рівня забезпеченості у частині регіонів, міжрегіональна диференціація суттєво посилилася.

На наступному рис. 3.22 представлено показники забезпеченості лікарями (фізичні особи) за регіонами України у 2021–2024 роках на 10 тис. населення.

Порівняльний аналіз забезпеченості лікарями за фізичними особами у 2021–2024 рр.(рис.3.22) демонструє більш глибоку трансформацію кадрового потенціалу, ніж це відображено за показниками штатних посад. У 2024 році рівень забезпеченості лікарями (фізичні особи) становить 31,14 на 10 тис. населення проти 35,1 у 2021 році, що означає зниження показника на 3,96 одиниці або понад 11 %. Таким чином, фактична чисельність лікарів скорочується швидшими темпами, ніж передбачено штатною структурою.

Максимальне зниження показника зафіксовано у регіонах, що зазнали найбільшого впливу воєнних дій та інтенсивних міграційних процесів.. Зокрема, у Донецькій області забезпеченість знизилася з 28,36 до 13,94, що становить скорочення на 50,8 %, у Луганській з 27,7 до 13,83 (–50,1 %), у Херсонській з 26,66 до 13,23 (–50,4 %). Значне зниження також спостерігається у Запорізькій області з 41,57 до 28,33 (–31,8 %) та у Харківській області з 40,8 до 29,31 (–28,2 %). Така динаміка свідчить про суттєве скорочення фактично працюючих лікарів та втрату кадрової стійкості у прифронтових регіонах.

Слід відзначити, що у частині західних і центральних областей спостерігається відносна стабілізація показника, зокрема у Волинській, Рівненській, Кіровоградській та Полтавській областях. Це вказує на перерозподіл медичних кадрів у межах країни та формування нових регіональних центрів концентрації лікарського ресурсу.

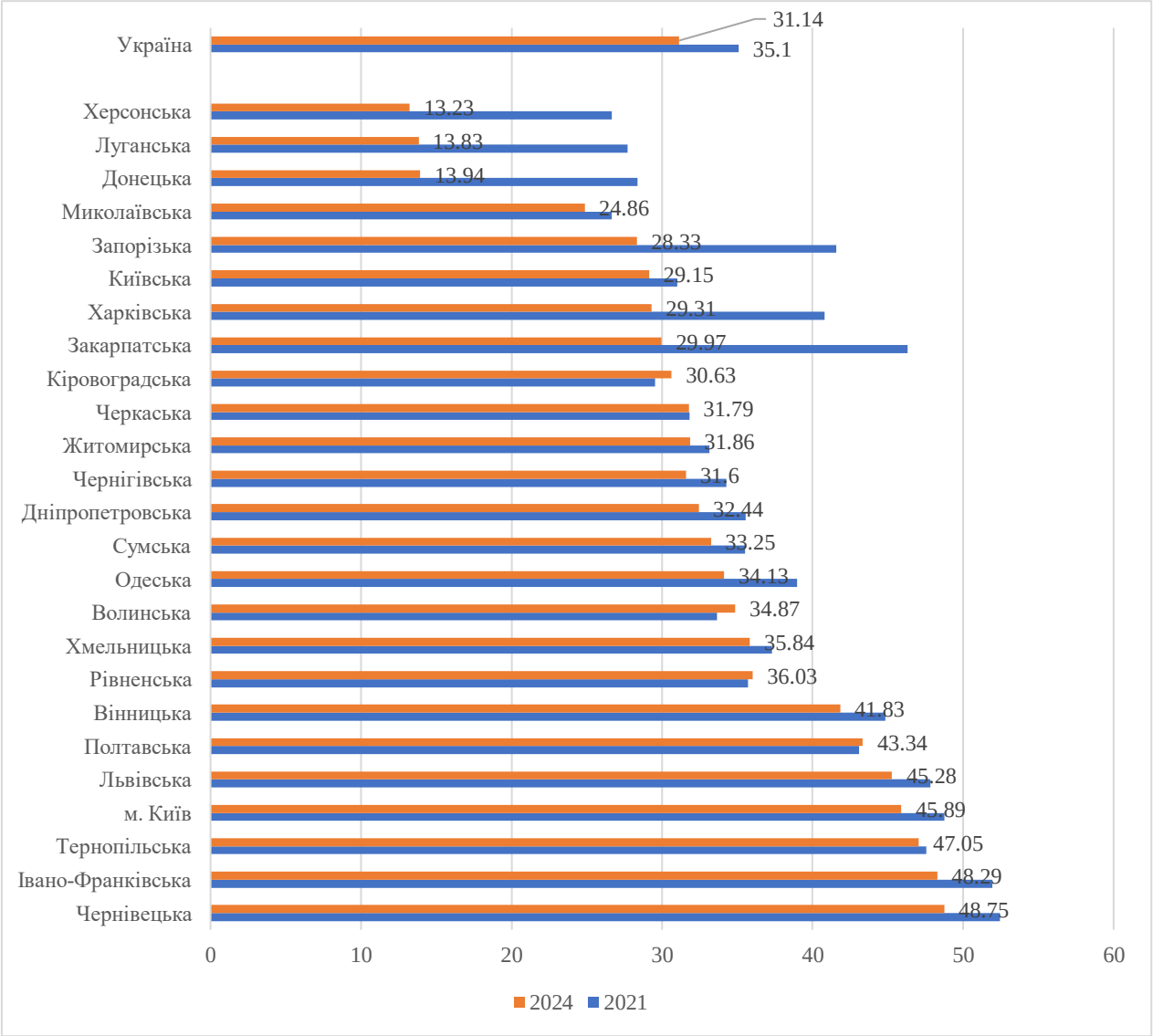


Рис. 3.22. Забезпеченість лікарями (фізичні особи) за регіонами України у 2021–2024 роках на 10 тис. населення [179]

Отже, якщо показники за штатними посадами відображають номінальну структуру кадрового забезпечення, то дані за фізичними особами демонструють реальний рівень кадрової присутності. Зростання розриву між цими двома характеристиками засвідчує посилення структурного дефіциту лікарів та підвищення навантаження на працюючий медичний персонал.

На наступному рис. 3.23 представлено показники забезпеченості середнім медичним персоналом за штатними посадами в регіональному розрізі України на 10 тис. населення, 2021–2024 рр.

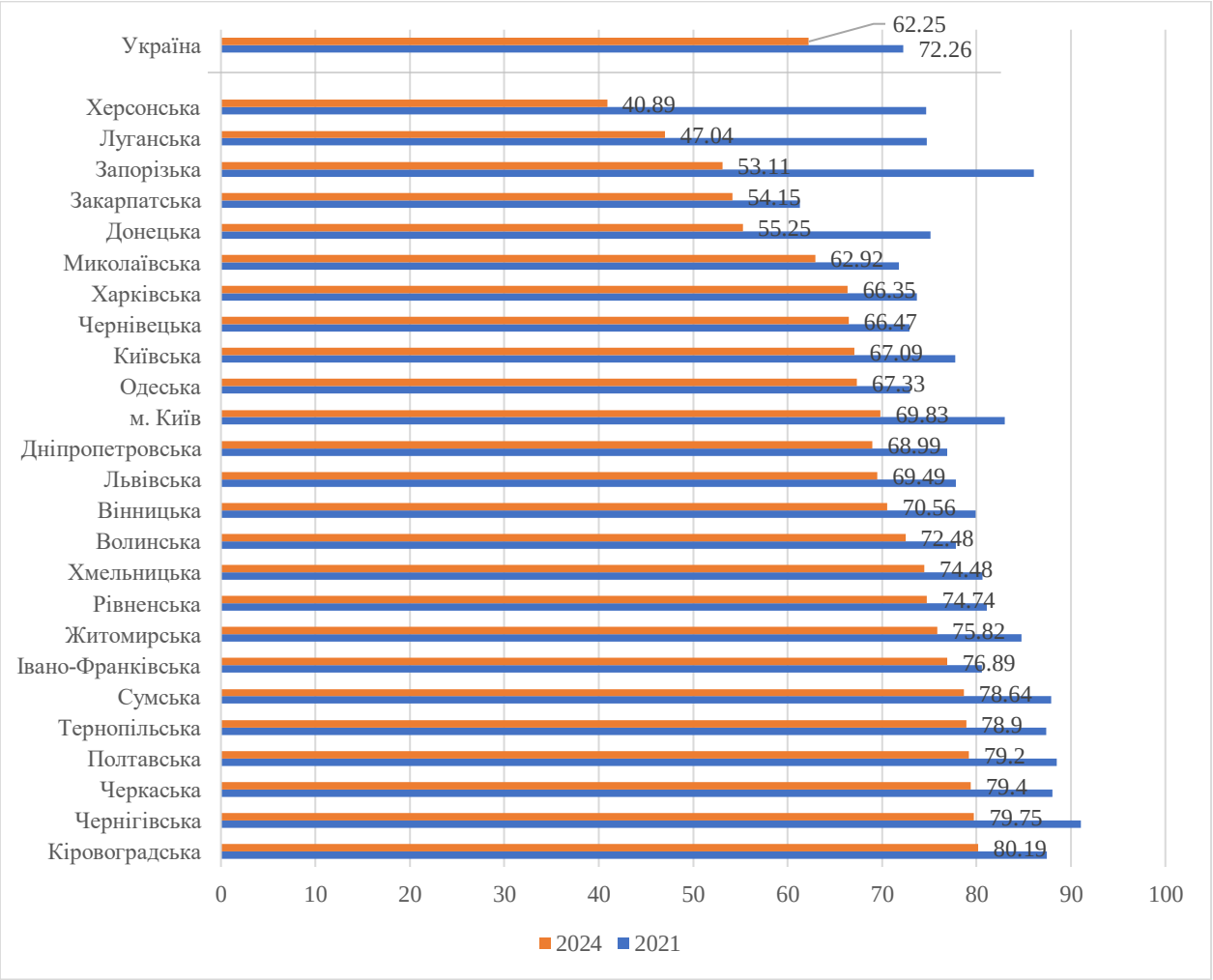


Рис. 3.23 Забезпеченість середнім медичним персоналом (штатні посади) за регіонами України у 2021–2024 рр., на 10 тис. населення [179]

У 2021–2024 рр. кадрова структура системи охорони здоров'я України (рис.3.23) зазнала помітних змін у сегменті середнього медичного персоналу. У 2024 році показник забезпеченості становив 62,25 на 10 тис. населення проти 72,26 у 2021 році, що відповідає зменшенню на 10,01 одиниці або 13,8 %. Така динаміка відображає не лише кількісні втрати, а й зміну співвідношення між основними категоріями медичних працівників, оскільки темпи скорочення середнього персоналу перевищують аналогічні показники щодо лікарів.

Найбільш виражене скорочення спостерігається у регіонах, що зазнали впливу воєнних дій та значного відтоку населення. У Херсонській області показник зменшився з 74,64 до 40,89 на 10 тис. населення (–45,2 %), у Запорізькій з 86,10 до 53,11 (–38,3 %), у Луганській з 74,73 до 47,04 (–37,1 %), у Донецькій з 75,14 до 55,25 (–26,5 %). Скорочення також простежується у столиці та прилеглих регіонах, що свідчить про загальнодержавний характер кадрових змін. Разом із тим у частині західних та центральних областей темпи зниження є менш вираженими, зокрема в Івано-Франківській (–4,5 %), Рівненській (–7,8 %) та Хмельницькій (–7,6 %) областях. Це може вказувати на часткову компенсацію кадрових втрат за рахунок внутрішньої міграції та перерозподілу трудових ресурсів у межах країни.

На наступному рис. 3.24 відображено показники забезпеченості середнім медичним персоналом (фізичні особи) за регіонами України у 2021–2024 рр., на 10 тис. населення. На відміну від штатної забезпеченості, ці дані відображають реальний кадровий потенціал системи охорони здоров'я та ступінь фактичної укомплектованості посад. У 2024 році загальнонаціональний показник забезпеченості середнім медичним персоналом (фізичні особи) (рис.3.24) становить 52,56 на 10 тис. населення проти 63,72 у 2021 році, що відповідає скороченню на 11,16 одиниці або 17,5 %. Темпи зниження перевищують показники штатної забезпеченості, що свідчить про зростання вакантності посад та посилення дефіциту середнього медичного персоналу. Відчутні зміни зафіксовано у Донецькій області, так показник знизився з 64 до 26,2 (–59,1 %), у Луганській з 66,5 до 27,58 (–58,5 %), у Херсонській з 63,12 до 30,22 (–52,1 %), у Запорізькій з 68,3 до 39,68 (–41,9 %). Така динаміка свідчить про глибоку втрату фактично працюючого середнього медичного персоналу.

Таким чином, динаміка фізичних осіб засвідчує поглиблення фактичного кадрового дефіциту, який є більш вираженим, ніж це відображають показники штатної чисельності. Це підвищує навантаження на наявний персонал та створює ризики зниження якості й доступності медичних послуг.

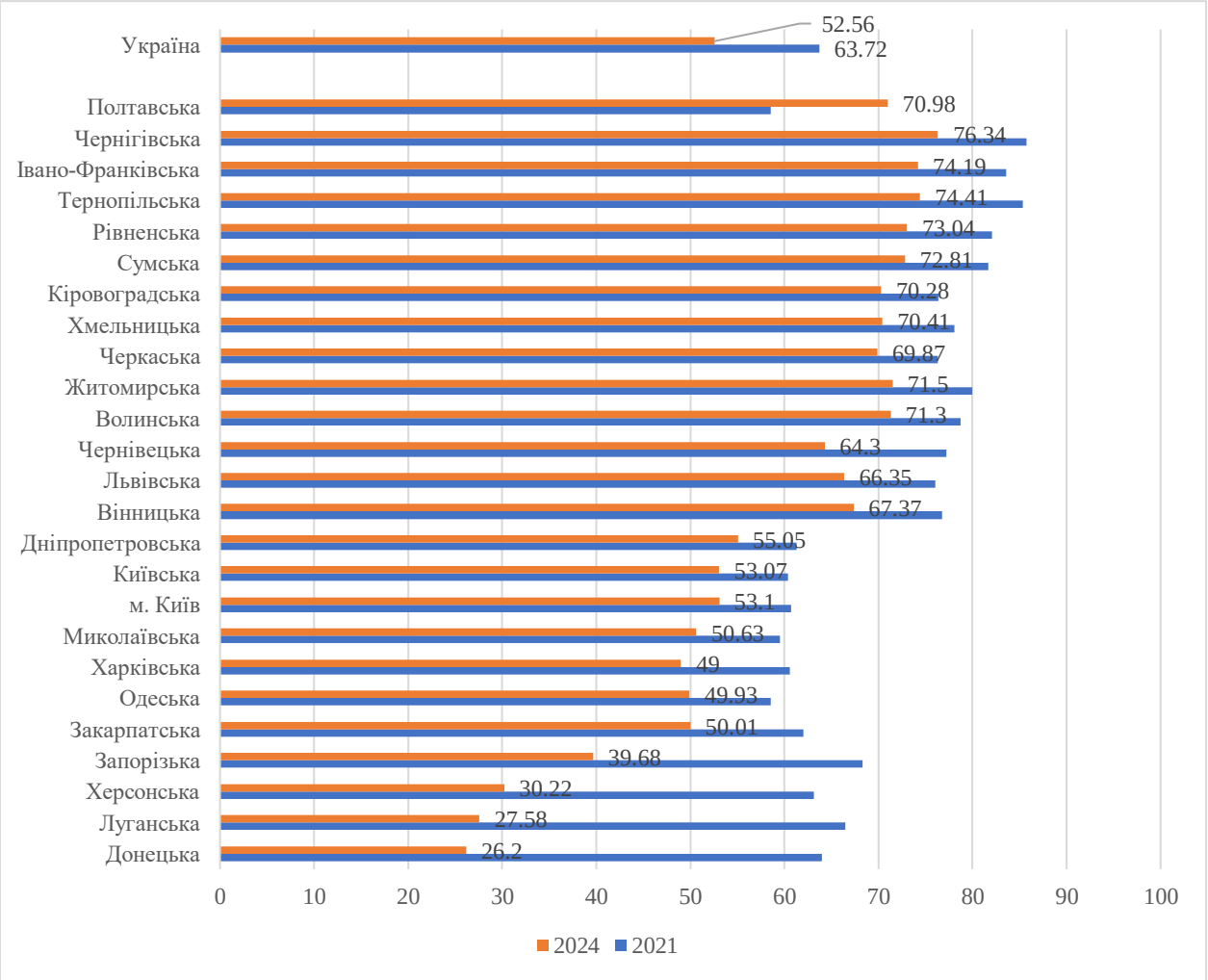


Рис. 3.24. Забезпеченість середнім медичним персоналом (фізичні особи) за регіонами України у 2021–2024 рр., на 10 тис. населення [179]

На наступному рис 3.25 відображено показники кадрової укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами в Україні у 2021–2024 роках. Показники кадрової укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами у 2021–2024 рр. відображають не лише зміну чисельності медичних працівників, а й рівень інституційної спроможності системи охорони здоров'я забезпечувати безперервність надання медичних послуг.

Загальнонаціонального показник кадрової укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами(рис.3.25) у 2024 порівняно з 2021 роком скоротився з 80 % до 77,96 % свідчить про поступове зростання частки вакантних посад та зменшення реальної кадрової наповненості медичних закладів.

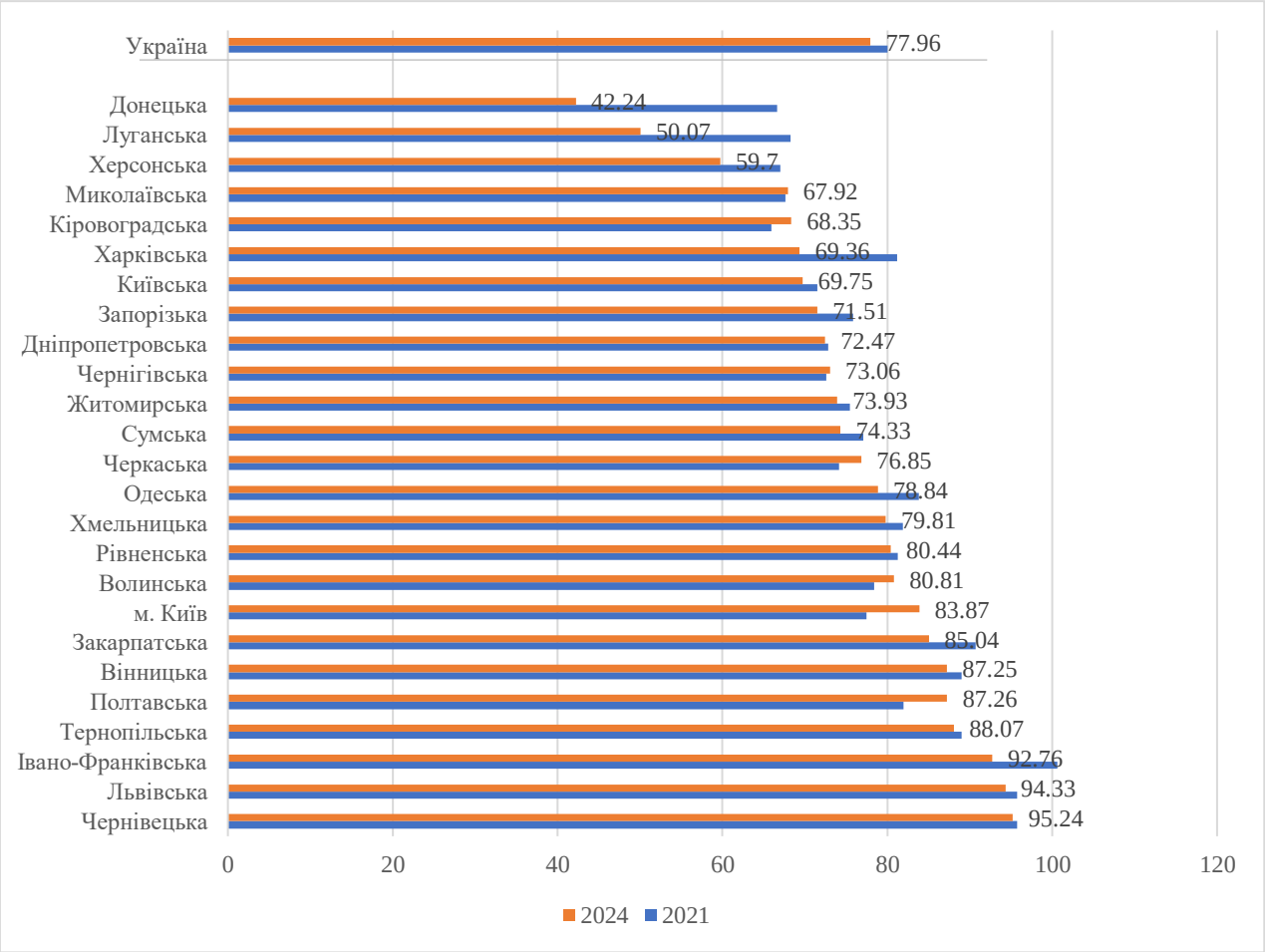


Рис. 3.25. Кадрова укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами в Україні у 2021–2024 роках, %[179]

Особливої уваги потребують регіони, де укомплектованість знизилася до рівня, що наближається до критичного. У Донецькій області заповнено лише 42,24 % штатних посад, у Луганській – 50,07 %, у Херсонській – 59,7 %. За таких умов функціонування системи охорони здоров'я відбувається в режимі хронічного кадрового дефіциту, що підвищує ризики перевантаження персоналу, обмежує доступність спеціалізованої допомоги та ускладнює дотримання стандартів медичної якості.

Водночас у низці регіонів західної частини держави рівень укомплектованості перевищує 90 %, що демонструє нерівномірність кадрових процесів та посилення територіальної концентрації лікарських

кадрів. Така диференціація формує асиметричну модель функціонування галузі, за якої кадрова стійкість окремих регіонів забезпечується на тлі значного ослаблення інших.

З метою поглиблення аналізу кадрової укомплектованості доцільно деталізувати отримані результати у розрізі професійних груп лікарів (табл.3.1). На основі аналізу загальна чисельність лікарів скоротилася на 16 212 осіб (–11,3 %), що підтверджує стійку тенденцію зменшення кадрового потенціалу галузі. Також паралельно спостерігається зниження рівня атестації з 67,1 % до 58,0 % (–9,1 п.п.), що вказує на ослаблення професійної стабільності та зниження частки лікарів із підтвердженою кваліфікаційною категорією.

Найбільш відчутні втрати простежуються у спеціальностях, що формують основу вторинної та спеціалізованої медичної допомоги. Зокрема, чисельність стоматологів зменшилася на 25,2 %, педіатрів на 18,8 %, акушерів-гінекологів на 14,1 %, терапевтів на 13,5 %. Така динаміка створює ризики звуження доступності профільної допомоги та підвищення навантаження на суміжні спеціальності. Поряд із кількісним скороченням відбувається зниження частки атестованих лікарів практично в усіх професійних групах. Найбільше зменшення рівня атестації зафіксовано серед психіатрів (–14,7 п.п.), хірургів (–12,3 п.п.), лікарів невідкладних станів (–12,1 п.п.) та анестезіологів (–11,5 п.п.). Це може свідчити як про кадровий відтік досвідчених фахівців, так і про порушення безперервності професійного розвитку в умовах системної турбулентності. Водночас найменші темпи скорочення чисельності демонструють онкологи (–2,9 %) та лікарі медицини невідкладних станів (–5,1). Поєднання кадрового скорочення з падінням рівня атестації формує довгострокові ризики зниження якості медичних послуг, ускладнює процес відтворення кваліфікованого лікарського корпусу та потребує перегляду механізмів кадрової політики у сфері охорони здоров’я.

Таблиця 3.1

Динаміка атестації лікарів за фахами в Україні у 2021–2024 роках[179]

Фахівці	2021, осіб	2024, осіб	Абсолютне відхилення, осіб	Відносне відхилення, %	Атестовані лікарі, 2021 р., %	Атестовані лікарі, 2024 р., %	Абсолютне відхилення, в.п.	Відносне відхилення, %
Терапевти	9637	8340	-1297	-13,5	68,8	57,3	-11,5	-16,7
Хірурги	7045	6582	-463	-6,6	79,5	67,2	-12,3	-15,5
Онкологи	752	730	-22	-2,9	60,9	50,8	-10,1	-16,6
Стоматологи	7943	5944	-1999	-25,2	74,0	66,0	-8,0	-10,8
Акушери-гінекологи	8938	7675	-1263	-14,1	84,1	73,7	-10,4	-12,4
Педіатри	7780	6315	-1465	-18,8	73,4	68,8	-4,6	-6,3
Психіатри	2766	2587	-179	-6,5	75,0	60,3	-14,7	-19,6
Лікарі з медицини невідкладних станів	3756	3565	-191	-5,1	74,0	61,9	-12,1	-16,4
Анестезіологи	7950	7483	-467	-5,9	72,6	61,1	-11,5	-15,8
Загальної практики – сімейні лікарі	14367	13262	-1105	-7,7	72,4	65,2	-7,2	-9,9
Усього по галузі	143887	127675	-16212	-11,3	67,1	58,0	-9,1	-13,6

Отже, комплексний аналіз кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України у довгостроковій (1990–2017 рр.) та сучасній динаміці 2015–2024 рр. засвідчує системне скорочення кадрового ресурсу та поглиблення регіональної диференціації.

У 2021–2024 роках зафіксовано зниження забезпеченості лікарями з 43,87 до 39,94 на 10 тис. населення (штатні посади) та з 35,1 до 31,14 (фізичні особи). Забезпеченість середнім медичним персоналом скоротилася ще інтенсивніше з 72,26 до 62,25 (штатні посади) та з 63,72 до 52,56 (фізичні особи). Це свідчить про поглиблення фактичного кадрового дефіциту та зростання вакантності посад.

Найбільш критичні кадрові втрати спостерігаються у Донецькій, Луганській, Херсонській та Запорізькій областях, де рівень забезпеченості лікарями за фізичними особами знизився більш ніж на 30–50 %, а укомплектованість штатних посад у 2024 році становить відповідно 42,24 % (Донецька), 50,07 % (Луганська) та 59,7 % (Херсонська). Значне скорочення кадрового потенціалу також зафіксовано у Харківській області.

Водночас відносна стабільність або менші темпи зниження показників характерні для Івано-Франківської, Тернопільської, Рівненської, Волинської, Хмельницької та Львівської областей, де рівень укомплектованості перевищує 80–90 %, що свідчить про концентрацію кадрового ресурсу у західному регіоні. Додатковим фактором кадрової вразливості є зниження рівня атестації практично в усіх ключових спеціальностях, зокрема серед психіатрів, хірургів, анестезіологів і лікарів невідкладних станів.

Таким чином, регіональний розріз підтверджує формування асиметричної моделі кадрового забезпечення, за якої східні та південні області характеризуються глибоким дефіцитом медичних кадрів, тоді як західний регіон демонструє відносну кадрову стійкість. Виявлені тенденції вказують на необхідність диференційованої державної кадрової політики з урахуванням специфіки окремих регіонів та рівня їх кадрової спроможності.

3.3. Рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України

Важливою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я є її інфраструктурний потенціал, який визначає спроможність медичної системи забезпечувати доступність, безперервність та якість медичної допомоги для населення. Інфраструктура охорони здоров'я включає мережу закладів медичної допомоги, їх матеріально-технічне забезпечення, ліжковий фонд, а також амбулаторно-поліклінічні потужності, що формують основу функціонування медичної системи.

В умовах трансформації системи охорони здоров'я України, зумовленої медичною реформою, демографічними змінами та наслідками воєнних дій, особливого значення набуває оцінка просторової структури медичної інфраструктури, рівня забезпеченості населення медичними ресурсами та ефективності їх використання. Аналіз інфраструктурного потенціалу дозволяє визначити регіональні диспропорції у розвитку медичної мережі, оцінити доступність стаціонарної та амбулаторної допомоги, а також виявити ключові тенденції трансформації системи медичного обслуговування населення.

Здійснено комплексний аналіз інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України за такими основними напрямами: територіальна структура мережі медичних закладів; забезпеченість регіонів лікарняними ліжками та розвиток ліжкового фонду; потужність амбулаторно-поліклінічних закладів; інтенсивність використання медичної інфраструктури через показники відвідуваності, госпіталізації та ліжко-днів; ефективність функціонування стаціонарної медичної допомоги через середню тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі.

Зазначені показники дозволяють комплексно оцінити рівень розвитку медичної інфраструктури України та визначити основні напрями її подальшої модернізації з урахуванням сучасних викликів функціонування системи охорони здоров'я.

На рис. 3.26 представлено кількість лікарняних закладів в окремих регіонах України, 2024 р.

Найбільша кількість лікарняних закладів зосереджена у великих промислових та густонаселених регіонах (рис.3.26). Зокрема, лідируючі позиції за цим показником займають Харківська область — 69 закладів, Дніпропетровська область — 68 закладів, Львівська та Одеська області — по 56 закладів, а також місто Київ — 54 заклади. Значна кількість лікарень у зазначених регіонах пояснюється високою чисельністю населення, розвиненою мережею багатопрофільних медичних установ, а також концентрацією спеціалізованих та високотехнологічних медичних центрів, які забезпечують надання медичної допомоги не лише мешканцям відповідних областей, але й пацієнтам з інших регіонів країни.

Водночас у низці регіонів кількість лікарняних закладів є значно меншою. Найнижчі значення показника спостерігаються у Луганській області — 16 закладів, Херсонській області — 17 закладів, а також у Запорізькій та Чернівецькій областях — по 22 заклади. Така ситуація може бути зумовлена як меншою чисельністю населення, так і процесами оптимізації госпітальної мережі, що відбуваються у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Найбільша кількість лікарняних закладів зосереджена у великих промислових та густонаселених регіонах (рис.3.26). Зокрема, лідируючі позиції за цим показником займають Харківська область — 69 закладів, Дніпропетровська область — 68 закладів, Львівська та Одеська області — по 56 закладів, а також місто Київ — 54 заклади.

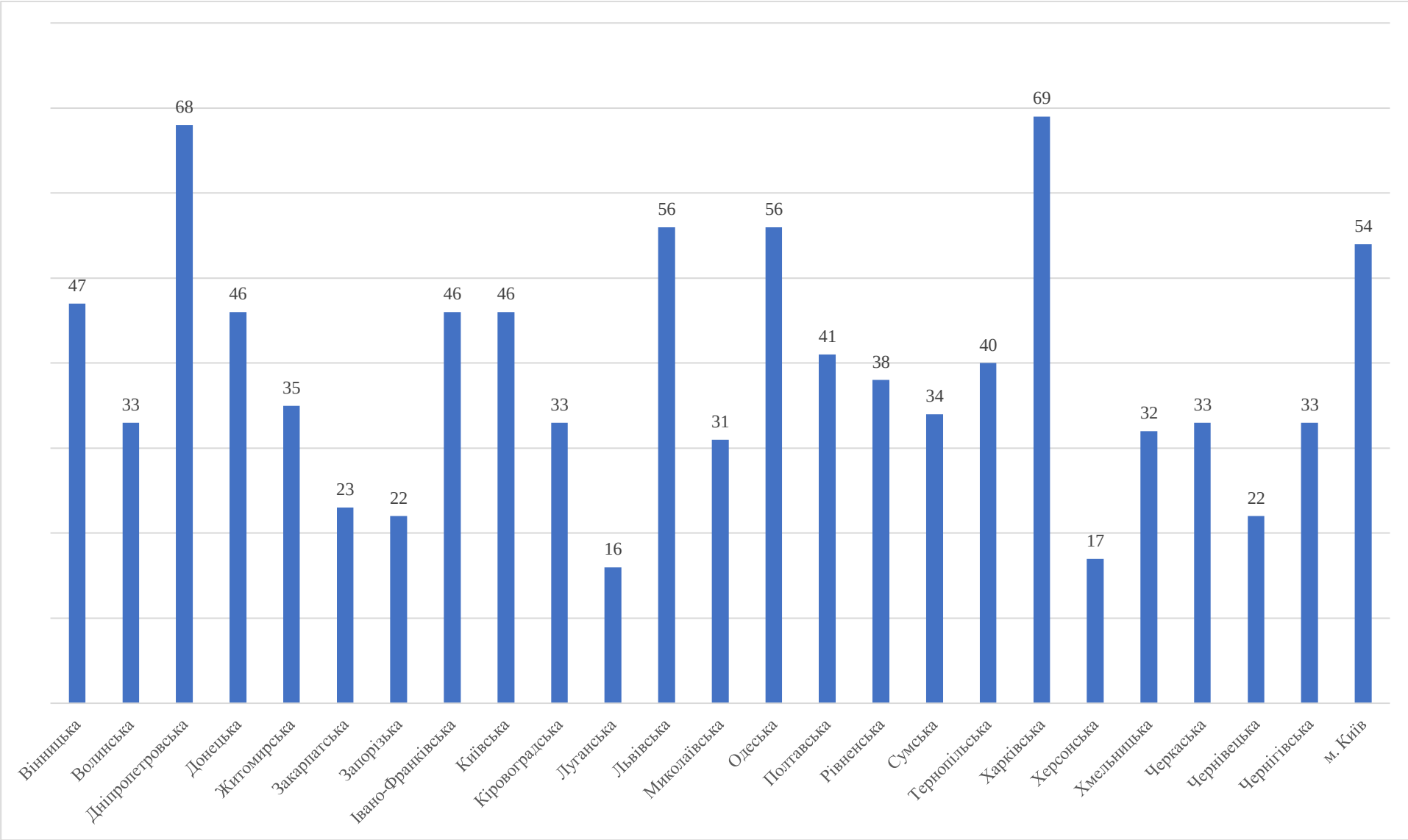


Рис 3.26. Кількість лікарняних закладів в окремих регіонах України, 2024 р.[168]

Значна кількість лікарень у зазначених регіонах пояснюється високою чисельністю населення, розвиненою мережею багатопрофільних медичних установ, а також концентрацією спеціалізованих та високотехнологічних медичних центрів, які забезпечують надання медичної допомоги не лише мешканцям відповідних областей, але й пацієнтам з інших регіонів країни.

Водночас у низці регіонів кількість лікарняних закладів є значно меншою. Найнижчі значення показника спостерігаються у Луганській області — 16 закладів, Херсонській області — 17 закладів, а також у Запорізькій та Чернівецькій областях — по 22 заклади. Така ситуація може бути зумовлена як меншою чисельністю населення, так і процесами оптимізації госпітальної мережі, що відбуваються у рамках реформування системи охорони здоров’я.

Крім того, суттєвий вплив на функціонування лікарняної мережі окремих регіонів мають наслідки воєнної агресії російської федерації, що призвели до часткового руйнування медичної інфраструктури, тимчасового припинення діяльності окремих медичних закладів та змін у структурі надання медичних послуг.

Важливим елементом аналізу інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров’я є дослідження структури лікарняної мережі за типами медичних закладів у регіональному розрізі. Такий аналіз дозволяє оцінити рівень диференціації стаціонарної медичної допомоги, а також визначити особливості організації госпітальної мережі в різних областях України.

На наступному рис 3.27. представлено показники розподіл лікарняних закладів за кількістю ліжок за типами у регіональному розрізі України за 2024 рік.

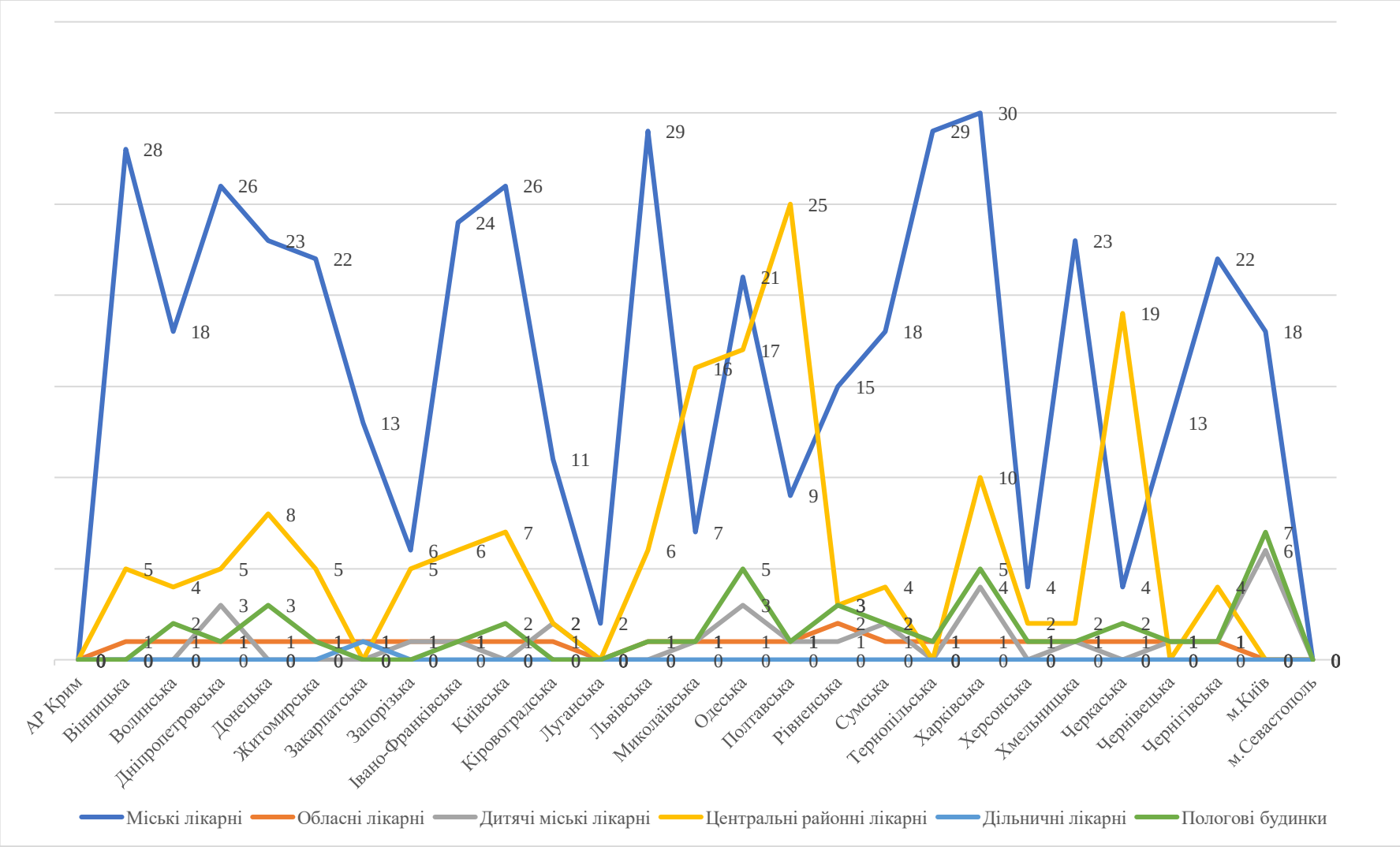


Рис 3.27. Розподіл лікарняних закладів за кількістю ліжок за типами у регіональному розрізі України, 2024 рік [168]

Структура лікарняних закладів в Україні (рис.3.27) характеризується переважанням міських лікарень, що є основною ланкою надання спеціалізованої медичної допомоги населенню.

Найбільша кількість міських лікарень спостерігається у Харківській області понад 30 закладів, Львівській області 29 закладів, Вінницькій області 28 закладів, а також у Дніпропетровській та Івано-Франківській областях по 26 закладів. Значна концентрація міських лікарень у цих регіонах пояснюється високою урбанізацією, значною чисельністю населення та розвиненою мережею багатопрофільних медичних установ, які забезпечують надання широкого спектра стаціонарної медичної допомоги.

Центральні районні лікарні також відіграють важливу роль у структурі госпітальної мережі, забезпечуючи доступність медичної допомоги для населення сільських та віддалених територій. Найбільша їх кількість зафіксована у Полтавській області 25 закладів, Чернігівській області 19 закладів, а також у Одеській області 17 закладів. Наявність значної кількості центральних районних лікарень сприяє забезпеченню територіальної доступності стаціонарної медичної допомоги.

Кількість обласних лікарень у регіонах є відносно стабільною і, як правило, становить один заклад на область, що відповідає організаційній структурі системи охорони здоров’я України. Обласні лікарні виконують функції високоспеціалізованих медичних центрів та забезпечують надання складної медичної допомоги пацієнтам з усієї території області.

Окрему групу медичних установ становлять дитячі лікарні та пологові будинки, які забезпечують спеціалізовану допомогу дітям та жінкам. Їх кількість у регіонах є значно меншою, однак вони відіграють важливу роль у системі охорони здоров’я, забезпечуючи надання вузькоспеціалізованих медичних послуг.

На рис. 3.28 визначено кількість лікарняних ліжок у стаціонарних закладах охорони здоров’я за регіонами України.

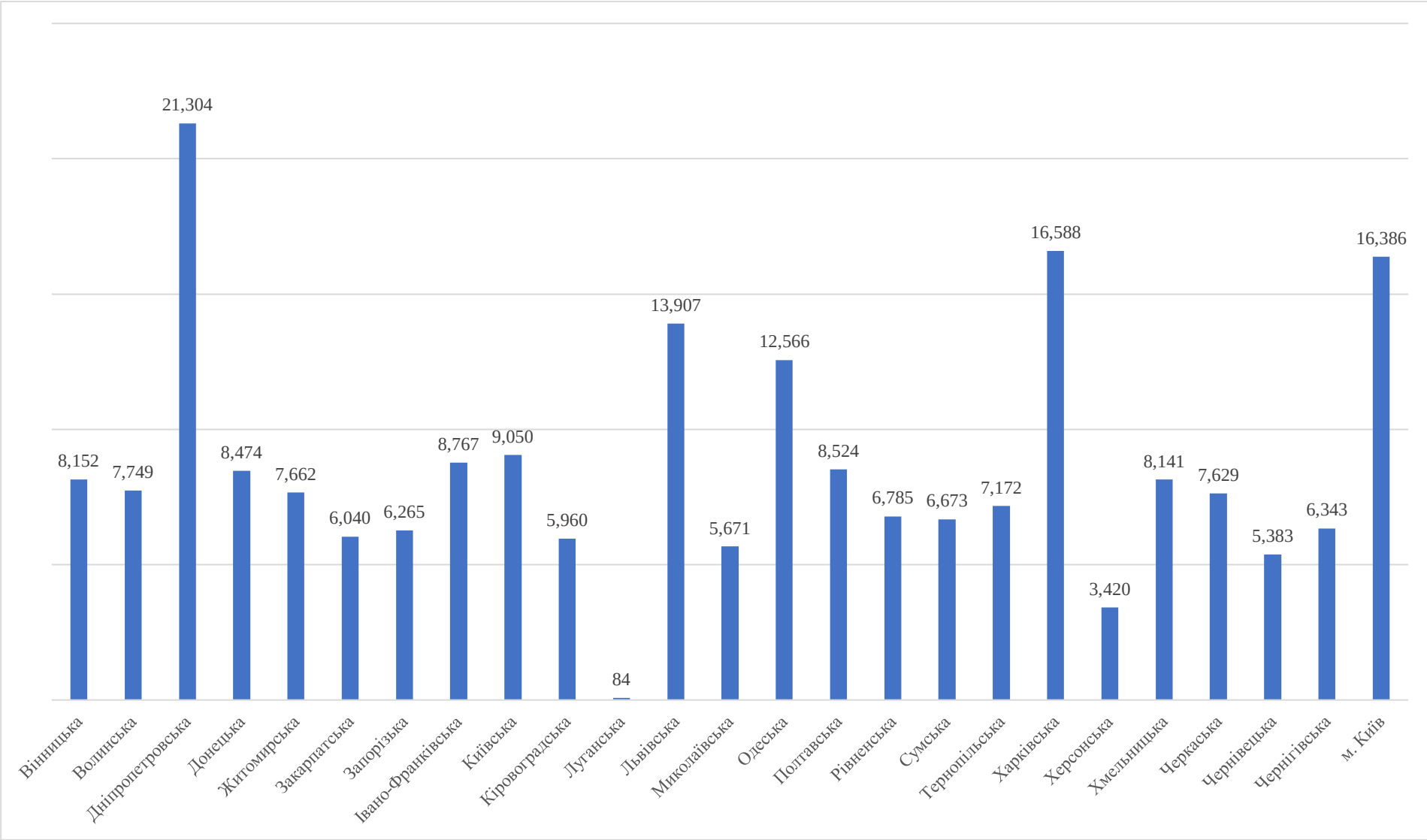


Рис. 3.28. Кількість лікарняних ліжок у стаціонарних закладах охорони здоров'я за регіонами України, 2024 р., тис. од. [168]

Найбільша кількість лікарняних ліжок(рис. 3.28) зосереджена у великих економічних та демографічних центрах країни. Зокрема, лідером за цим показником є Дніпропетровська область, де налічується 21 304 лікарняних ліжка. Значні обсяги ліжкового фонду також характерні для Харківської області – 16 588 ліжок, міста Києва – 16 386 ліжок, Львівської області –13 907 ліжок та Одеської області – 12 566 ліжок. Така концентрація ліжкового фонду пояснюється високою чисельністю населення, розвиненою мережею багатопрофільних лікарень та наявністю спеціалізованих медичних центрів, які обслуговують пацієнтів не лише з відповідних областей, а й з інших регіонів України.

Найнижчі значення показника зафіксовано у Луганській області лише 84 ліжка на 10 тис.населення, що пояснюється наслідками воєнних дій, тимчасовою окупацією частини території та руйнуванням медичної інфраструктури. Порівняно невеликі обсяги ліжкового фонду також спостерігаються у Херсонській області 3 420 ліжок, Чернівецькій області 5 383 ліжка та Миколаївській області 5 671 ліжко.

Загалом аналіз регіонального розподілу лікарняного ліжкового фонду свідчить про значну територіальну диференціацію у забезпеченні стаціонарною медичною допомогою населення України. Концентрація значної частини ліжкового фонду у великих промислових та адміністративних центрах зумовлена високою щільністю населення, розвитком медичної інфраструктури та функціонуванням спеціалізованих медичних установ, тоді як у менш населених або постраждалих від воєнних дій регіонах можливості стаціонарної медичної допомоги залишаються обмеженими.

На наступному рис. 3.29. відображено показники забезпеченості лікарняними ліжками на 10 тис. населення за регіонами України у 2010-2024 рр.

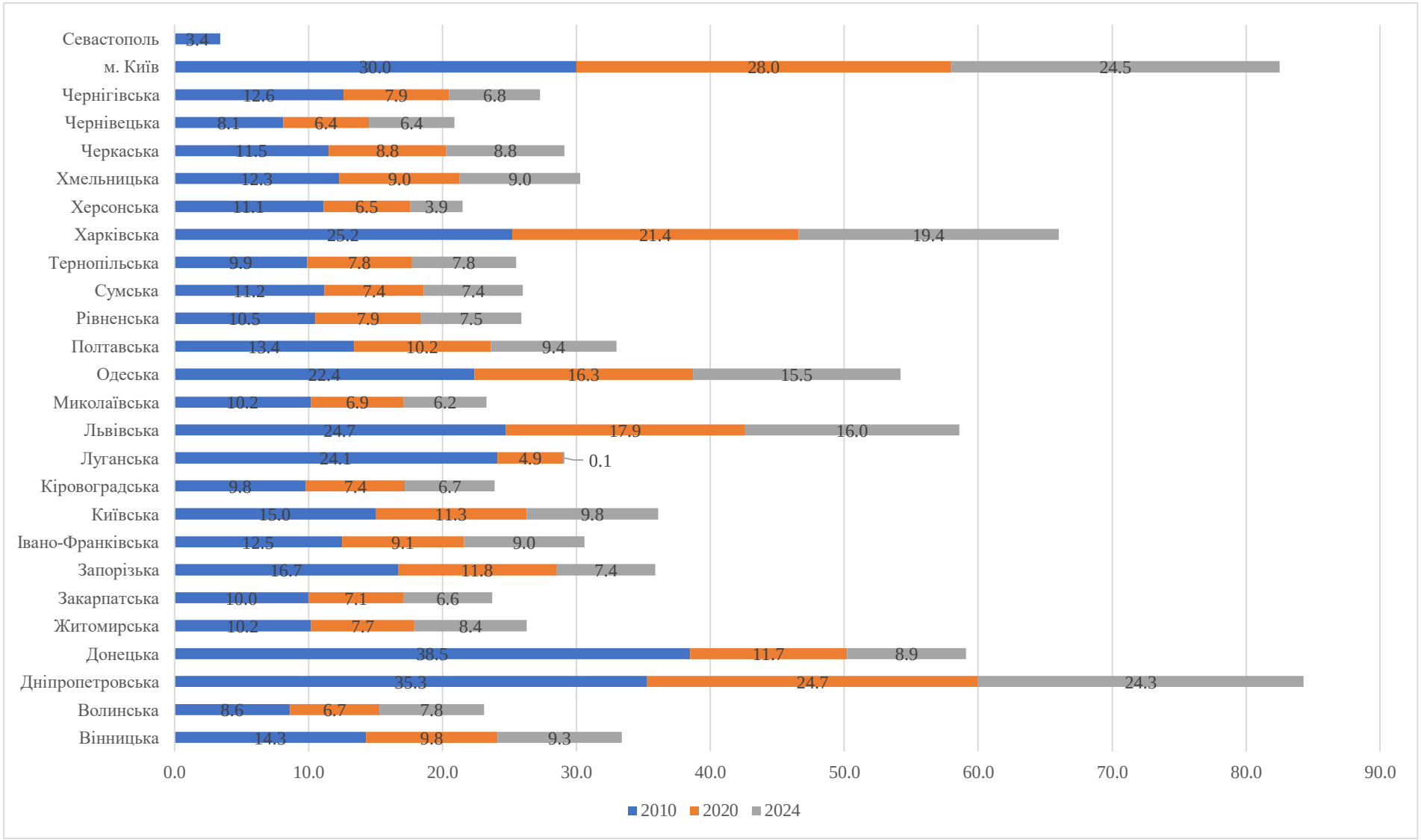


Рис. 3.29. Забезпеченість лікарняними ліжками на 10 тис. населення за регіонами України у 2010–2024 рр.[157]

Як свідчать наведені дані рис 3.29, протягом досліджуваного періоду в Україні спостерігається стійка тенденція до скорочення забезпеченості населення лікарняними ліжками. У більшості регіонів країни показник у 2024 році є суттєво нижчим порівняно з 2010 роком. Таке зниження пояснюється насамперед структурною трансформацією системи охорони здоров'я, оптимізацією мережі медичних закладів, розвитком амбулаторно-поліклінічної допомоги, а також впровадженням нових підходів до організації надання медичних послуг у рамках медичної реформи.

Найвищі значення забезпеченості лікарняними ліжками у 2024 році спостерігаються у місті Києві – 24,5 ліжка на 10 тис. населення, Дніпропетровській області – 24,3, Харківській області –19,4 та Львівській області – 16,0. Високі значення показника у зазначених регіонах пояснюються їх статусом великих медичних центрів, на території яких зосереджена значна кількість багатопрофільних лікарень, спеціалізованих медичних установ та науково-медичних центрів, що обслуговують не лише місцеве населення, але й пацієнтів з інших регіонів.

Водночас у низці областей спостерігається значно нижчий рівень забезпеченості лікарняними ліжками. Зокрема, найнижчі показники у 2024 році зафіксовано у Херсонській області – 3,9 ліжка на 10 тис. населення, Закарпатській області – 6,6, Волинській області – 7,8, Сумській області – 7,4 та Рівненській області – 7,5. Така ситуація зумовлена як демографічними та територіальними особливостями регіонів, так і процесами оптимізації госпітальної мережі. Крім того, суттєвий вплив на показники окремих регіонів, таких як, Сумській та Херсонській області має військова агресія російської федерації, що призвела до руйнування частини медичної інфраструктури, переміщення населення та зміни структури надання медичних послуг.

Порівняльний аналіз динаміки показника за 2010–2024 роки свідчить про суттєве скорочення ліжкового фонду практично в усіх регіонах України, що відображає загальносвітову тенденцію переходу від стаціонарно орієнтованої моделі медичної допомоги до розвитку амбулаторних, денних та стаціонарозамінних форм лікування.

На рис. 3.30 представлено динаміку планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів (тис. відвідувань за зміну) за регіонами України, 2010–2024 рр.

Відповідно до даних, представлених на рис. 3.30, у більшості регіонів України упродовж 2010–2024 років спостерігаються зміни у плановій ємності амбулаторно-поліклінічної мережі, що зумовлено реформуванням системи охорони здоров’я, оптимізацією медичної інфраструктури та впровадженням нових організаційних моделей надання медичної допомоги.

Найбільша планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів у 2024 році спостерігається у місті Києві близько 85,4 тис. відвідувань за зміну, що пояснюється високою концентрацією медичних установ, значною чисельністю населення та функціонуванням великої кількості спеціалізованих медичних центрів. Значні показники також характерні для Дніпропетровської області – 83,6 тис. відвідувань за зміну та Харківської області – 62,8 тис. відвідувань за зміну. Високі значення цього показника також спостерігаються в Одеській області близько 51,2 тис. відвідувань та Львівській області 46,8 тис. відвідувань за зміну.

Слід відзначити, що найменші значення показника у 2024 році зафіксовано у Луганській області 7,4 тис. відвідувань за зміну, що зумовлено руйнуванням медичної інфраструктури та тимчасовою окупацією значної частини території регіону. Порівняно невеликі значення також характерні для Херсонської області 12,7 тис. відвідувань та Чернівецької області 17,6 тис. відвідувань за зміну.

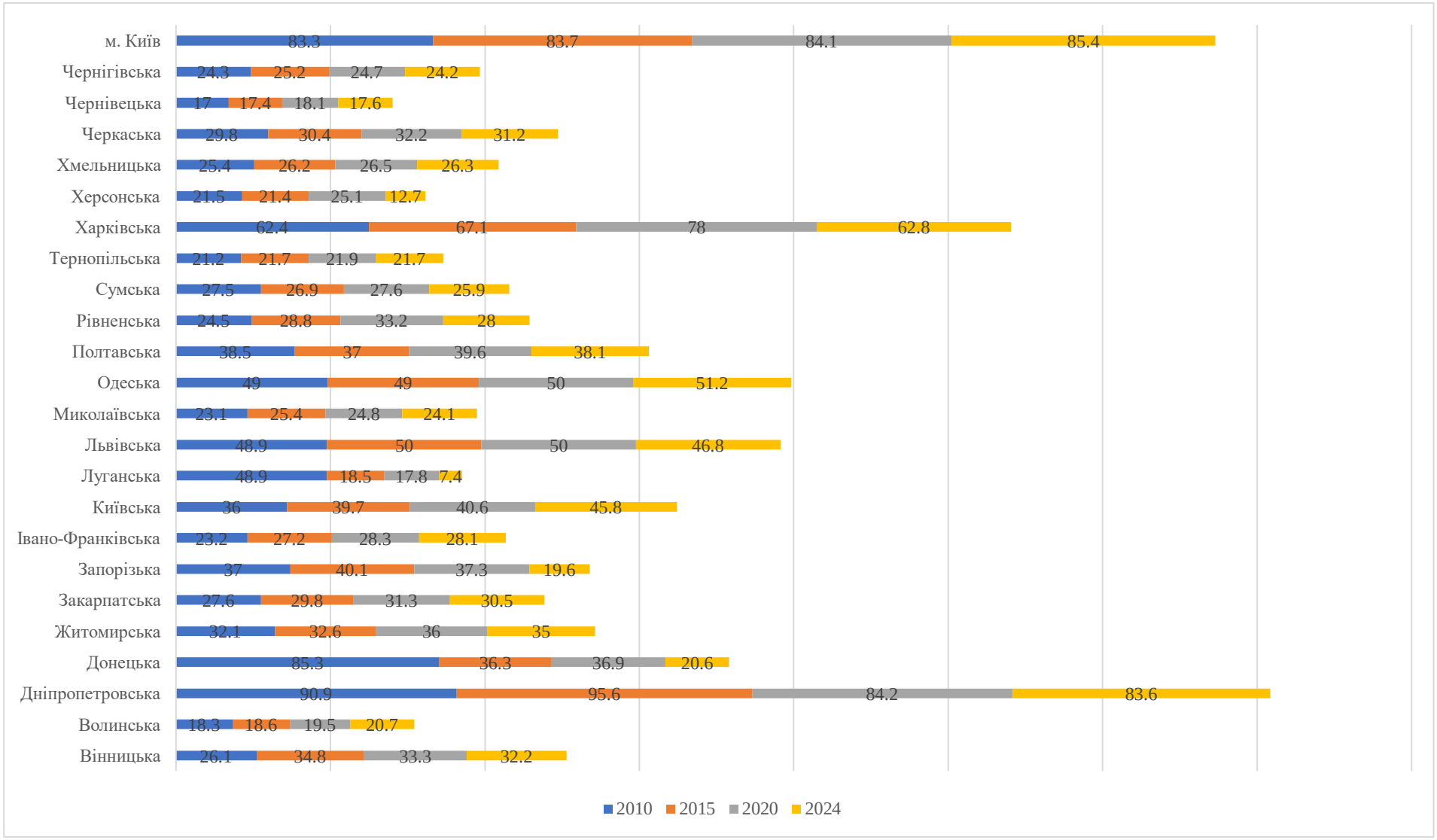


Рис. 3.30. Динаміка планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів (тис. відвідувань за зміну) за регіонами України, 2010–2024 рр. [157]

Після аналізу структурних характеристик та потужності медичної інфраструктури доцільно розглянути показники фактичного використання закладів охорони здоров'я населенням, що дозволяє оцінити рівень навантаження на систему медичної допомоги.

На наступному рис 3.31. представлено показники кількості відвідувань лікарів у поліклініках за регіонами України у 2024 році.

Регіональний розподіл кількості відвідувань лікарів у поліклініках (рис.3.31) відображає рівень фактичного навантаження на амбулаторно-поліклінічну ланку системи охорони здоров'я та характеризує інтенсивність використання населенням медичних послуг. На відміну від показників інфраструктурної забезпеченості, цей індикатор демонструє реальну активність звернення населення до медичних установ.

Найбільші обсяги відвідувань лікарів у 2024 році спостерігаються у регіонах з високою чисельністю населення та розвиненою медичною інфраструктурою. Зокрема, значні показники зафіксовано у Дніпропетровській області — понад 7,2 млн відвідувань, Львівській області — близько 6,7 млн відвідувань, Полтавській області — майже 4,8 млн відвідувань, Харківській області — понад 4,2 млн відвідувань, а також в Одеській області — майже 3,9 млн відвідувань. Високий рівень звернень до лікарів у цих регіонах пояснюється значною концентрацією медичних установ, розвиненою мережею амбулаторно-поліклінічних закладів та високою щільністю населення.

У групі регіонів із середніми значеннями показника перебувають Київська, Івано-Франківська, Житомирська, Волинська, Сумська та Рівненська області, де кількість відвідувань коливається приблизно від 2,5 до 3,8 млн на рік. Такий рівень використання амбулаторних медичних послуг свідчить про відносно стабільне функціонування амбулаторно-поліклінічної мережі та достатній рівень доступності медичної допомоги.

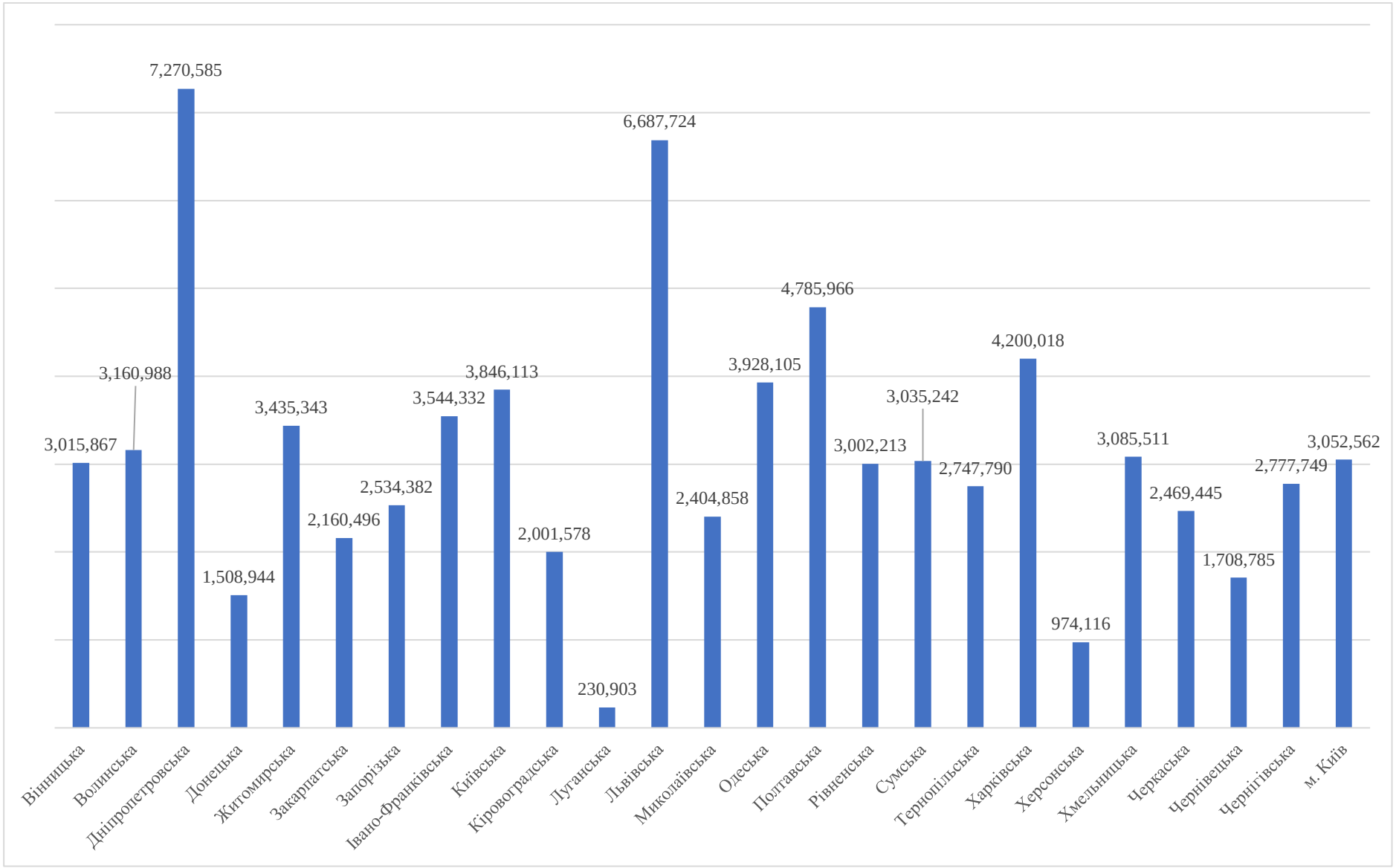


Рис. 3.31. Кількість відвідувань лікарів у поліклініках за регіонами України у 2024 році, млн. відвідувань. [168]

Найнижчі значення показника зафіксовані у Луганській області — близько 230 тис. відвідувань, Херсонській області — менше 1 млн відвідувань, а також у Донецькій області — близько 1,5 млн відвідувань. Скорочення обсягів амбулаторної медичної допомоги у цих регіонах відображає складну соціально-економічну ситуацію та обмежений доступ населення до медичних послуг.

На наступному рис 3.32. відображено показники кількості спеціалізованих відділень (кабінетів) в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу у 2024 році.

Важливою характеристикою інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я є наявність спеціалізованих підрозділів у закладах, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу. Кількість таких відділень (кабінетів) відображає рівень спеціалізації медичних установ та їх спроможність забезпечувати надання вузькопрофільної медичної допомоги населенню.

Найбільша кількість кабінетів функціонує у напрямі загальної лікарської практики (рис.3.32), де їх налічується 1049 одиниць, що зумовлено ключовою роллю первинної медичної допомоги у системі охорони здоров'я. Високі показники також характерні для педіатричних кабінетів понад 1041 од., хірургічних – 901 од., терапевтичних – 900 од., а також акушерсько-гінекологічних – 894 од. Значною є кількість офтальмологічних кабінетів – 833 од., отоларингологічних – 818 та кабінетів функціональної діагностики – 728 од., що свідчить про розвиненість діагностичної та консультативної медичної допомоги.

Серед інших поширених спеціалізованих підрозділів слід відзначити кабінети ультразвукової діагностики – 720 од., рентгенологічні кабінети – 673 од., стоматологічні – 668 од., неврологічні – 609 та кабінети фізіотерапії – 600, які забезпечують проведення діагностичних процедур і лікування широкого спектра захворювань.

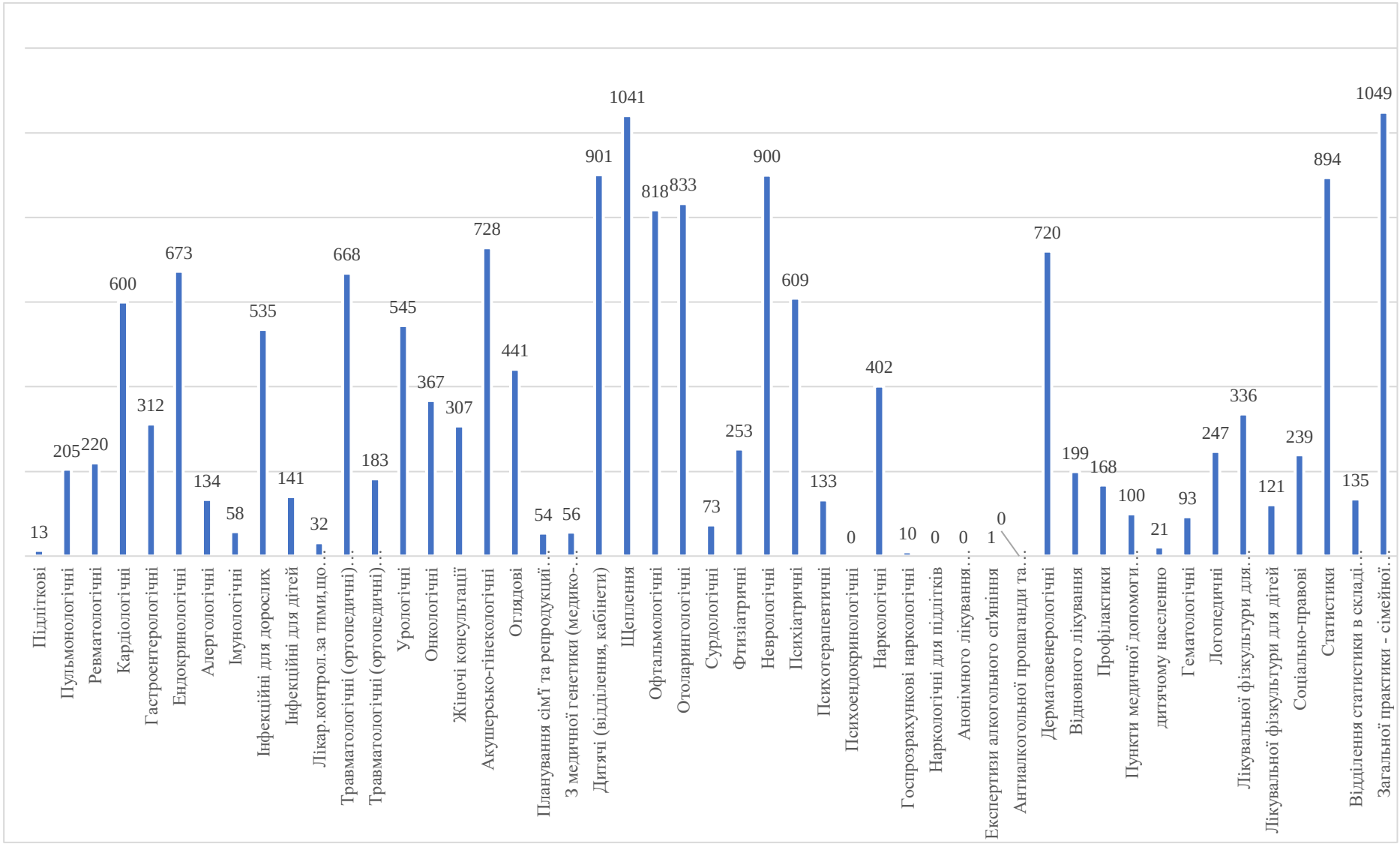


Рис. 3.32. Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, 2024 р. [168]

Водночас низка спеціалізованих підрозділів представлена у значно меншій кількості. Зокрема, кількість геріатричних кабінетів становить лише 10 одиниць, ендоскопічних – 21 од., пульмонологічних – 32 од., алергологічних – 54 од., що пояснюється вузькою спеціалізацією відповідних медичних послуг та їх концентрацією переважно у великих медичних центрах. Окремі спеціалізовані підрозділи фактично відсутні або представлені поодинокими випадками.

На наступному рис 3.33. відображено показники кількості госпіталізованих пацієнтів у стаціонарні заклади охорони здоров'я за регіонами України у 2024 році.

Відповідно до даних, представлених на рис. 3.33, у 2024 році найбільша кількість госпіталізованих пацієнтів зафіксована у Дніпропетровській області понад 718 776 осіб, що пояснюється значною чисельністю населення регіону, розвиненою мережею медичних закладів та концентрацією спеціалізованих медичних центрів.

Високі показники госпіталізації також характерні для міста Києва 621 149 осіб, Львівської області – 562 410 осіб, Харківської області – 470 414 осіб, а також Одеської області – 417 551 особи. Значні обсяги стаціонарної медичної допомоги у цих регіонах зумовлені як високою чисельністю населення, так і функціонуванням великих багатопрофільних лікарень, що обслуговують пацієнтів із сусідніх областей.

У групі регіонів із середніми значеннями показника перебувають Івано-Франківська область – 336 399 госпіталізованих пацієнтів, Житомирська область – 309 448, Полтавська область - 299 582, Черкаська область - 296 596, а також Київська область - 293 180 осіб. Це свідчить про відносно стабільний рівень функціонування стаціонарної медичної допомоги в цих регіонах.

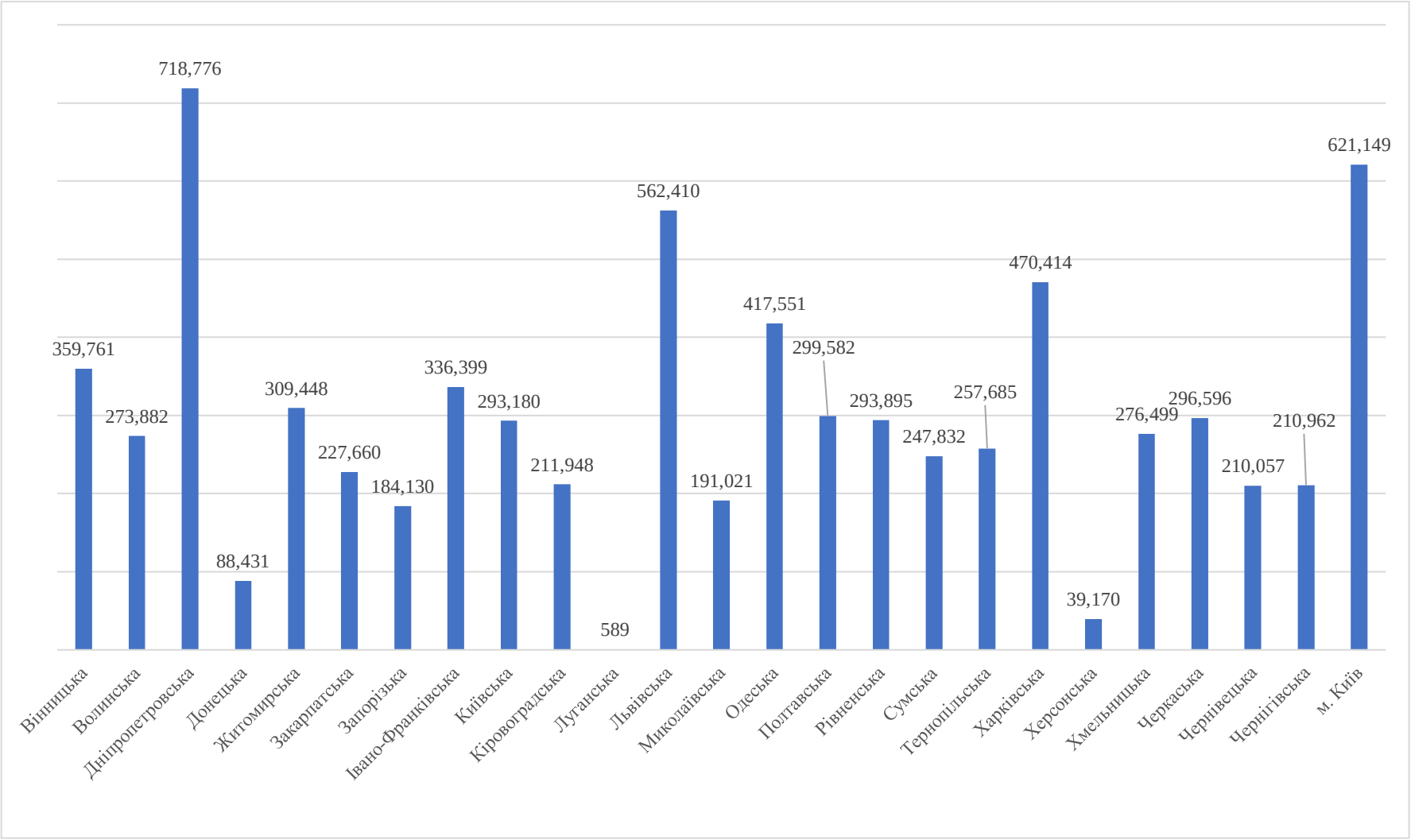


Рис. 3.33. Кількість госпіталізованих пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я за регіонами України, 2024 р., осіб. [168]

Найменша кількість госпіталізованих пацієнтів спостерігається у регіонах, що найбільше постраждали внаслідок воєнних дій. Зокрема, у Луганській області цей показник становить лише 589 осіб, що зумовлено значними втратами медичної інфраструктури та тимчасовою окупацією частини території. Порівняно низькі значення також зафіксовані у Херсонській області – 39 170 госпіталізованих пацієнтів та Донецькій області – 88 431 особа.

На наступному рис 3.34. відображено показники кількості ліжко-днів у стаціонарах за регіонами України у 2024 році.

Найбільші обсяги ліжко-днів у 2024 році(рис.3.34) спостерігаються у регіонах із потужною медичною інфраструктурою та високою чисельністю населення. Зокрема, у Дніпропетровській області цей показник становить 6 577 994 ліжко-днів, у місті Києві – 4 702 004, у Харківській області – 4 270 738, у Львівській області – 4 206 515, а в Одеській області – 3 628 436 ліжко-днів. Значні обсяги стаціонарного лікування у цих регіонах зумовлені концентрацією багатопрофільних лікарень та спеціалізованих медичних центрів, що обслуговують значні потоки пацієнтів.

Порівняно середні значення показника характерні для Вінницької області – 2 746 123 ліжко-днів, Івано-Франківської області – 2 753 514, Полтавської області – 2 525 962, Рівненської області - 2 253 502, а також Хмельницької області – 2 210 050 ліжко-днів, що свідчить про стабільний рівень функціонування стаціонарної медичної допомоги в цих регіонах.

Найнижчі значення показника спостерігаються у регіонах, що зазнали найбільшого впливу воєнних дій. Так, у Луганській області кількість ліжко-днів становить лише 3 930, у Херсонській області – 409 652, а у Донецькій області – 799 530 ліжко-днів, що пояснюється значним скороченням медичної інфраструктури та обмеженим функціонуванням стаціонарних закладів.

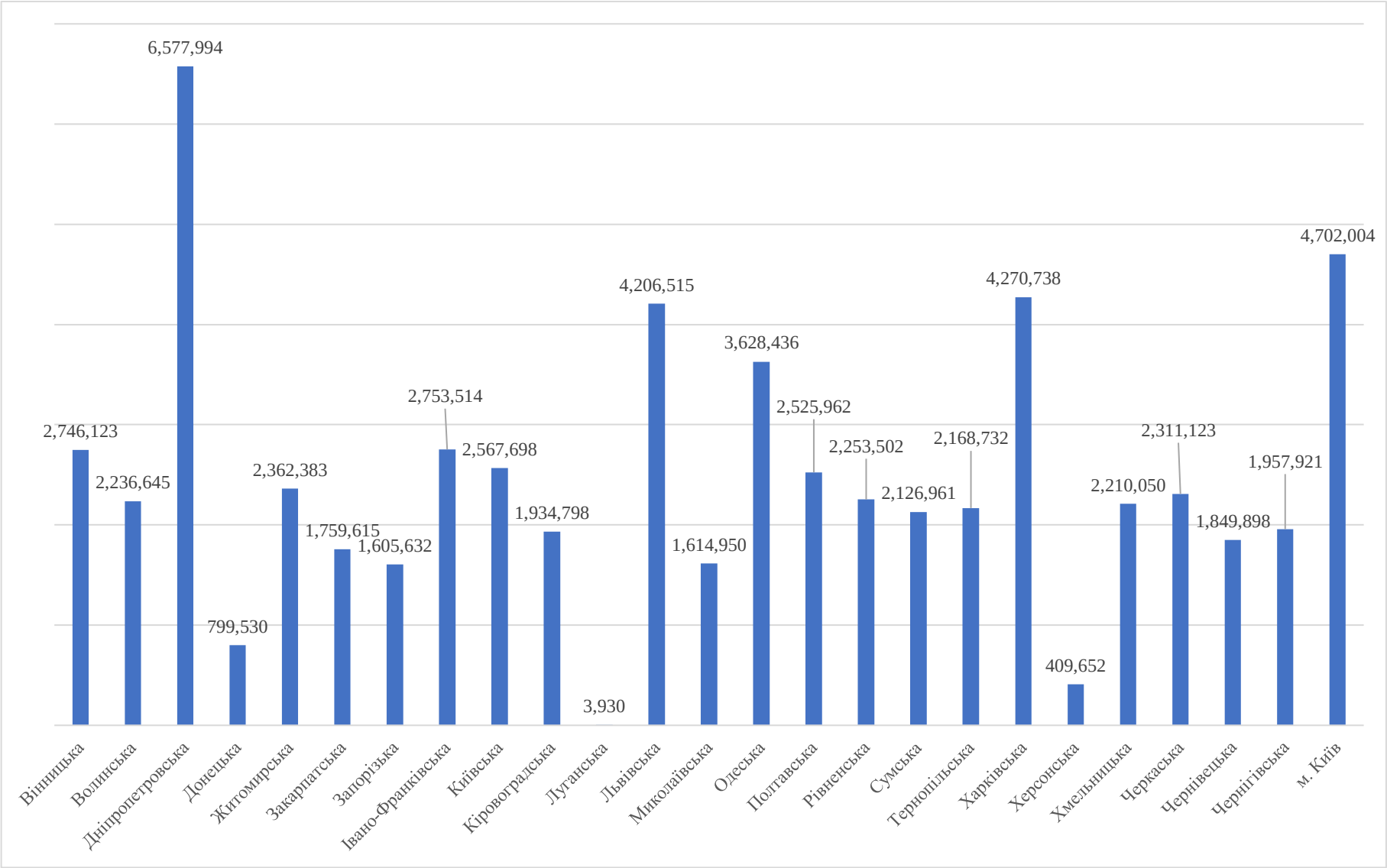


Рис. 3.34. Кількість ліжко-днів у стаціонарах за регіонами України, 2024 р., млн. ліжко-днів[168]

Проте для більш глибокої оцінки ефективності функціонування стаціонарних закладів охорони здоров'я доцільно проаналізувати середню тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі, яка є важливим індикатором організації лікувального процесу та раціонального використання медичних ресурсів.

Саме цей показник відображає організаційні особливості надання медичної допомоги, рівень ефективності використання ліжкового фонду та інтенсивність лікувального процесу у стаціонарних закладах. У зв'язку з цим наступним етапом аналізу є визначення середньої тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі в регіональному розрізі.

Результати відповідних розрахунків відображено в наступній табл.3.2.

Таблиця 3.2.

Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі за регіонами України

Регіон	Поступило хворих	Ліжко-днів	Середня тривалість перебування, днів
Вінницька	359 761	2 746 123	7,6
Волинська	273 882	2 236 645	8,2
Дніпропетровська	718 776	6 577 994	9,2
Донецька	88 431	799 530	9,0
Житомирська	309 448	2 362 383	7,6
Закарпатська	227 660	1 759 615	7,7
Запорізька	184 130	1 605 632	8,7
Івано-Франківська	336 399	2 753 514	8,2
Київська	293 180	2 567 698	8,8
Кіровоградська	211 948	1 934 798	9,1
Луганська	589	3 930	6,7
Львівська	562 410	4 206 515	7,5
Миколаївська	191 021	1 614 950	8,5
Одеська	417 551	3 628 436	8,7
Полтавська	299 582	2 525 962	8,4
Рівненська	293 895	2 253 502	7,7
Сумська	247 832	2 126 961	8,6
Тернопільська	257 685	2 168 732	8,4
Харківська	470 414	4 270 738	9,1
Херсонська	39 170	409 652	10,5
Хмельницька	276 499	2 210 050	8,0
Черкаська	296 596	2 311 123	7,8
Чернівецька	210 057	1 849 898	8,8
Чернігівська	210 962	1 957 921	9,3
м. Київ	621 149	4 702 004	7,6

Джерело: розраховано автором на основі даних медичної звітності по комунальним закладам охорони здоров'я та закладам охорони здоров'я, які знаходяться у сфері управління МОЗ

Загалом показник середньої тривалості перебування пацієнта у стаціонарі коливається у межах від 6,7 до 10,5 днів, що відображає різну інтенсивність використання лікарняного фонду та особливості організації медичної допомоги в окремих регіонах.

Найбільша середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі у 2024 році спостерігається у Херсонській області близькл 10,5 днів, що може бути пов’язано з обмеженими можливостями медичної інфраструктури та складністю організації медичної допомоги в умовах воєнного стану. Високі значення показника також зафіксовані у Чернігівській області – 9,3 дні, Дніпропетровській області – 9,2 дні, Харківській області – 9,1 дня та Кіровоградській області – 9,1 дня, що свідчить про відносно тривале перебування пацієнтів у стаціонарних закладах.

Середні значення показника характерні для більшості регіонів України. Зокрема, у Полтавській області середня тривалість перебування становить 8,4 дня, у Сумській області 8,6 дня, у Миколаївській області 8,5 дня, у Волинській області 8,2 дня, а у Запорізькій області 8,7 дня. Такі значення свідчать про відносно збалансоване використання лікарняного фонду та ефективну організацію стаціонарної медичної допомоги.

Найменша середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі спостерігається у Луганській області 6,7 дня, що пояснюється обмеженим функціонуванням медичних закладів та значним скороченням обсягів стаціонарної допомоги внаслідок воєнних дій. Порівняно низькі значення також характерні для Львівської області 7,5 дня, Житомирської області 7,6 дня, Вінницької області 7,6 дня та міста Києва 7,6 дня, що може свідчити про більш інтенсивний обіг пацієнтів та ефективніше використання лікарняного фонду.

Найвищі значення коефіцієнту використання лікарняних ліжок у 2024 році (рис.3.35) зафіксовані у Чернівецькій області понад 0,967, Вінницькій області – 0,918, Рівненській області – 0,913, Кіровоградській області – 0,885, а також у Житомирській області – 0,856. Високий рівень використання лікарняних ліжок у цих регіонах свідчить про значне навантаження на стаціонарні заклади охорони здоров'я та інтенсивне використання наявної медичної інфраструктури.

Середні значення коефіцієнта використання ліжкового фонду характерні для більшості регіонів України. Зокрема, у Дніпропетровській області цей показник становить 0,844, у Львівській області – 0,823, у Полтавській області – 0,823, у Сумській області – 0,873, а у місті Києві – 0,784. Такі значення свідчать про відносно стабільне функціонування стаціонарної медичної допомоги та достатній рівень використання лікарняного фонду. Проте у деяких регіонах коефіцієнт використання лікарняних ліжок є суттєво нижчим. Найменші значення показника спостерігаються у Луганській області – 0,168, Херсонській області – 0,325 та Донецькій області – 0,451, що зумовлено наслідками воєнних дій, пошкодженням медичної інфраструктури та скороченням кількості функціонуючих медичних закладів.

Дані рис 3.36. свідчать про значну регіональну диференціацію використання закладів екстреної та планово-консультативної допомоги у 2024 році. Найбільша кількість пацієнтів, які отримали екстрену та планово-консультативну допомогу зафіксовано у Харківській області понад 16 998 осіб, що свідчить про високу потребу населення регіону у спеціалізованій медичній допомозі. Значні показники також спостерігаються у Запорізькій області – 10 188 осіб, Чернігівській області – 9 800 осіб та Дніпропетровській області – 8 802 особи.

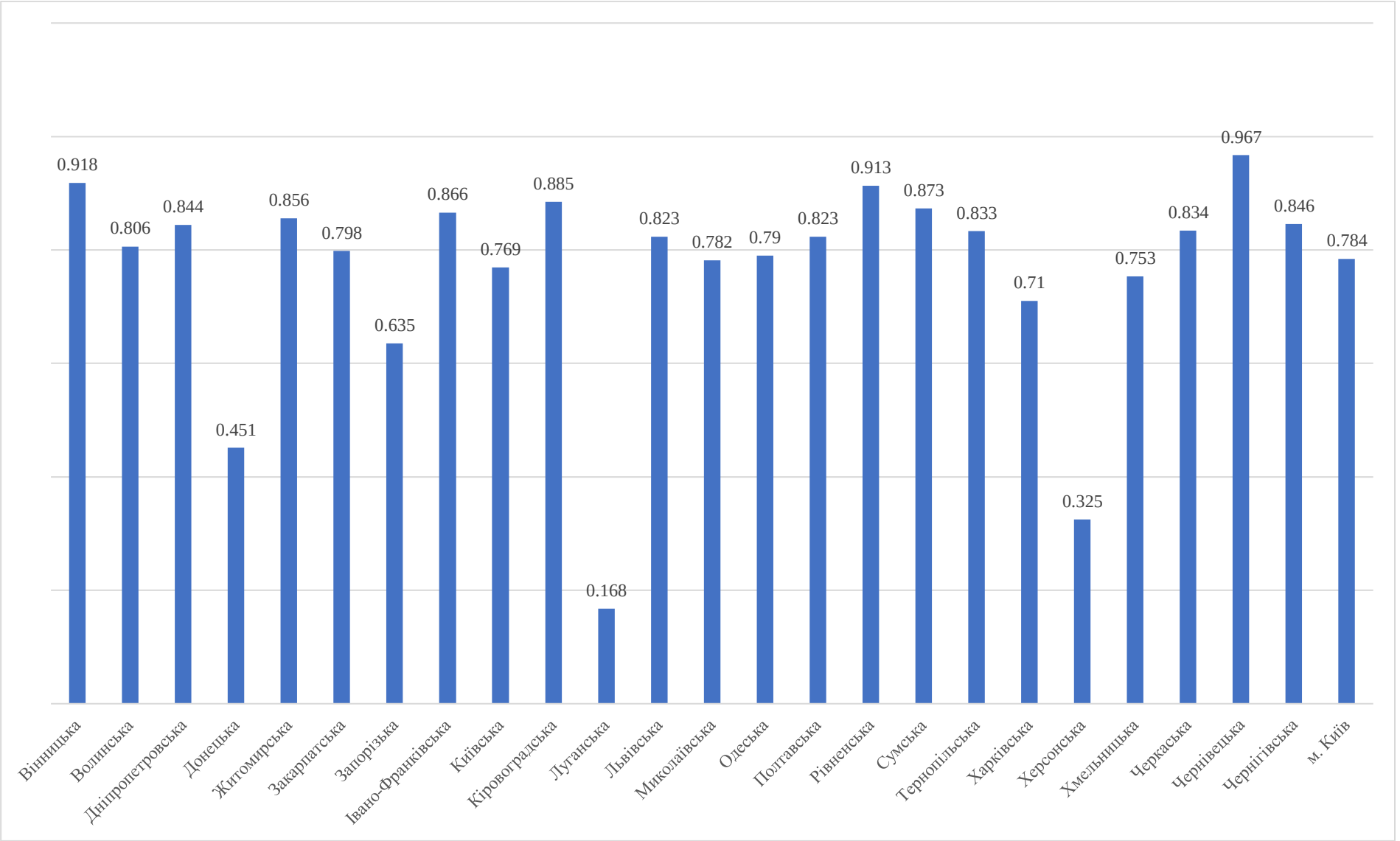


Рис 3.35. Коефіцієнт використання лікарняних ліжок у регіонах України, 2024 р.

Джерело: розраховано автором на основі [168]

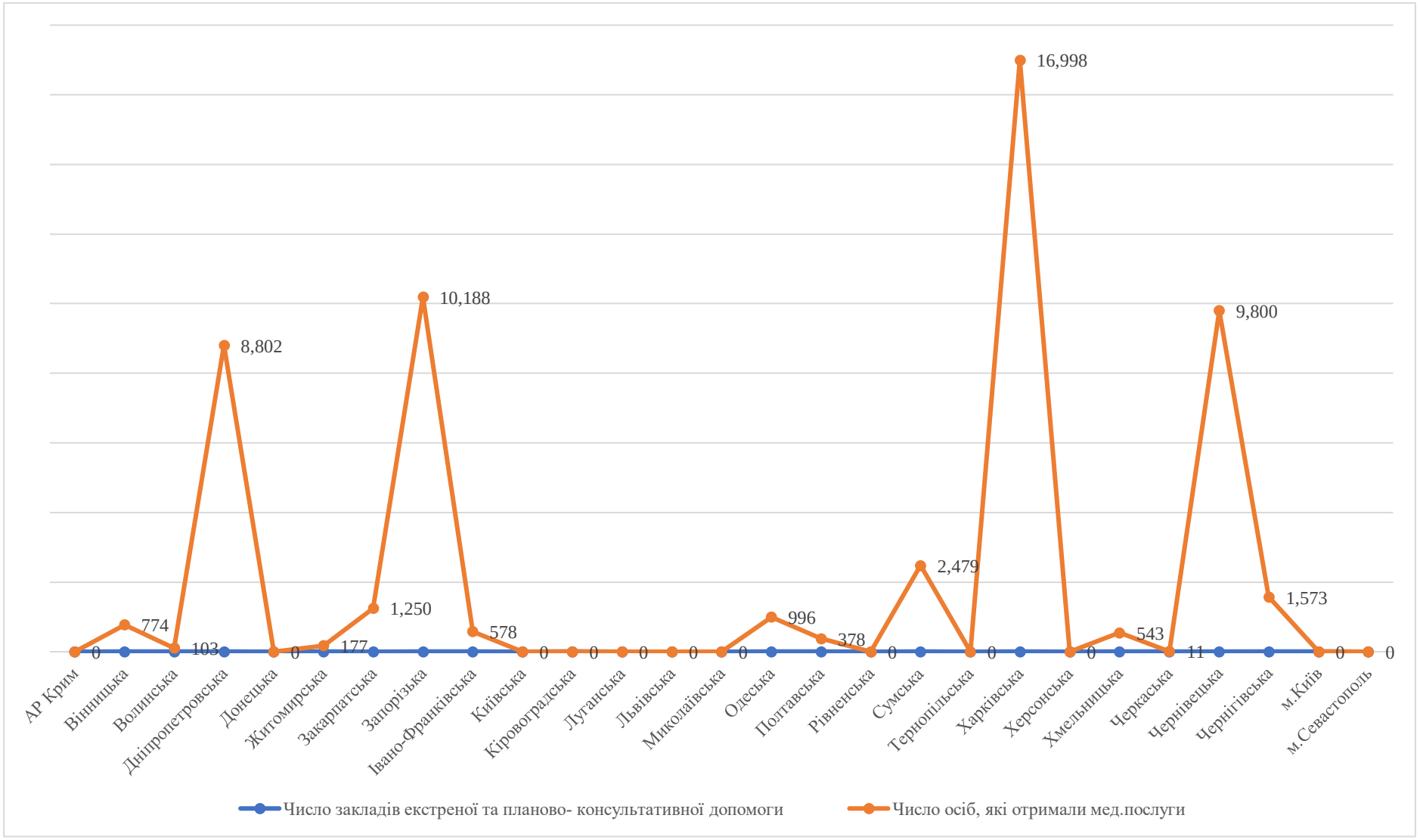


Рис. 3.36. Інтенсивність використання закладів екстреної та планово-консультативної допомоги, 2024 р., осіб [168]

Середні значення інтенсивності використання закладів характерні для Сумської області – 2 479 осіб, Івано-Франківської області – 1 250 осіб, Чернівецької області – 1 573 особи, а також Вінницької області – 1 774 особи. Такі показники свідчать про відносно стабільний рівень функціонування системи консультативної медичної допомоги в цих регіонах.

Водночас у більшості областей кількість осіб, які отримали послуги у відповідних закладах, є значно меншою або взагалі відсутня. Зокрема, у низці регіонів показник дорівнює 0, що може бути пов’язано як із відсутністю спеціалізованих закладів такого типу, так і з реорганізацією системи медичної допомоги або передачею відповідних функцій іншим медичним установам.

Проведений аналіз інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров’я України свідчить про наявність суттєвих регіональних відмінностей у розвитку медичної інфраструктури, що проявляється у територіальному розміщенні медичних закладів, обсягах ліжкового фонду та рівні забезпеченості населення медичними ресурсами.

Встановлено, що найбільша концентрація лікарняних закладів і стаціонарних потужностей характерна для найбільш урбанізованих регіонів, зокрема Дніпропетровської, Харківської, Львівської та Одеської областей, а також міста Києва. У той же час у частині регіонів рівень розвитку медичної інфраструктури є нижчим, що зумовлює певні диспропорції у доступності медичних послуг для населення.

Аналіз показників використання медичної інфраструктури, зокрема кількості відвідувань лікарів, госпіталізованих пацієнтів та ліжко-днів, свідчить про значне навантаження на медичні заклади у регіонах із високою концентрацією медичних ресурсів. Проте середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі демонструє регіональні відмінності, що відображає особливості організації стаціонарної допомоги та ефективність використання ліжкового фонду.

Таким чином, інфраструктурний потенціал системи охорони здоров'я України характеризується територіальною диференціацією та потребує подальшого удосконалення механізмів планування і розвитку медичної мережі з метою забезпечення більш рівномірного доступу населення до медичних послуг. Зокрема спостерігаються такі системні проблеми як: виражена регіональна асиметрія, адже медична інфраструктура критично сконцентрована у п'яти ключових центрах (Дніпропетровська, Харківська, Львівська, Одеська області та м. Київ); деструктивний вплив війни на східні та південні регіони; структурна трансформація ліжкового фонду; нерівномірність спеціалізованої амбулаторної допомоги; варіативність інтенсивності лікування; критичне навантаження на систему екстреної допомоги.

Висновки до 3-го розділу

1. З'ясовано, що фінансове забезпечення системи охорони здоров'я України формується під впливом загальноекономічних умов та характеризується поступовим зростанням обсягів бюджетних видатків на медичну сферу. Реалізація медичної реформи та впровадження Програми медичних гарантій сприяли трансформації механізмів фінансування медичних послуг і зміні підходів до розподілу фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я.

2. Визначено, що структура фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України характеризується змішаною моделлю формування ресурсів, у межах якої поряд із державним фінансуванням значну роль відіграють приватні витрати населення. Упродовж досліджуваного періоду простежується тенденція до зменшення частки державних витрат та посилення ролі позабюджетних джерел фінансування, що свідчить про зростання фінансового навантаження на домогосподарства.

3. Доведено, що кадровий потенціал системи охорони здоров'я України характеризується специфічною функціональною структурою розподілу медичних кадрів за рівнями надання медичної допомоги та медичними спеціальностями. У кадровій структурі переважає спеціалізована медична допомога, що свідчить про концентрацію лікарських ресурсів переважно на вторинному рівні функціонування медичної системи.

4. Встановлено, що одним із суттєвих викликів розвитку системи охорони здоров'я є поступове старіння медичного персоналу, що проявляється у зростанні частки лікарів пенсійного віку. Зазначена тенденція свідчить про недостатні темпи оновлення кадрового складу галузі та формує потенційні ризики для стабільності функціонування системи медичної допомоги у довгостроковій перспективі.

5. Обґрунтовано, що забезпеченість медичними кадрами характеризується значними територіальними відмінностями. Найбільша концентрація лікарських працівників спостерігається у великих адміністративних та економічних центрах країни, тоді як у частині регіонів, насамперед східних та південних, рівень кадрового забезпечення залишається обмеженим, що впливає на доступність медичних послуг для населення. Зазначені тенденції частково посилюються в умовах воєнного стану, що зумовлює міграцію медичних працівників та додаткове навантаження на систему охорони здоров'я окремих територій.

6. Виявлено, що розвиток медичної інфраструктури в Україні характеризується різним рівнем територіального забезпечення населення медичними закладами та ресурсами. У процесі реформування системи охорони здоров'я спостерігається оптимізація мережі лікарняних закладів, раціоналізація ліжкового фонду та посилення ролі амбулаторно-поліклінічної допомоги, що зумовлює зміну просторової організації медичної інфраструктури та її функціонального навантаження.

РОЗДІЛ 4
СУЧАСНИЙ СТАН ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КРАЇН-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

4.1. Характеристика фінансового потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу

Євроінтеграційні процеси є неминучими як сьогодні так і в майбутньому для України. Адже, це гарантія безпеки, соціального розвитку, забезпечення справедливості, законності та прозорості діяльності влади. Усі без винятку сфери державного управління підлягають реформуванню для забезпечення відповідності євроінтеграційним вимогам. Перед Україною в даному контексті стоять ускладнені завдання, які полягають у необхідності вирішення питання євроінтеграції та подолання наслідків війни. Особливо гостро стоять питання соціального характеру, які знаходяться на перетині сукупності інтересів публічного, суспільного та приватного характеру. Відповідно реформуванню підлягає система охорони здоров'я, яка з одного боку найбільш постраждала через війну та в той же час має відповідати євроінтеграційним вимогам. Одним із важливих напрямів розробки інноваційних підходів до державного управління потенціалом системи охорони здоров'я є вивчення фінансового, кадрового та інфраструктурного потенціалів систем охорони здоров'я країн членів Європейського Союзу. Для цього було обрано країни Східної Європи, які є членами Європейського Союзу, а також мають спільне соціалістичне минуле з Україною, а відповідно й спільні риси правової, політичної, економічної

систем. Дане дослідження присвятимо вивченню фінансового потенціалу систем охорони здоров'я Румунії, Угорщини, Польщі та Чехії. Дослідження буде проводитися на основі оприлюднених даних на інформаційному порталі STATISTA.

РУМУНІЯ

На наступному рис. 4.1 представлено показники прогнозованої частки витрат на охорону здоров'я у ВВП Румунії з 2014 по 2029 рік.

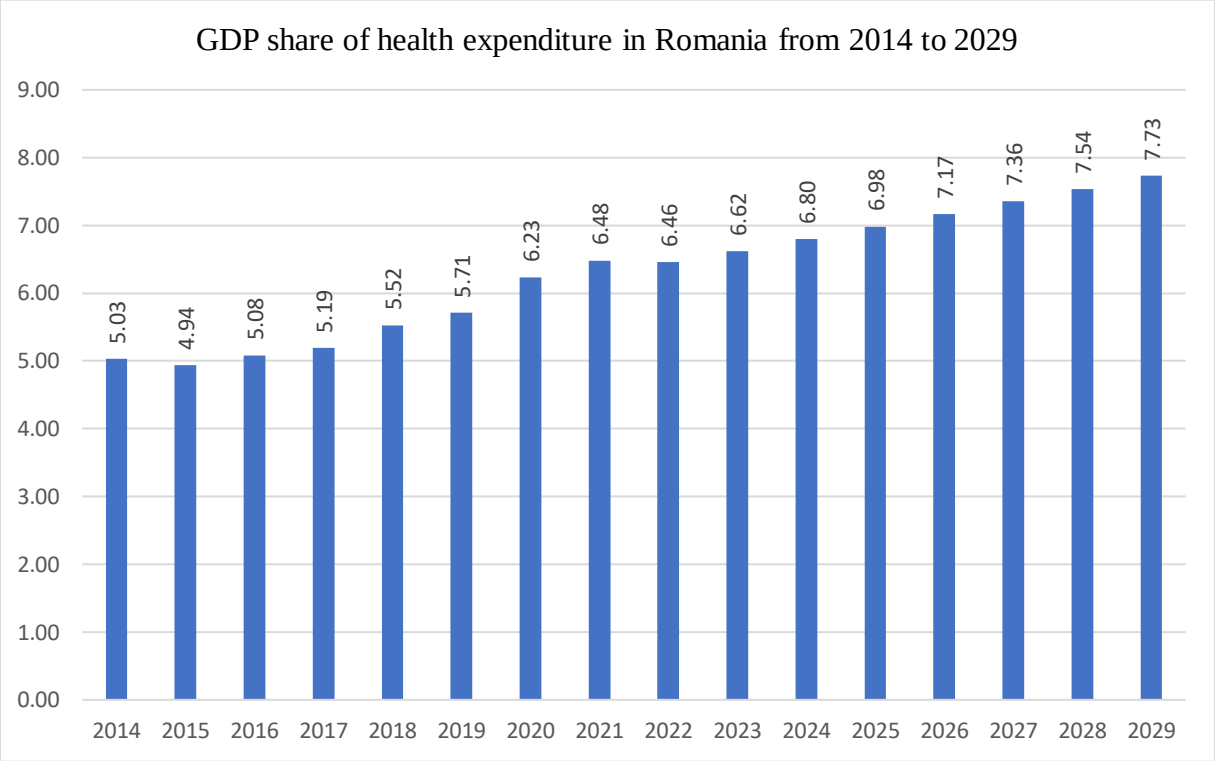


Рис. 4.1. Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП Румунії 2014-2029 рр. [198]

За даними рис. 4.1. спостерігається чітка тенденція до прогнозованого поступового збільшення частки медичних витрат у структурі національного ВВП У 2014 році ця частка становила 5,03%, однак вже наступного року зменшилася до 4,94%, що на 1,78% менше порівняно з попереднім роком. Після незначних коливань у 2016–2018 роках від 5,08% до 5,52%, починаючи з 2019 року почався стійкий приріст: 5,71% у 2019, 6,23% у 2020, 6,48% у 2021 році. У 2023 році частка витрат зросла до 6,62%, а у 2025 – до 6,98%.

У прогнозованому періоді очікується подальше зростання: у 2026 – 7,17%, у 2028 – 7,54%, а у 2029 – максимальний показник за весь аналізований період – 7,73% ВВП. У порівнянні з 2014 роком приріст становитиме 2,7 %, що свідчить про поступове нарощування фінансової уваги до сфери охорони здоров'я.

На наступному рис. 4.2 представлено показники прогнозованих витрат на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2029 рік.

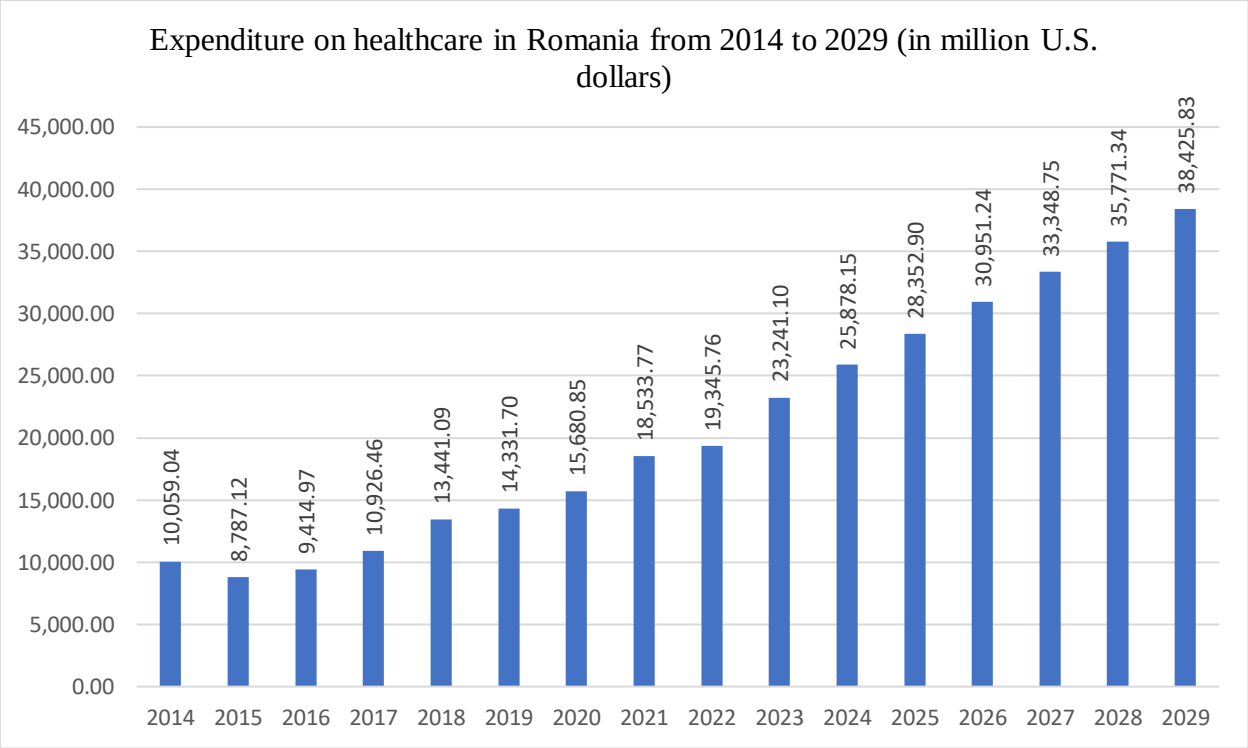


Рис. 4.2. Витрати на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2029 рік(у мільйонах доларів США) [205]

У 2014 році загальні витрати на охорону здоров'я в Румунії становили 10059,04 млн. доларів США, але вже наступного року вони знизилися до 8787,12 млн. У 2016–2018 роках витрати коливалися на рівні 9414,97 – 13441,09 млн. доларів США.

Починаючи з 2019 року простежується стабільне зростання витрат на охорону здоров'я , так у 2020 році становили близько 15680,85 млн.дол, у 2021 – 18533,70 млн. дол., у 2023 – 23 241,10 млн. дол., у 2025 – вже

30951,24 млн. доларів США. Прогнозовані дані вказують на продовження цієї тенденції, і у 2029 році обсяг витрат на охорону здоров’я досягне 38425,83 млн. доларів США, що більш ніж удвічі перевищує показник 2020 року. Загалом, з 2014 по 2029 рік очікується зростання обсягів витрат на охорону здоров’я майже в 2,5 рази.

На наступному рис. 4.3 представлено показники прогнозованих витрат на охорону здоров'я на душу населення в Румунії з 2014 по 2029 рік.

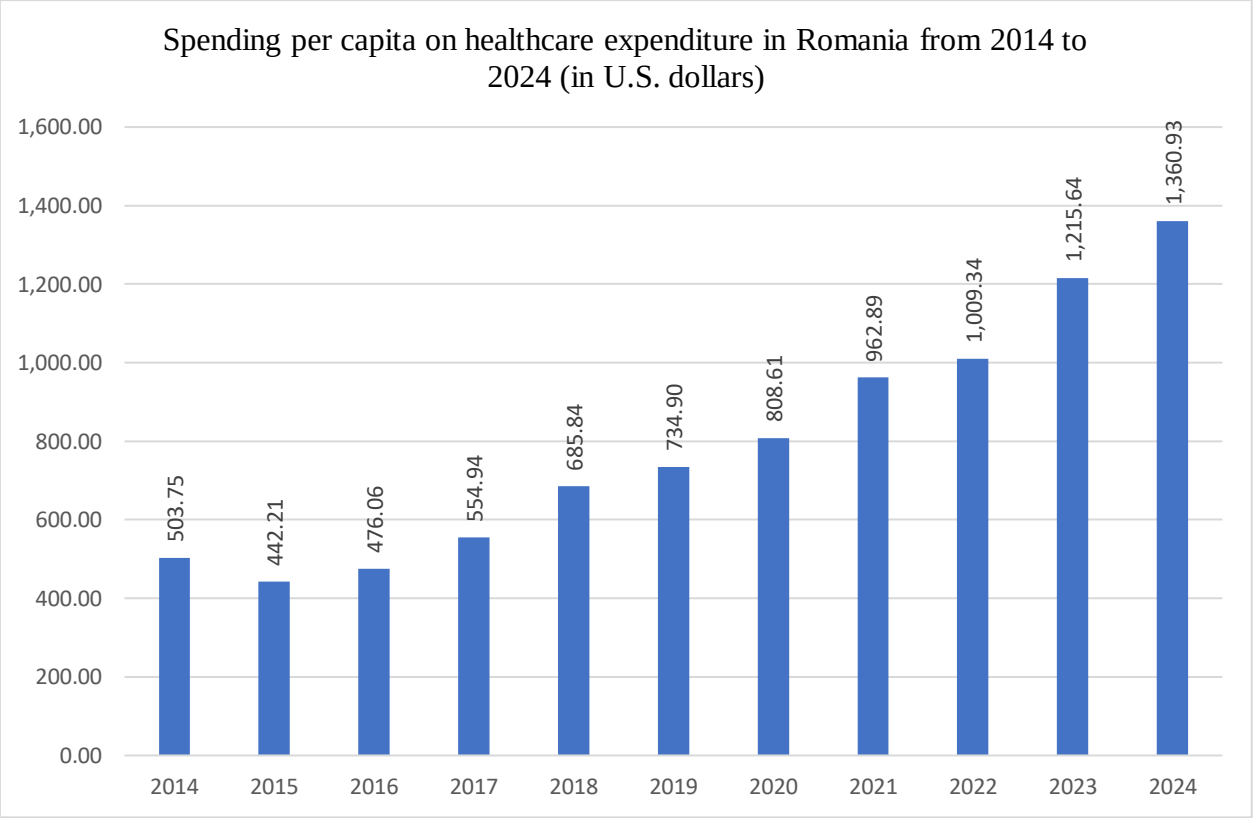


Рис. 4.3. Витрати на охорону здоров'я на душу населення в Румунії з 2014 по 2024 рік(у доларах США) [206]

У 2014 році витрати на охорону здоров’я на одну особу становили 503,75 дол. США. Упродовж 2015–2016 років спостерігалося зменшення до 442,21 та 476,06 дол. США відповідно. Починаючи з 2017 року динаміка змінилася, так у 2017 році показник становив 554,04 дол., у 2018 – 584 дол., у 2019 – 634,90 дол. США.

З 2020 року темпи зростання суттєво збільшилися, у 2020 році витрати склали 808,61 дол., у 2021 – 962,89, а у 2022 – перевищили 1009,34 доларів на особу. У період у 2023 року показник становив понад 1215,64 дол. США, а у 2024 – 1 360,93 дол. США на одну особу.

На наступному рис. 4.4 представлено показники загальних споживчих витрат на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2024 рік.

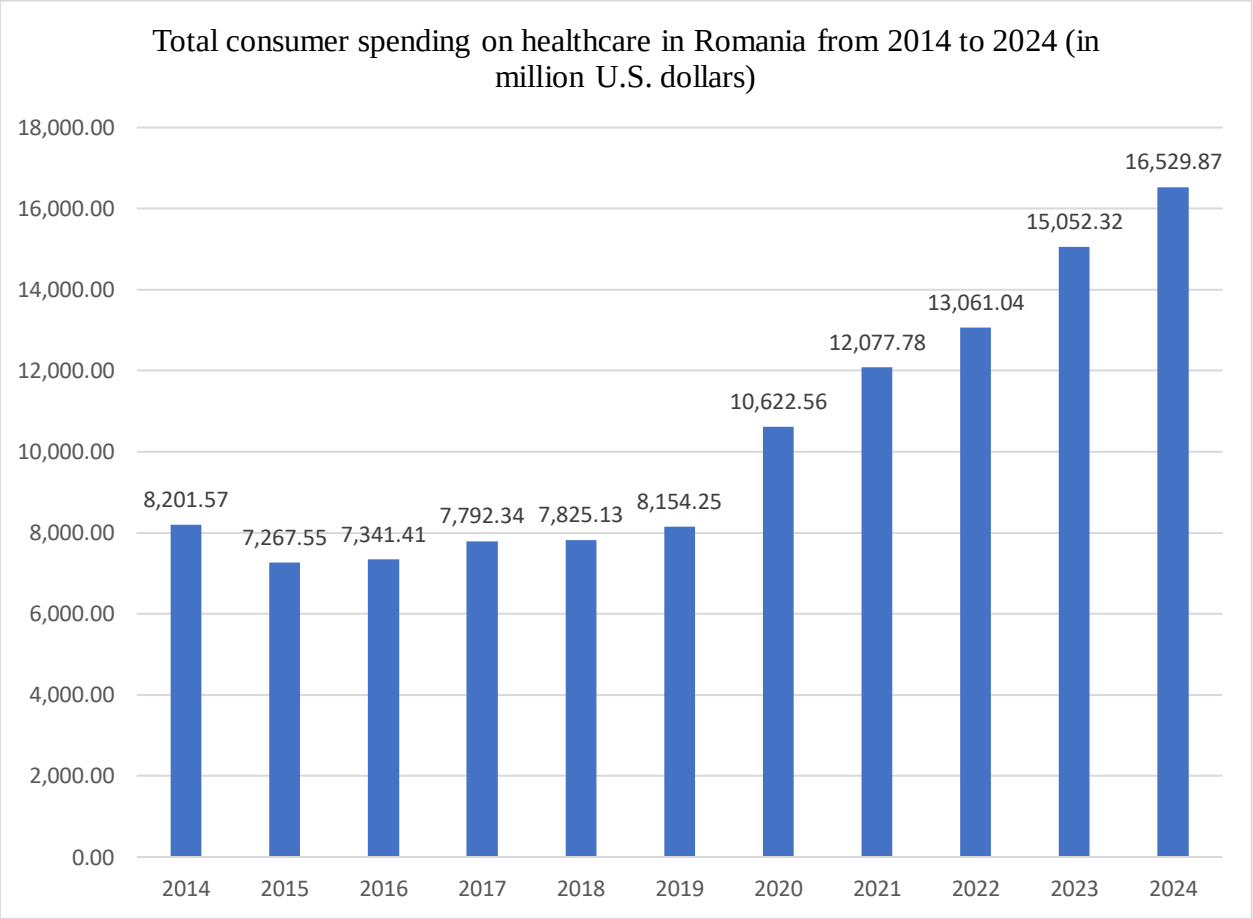


Рис. 4.4. Загальні споживчі витрати на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2024 рік(у мільйонах доларів США) [203]

Отже, у 2014 році загальні споживчі витрати становили близько 8 201,57 млн. доларів. У 2015–2017 роках відзначається незначне зниження та стабілізація показника на рівні 7267,55–7792,34 млн. доларів. У 2018–2019 роках починається поступове зростання, яке у 2020 році стало більш стрімким – витрати зросли до понад 10 000 млн доларів США.

У 2021–2024 роках спостерігається стабільне й інтенсивне збільшення витрат. У 2022 році показник перевищив 13 061,04 млн. доларів, у 2023 – понад 15 052,32 млн., а у 2024 році показник становив близько 16529,87 млн. доларів США.

На наступному рис. 4.5 представлено показники витрат населення на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2024 рік.

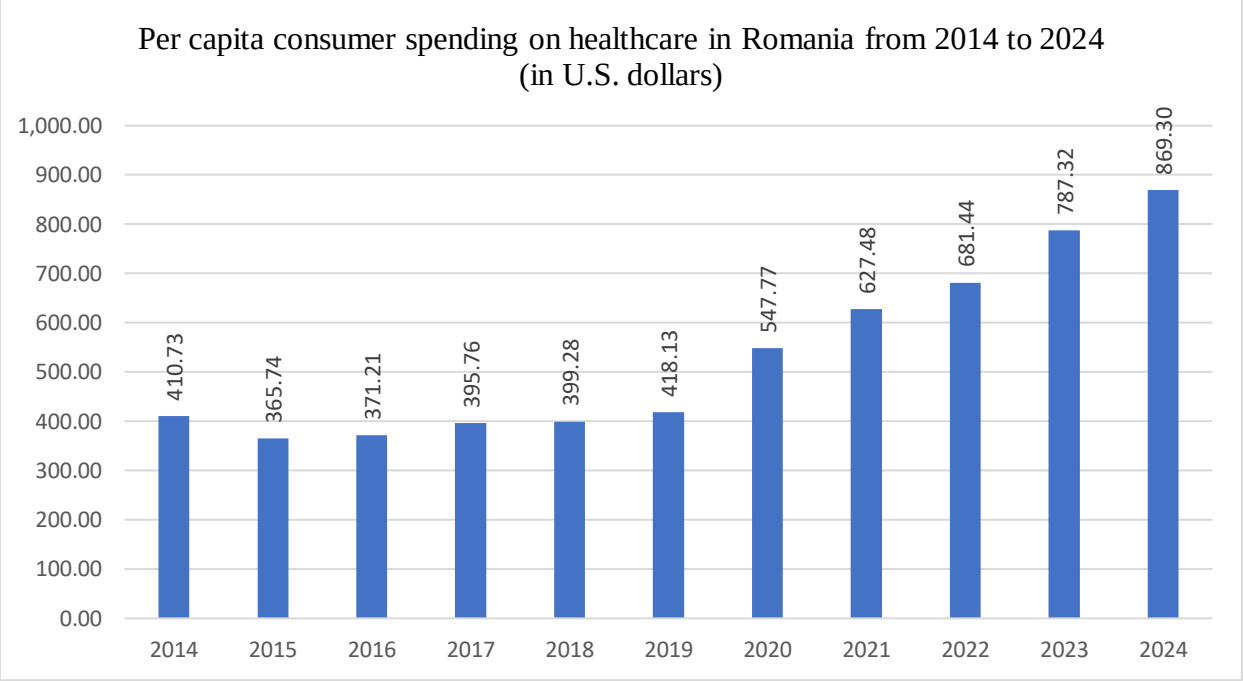


Рис. 4.5. Витрати населення на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2024 рік(у доларах США) [243]

За досліджуваний період простежується тенденція до збільшення особистих витрат громадян на медичні послуги, лікарські засоби, страхування, профілактику та інші компоненти охорони здоров’я, що фінансуються з власних коштів населення.

У 2014 році витрати на душу населення становили 410,73 дол. США. Протягом 2015–2018 років спостерігалося певне зниження та стабілізація показника з 365,74 дол. у 2015 році до 399,28 дол. у 2018 році. У 2019 році почалося поступове зростання – 418,13 дол., а вже у 2020 році витрати зросли більш помітно — до 547,77 доларів.

З 2021 року динаміка набуває чітко вираженої позитивної траєкторії: 627,48 дол. у 2021, 681,44 — у 2022, 787,32 — у 2023 та 869,30 доларів США у 2024 році. Таким чином, за 10 років рівень персональних витрат зріс майже вдвічі.

На наступному рис. 4.6 представлено показники реальних загальних споживчі витрати на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2024 рік.

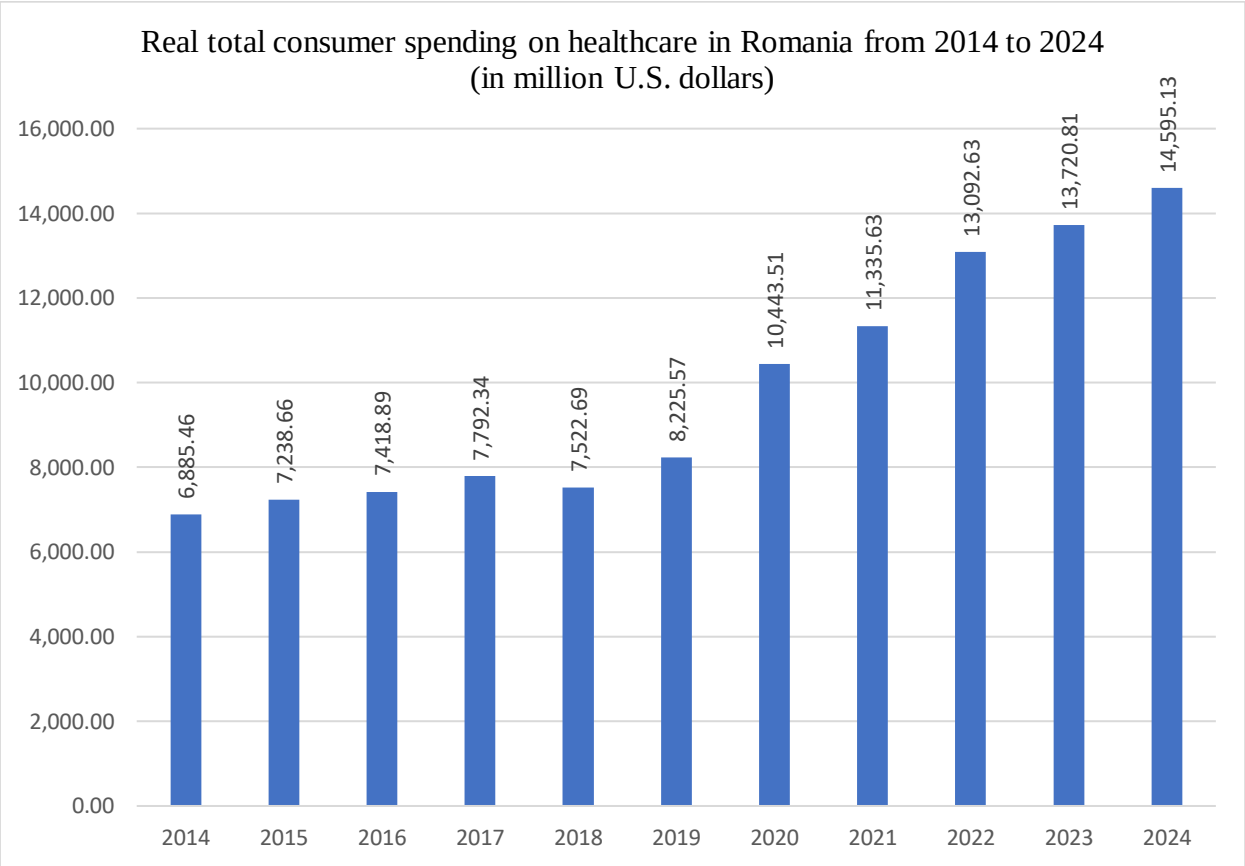


Рис. 4.6. Реальні загальні споживчі витрати на охорону здоров'я в Румунії з 2014 по 2024 рік(у мільйонах доларів США) [252]

У 2014 році реальні споживчі витрати становили 6885,46 млн доларів США. Упродовж 2015–2017 років вони зростали поступово: від 7238,66 до 7792,34 млн. У 2018 році зафіксовано тимчасове зниження до 7522,69 млн, проте вже у 2019 році показник сягнув 8 225,57 млн.доларів, демонструючи поступове відновлення.

Значне зростання реальних витрат розпочалося у 2020 році, коли показник перевищив 10 443,51 млрд. доларів США. У 2021–2023 роках ця динаміка продовжувалась із щорічним приростом: 11335,63 млн у 2021 році, 13092,63 млн. у 2022 році та 13720,81 млн. у 2023 році. Прогноз на 2024 рік передбачає подальше зростання до 14595,13 млн.доларів США, що є максимальним значенням за весь період.

Отже, реальні споживчі витрати населення на охорону здоров'я в Румунії зросли більш ніж удвічі за 10-річний період.

На наступному рис. 4.7 представлено показники реальних витрат на охорону здоров'я на душу населення в Румунії з 2014 по 2024 рік.

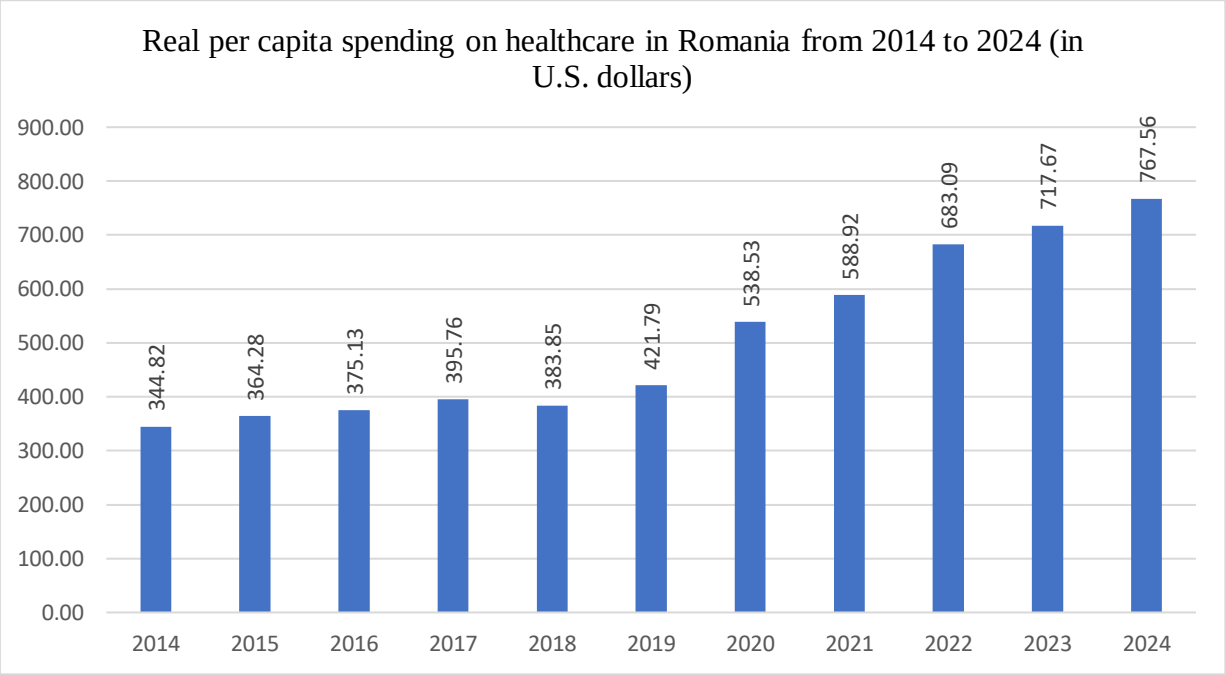


Рис. 4.7. Реальні витрати на охорону здоров'я на душу населення в Румунії з 2014 по 2024 рік(у доларах США) [251]

У 2014 році реальні витрати становили 344,82 дол. США на одну особу. Протягом 2015 – 2018 років спостерігалося поступове зростання, у 2015 році 364,28, у 2017 році – 395,76, у 2018 – 383,85 дол.США. Незначне коливання у 2018 році могло бути зумовлене індексацією вартості медичних послуг або специфікою споживчого попиту.

Значне прискорення динаміки почалося у 2020 році, що становило понад 538,53 дол., у 2021 році – 588,92 дол. та у 2022 році до 683,09дол.США. У 2023 році витрати на душу населення досягли 717,67 дол., а у 2024 прогнозовано становитимуть 767,56 дол. США, що більш ніж удвічі перевищує рівень 2014 року. Таким чином, за 10 років реальні витрати на охорону здоров'я на одну особу в Румунії зросли на понад 120%.

УГОРЩИНА

Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП Угорщини з 2014 по 2029 рік представлено на рис. 4.8.

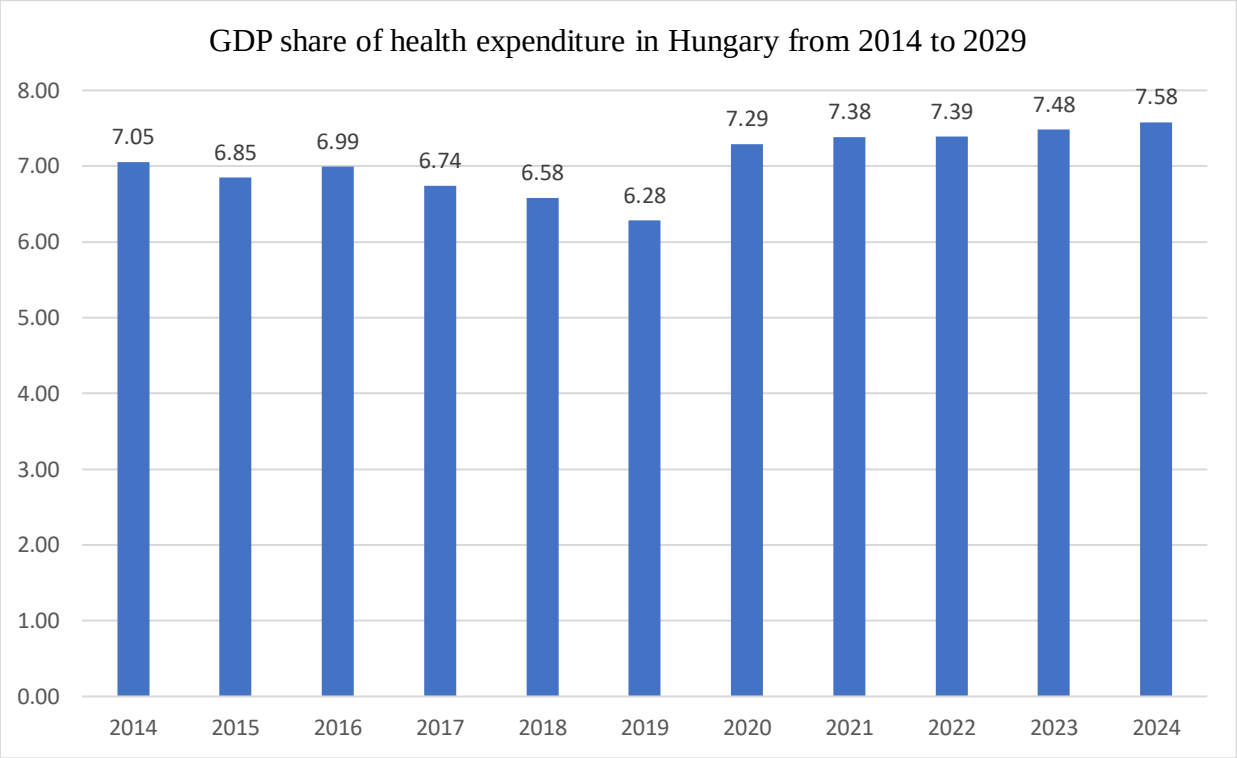


Рис. 4.8. Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП Угорщини з 2014 по 2029 рік [189]

У 2014 році частка витрат на охорону здоров'я становила 7,05 % ВВП, після чого до 2019 року відбувалося поступове зниження: до 6,85 % у 2015-му, 6,74 % у 2017-му і мінімального значення 6,28 % у 2019 році.

Однак з 2020 року спостерігається збільшення витрат на охорону здоров'я, в зв'язку з активною фазою пандемії COVID-19 фінансування

охорони здоров’я було різко збільшене до 7,29 % ВВП, а в подальші роки відбулося стабільне зростання у 2021 році – 7,38 %, у 2023 році – 7,48 % та у 2024 році – 7,58 % році.

На наступному рис. 4.9 відображено показники витрат на охорону здоров'я на душу населення в Угорщині з 2010 по 2022 рік.

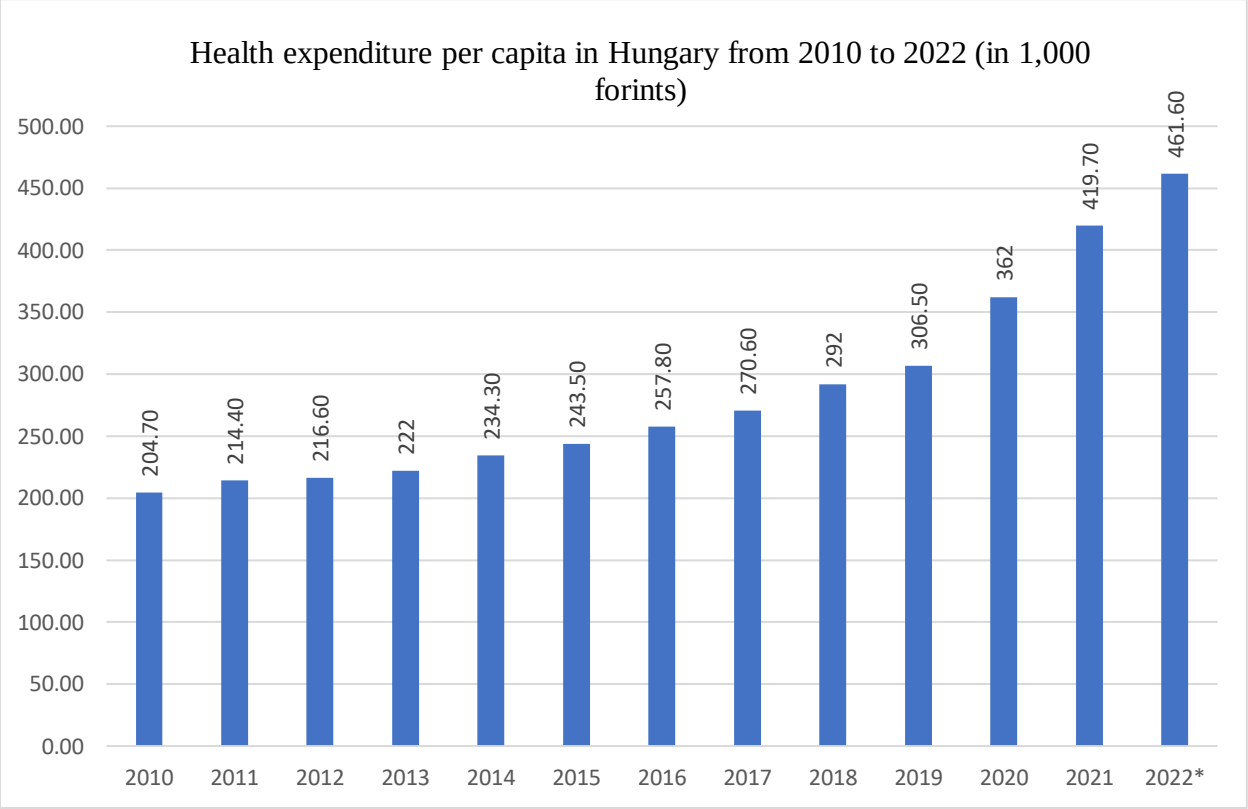


Рис. 4.9. Витрати на охорону здоров'я на душу населення в Угорщині з 2010 по 2022 рік(у 1000 форинтах) [199]

На початку досліджуваного періоду середні витрати становили 204,7 тис. форинтів, демонструючи поступове зростання у наступні роки, так у 2011 році 214,4 тис., у 2013 році 222 тис. та у 2014 році 234,3 тис. форинтів.

У 2015–2017 роках показник продовжував стабільно зростати та коливався у межах 243,5 тис. – 270,6 тис. форинтів відповідно, що може бути пов’язано з реформами у сфері охорони здоров’я та покращенням фінансового забезпечення галузі.

Більш суттєве зростання спостерігається з 2018 року: витрати зросли до 292 тис. форинтів, а вже у 2020 до 362 тис. У 2021 році цей показник зріс до 419,7 тис., а у 2022 році досяг максимуму та дорівнював 461,6 тис. форинтів.

На наступному рис. 4.10 представлено показники витрат на охорону здоров'я на душу населення в Угорщині з 2010 по 2022 рік.

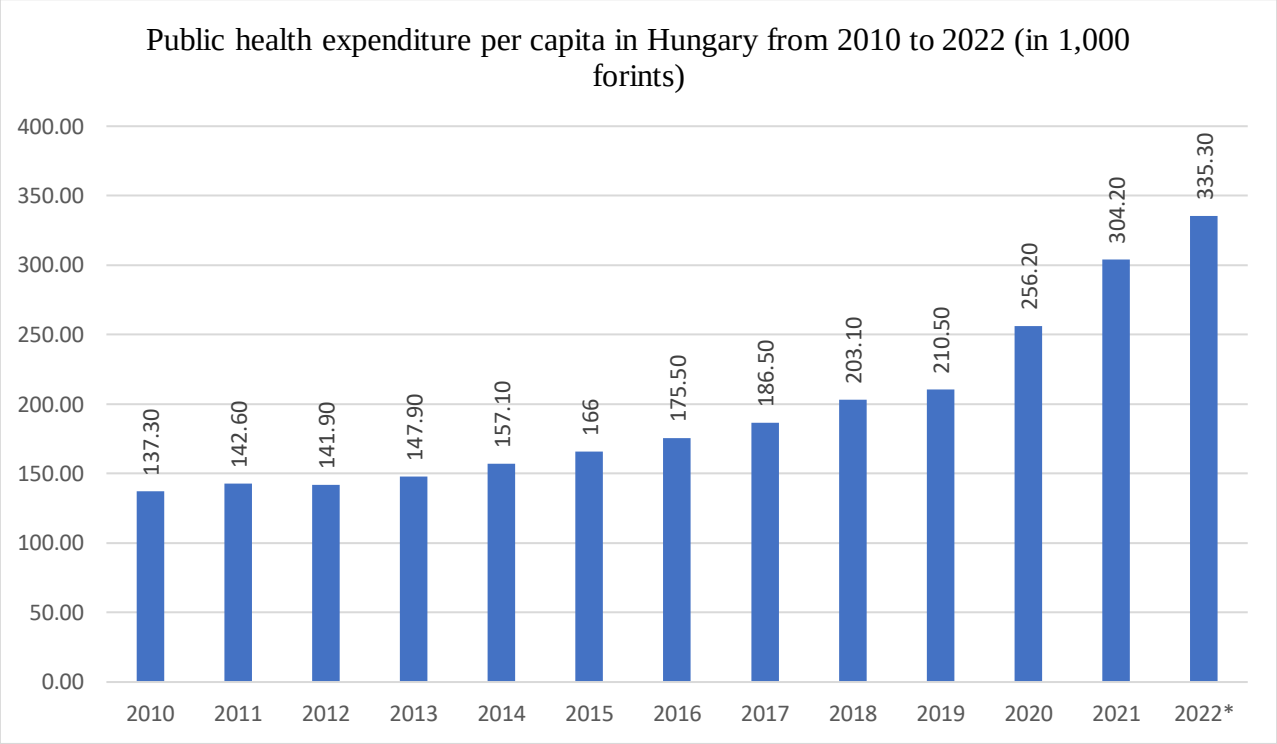


Рис. 4.10. Витрати на охорону здоров'я на душу населення в Угорщині з 2010 по 2022 рік(у 1000 форинтах) [249]

Як свідчать дані, представлені на рис. 4.10, упродовж 2010 – 2022 років в Угорщині спостерігається поступове та стабільне зростання державних витрат на охорону здоров’я в розрахунку на одного жителя. У 2010 році цей показник становив 137,3 тис. форинтів, тоді як у 2022 році 353,3 тис. форинтів, що більш ніж у 2,5 рази перевищує початковий рівень.

На початку досліджуваного періоду 2010–2014 рр. витрати зростали повільно з 137,3 тис. до 157,1 тис. форинтів. У 2015–2019 рр. темпи зростання державного фінансування охорони здоров’я помірно прискорилися витрати зросли до 210,5 тис. форинтів. Після 2020 року зростання стало суттєвим у

2021 році 304,2 тис. форинтів, а у 2022 році 353,3 тис. форинтів. Такий тенденція зумовлена впливом пандемії COVID-19, що потребувала термінового розширення бюджетних асигнувань на медицину.

На наступному рис. 4.11. зображено показники витрат населення на охорону здоров'я в Угорщині з 2014 по 2029 рік.

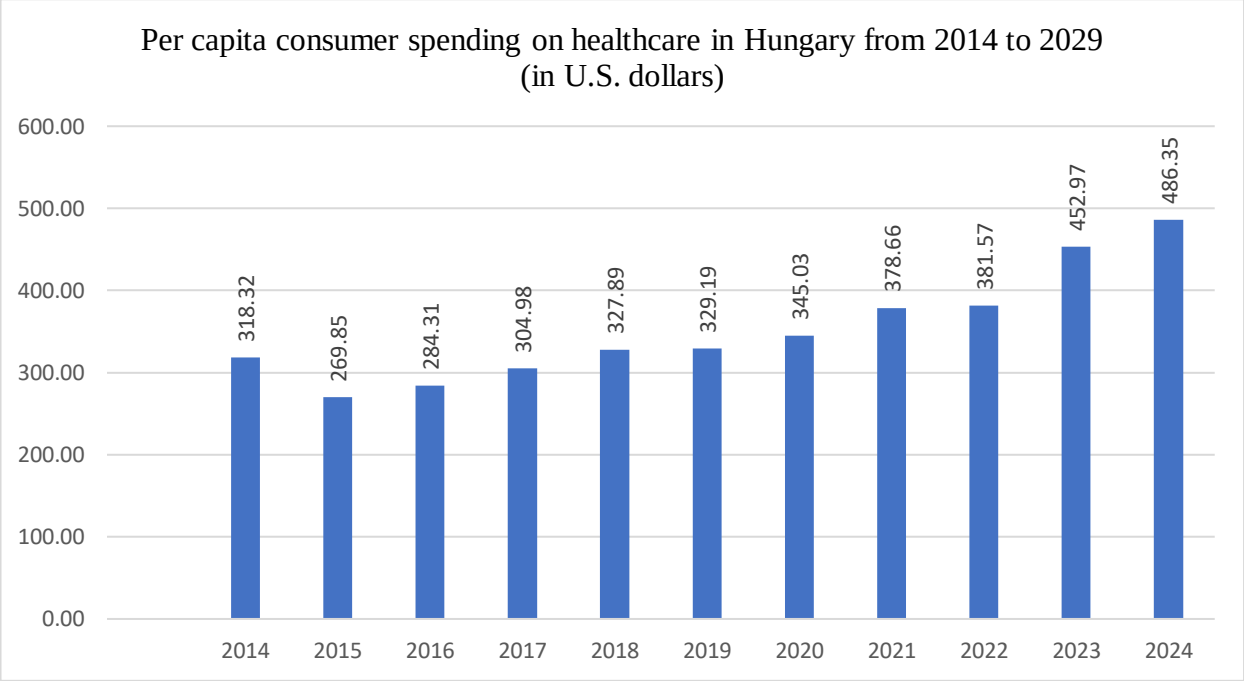


Рис. 4.11. Витрати населення на охорону здоров'я в Угорщині з 2014 по 2029 рік(у доларах США) [242]

На наступному рис. 4.12 зображено показники вартості інвестицій у охорону здоров'я в Угорщині з 2010 – 2022 роки.

Згідно з даними, наведеними на рис. 4.12, у період 2010 – 2022 роки вартість інвестицій в охорону здоров’я в Угорщині характеризувалася значними коливаннями з тенденцією до зростання починаючи з 2016 року. У 2010 році обсяг інвестицій становив 42,9 млрд. форинтів, після чого у 2011 році він зріс до 63,6 млрд. форинтів, що на 20,70 млрд. більше ніж у попередньому році. Впродовж 2012 – 2013 років спостерігалася відносна стабільність із незначними коливаннями 55,1 та 57,8 млрд. форинтів відповідно.

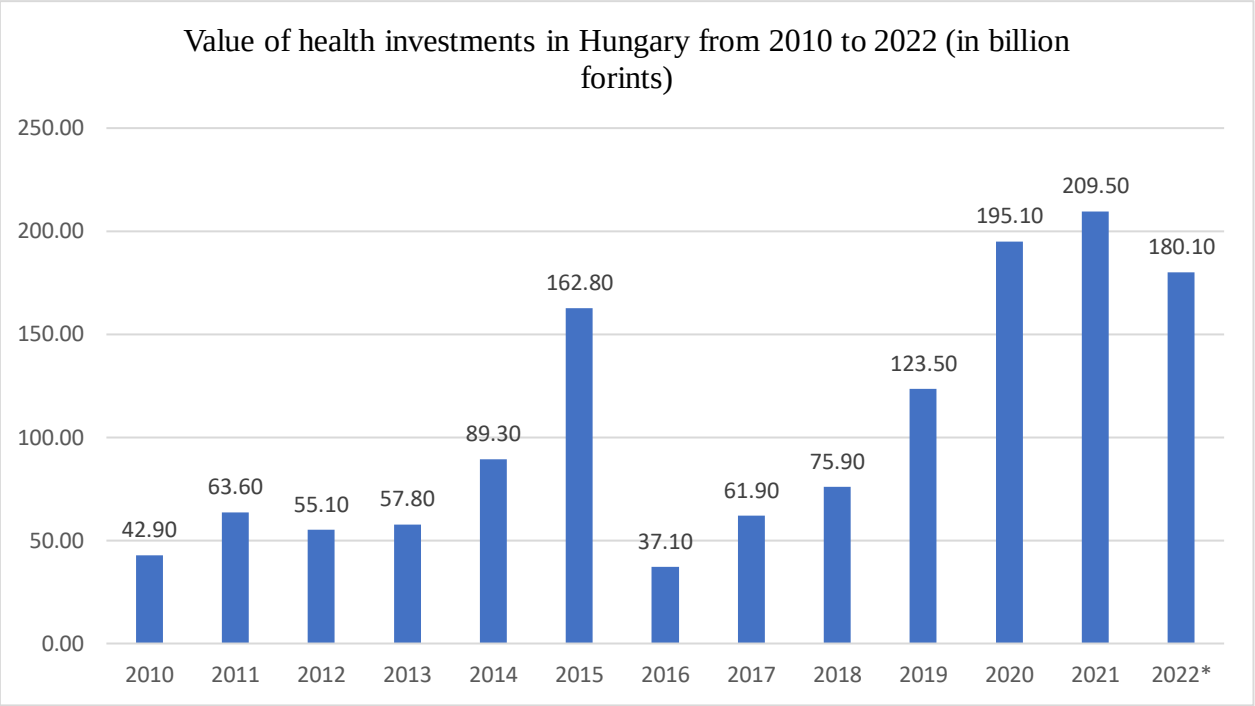


Рис. 4.12. Вартість інвестицій у охорону здоров'я в Угорщині з 2010 по 2022 рік(у мільярдах форинтів) [262]

Відчутне зростання зафіксовано у 2014 році до 89,3 млрд форинтів, у 2015 році інвестиції сягнули 162,8 млрд. форинтів, що стало одним з найвищих показників за період. Проте у 2016 році відбулося різке скорочення обсягів до 37,1 млрд. форинтів, що може свідчити про зміни інвестиційних пріоритетів в охорону здоров'я. Починаючи з 2017 року, інвестиції знову почали зростати, досягнувши 61,9 млрд. форинтів у 2017 році та 75,9 млрд. форинтів у 2018 році. У 2019 році обсяги фінансування підвищилися до 123,5 млрд. форинтів.

Найбільш значне зростання зафіксовано у 2020–2021 роках, коли інвестиції становили 195,1 млрд. та 209,5 млрд. форинтів відповідно. У 2022 році обсяг інвестицій дещо знизився до 180,1 млрд. форинтів, проте залишився на рівні, значно вищому за середні значення початкових років аналізованого періоду. Загалом, за 2010–2022 роки інвестиції в охорону здоров'я в Угорщині зросли більш ніж у чотири рази.

ЧЕХІЯ

Загальні витрати на охорону здоров'я як частка валового внутрішнього продукту (ВВП) у Чехії з 1990 по 2022 рік представленні на рис. 4.13

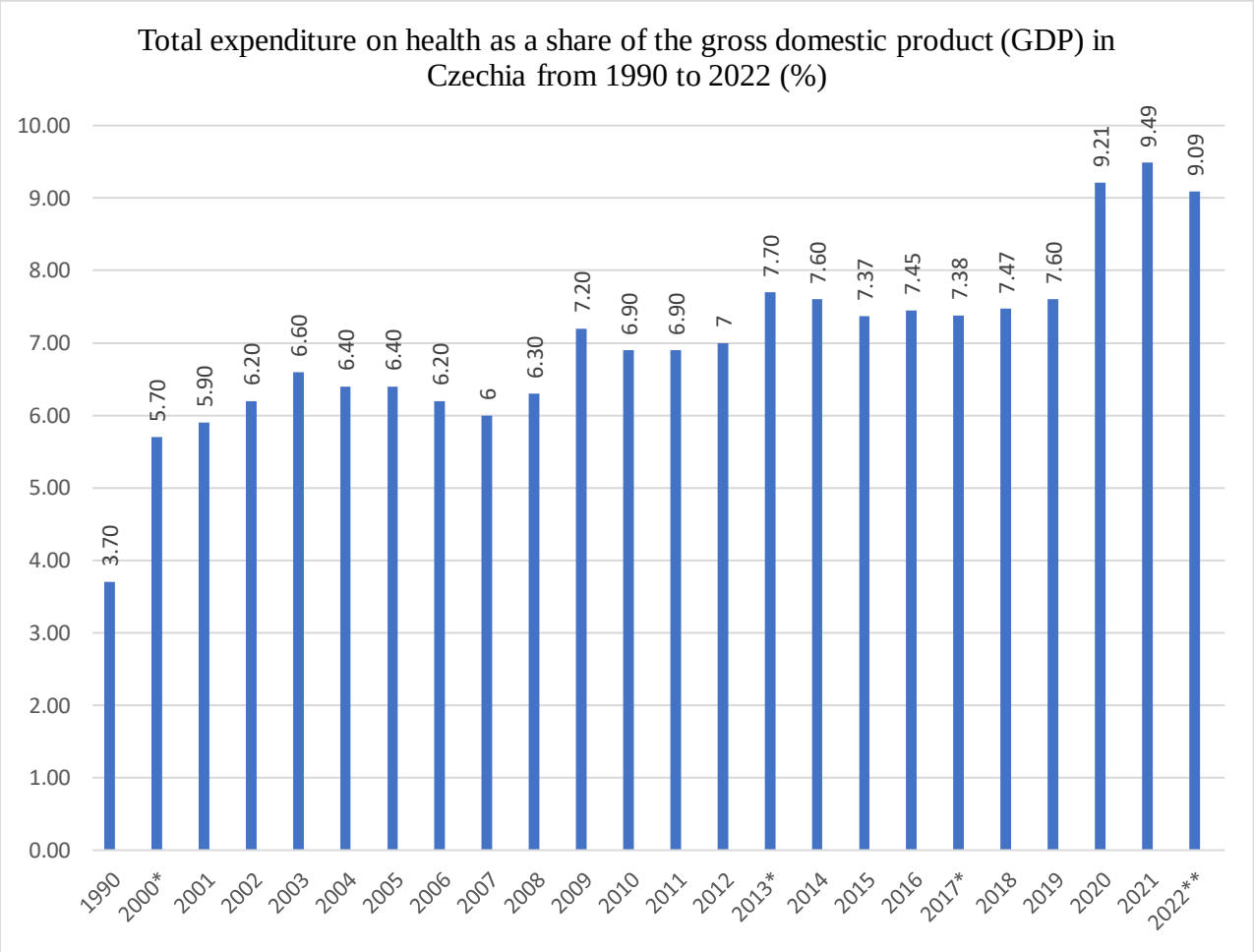


Рис. 4.13. Загальні витрати на охорону здоров'я як частка валового внутрішнього продукту (ВВП) у Чехії з 1990 по 2022 рік

У 1990 році показник загальних витрат на охорону здоров'я як частка валового внутрішнього продукту становив 3,7%, що свідчить про порівняно невелику частку державних і приватних витрат на медицину в загальній економіці країни на початку трансформаційного періоду.

У подальші роки спостерігається поступове зростання, так у 2000 році показник зріс до значення 5,7%, у 2003 році становив 6,6%,у 2004-2006 році показник коливався в межах 6,4–6,6% відповідно. У 2007 році

зафіксовано незначне зниження до 6,0%, а в 2009 році суттєве зростання до 7,2%, що може бути пов’язано як з інвестиціями в систему охорони здоров’я, так і з наслідками економічної кризи 2008 року.

У 2010–2015 роках витрати коливалися в межах 6,9 – 7,7% ВВП, з відносною стабільністю та незначними змінами. Починаючи з 2016 року спостерігається поступове зростання: 7,4% у 2016 – 2018 роках і 7,6% у 2019 році.

Найбільш різке зростання спостерігається у 2020 році до 9,21%, що є прямим наслідком пандемії COVID-19, яка суттєво збільшила навантаження на систему охорони здоров’я. У 2021 році показник зріс до рекордних 9,49%, а у 2022 році, хоча і дещо знизився до 9,09%, залишився на високому рівні порівняно з попередніми роками.

Загалом, за період у понад 30 років, частка витрат на охорону здоров’я у ВВП Чехії зросла більш ніж у 2,5 разів, з 3,7% у 1990 році до 9,09% у 2022 році. Це свідчить про поступове підвищення пріоритетності галузі охорони здоров’я в державній політиці.

На наступному рис. 4.14. відображено показники загальних витрат на охорону здоров'я в Чехії з 2010 по 2022 рік.

Слід відзначити, що протягом усього досліджуваного періоду простежується стійка тенденція до зростання обсягів фінансування системи охорони здоров’я. У 2010 році загальні витрати на охорону здоров’я становили 334,5 млрд. крон. Упродовж наступних п’яти років з 2011–2015 роки витрати зростали повільними темпами з 338,5 млрд. крон у 2011 році до 353,3 млрд. крон у 2015 році. Це свідчить про стабільну, але помірну фінансову підтримку галузі у цей період.

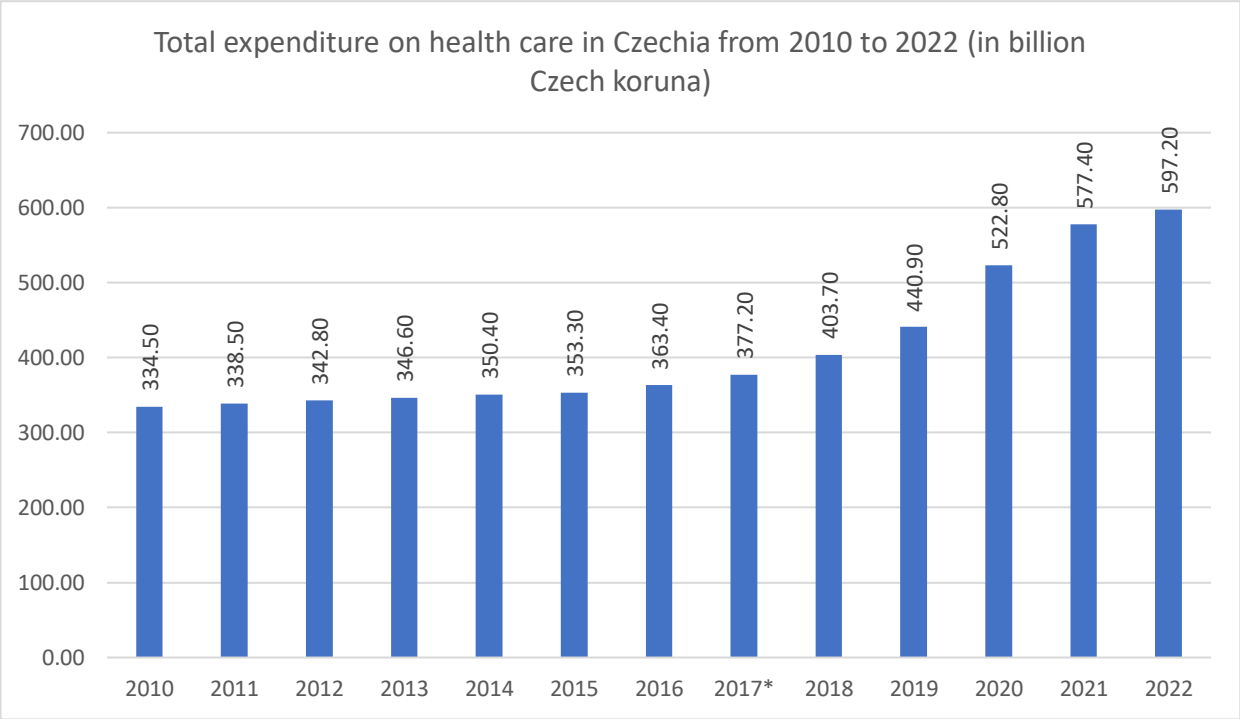


Рис. 4.14. Загальні витрати на охорону здоров'я в Чехії з 2010 по 2022 рік(у мільярдах чеських крон) [259]

Значне прискорення зростання розпочалося з 2016 року та складало 363,4 млрд. крон та до 403,7 млрд. крон у 2018 році. У 2019 – 2022 роках спостерігалося різке збільшення фінансування, що особливо помітно у 2020 році – 522,8 млрд. крон, у 2021 році – 577,4 млрд. крон та 2022 році –597,2 млрд. крон.

Отже, у 2022 році обсяг видатків був майже вдвічі вищим, ніж у 2010 році та зростання становило понад 262 млрд. крон або приблизно 78%.

На наступному рис. 4.15 відображено показники витрат на охорону здоров'я на душу населення в Чехії з 2010 по 2022 рік.

В цілому протягом 2010–2022 років у Чехії простежується чітка тенденція до зростання інвестицій у сферу охорони здоров’я у перерахунку на одного мешканця.

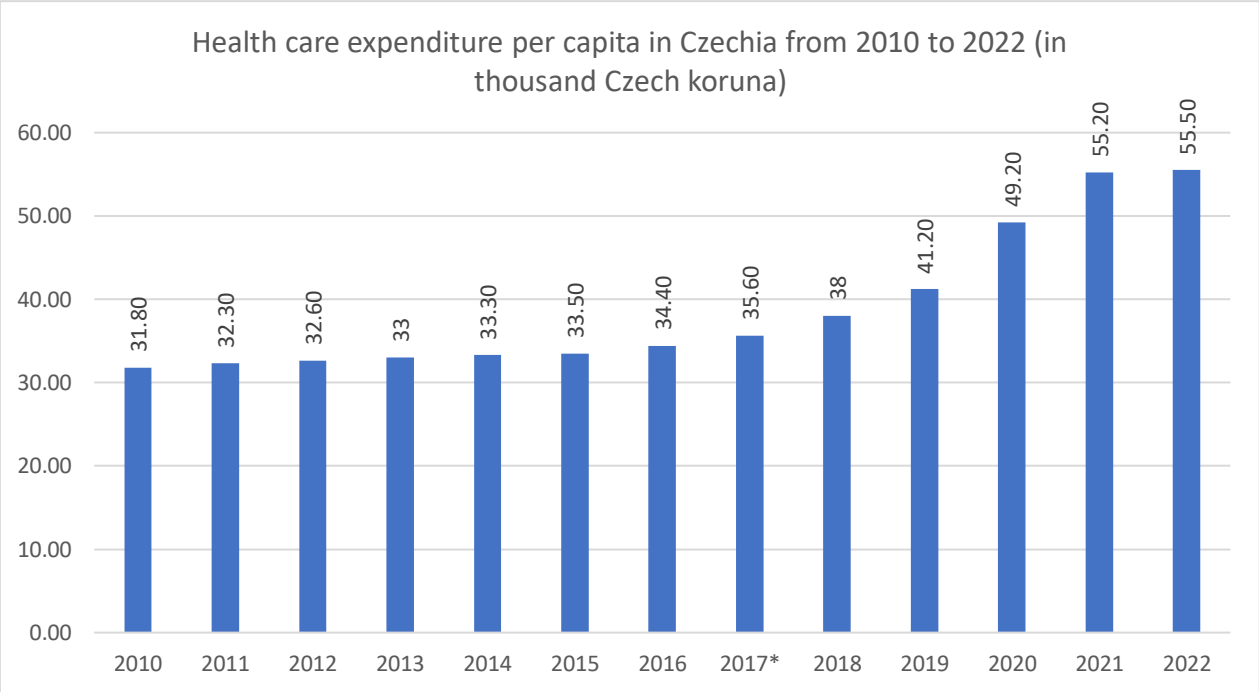


Рис. 4.15. Витрати на охорону здоров'я на душу населення в Чехії з 2010 по 2022 рр.

У 2010 році цей показник становив 31,8 тис. крон. У наступні роки він зростав повільними, але стабільними темпами у 2011 році до 32,3 тис., у 2015 році – 33,5 тис. та у 2017 році – 35,6 тис.

У 2018 році витрати зросли до 38 тис. крон, у 2019 до 41,2 тис. крон, а у 2020 році зафіксовано збільшення до 49,2 тис. крон. Особливо стрімке зростання відбулося у 2021 році, коли показник досяг 55,2 тис. крон на особу, а у 2022 році 55,5 тис. крон, що на 0,54% більше ніж у попередньому році.

На наступному рис. 4.16 відображено показники структури витрат на охорону здоров'я в Чехії у 2022 році.

Вищенаведені дані рис. 4.16 свідчать, що переважна частка фінансових ресурсів на охорону здоров’я в Чехії спрямовується на безпосереднє медичне обслуговування, яке займає 53,1% усіх витрат.

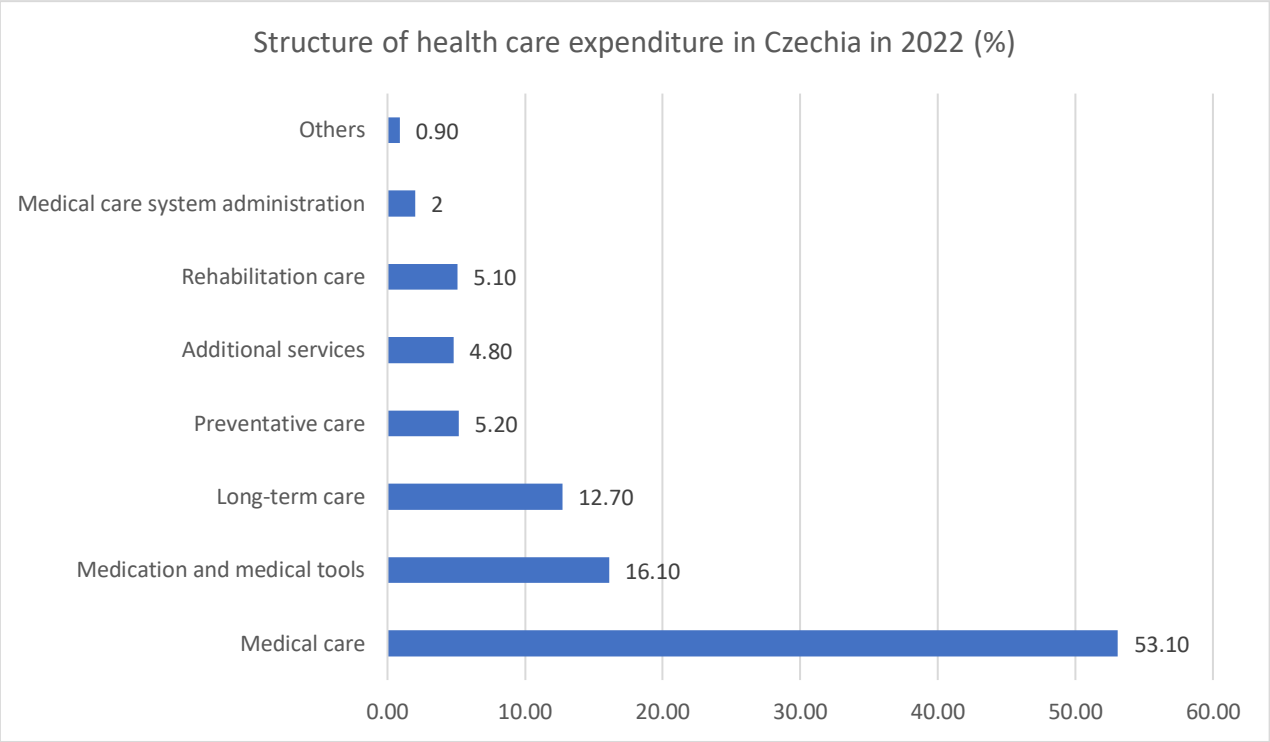


Рис. 4.16. Структура витрат на охорону здоров'я в Чехії у 2022 році [257]

На другому місці за обсягом витрат знаходяться медикаменти та медичні вироби, які становлять 16,1%. Довготривалий догляд (long-term care) посідає третє місце та складає 12,7%, що свідчить про пріоритетність підтримки пацієнтів з хронічними захворюваннями, інвалідністю або похилого віку.

Менші частки витрат припадають на профілактичну допомогу 5,2%, реабілітаційне лікування 5,1%, додаткові послуги (наприклад, лабораторні чи діагностичні) – 4,8%, адміністрацію системи охорони здоров’я – 2,0% та інші витрати – 0,9%.

Таке співвідношення свідчить про певний дисбаланс між лікувальною та профілактичною моделлю, оскільки майже дві третини бюджету зосереджено на лікувальних заходах, тоді як на профілактику, реабілітацію та управлінські потреби витрачається відносно небагато.

На наступному рис. 4.17 структура фінансування охорони здоров’я в Чехії у 2022 році за джерелами.

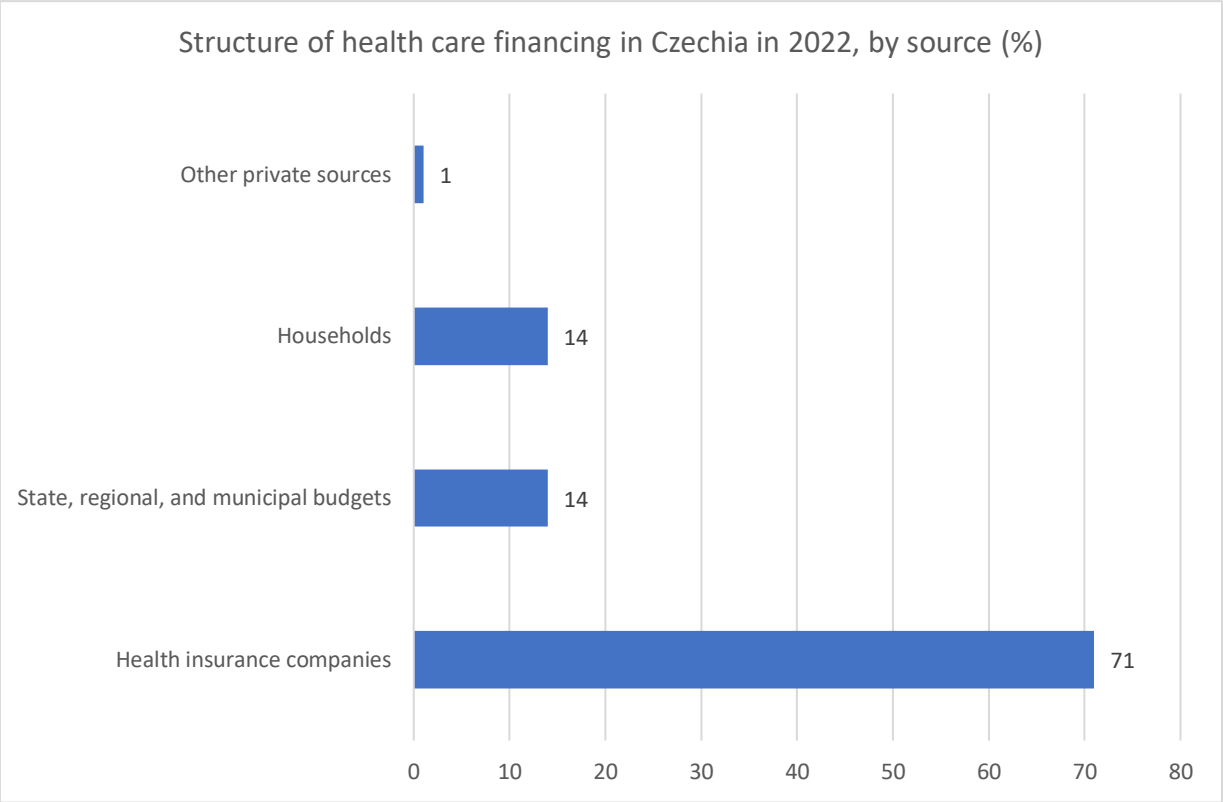


Рис. 4.17. Структура фінансування охорони здоров'я в Чехії у 2022 році за джерелами [195]

Отже, страхові компанії з медичного страхування в Чехії забезпечують понад 70% загального фінансування. Це вказує на те, що чеська система охорони здоров'я ґрунтується на моделі обов'язкового соціального медичного страхування, що охоплює більшість населення країни та забезпечує доступ до основних медичних послуг. Державні, регіональні та муніципальні бюджети становлять приблизно 15%, що свідчить про участь публічного фінансування в підтримці інфраструктури, державних програм та соціально вразливих груп населення. Домогосподарства забезпечують також близько 15% загального обсягу витрат на медичні послуги, що включає прямі платежі пацієнтів за лікарські засоби, стоматологічні послуги, медичні засоби або спільну оплату за певні послуги. Інші приватні джерела становлять незначну частку менше 1%, що свідчить про обмежену роль альтернативних каналів фінансування у чеській медичній системі.

На наступному рис. 4.18 представлено витрати медичних страхових компаній на душу населення в Чехії у 2022 році за віком та статтю(у мільярдах чеських крон).

Середній рівень витрат медичних страхових компаній в Чехії становив для жінок – 39,40 млрд. крон, для чоловіків – 37,47 млрд. крон. Це свідчить про загалом дещо вищу вартість медичних послуг для жінок, однак зі збереженням суттєвих вікових коливань. Деталізація за віком і статтю 0–9 років: жінки – 20,49 млрд. крон; чоловіки – 23,10 млрд. крон, 10–19 років жінки – 18,72 млрд. крон; чоловіки – 17,57 млрд. крон. 20–29 років жінки – 23,54 млрд. крон; чоловіки – 15,88 мдрд. крон. Щодо 30–49 років, то витрати поступово зростають для обох статей, але вже без значного гендерного розриву, 50–59 років: жінки – 38,63; чоловіки – 38,49, 60–69 років чоловіки – 64,70, жінки – 51,24, 70–79 років чоловіки – 98,65, жінки – 74,95, 80+ років: чоловіки – 116,67; жінки – 101,28.

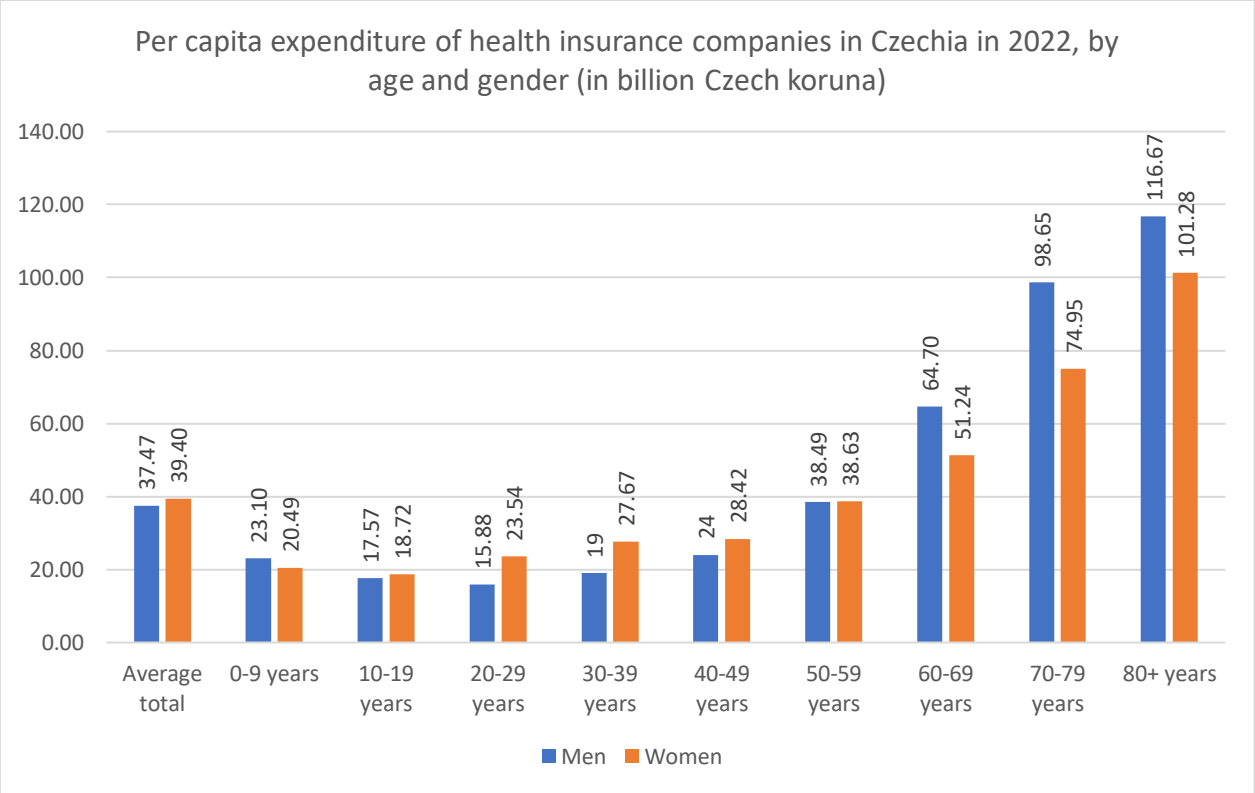


Рис. 4.18. Витрати медичних страхових компаній на душу населення в Чехії у 2022 році за віком та статтю(у мільярдах чеських крон) [244]

Найвищі витрати зафіксовано у категорії 80+ років. У цьому віковому сегменті витрати на чоловіків перевищують жіночі на понад 15 млрд. крон.

На наступному рис. 4.19. представлено витрати компаній медичного страхування в Чехії з 2018 по 2022 рік за діагнозом (у мільярдах чеських крон).

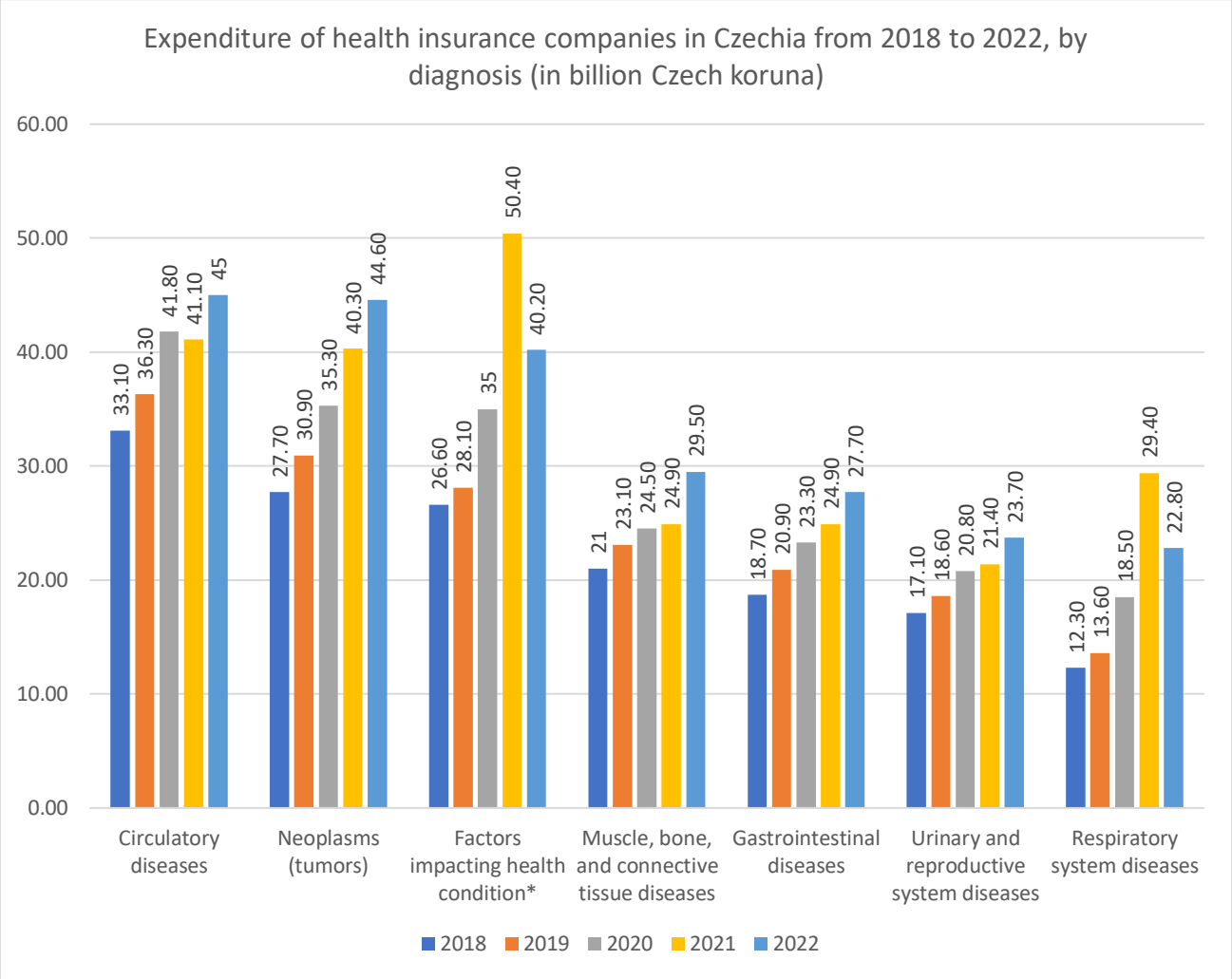


Рис. 4.19. Витрати компаній медичного страхування в Чехії з 2018 по 2022 рік за діагнозом (у мільярдах чеських крон) [201]

Серед компаній медичного страхування в Чехії з 2018 по 2022 роки витрати було розподіллено наступним чином:

– захворювання системи кровообігу «circulatory diseases» - витрати зросли з 33,1 млрд. крон у 2018 році до 45,0 млрд. крон у 2022 році, що

вказує на стабільну тенденцію до збільшення фінансування. За досліджуваний період спостерігається поступове зростання у 2019 році – 36,9, у 2020 році – 38,1; у 2021 році – 41,0 млрд. крон.

– новоутворення «neoplasms» – показники також зростали: з 27,7 млрд у 2018 році до 44,6 млрд у 2022 році, що свідчить про збільшення витрат на онкологічну допомогу. Найбільше зростання припадає на 2021–2022 роки.

– фактори, що впливають на стан здоров'я «factors impacting health condition» – категорія продемонструвала різке зростання: з 26,6 млрд у 2018 році до 50,4 млрд у 2021 році, після чого у 2022 році витрати дещо знизились до 40,2 млрд.

– захворювання опорно-рухового апарату «muscle, bone, and connective tissue diseases». Витрати коливалися від 21 млрд у 2018 році до 29,5 млрд у 2022 році, демонструючи зростання упродовж періоду.

– шлунково-кишкові захворювання «gastrointestinal diseases». Зростання було відносно помірним: з 18,7 млрд у 2018 році до 27,7 млрд у 2022 році.

– захворювання сечостатевої системи «urinary and reproductive system diseases». Витрати збільшилися з 17,1 до 23,7 млрд за п'ять років, зі стабільним щорічним приростом.

– захворювання дихальної системи «respiratory system diseases». Найменші витрати серед усіх представлених категорій, але з помітним стрибком у 2021 році – 29,4 млрд.крон. У 2022 році відбулося зниження до 22,8 млрд. крон.

ПОЛЬЩА

На рис.4.20 відображено показники загальних витрат на охорону здоров'я як частки валового внутрішнього продукту (ВВП) у Польщі з 2013 по 2023 рік.

Щодо загальних витрат на охорону здоров’я (Total spending)у Польщі, то у 2013 році вони становили 6,5% ВВП. Упродовж 2013–2022 рр. коливання відбувалися в межах 6,3% – 6,6%, без суттєвих зрушень. Збільшення сталося у 2023 році, коли загальні витрати зросли до 7,1% ВВП, що є найвищим показником за весь аналізований період.

Щодо державних витрат(public), то впродовж 2013–2021 років державні витрати залишались стабільними на рівні 4,5–4,6% ВВП, лише у 2020–2022 роках зросли до 4,7%. У 2023 році державне фінансування досягло 5,8% ВВП, тобто зросло на 1,1 п.п. у річному вимірі, що є історичним максимумом.

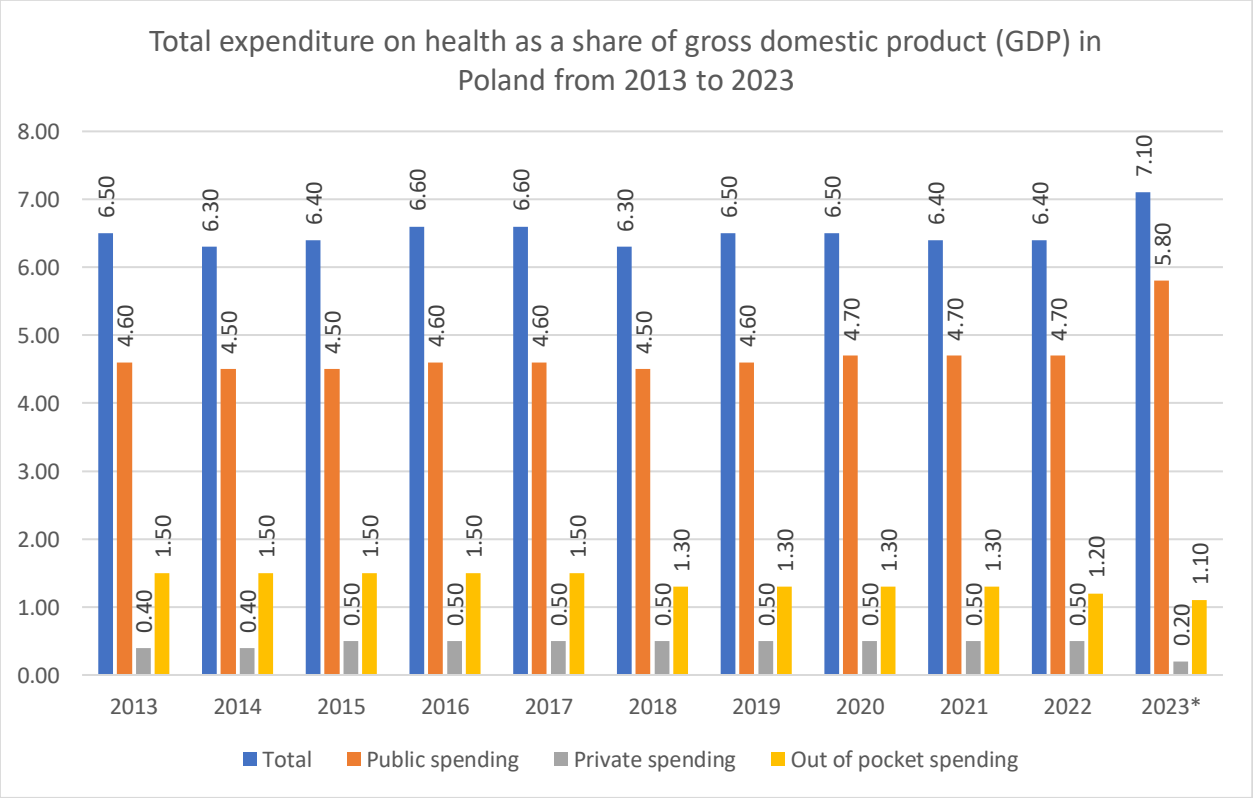


Рис. 4.20. Загальні витрати на охорону здоров'я як частка валового внутрішнього продукту (ВВП) у Польщі з 2013 по 2023 рік [207]

Приватні витрати (private spending) у 2013–2022 роках стабільно становили 1,5% ВВП. У 2023 році цей показник знизився до 1,0% ВВП.

Прямі витрати домогосподарств (Out-of-pocket spending) у 2013–2022 роках коливалися в межах 0,4–0,5% ВВП, свідчачи про відносно помірне навантаження на громадян. У 2023 році прямі витрати впали до 0,2% ВВП, що є найнижчим значенням за аналізований період.

Витрати на охорону здоров’я в Польщі впродовж 2013–2022 рр. були відносно стабільними та коливалися в межах 6,4–6,6% ВВП), проте у 2023 році зафіксовано різке зростання до 7,1%, головним чином за рахунок державного бюджету (5,8%). Частка приватних витрат, включаючи out-of-pocket, істотно зменшилася, що вказує на перерозподіл фінансового навантаження з домогосподарств на державу.

На наступному рис. 4.21 відображено показники витрат на охорону здоров'я в Польщі з 2018 по 2023 рік з прогнозом до 2028 року (у мільярдах злотих).

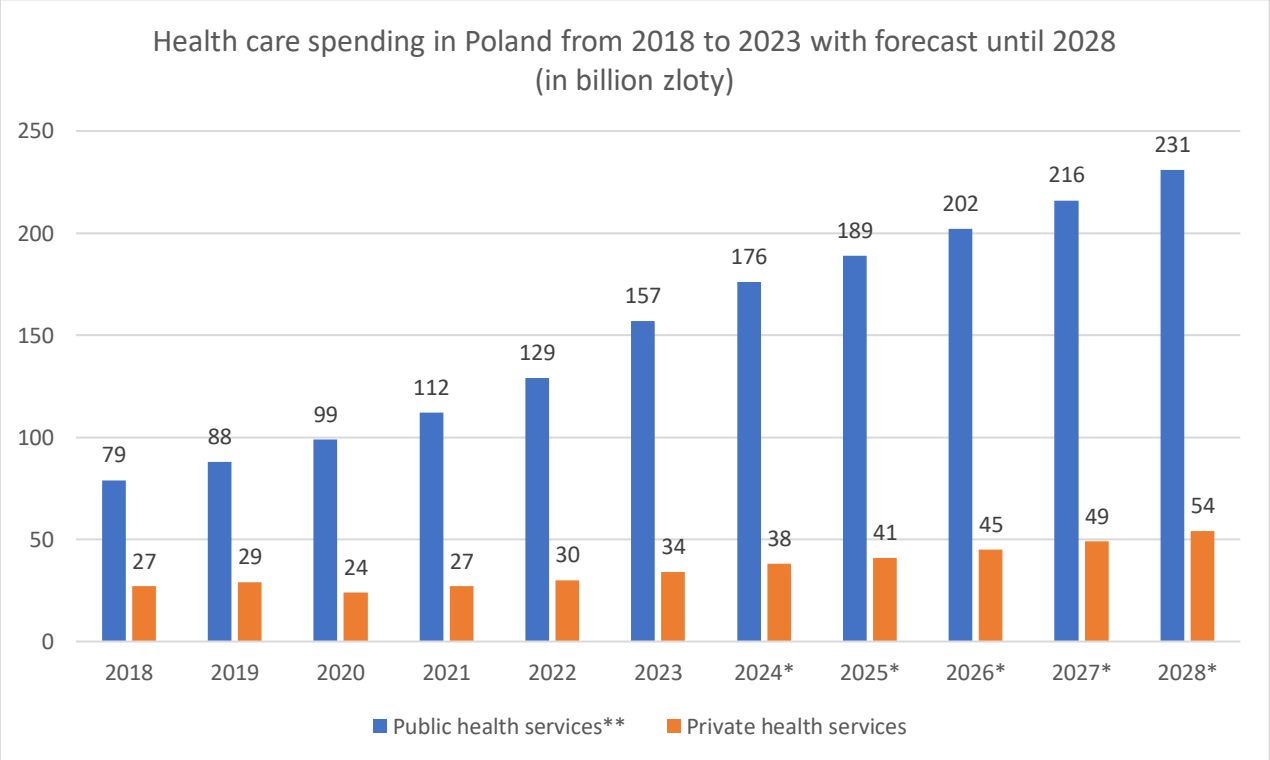


Рис. 4.21. Витрати на охорону здоров'я в Польщі з 2018 по 2023 рік з прогнозом до 2028 року (у мільярдах злотих) [197]

У 2018 році загальні витрати на охорону здоров'я в Польщі з становили 106 млрд. злотих, з яких 79 млрд. державне фінансування та 27 млрд. приватні витрати.

Протягом 2018–2023 років спостерігалося поступове, але динамічне зростання: у 2020 році 99 млрд. державні витрати, 24 млрд. приватні, у 2021 році 112 та 27 млрд. відповідно, у 2022 році 129 та 30 млрд. відповідно, у 2023 році 157 та 34 млрд. відповідно. Загальне зростання за 2018–2023 роки склало понад 85 млрд. злотих сумарно, а саме 78 млрд з державного бюджету, що на 98,73% більше та 7 млрд з приватного сектору або на 25,92% більше.

У прогнозному періоді очікується стале щорічне зростання, так у 2024 році 176 млрд. державних витрат та 38 млрд. приватних, у 2025 році 189 млрд. та 41млрд. відповідно, у 2026 році 202 та 45 млрд. відповідно, у 2027 році 216 та 49 відповідно, у 2028 році 231та 54 млрд злотих відповідно. Прогноз на 2028 рік демонструє, що публічне фінансування зросте майже утричі порівняно з 2018 роком (231 проти 79 млрд); приватні витрати зростуть на 100% (54 проти 27 млрд).

На наступному рис. 4.22 відображено показники витрат домогосподарств на охорону здоров'я в Польщі з 2010 по 2023 рік (у мільйонах злотих).

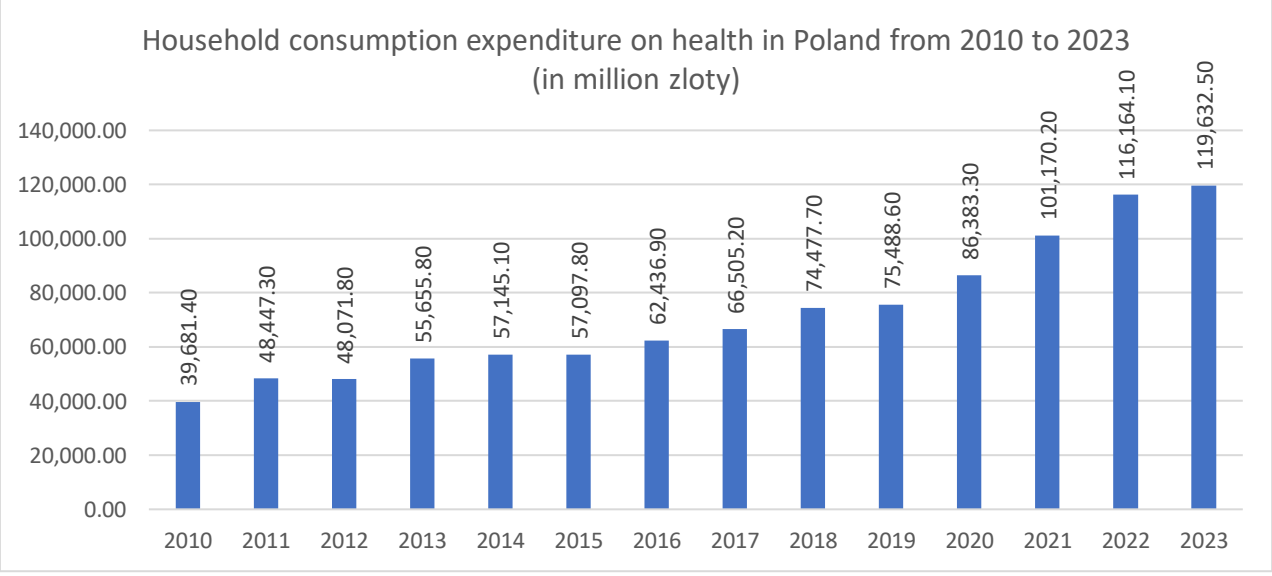


Рис. 4.22. Витрати домогосподарств на охорону здоров'я в Польщі з 2010 по 2023 рік (у мільйонах злотих) [185]

У 2010 році витрати домогосподарств на охорону здоров'я в Польщі становили 39 681,4 млн. злотих, у той час як у 2023 році 119 632,5 млн. злотих.

За 13 років спостерігається трикратне зростання, яке становило понад 201,4%, що вказує на суттєве збільшення фінансового навантаження на домогосподарства у сфері охорони здоров'я. Протягом 2010-2015 року спостерігалося повільне зростання, так у у 2010 році показник становив 39 681,4 млн. злотих, у 2013 році 55 655,8 млн. злотих, у 2015 році 57 097,8 млн. злотих. Починаючи з 2016 року витрати зростають динамічніше, так у 2016 показник дорівнював близько 62 436,9 млн. злотих, 2017 році 66 505,2 млн. злотих, у 2019 році 75 488,6 млн. злотих. У 2020 р. витрати зросли до 86 383,3 млн. злотих, а у 2023 році вже до 119 632,5 млн. злотих, при цьому зростання становило понад 33 249,2 млн. злотих. Таким чином, з 2010 по 2023 рік витрати польських домогосподарств на охорону здоров'я зросли на понад 79,9 млрд. злотих (з 39,7 до 119,6 млрд), що свідчить про суттєве зростання ролі приватного сегменту у забезпеченні медичних потреб населення.

На наступному рис. 4.23 відображено показники витрат домогосподарств на лікарняні послуги в Польщі з 2010 по 2023 рік (у мільйонах злотих).

У період з 2010 по 2023 роки витрати домогосподарств на лікарняні послуги в Польщі зросли більш ніж удвічі з 1 098,4 млн. злотих у 2010 році до 2 393,2 млн. злотих у 2023 році. Проте динаміка є нерівномірною, із періодами зростання та спаду. Протягом 2010–2013 спостерігаються незначні коливання від 1 098 до 1 689 млн. злотих. У період 2014–2017 зафіксовано стабільне зростання до рівня 2 171 млн. злотих. У 2018–2019 роках також спостерігається різке зростання з 2 160,6 до 3 157,2 млн. злотих. При цьому у 2019 році зафіксовано найвищий показник за весь період.

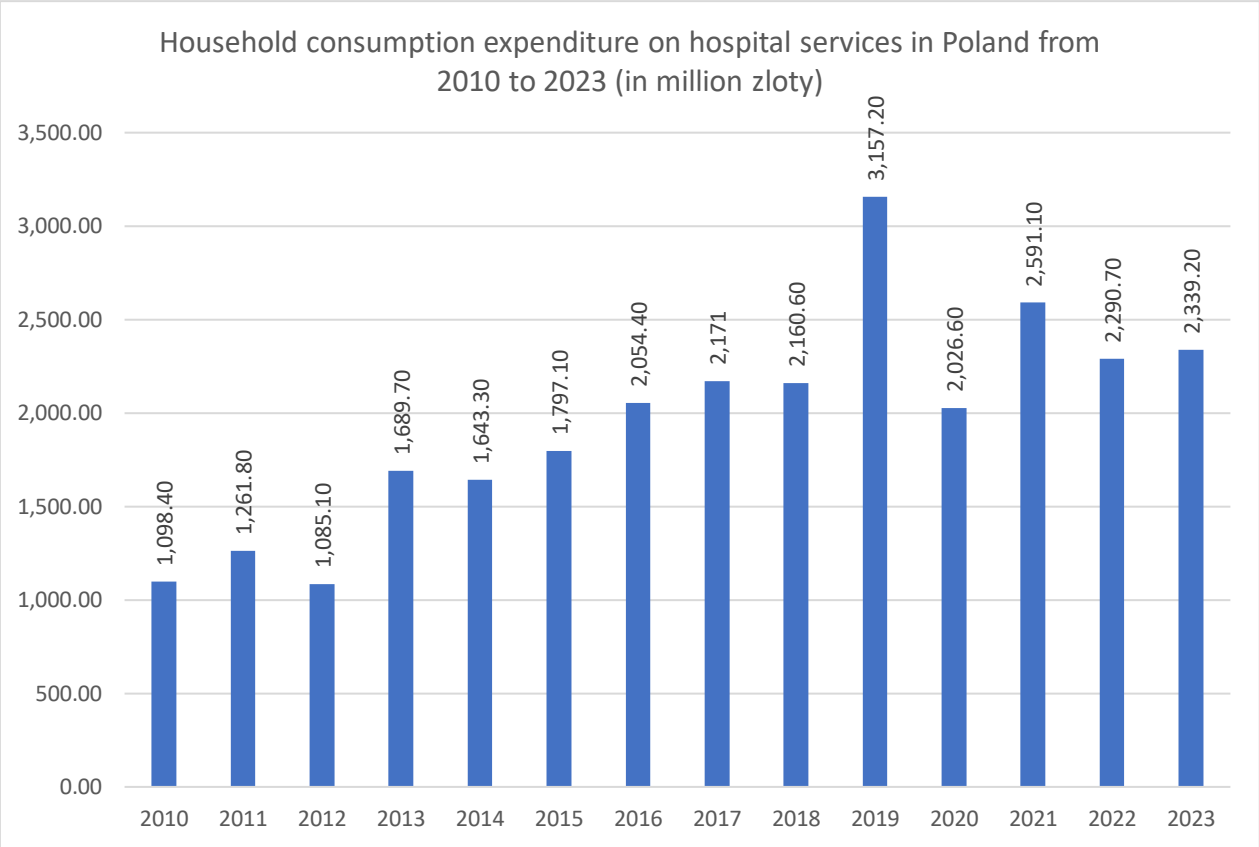


Рис. 4.23. Витрати домогосподарств на лікарняні послуги в Польщі з 2010 по 2023 рік (у мільйонах злотих) [256]

Протягом 2020–2023 років спостерігався спад, частково обумовлений COVID-19 пандемією та обмеженим доступом до стаціонарної медичної допомоги.

На наступному рис. 4.24 відображено показники річних витрат на охорону здоров'я на душу населення в Польщі з 2010 по 2022 рік (у злотих).

У період з 2010 по 2022 роки спостерігається стале зростання річних витрат на охорону здоров’я на душу населення в Польщі з 2 438,7 злотих до 5 459,1 злотих, що становить збільшення більш ніж у 2,2 рази. Протягом 2010–2014 років зафіксовано повільне зростання з 2 438,7 до 2 827 злотих, у 2015–2018 також помірне прискорення до 3 535,1 злотих у 2018 році. У 2019–2022 роках спостерігалося динамічне зростання даного показника, особливо після пандемічного 2020 року, у 2019 році 3 894,0 злотих, у 2020

році 4 007,3 злотих, у 2021 році 4 488,2 злотих, у 2022 році 5 459,1 злотих, який є найвищим показником за досліджуваний період. Отже, Польща демонструє стратегію поступового, але стабільного нарощування фінансування охорони здоров'я на душу населення.

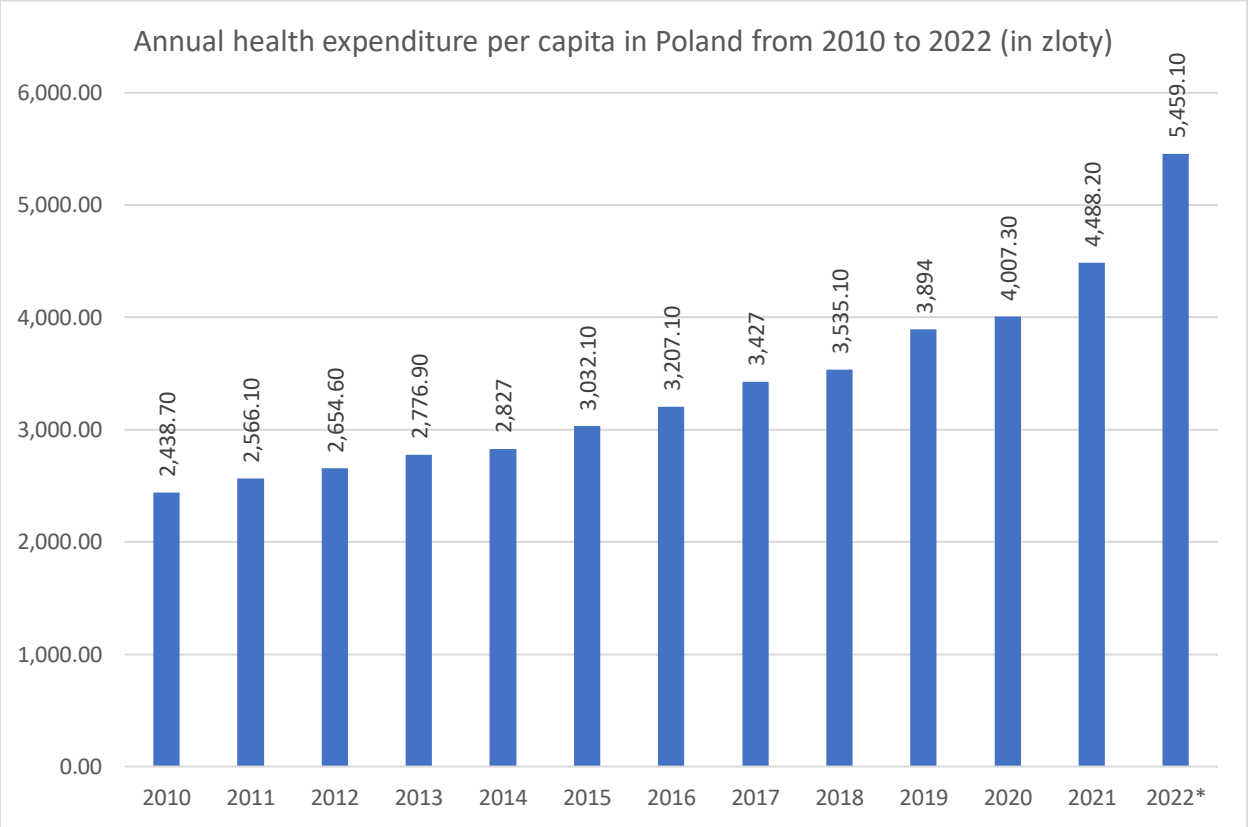


Рис. 4.24. Річні витрати на охорону здоров'я на душу населення в Польщі з 2010 по 2022 рік (у злотих) [200]

Таким чином, проведений порівняльний аналіз фінансового потенціалу систем охорони здоров'я Румунії, Угорщини, Чехії та Польщі дозволяє зробити комплексний висновок щодо трансформації медичних галузей у країнах Східної Європи в контексті євроінтеграції. В усіх країнах спостерігається стійка тенденція до збільшення частки витрат на охорону здоров'я відносно ВВП. Найвищі показники демонструє Чехія (понад 9%), що наближає її до стандартів розвинених країн Західної Європи. Румунія та Польща також демонструють динамічний ріст, прогнозуючи досягнення позначки 7–8% до 2029 року. 2020–2021 роки стали переломним моментом для фінансових моделей. Ковідна криза змусила уряди

різко збільшити бюджетні асигнування, що згодом трансформувалося у сталу політику підвищення державних видатків на медицину. У Польщі спостерігається чіткий тренд на перекладання фінансового навантаження з домогосподарств на державний бюджет. У Чехії сформована стійка модель соціального страхування, де 70% коштів забезпечують страхові компанії. У Румунії та Угорщині, попри ріст державних витрат, залишається значною частка приватних витрат населення, яка за десятиліття зросла майже вдвічі в абсолютному значенні.

4.2. Сучасний стан державного управління кадровим потенціалом систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу

Важливість дослідження кадрового потенціалу країн-членів Європейського Союзу є основою формування євроінтеграційних стратегій в галузі охорони здоров'я. Адже, це один із способів уникнути помилок, зокрема надмірної комерціалізації освіти або запізнілого реагування на міграцію, а також впровадження лише тих інструментів, які довели свою фінансову та соціальну ефективність. Відповідно, дослідження кадрового потенціалу систем охорони здоров'я країн Східної Європи (зокрема Польщі, Чехії, Угорщини та Румунії) є критично важливим етапом для розробки стратегії реформування української медицини. Оскільки ці країни пройшли шлях від радянської моделі Семашка до європейських стандартів, їхній досвід є дзеркалом можливих викликів та успіхів для України.

Оцінка сучасного стану кадрового потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу дозволить: по-перше, визначити орієнтири для євроінтеграції; по-друге, визначити напрями трансформації джерел формування кадрового потенціалу за рахунок

міграції медичних працівників; по-третє, визначити напрями модернізації медичної освіти та кваліфікацій; по-четверте, підвищити адаптивність та стійкість системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема.

РУМУНІЯ

На наступному рис. 4.25 представлено показник кількості медичного персоналу в Румунії у 2023 році.

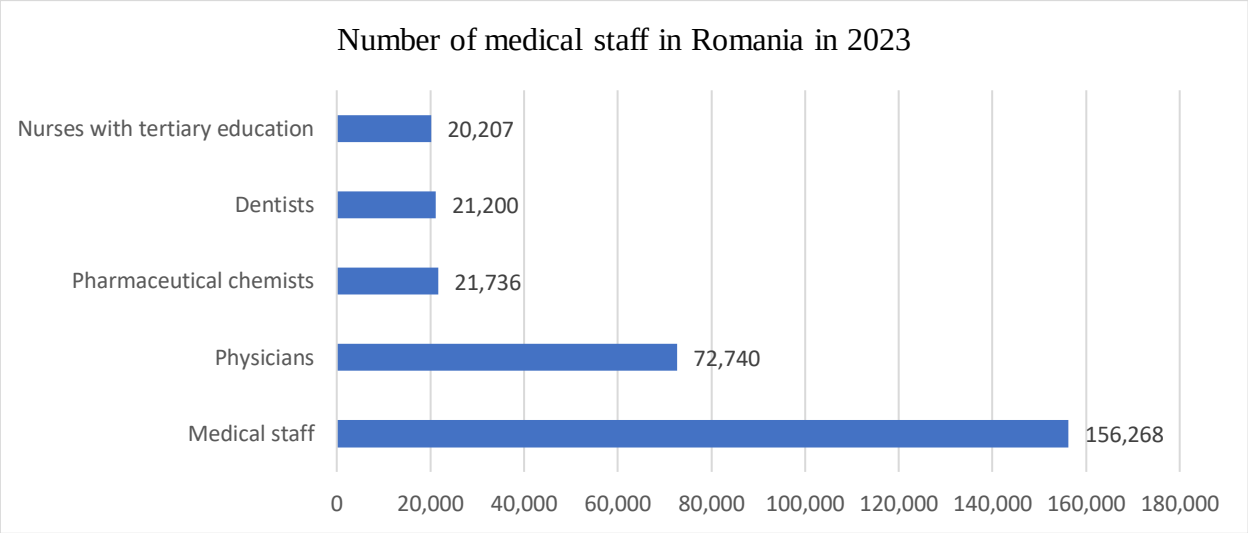


Рис. 4.25. Кількість медичного персоналу в Румунії у 2023 році [231]

Загальна кількість медичного персоналу у 2023 році склала 156 268 тис. осіб. Серед них найбільшу категорію становили лікарі (physicians) – 72740 тис.осіб, що вказує на вагому частку висококваліфікованих медичних працівників. Інші категорії розподілені наступним чином: фармацевти (pharmaceutical chemists) – 21736 осіб, стоматологи (dentists) – 21 200 осіб, медсестри з вищою освітою (nurses with tertiary education) – 20 207 осіб.

На наступному рис. 4.26 представлено показники кількості медичного персоналу в Румунії на 10 000 жителів у 2023 році.

Отже, з вищенаведених дані рис.3.9 найвищий показник зафіксовано у категорії молодшого медичного персоналу (auxiliary medical staff) – 82

особи на 10 000 населення, що свідчить про значне кадрове забезпечення на рівні допоміжного обслуговування. На другому місці - лікарі (physicians) з показником 38,2 на 10 000 жителів, що є відносно високим рівнем серед країн Центральної та Східної Європи. Інші категорії мають значно нижчі показники, так фармацевти (pharmaceutical chemists) – 11,4, стоматологи (dentists) - 11,1, медсестри з вищою освітою (nurses with tertiary education) - 10,6 на 10 000 жителів.

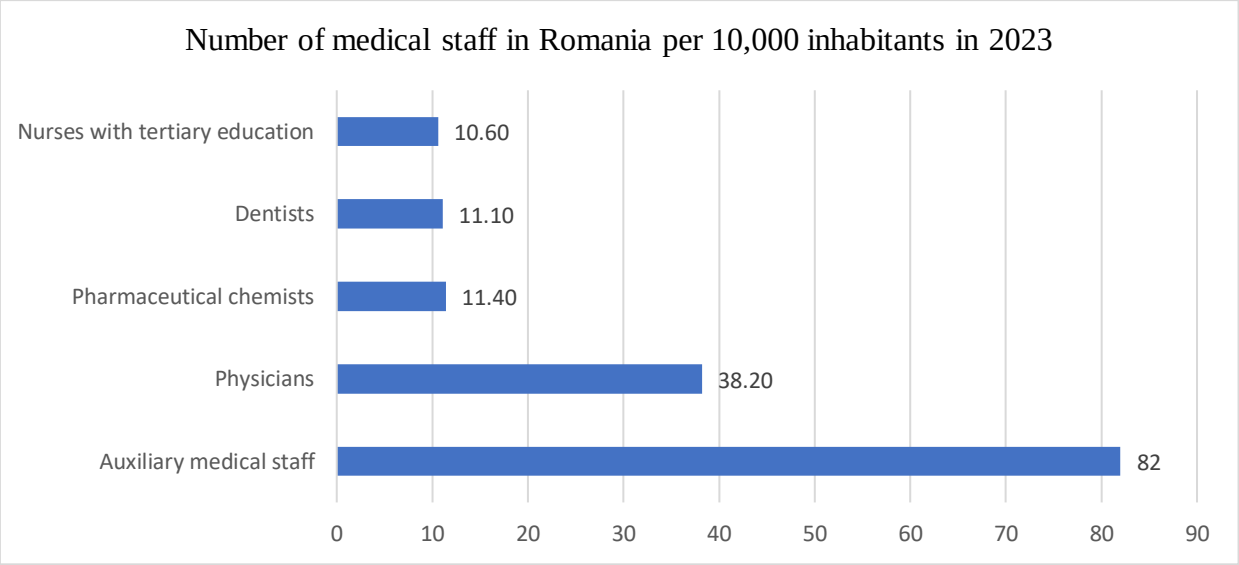


Рис. 4.26. Кількість медичного персоналу в Румунії на 10 000 жителів у 2023 році [233]

На наступному рис. 4.27 представлена загальна кількість медичного персоналу та персоналу з реабілітації, що працював у закладах соціальної допомоги для людей з інвалідністю в Румунії з 2014 по 2022 рік.

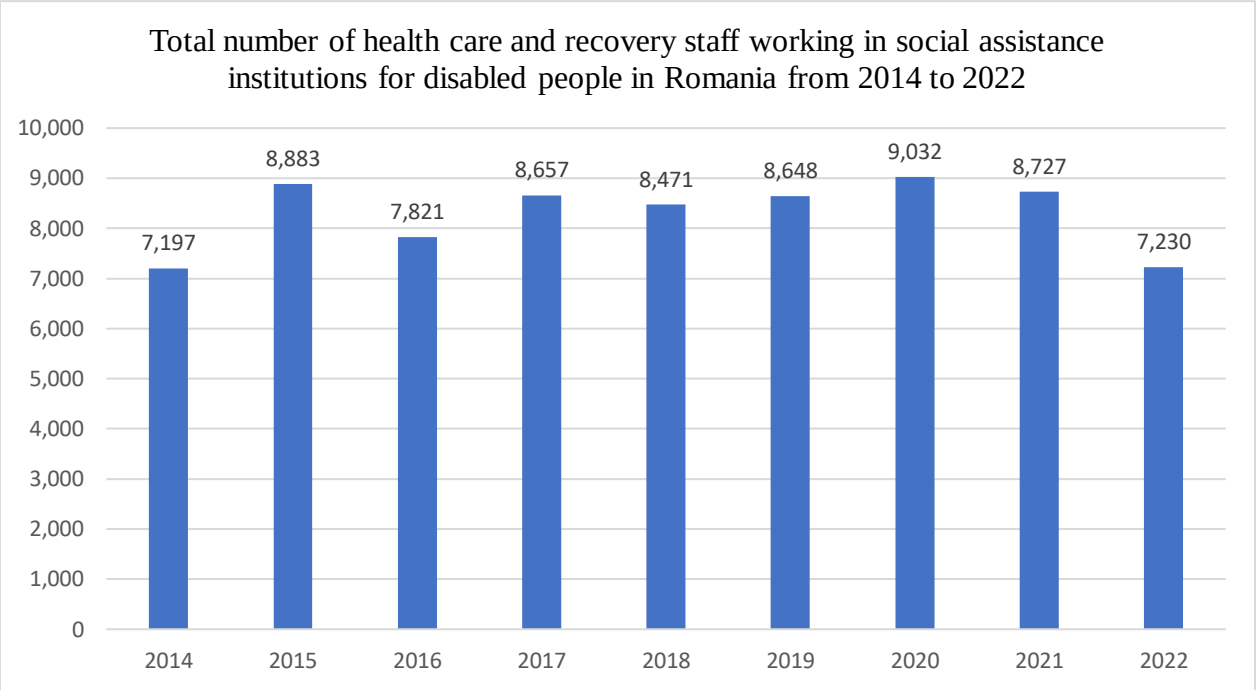


Рис. 4.27. Загальна кількість медичного персоналу та персоналу з реабілітації, що працював у закладах соціальної допомоги для людей з інвалідністю в Румунії з 2014 по 2022 рік [194]

У 2014 році чисельність медичного персоналу становила 7197 осіб. У 2015 році зафіксовано різкий приріст – до 8883 сіб, що є одним із найвищих значень за весь період. Надалі спостерігається певне коливання чисельності: у 2016 році – 7821 осіб, у 2017 – 8657 осіб, у 2018 – 8471 осіб, а у 2019 – 8648 осіб.

Максимальне значення загальної кількості медичного персоналу з реабілітації було зафіксовано у 2020 році понад 9032 працівники, що може бути пов’язано з наслідками пандемії COVID-19, зростанням потреб у реабілітаційних заходах та посиленим навантаженням на установи тривалого догляду.

У наступні роки відбулося поступове скорочення: у 2021 році – 8727 осіб, а у 2022 – лише 7230, що фактично повертає показник до рівня 2014 року. Така тенденція може свідчити про проблеми з фінансуванням, кадровий дефіцит або зниження пріоритетності реабілітаційних послуг у соціальних закладах.

На наступному рис. 4.28 відображено показник кількості лікарів у Румунії з 2017 по 2023 рік.

Протягом досліджуваного періоду спостерігається стабільне зростання чисельності лікарів. У 2017 році в Румунії було зареєстровано 58583 лікарі. Щороку їх кількість поступово збільшувалася: у 2018 році 60585 тис.осіб, у 2019 році 63303 тис.осіб, у 2020 році 65740 тис.осіб, у 2021 році 68760 тис.осіб.

Найбільш динамічне зростання спостерігалося у 2022–2023 роках: у 2022 році кількість лікарів досягла 71279 осіб, а у 2023 – 72740 осіб, що є найвищим показником за весь аналізований період. Загалом, за 6 років приріст склав 14157 лікарів, або 24,16%.

На наступному рис. 4.29 відображено показник кількості лікарів на 100 000 жителів у Румунії з 2014 по 2024 рік.

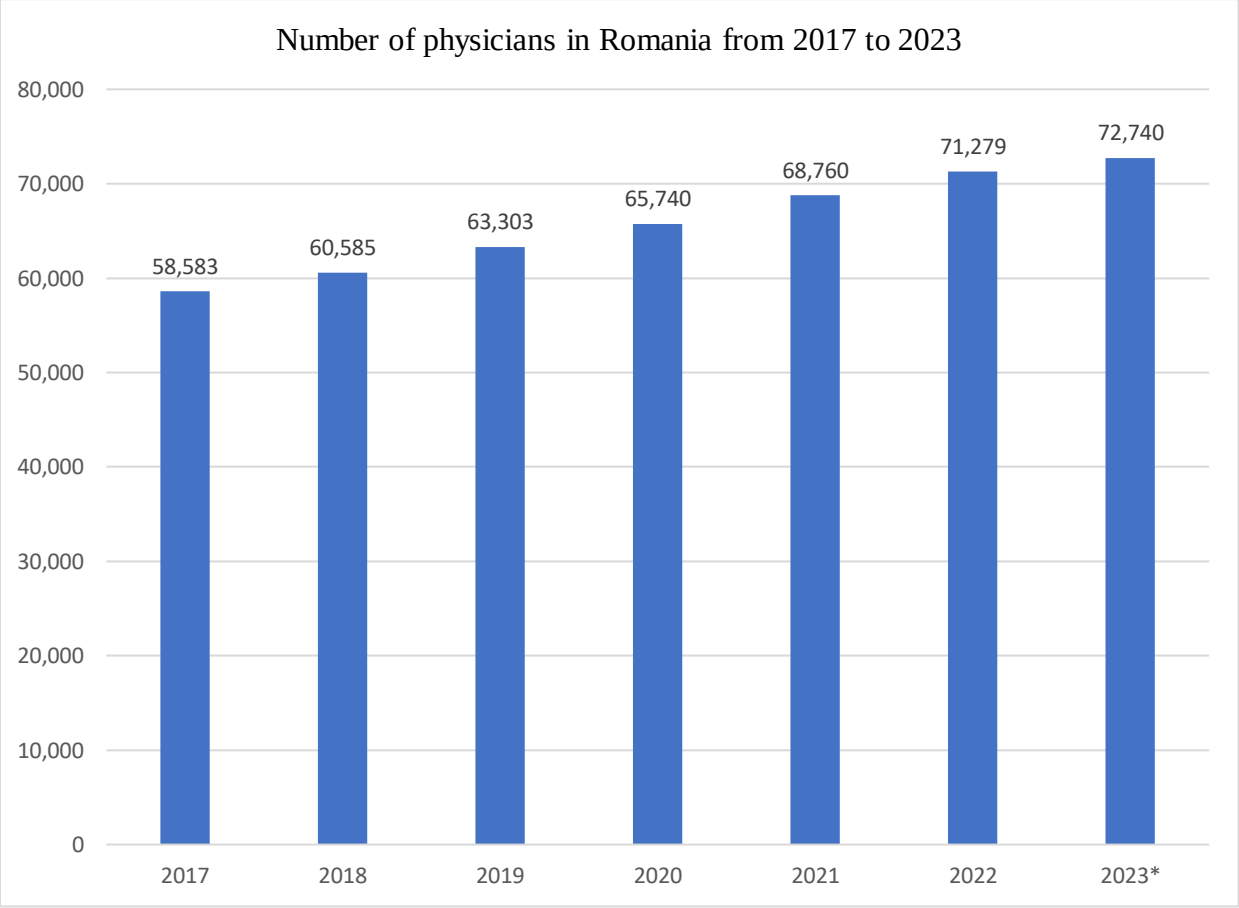


Рис. 4.28. Кількість лікарів у Румунії з 2017 по 2023 рік [237]

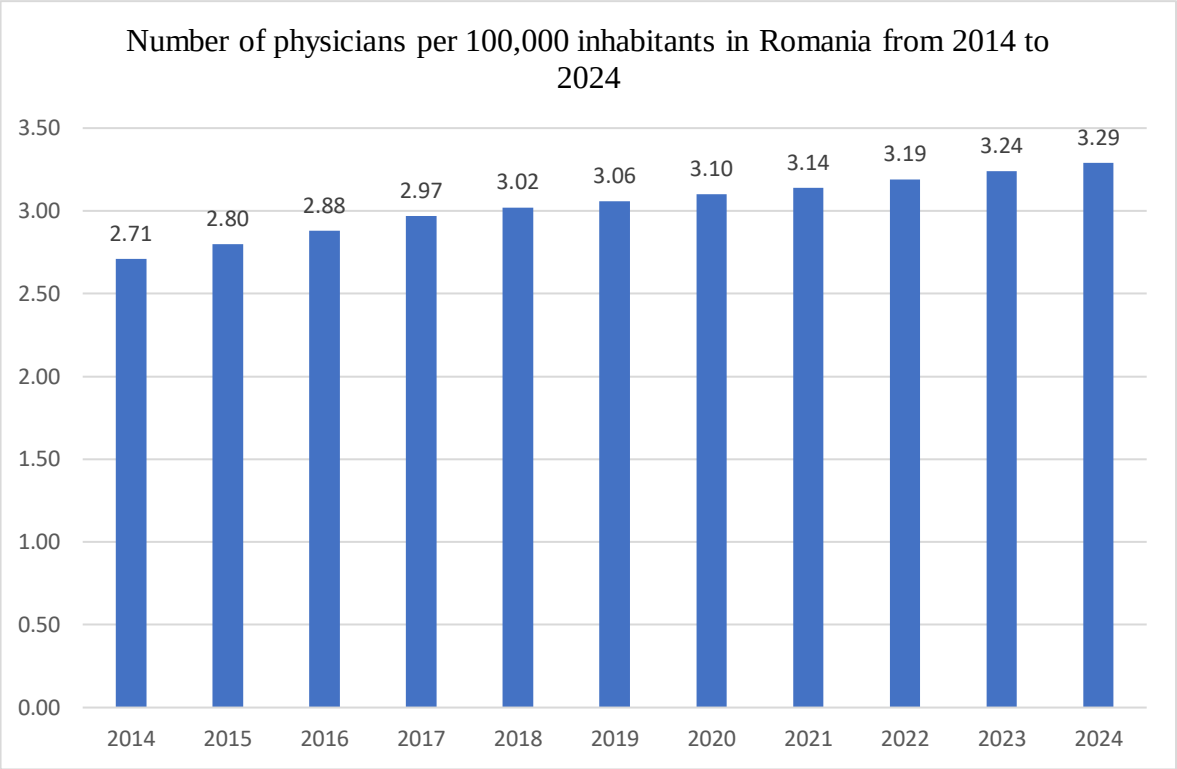


Рис. 4.29. Кількість лікарів на 100 000 жителів у Румунії з 2014-2024 рр. [237]

У 2014 році на 100 000 жителів припадало 2,71 лікаря, а вже у 2015 – 2,80. Надалі показник щорічно зростав: у 2016 році 2,88, у 2017 році 2,97, у 2018 році 3,02, а у 2019 році 3,06. У 2020–2022 роках темпи зростання залишалися стабільними: 3,10 у 2020 році, 3,14 у 2021 році, 3,19 у 2022 році. У 2023 році цей показник становив 3,24, а згідно з прогнозом на 2024 рік – 3,29 лікаря на 100 000 осіб. Загалом, за 10 років приріст склав 0,58 одиниці, або 21,4%, що свідчить про помірне, але стале покращення забезпечення лікарськими кадрами в країні.

На наступному рис. 4.30 відображено показник кількості допоміжного медичного персоналу в Румунії з 2017 по 2023 рік.

За досліджуваний період прослідковується тенденція до збільшення чисельності допоміжного медичного персоналу в Румунії. Таким чином, у 2017 році кількість допоміжного медперсоналу становила 142103 особи. У 2018 році цей показник зріс до 145317, у 2019 – до 150 251, а у 2020 – до 152 686 осіб. Надалі зростання продовжилось: у 2021 році 155 558, а у 2022 році 156 651 осіб, що є найвищим значенням за період спостереження.

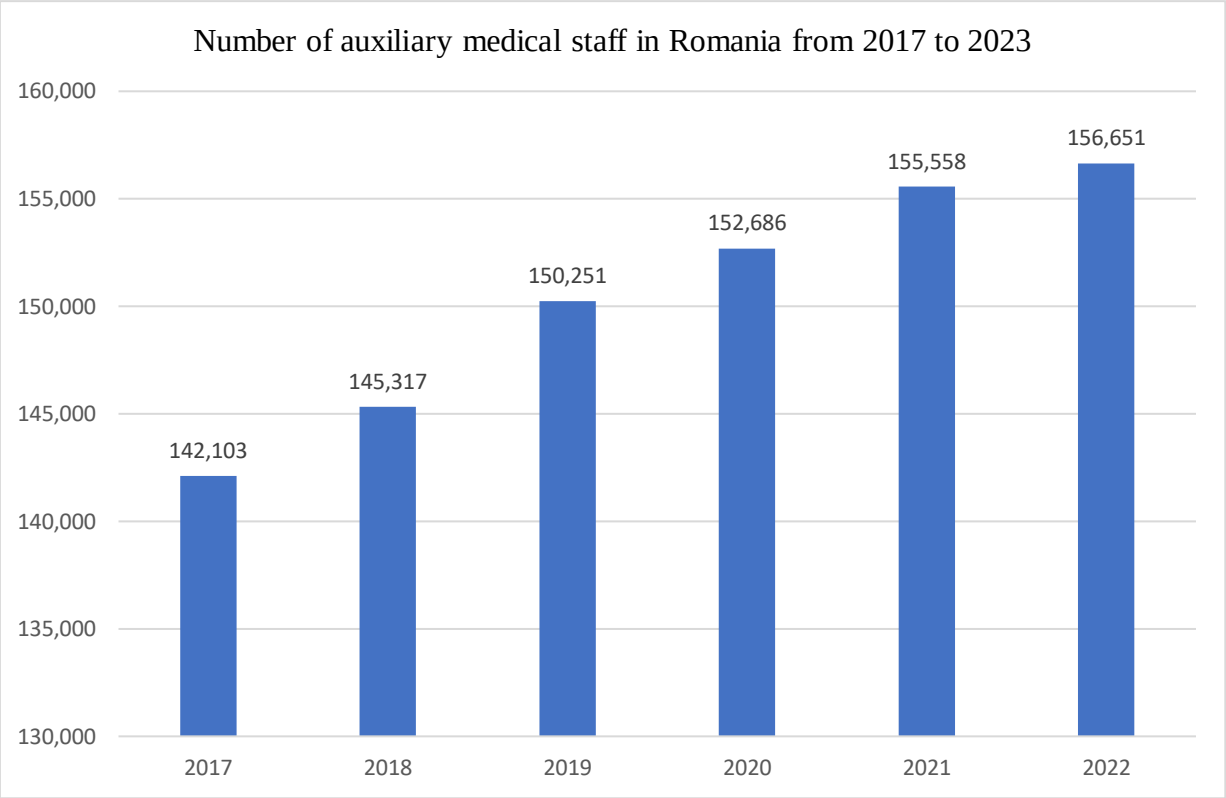


Рис. 4.30. Кількість допоміжного медичного персоналу в Румунії з 2017 по 2023 рік [221]

Загалом, за 6 років чисельність допоміжного медперсоналу збільшилася на 14 548 осіб (або на понад 10,23%).

УГОРЩИНА

На наступному рис. 4.31 зображено показники Кількість лікарів загальної практики та педіатрів на 10 000 осіб в Угорщині з 2010 по 2023 рік.

Отже, наведені дані на рис. 2.6, свідчать про поступове скорочення кількості лікарів загальної практики та педіатрів на 10000 осіб в Угорщині протягом 2010 – 2023 років. У 2010 – 2012 роках показник залишався стабільним на рівні 6,5 лікаря на 10000 населення, починаючи з 2013 року, спостерігається зниження показника до 6,4 лікаря, яке утримувалося до 2015 року. У 2016 – 2017 роках кількість лікарів становила вже 6,3 на 10000 осіб, у 2018 – 2019 роках показник зменшився до 6,2 лікаря, а у 2020 році до 6,1.

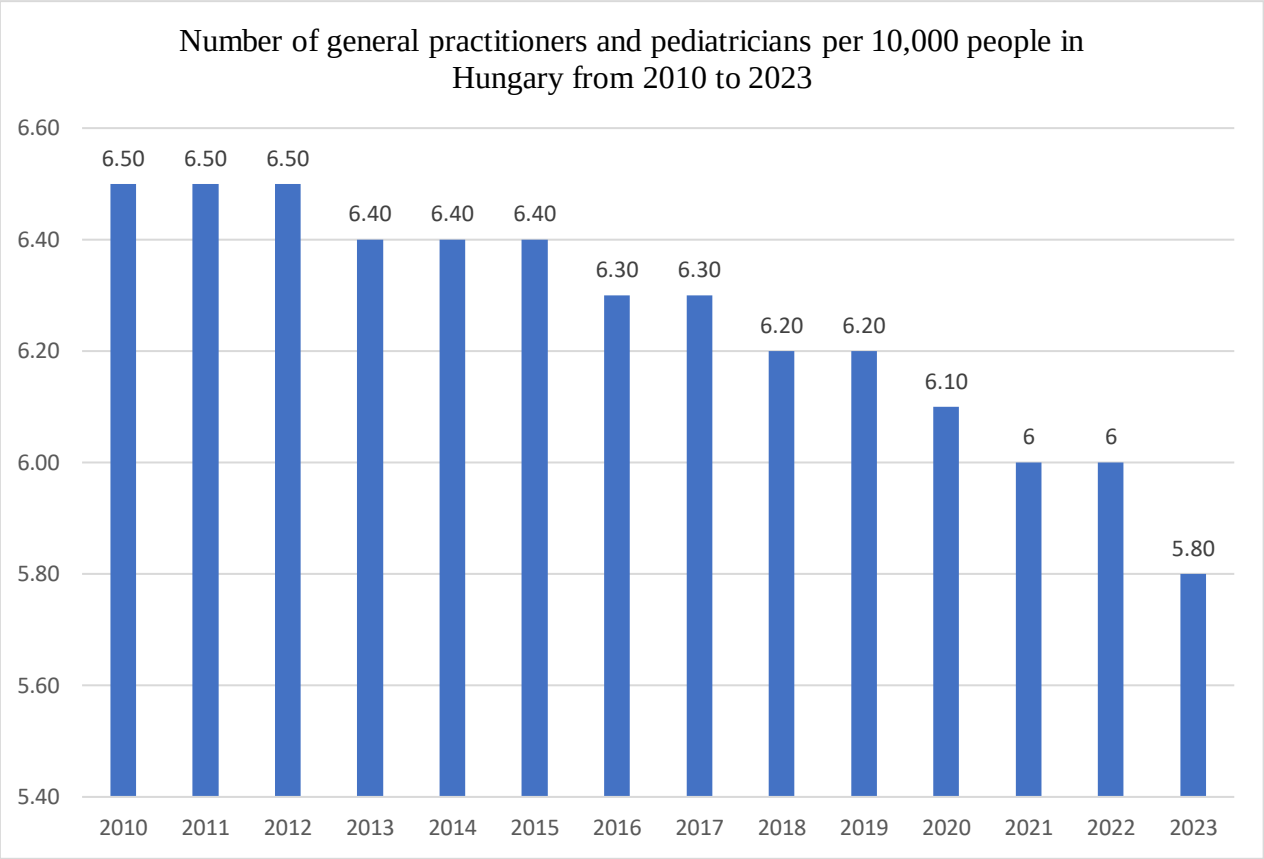


Рис. 4.31. Кількість лікарів загальної практики та педіатрів на 10 000 осіб в Угорщині з 2010 по 2023 рік [192]

У 2021 – 2022 роках чисельність лікарів загальної практики та педіатрів знизилася до 6,0, а у 2023 році досягла найнижчого за досліджуваний період рівня 5,8 лікарів на 10000 населення.

Таким чином, за 2010 – 2023 роки кількість лікарів загальної практики та педіатрів на душу населення в Угорщині скоротилася на 0,7 одиниці, що становить понад 10 % від початку аналізованого періоду, і вказує на необхідність розроблення ефективних заходів кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

На наступному рис. 4.32 зображено показники кількості психіатрів в Угорщині з 2017 по 2022 рік

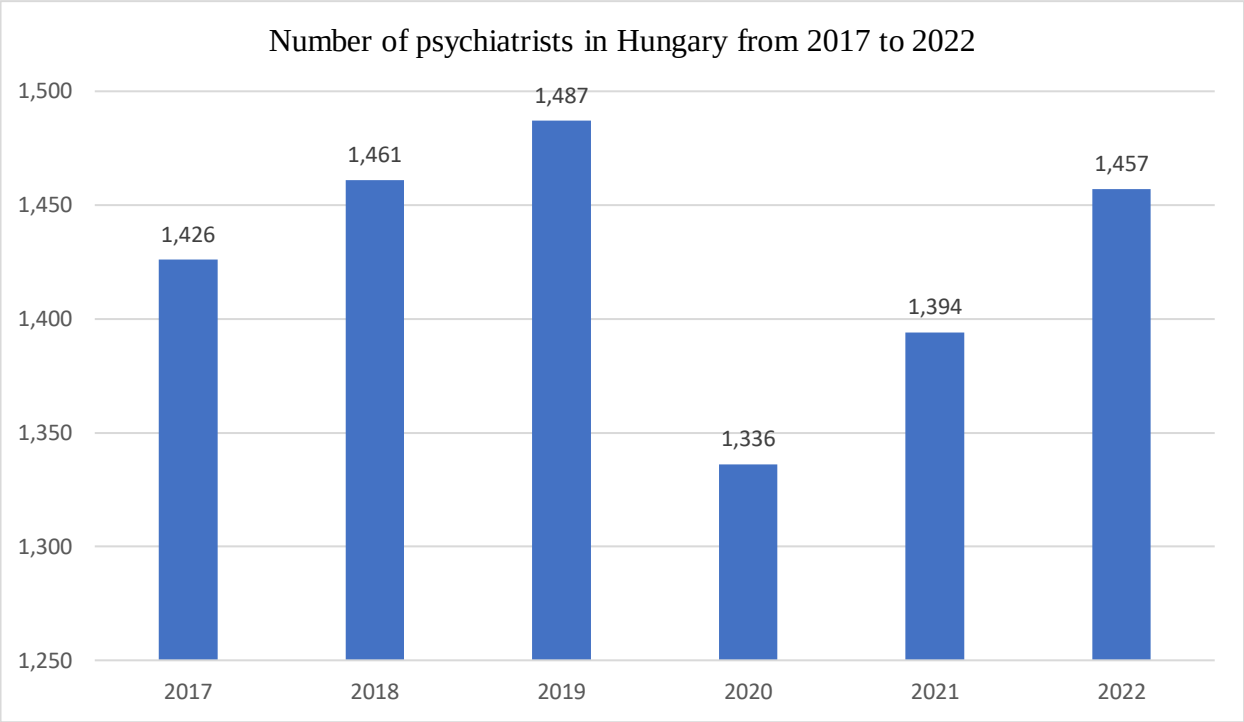


Рис. 4.32. Кількість психіатрів в Угорщині з 2017 по 2022 рік [240]

Щодо кількості психіатрів в Угорщині, дані вказують, що упродовж 2017 – 2022 років кількість психіатрів в Угорщині зазнавала певних коливань, зберігаючи загалом тенденцію до зростання у кінці періоду після спаду в середині аналізованого періоду. У 2017 році налічувалося 1426 психіатрів, а вже у 2018 році їх кількість зросла до 1461 осіб, що на 2,45% більше ніж у попередньому році. Найвищого рівня показник сягнув у 2019 році та дорівнював понад 1487 фахівців. Однак у 2020 році відбулося різке скорочення чисельності психіатрів до 1 336 осіб, що на 151 осіб менше порівняно з попереднім роком, внаслідок пандемії COVID-19, зростанням міграції медичних кадрів або тимчасовим призупиненням роботи частини фахівців. У 2021 році спостерігалося часткове відновлення чисельності працівників до 1394 осіб, а у 2022 році кількість психіатрів досягла 1457, що майже відповідає рівню 2018 року.

На наступному рис. 4.33 зображено показники кількості акушерів-гінекологів в Угорщині з 2017 по 2022 рік.

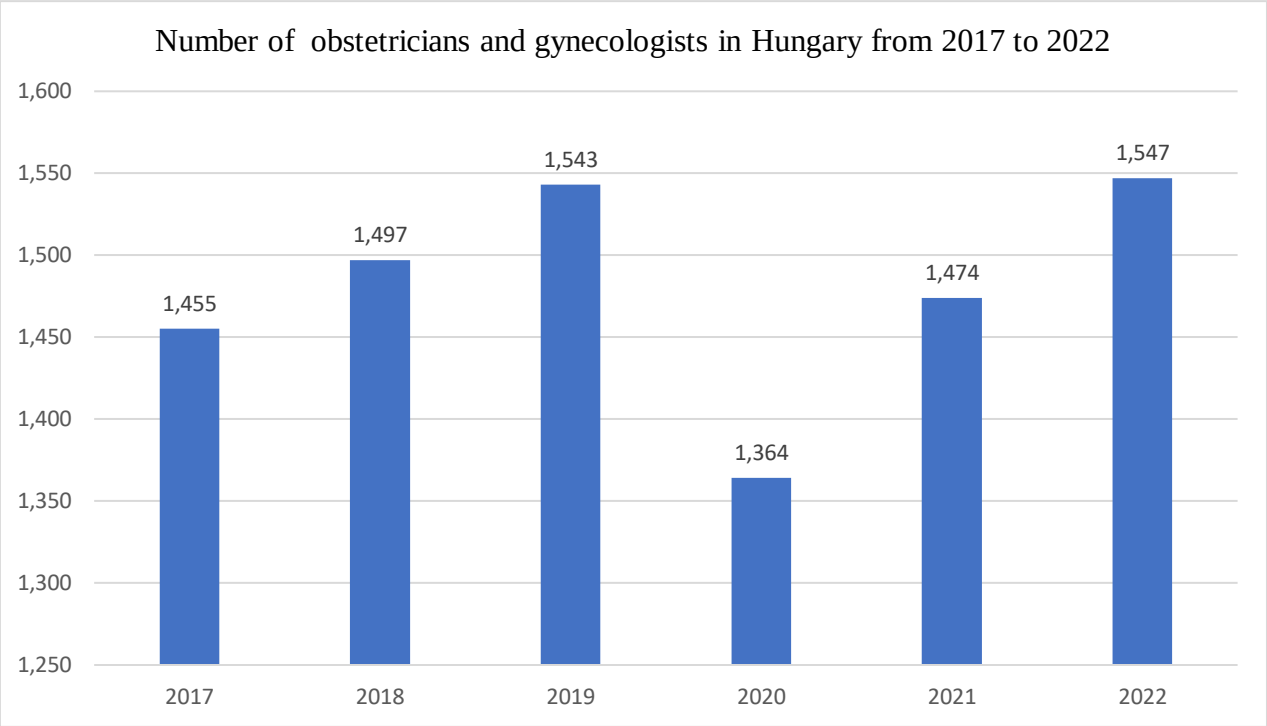


Рис. 4.33. Кількість акушерів-гінекологів в Угорщині з 2017 по 2022 рік [218]

У період 2017 – 2019 роки в Угорщині зафіксовано тенденцію до збільшення чисельності акушерів-гінекологів, так у 2017 році їх кількість становила 1455 осіб, а вже у 2018 році зросла до 1497. Суттєве збільшення показника спостерігалося у 2019 році та сягало понад 1543 фахівці. Проте у 2020 році відбулося значне зниження чисельності акушерів-гінекологів до 1364 осіб, що на 179 менше, ніж у 2019 році. У 2021 році спостерігалося відновлення кількості фахівців до 1474 осіб, а у 2022 році подальше зростання до 1547 осіб, що стало найвищим показником за аналізований період.

Таким чином, за шість років чисельність акушерів-гінекологів в Угорщині збільшилася на 92 особи, а коливання показника відображають вплив як внутрішніх реформ системи охорони здоров'я, так і зовнішніх факторів, зокрема епідеміологічних викликів.

На наступному рис. 4.34 зображено показники кількості стоматологів, що працюють в Угорщині з 2001 по 2022 рік.

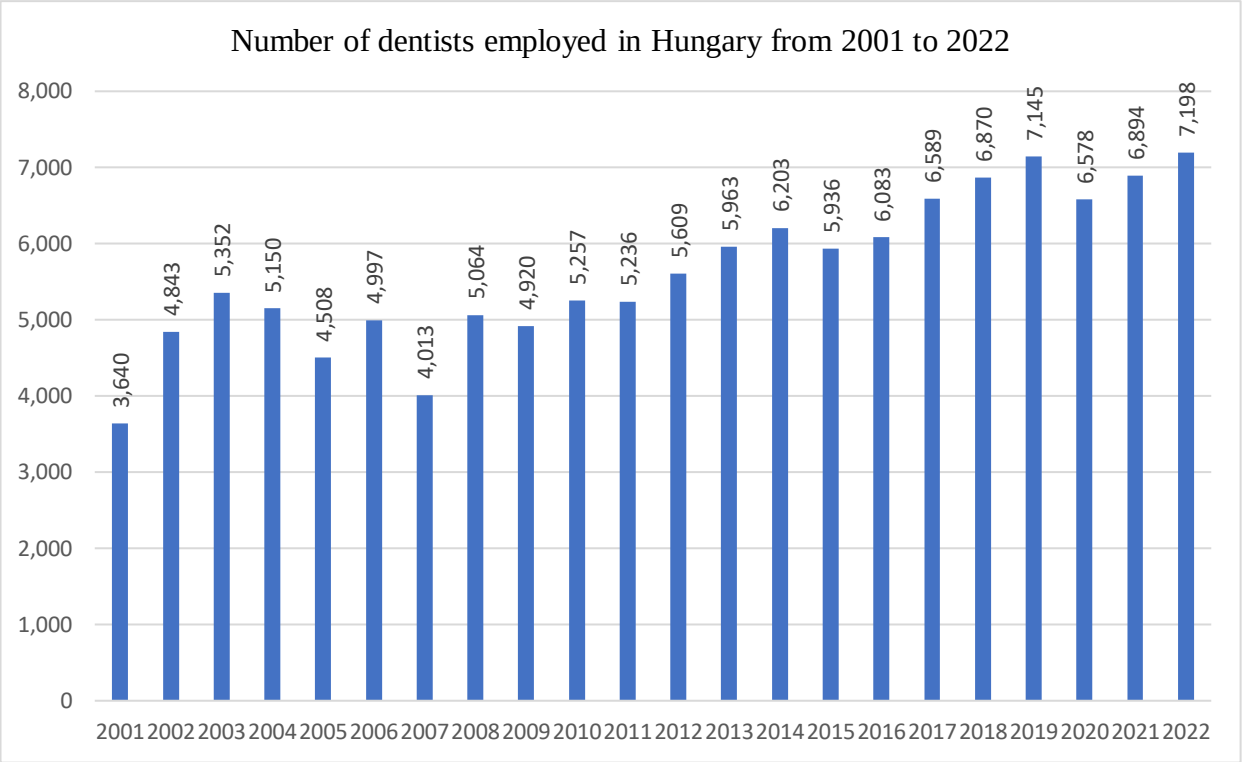


Рис. 4.34. Кількість стоматологів, що працюють в Угорщині з 2001 по 2022 рік [223]

Слід відзначити, що упродовж 2001 – 2022 років кількість стоматологів, що працюють в Угорщині, мала загальну тенденцію до зростання, попри наявність періодичних спадів. У 2001 році в країні працювало 3640 стоматологів, а вже у 2003 році їх чисельність збільшилася до 5 352 осіб, що на 47,03% більше ніж у попередньому році. Проте у 2004 – 2007 роках спостерігалося зниження з 4508 у 2004 році до 4013 у 2007 році. Починаючи з 2008 року, кількість стоматологів поступово зростала від 4920 у 2008 році до 5609 у 2012 році та 5963 у 2014 році.

У 2015 – 2016 роках показник утримувався на рівні близько 5900 – 6000 осіб, після чого у 2017 році відбулося різке збільшення до 6589 осіб, а у 2018 році до 6 870. Суттєвого значення показник досяг у 2019 році 7145 стоматологів. У 2020 році спостерігалося незначне зниження до 6578 осіб, проте у 2021 – 2022 роках кількість стоматологів знову зросла до 6894 та 7198 відповідно, досягнувши найвищого рівня за весь період спостережень.

Загалом, за 2001 – 2022 роки кількість стоматологів в Угорщині зросла майже удвічі, що свідчить про суттєве розширення стоматологічної мережі та збільшення доступності стоматологічних послуг для населення.

На наступному рис. 4.35 зображено показники кількості практикуючих медсестер, що працюють в Угорщині з 2015 по 2022 рік.

В Угорщині упродовж 2015–2022 років зафіксовано суттєве скорочення чисельності практикуючих медсестер з частковою стабілізацією показника на кінець досліджуваного періоду. У 2015 році в Угорщині працювало близько 63673 медсестер, у 2016 році спостерігалося незначне зменшення показника до 63 158 осіб. Починаючи з 2017 року, спостерігається різке скорочення кількості медсестер до 52050 осіб, тобто на понад 11000 менше порівняно з 2016 роком.

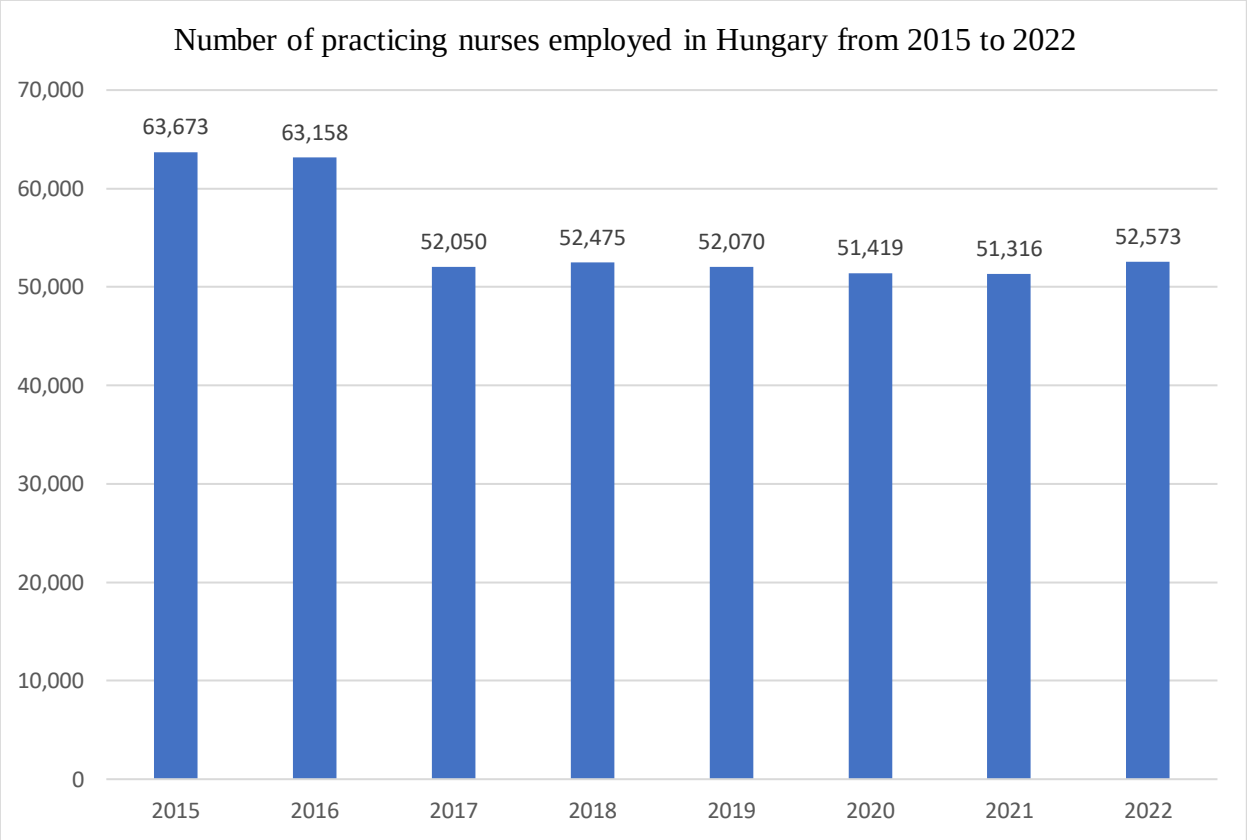


Рис. 4.35. Кількість практикуючих медсестер, що працюють в Угорщині з 2015 по 2022 рік [239]

У 2018 – 2019 роках чисельність коливалася у межах 52070 – 52475 осіб, а у 2020 році знизилася до 51419. У 2021 році показник досяг найнижчого значення за аналізований період та склав 51 316 осіб. У 2022 році зафіксовано незначне зростання кількості практикуючих медсестер до 52573 осіб, однак це значення залишається істотно нижчим за рівень 2015 – 2016 років. Отже, за 2015–2022 роки кількість медсестер в Угорщині скоротилася більш ніж на 11 тисяч, або майже на 18 %, що може свідчити про структурні кадрові проблеми у медичній сфері.

ЧЕХІЯ

На наступному рис. 4.36 представлено показники кількості медичних працівників у Чехії з 2017 по 2022 рік за професіями.

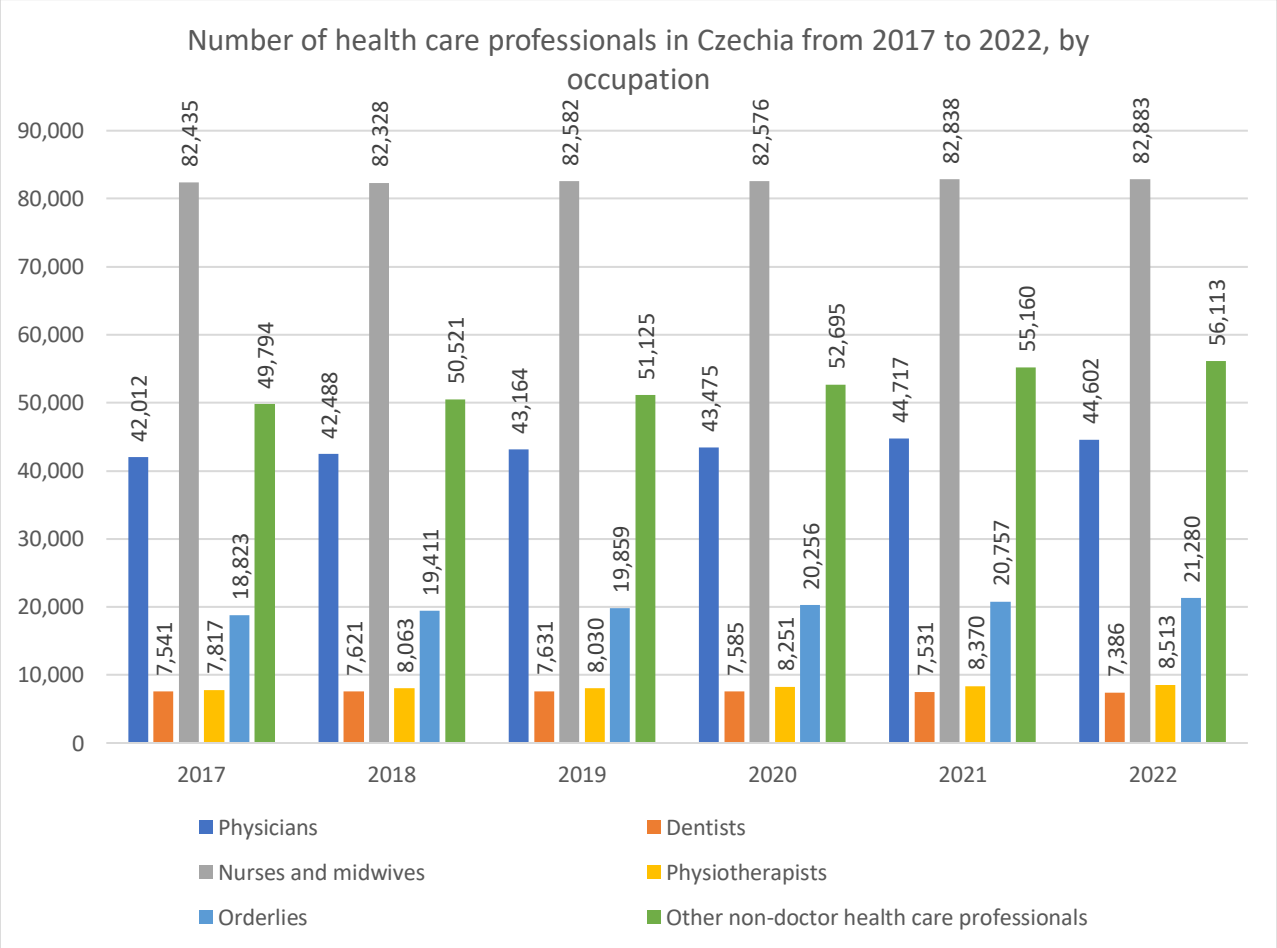


Рис. 4.36. Кількість медичних працівників у Чехії з 2017 по 2022 рік за професіями [226]

Отже, серед лікарів загальний приріст за п’ятирічний період склав 2 590 лікарів, або близько 6,2%, що свідчить про стабільне нарощення кадрового потенціалу у сфері охорони здоров’я. Серед стоматологів спостерігається незначне коливання, але загалом тенденція до зниження на 155 фахівців за весь період, або ж на 2,1% менше. Серед медсестр та акушерок, зафіксовано приріст за п’ять років , що становив понад 2 457 осіб, або приблизно 13%, що вказує на підвищений попит на фахівців середньої медичної ланки. Серед фізіотерапевтів зростання склало 652 спеціалісти або ж 8,3%, що свідчить про розвиток напрямів реабілітаційної медицини. Серед інших немедичні працівників охорони здоров’я загальний приріст становив 6 319 працівників, або приблизно 12,7%. Це вказує на розширення допоміжного персоналу та підтримку ефективного функціонування медичної системи.

Чисельність санітарів у Чехії залишалася практично стабільною на рівні 82300 – 82883 осіб протягом усього періоду, що свідчить про сталість у потребі допоміжних сервісних кадрів. Слід підкреслити, що загальна кількість медичних працівників у Чехії протягом 2017–2022 рр. зросла, особливо у категоріях інших немедичних працівників на12,7% та медсестер і акушерок на13%.

На наступному рис. 4.37. представлено показники кількості лікарів у Чехії у 2022 році за регіонами.

Прага є основним центром зосередження лікарів у Чехії — понад 9427 тис. осіб, що суттєво перевищує показники інших регіонів. Високий рівень забезпеченості лікарями також спостерігається у Південноморавському та Моравсько-Сілезькому регіонах, які є освітньо-науковими центрами.

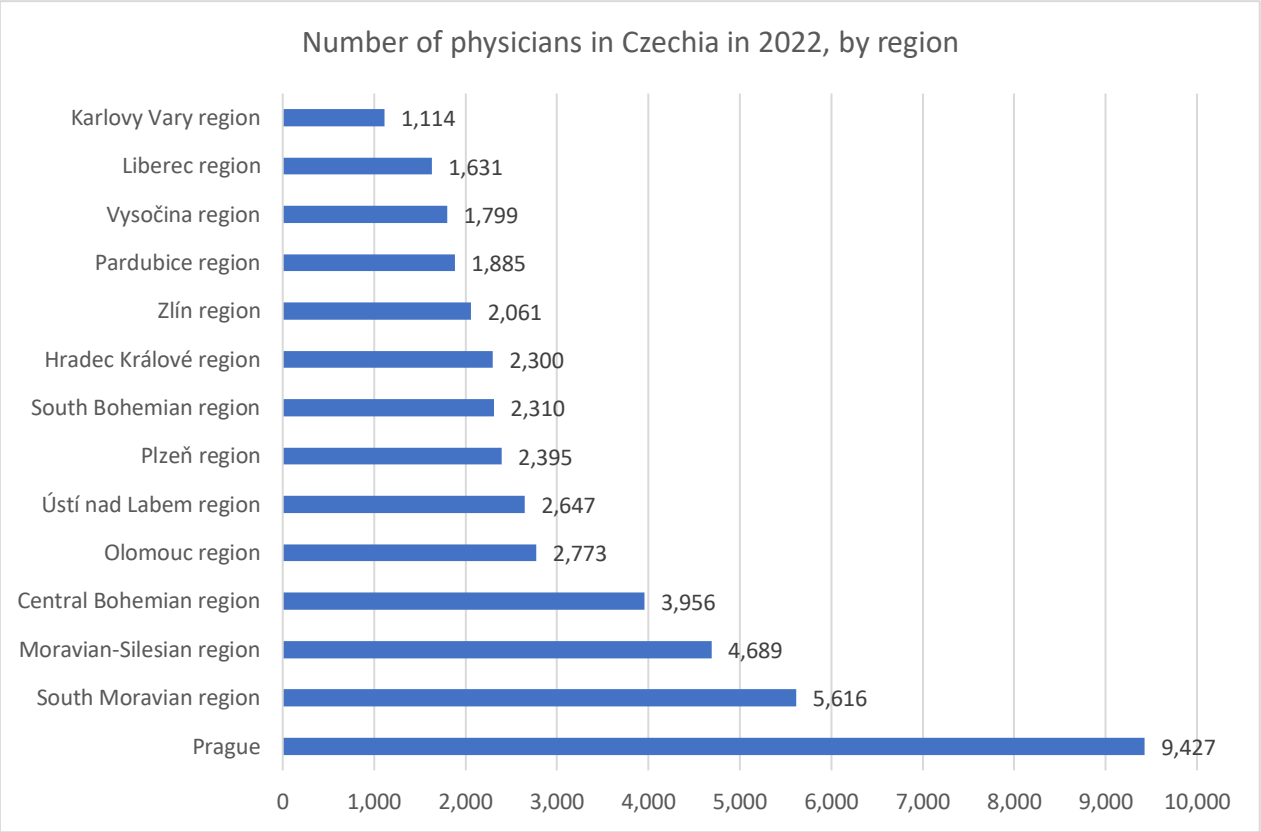


Рис. 4.37. Кількість лікарів у Чехії у 2022 році за регіонами [236]

У регіонах Карловарському – 1114 тис.осіб, Ліберецькому – 1631 тис.осіб, Височина – 1799 тис.осіб та Пардубіцькому – 1885 тис.осіб зафіксовано найнижчі показники забезпечення медичними кадрами. Загалом, у Чехії існує чітко виражена територіальна нерівномірність у розподілі лікарів, що може потребувати державної стратегії збалансування кадрових ресурсів у медичній сфері.

На наступному рис. 4.38 представлено показники кількості медсестер та акушерок у Чехії у 2022 році за регіонами.

Прага є беззаперечним лідером за кількістю медсестер і акушерок кількість працівників цієї сфери тут складає 15 548 осіб, що становить близько 17,5% від загальної чисельності в країні. Такий показник пояснюється високою концентрацією медичних закладів, дослідницьких інститутів та навчальних центрів.

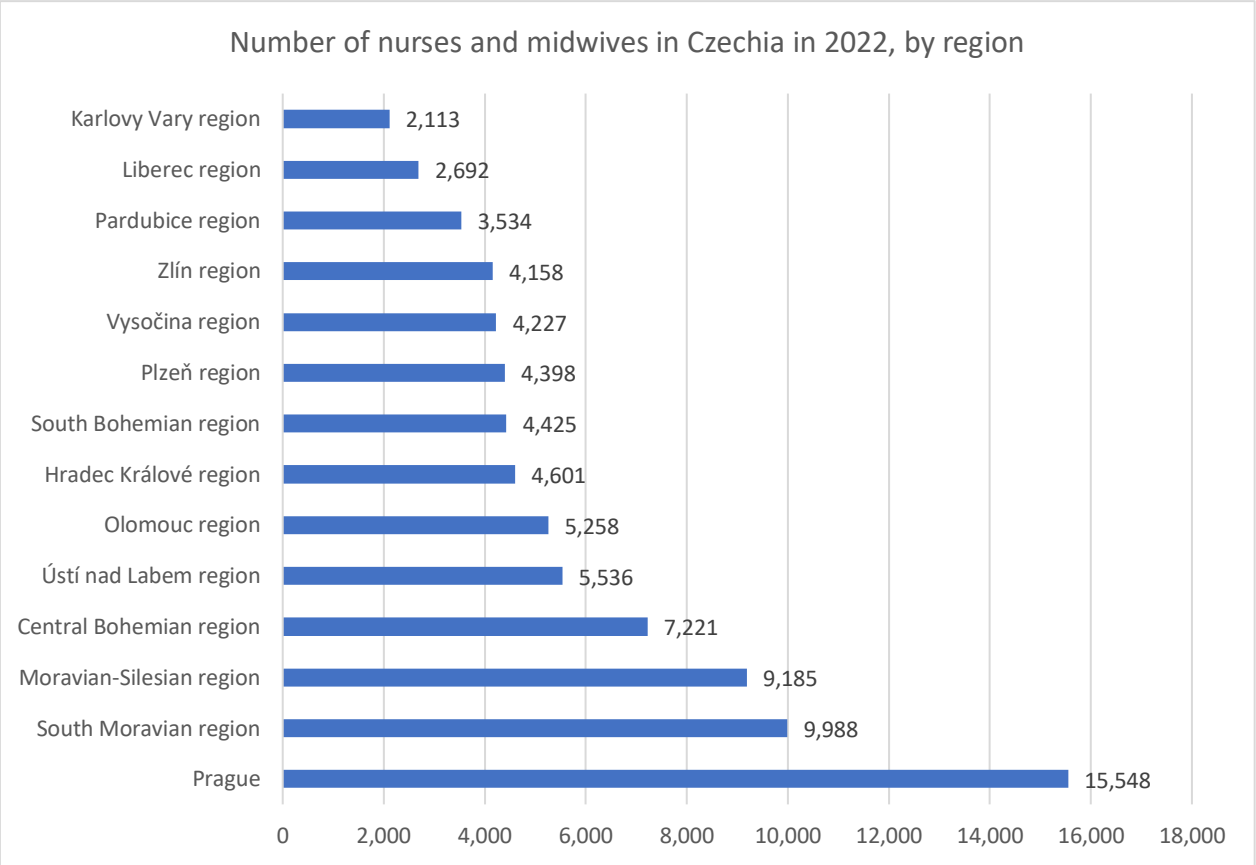


Рис. 4.38. Кількість медсестер та акушерок у Чехії у 2022 році за регіонами [234]

Чисельність медсестер та акушерок у Південноморавському регіоні (South Moravian) становила 9 988 осіб або ж 11,2%. У Моравсько-Сілезькому регіоні (Moravian-Silesian) кількість сягала понад 9185 осіб або ж 10,3%, також належить до регіонів із високим рівнем медичного забезпечення. Регіонами з середнім забезпеченням медсестрами та акушерками є Центральноческький регіон (Central Bohemian) – 7 221 осіб, Усті-над-Лабем (Ústí nad Labem) – 5 536 осіб, Оломоуцький регіон – 5 258 осіб, Градець-Кралове (Hradec Králové) – 4 601 особа, Південноческький регіон (South Bohemian) – 4 425 осіб, Пльзеньський регіон – 4 398 осіб, Височина (Vysočina) – 4 227 осіб, Злінський регіон – 4 158 осіб. Ці регіони формують середній рівень забезпеченості кадрами та характеризуються збалансованим співвідношенням населення до кількості медичних працівників.

Регіонами з найнижчою кількістю медсестер та акушерок зафіксовано наступні: Пардубіцький регіон – 3 534 особи, Ліберецький регіон – 2 692 особи, Карловарський регіон – лише 2 113 осіб, що становить приблизно 2,4% від загальної чисельності в країні.

На наступному рис. 4.39 представлено показники кількості жителів на одного лікаря в Чехії з 2000 по 2023 рік.

У 2000-му році на одного лікаря в Чехії припадало 287 осіб, що є найвищим показником у представленій вибірці. До 2023 року цей показник знизився до 230 осіб, тобто на 57 осіб менше, що еквівалентно покращенню на понад 19,8% за 23 роки.

Найнижчі значення досягнуто у 2021 році , що дорівнювало близько 227 та 2023 році близько 230осіб, це свідчить про оптимальне співвідношення населення до кількості лікарів, близьке до середньоєвропейських стандартів.

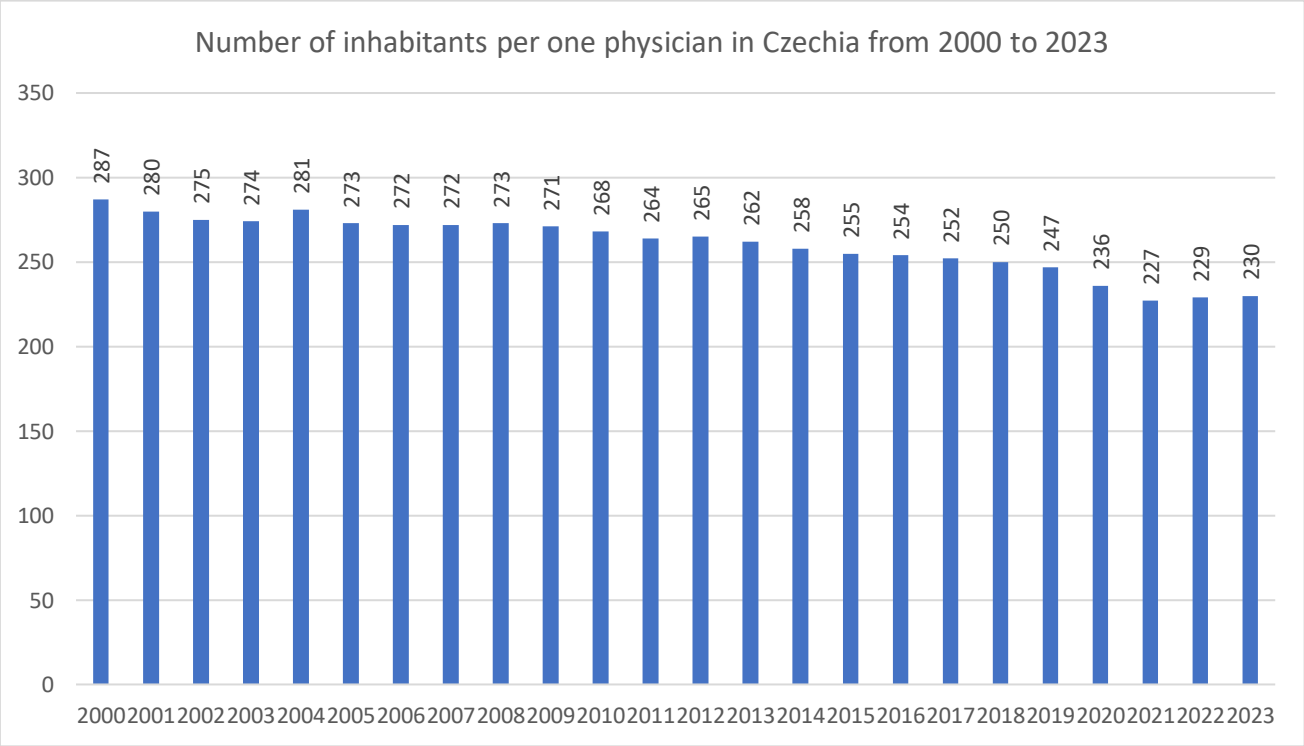


Рис. 4.39. Кількість жителів на одного лікаря в Чехії з 2000 по 2023 рік [230]

Загалом, за досліджувані роки спостерігається тенденція до спаду, що підтверджує послідовну державну політику Чехії щодо розширення доступу до медичних послуг.

На наступному рис. 4.40 представлено показники кількості жителів на одного стоматолога в Чехії з 2000 по 2023 роки.

На початку досліджуваного періоду на одного стоматолога у Чехії припадало понад 1 527 жителів. Протягом 2000 – 2010 рр. спостерігалося стійке покращення, показник знизився до 1 386 осіб у 2010 році, що було найкращим значенням за весь період. Починаючи з 2011 року, показник коливався у межах 1 390–1 404 осіб, після 2018 року відстежувалася негативна тенденція, так у 2019 році показник становив 1 398 осіб, у 2020 році зафіксовано різке зростання до 1 570 осіб, тобто збільшення на 172 особи за рік, у 2021 році показник дорівнював 1 529 осіб, у 2023 році показник досяг 1 589 осіб, що є найгіршим показником за останні 20 років.

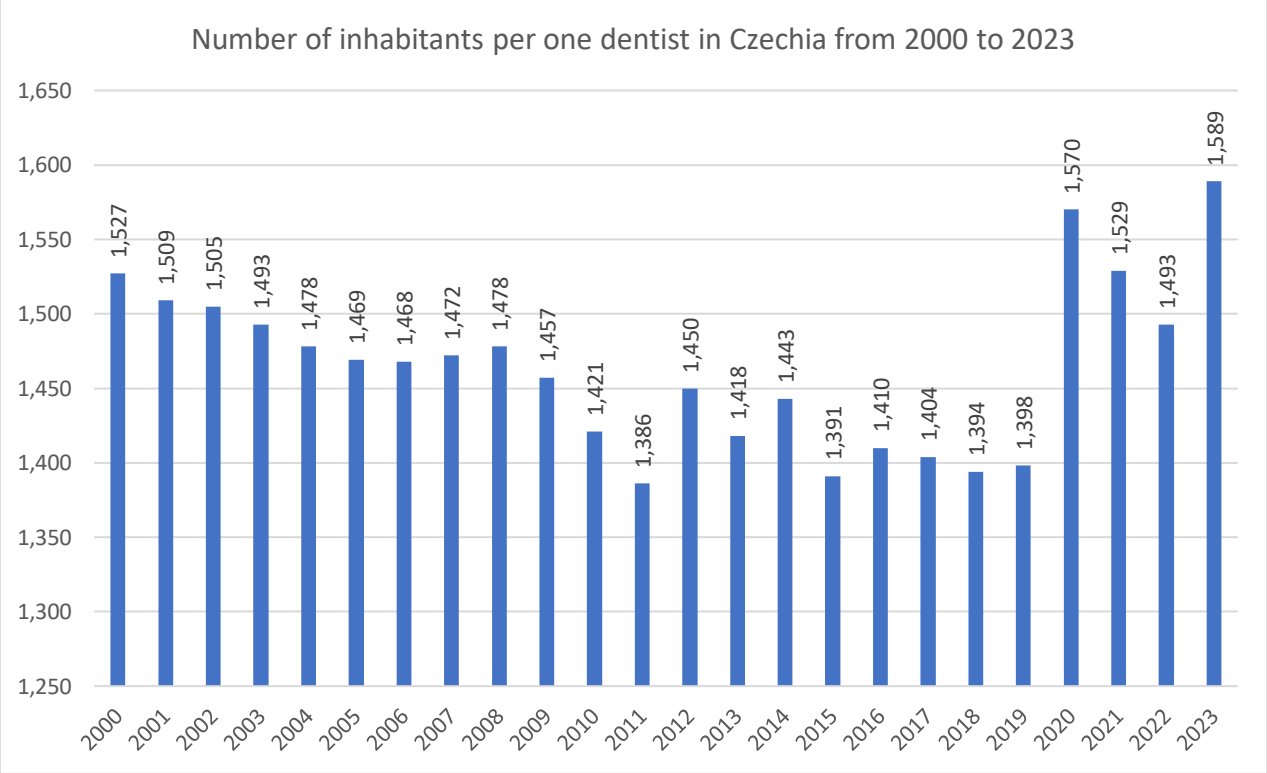


Рис. 4.40. Кількість жителів на одного стоматолога в Чехії з 2000 по 2023 рік [229]

На наступному рис. 4.41 представлено показники кількості працівників лікарень Чехії з 2006 по 2021 рік.

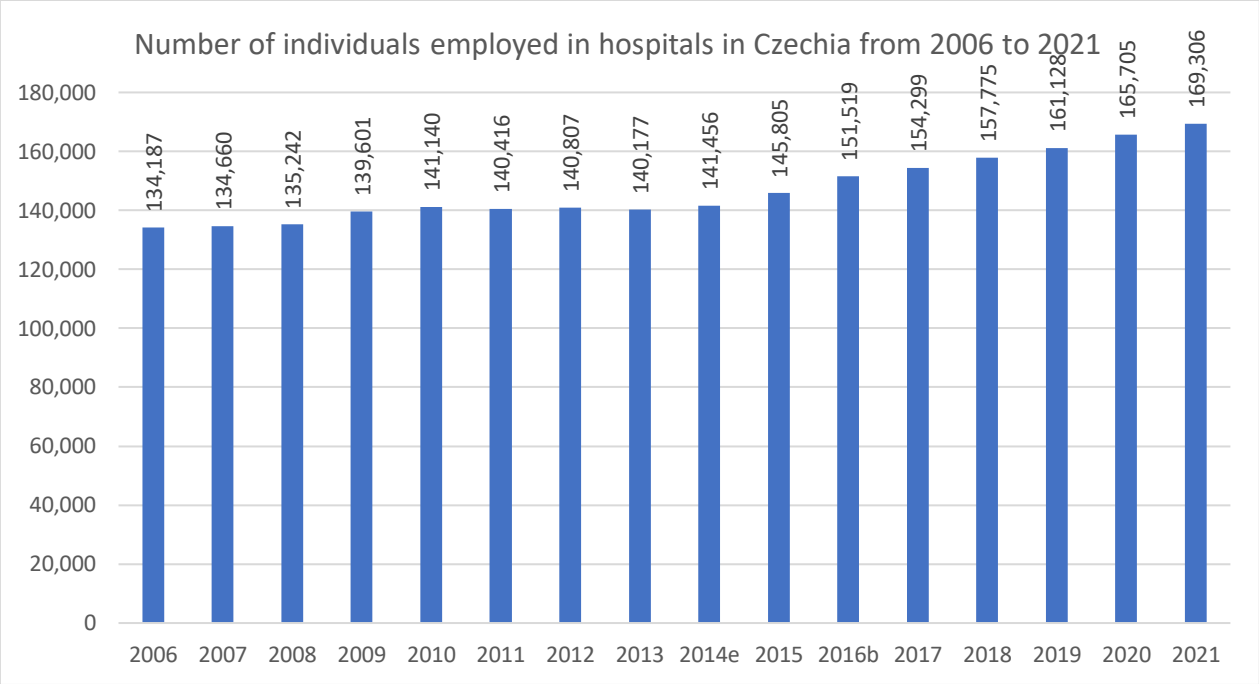


Рис. 4.41. Кількість працівників лікарень Чехії з 2006 по 2021 рік [212**]**

У 2006 році в лікарнях Чехії працювало 134 187 осіб, у наступні роки спостерігається поступове зростання, у 2008 році кількість становила 135 242 осіб, у 2009 році 139 601 осіб, у 2010 році 141 140 осіб, що на 6953 осіб більше, ніж у 2006 році. У 2011–2015 рр. кількість працівників коливається у межах 140–146 тис. осіб, а саме 2011 році 140 416, у 2013 році 140 177, у 2015 році 145 805. Цей період можна охарактеризувати як відносно стабільний, із помірною позитивною динамікою. У 2016–2021 рр. кількість персоналу збільшилася на 17 787 осіб, або приблизно +11,7% за 5 років. Отже, упродовж 2006–2021 років у Чехії спостерігалася стійка позитивна динаміка зростання кількості працівників лікарень від 134 тис. до понад 169 тис. осіб. Найбільш інтенсивне зростання спостерігалося після 2016 року, що може бути пов’язано з реформами охорони здоров’я, розширенням спектру медичних послуг, а також пандемічними викликами.

ПОЛЬЩА

Кількість медичного персоналу, який безпосередньо працює з пацієнтами в Польщі з 2020 по 2023 рік, за професіями, представлено на рис. 4.42.

Загалом, спостерігається поступове зростання медичного персоналу в Польщі у більшості категорій, що свідчить про зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Найбільші професійні групи у 2023 році стали медсестри (Nurses*), що становили 216086 тис. осіб, та їх збільшення сягало понад 5163 осіб , лікарі (Doctors) – 141452, збільшення яких дорівнювало 15388 осіб, фізіотерапевти (Physiotherapists) – 68775 або ж на 37 296 осіб більше порівняно з 202 роком Ці три категорії становлять найбільшу частку медичного персоналу, забезпечуючи як клінічну, так і реабілітаційну допомогу.

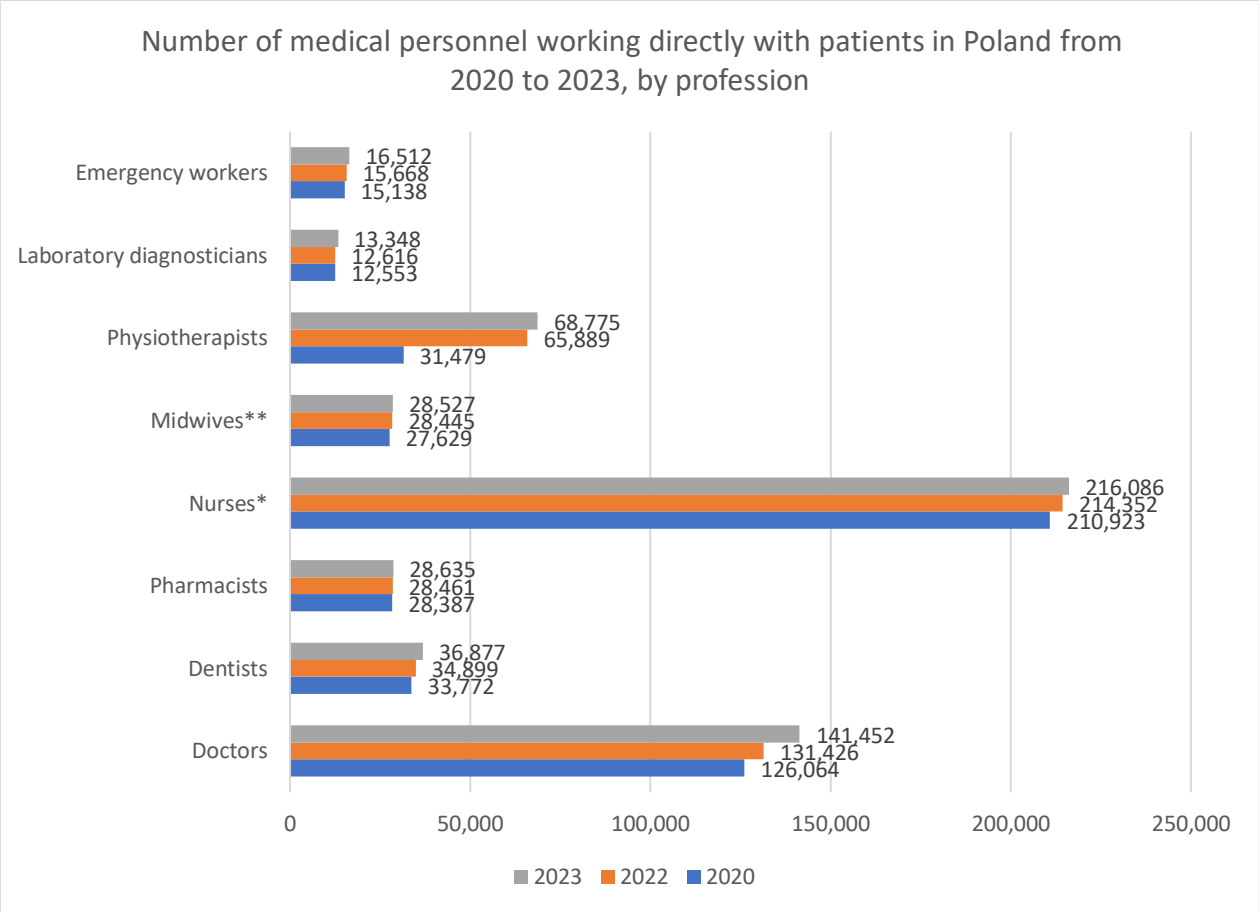


Рис. 4.42. Кількість медичного персоналу, який безпосередньо працює з пацієнтами в Польщі з 2020 по 2023 рік, за професіями [216]

Менші професійні групи становили наступне зростання у 2023 році: стоматологи (Dentists) – 36877 що на 3100 осіб більше ніж на початку досліджуваного періоду, фармацевти (Pharmacists), їх чисельність коливалася в межах 28 387 – 28 635 тис.осіб, акушерки (Midwives) – 28 527 або ж на 898 осіб більше, лаборанти (Lab diagnostics) – 13 348 тис. осіб.Незначене скорочення зафіксовано серед екстрених працівників (Emergency workers) з 16 512 до 15 138 тис. осіб у 2023 році.

На наступному рис. 4.43 відображено показники кількості лікарів та стоматологічних клінік у Польщі з 2010 по 2023 рік.

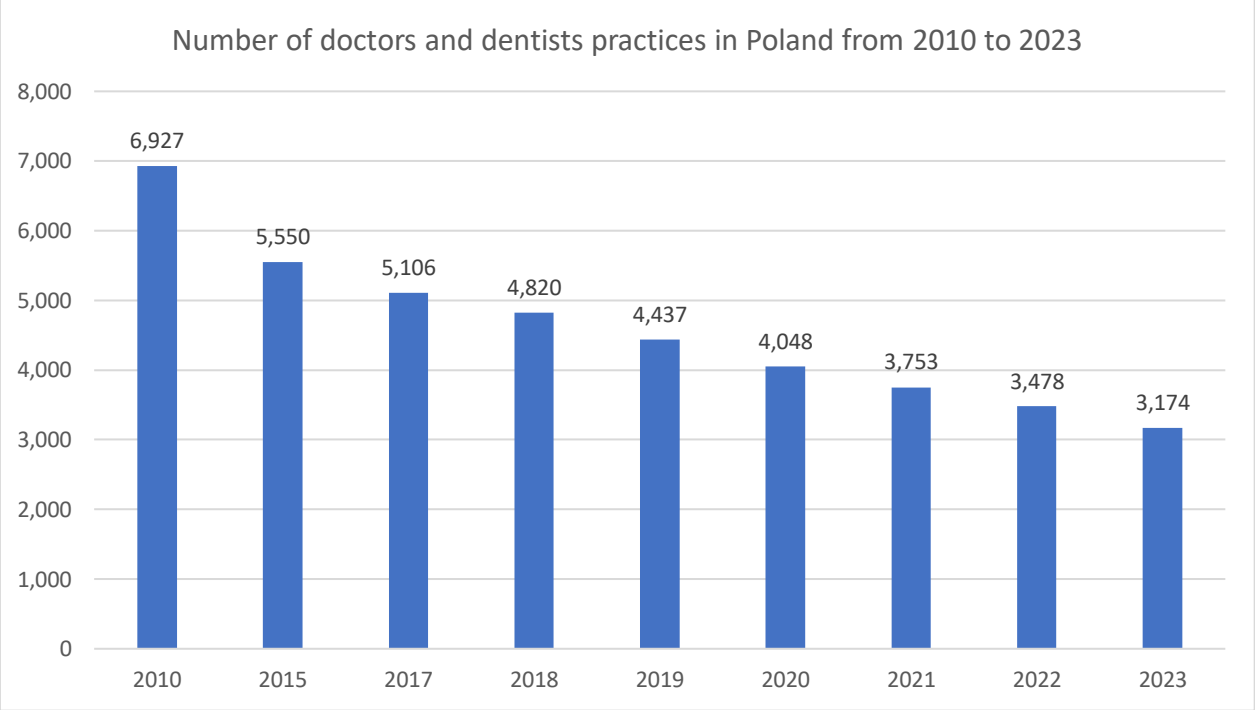


Рис. 4.43. Кількість лікарів та стоматологічних клінік у Польщі з 2010 по 2023 рік [224]

Динаміка кількості лікарів та стоматологічних клінік у Польщі з 2010 по 2023 рік демонструє стійку тенденцію до зменшення кількості лікарських та стоматологічних практик. У 2010 році діяло 6 927 закладів, а вже у 2023 році їхня кількість скоротилася до 3 174, що становить зменшення на понад 54%.

Кількість лікарів та стоматологічних клінів у Польщі зменшилася більш ніж удвічі з 2010 по 2023 роки, що сигналізує про системні трансформації у структурі медичних послуг, включно з централізацією, цифровізацією та новими моделями організації амбулаторної допомоги.

На наступному рис. 4.44 відображено показники кількості лікарів-спеціалістів у Польщі у 2023 році за спеціалізацією.

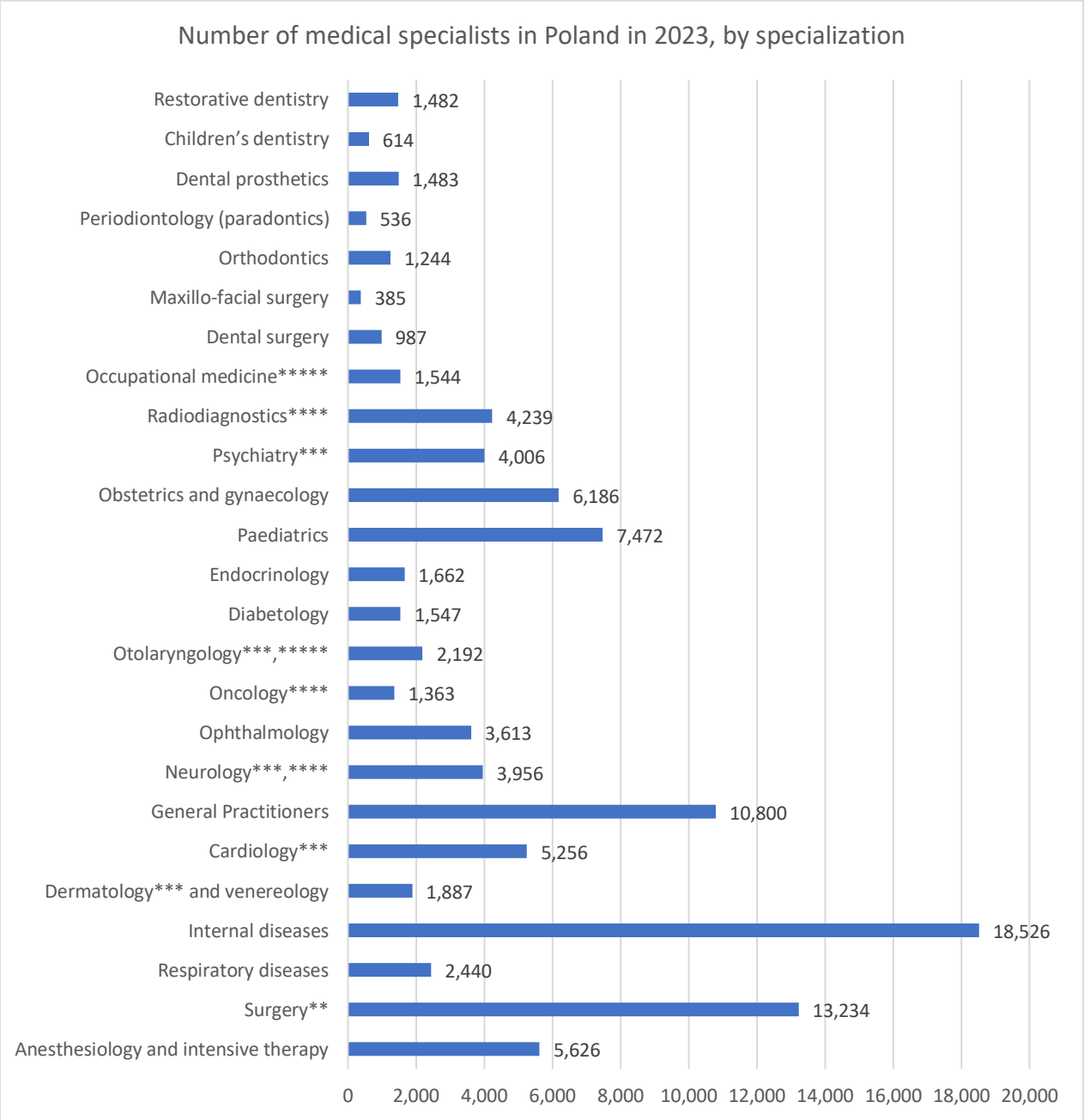


Рис. 4.44. Кількість лікарів-спеціалістів у Польщі у 2023 році за спеціалізацією [232]

Дані наведені на рис. 4.44 свідчать про суттєву варіативність у чисельності фахівців у Польщі залежно від галузі медицини, що відображає як епідеміологічні потреби суспільства, так і пріоритети державної політики у сфері охорони здоров’я. Саме внутрішні хвороби (Internal diseases) є найбільш чисельно представленою спеціалізацією, яка становить 18526 задіяних лікарів , що відображає високий попит на лікарів цього профілю в контексті хронічних неінфекційних захворювань та старіння населення.

Акушерство та гінекологія, психіатрія, радіодіагностика, неврологія, офтальмологія охоплюють важливі сфери функціонування медичної системи, зокрема діагностику, ментальне здоров’я та жіноче здоров’я.

Суттєвий дефіцит лікарів спостерігається в таких галузях, як пародонтологія – 536 осіб, челюстно-лицева хірургія – 385 осіб, дитяча стоматологія – 614 осіб, дентальна імплантологія - 1 481 осіб, професійна медицина - 1 544 осіб. Це може свідчити як про обмежений попит, так і про менший інтерес медиків до цих напрямів через складність спеціалізації або недостатнє фінансування.

На наступному рис. 4.45 відображено показники кількості практикуючих медсестер, що працюють у Польщі з 2012 по 2024 рік.

Найбільш інтенсивне зростання кількості практикуючих медсестер, що працюють у Польщі спостерігалося в періоди з 2012–2014 роки, коли збільшення становило понад 9 511 медсестер, що може бути результатом реалізації державних програм стимулювання вступу до професійних училищ та медичних коледжів. У 2020–2024 роки збільшення становило понад 10 897тис.осіб, зокрема під час активної фази COVID-19 та пов'язаного з ним посилення навантаження на систему охорони здоров’я.



Рис. 4.45. Кількість практикуючих медсестер, що працюють у Польщі з 2012 по 2024 рік [247]

Таким чином, за дванадцятирічний період кількість медсестер зросла з 209272 тис. осіб у 2012 році до 242509 осіб у 2024 році, що становить загальне зростання на 33237 осіб, або приблизно на 15,9 %.

На наступному рис. 4.46 відображено показники кількості практикуючих акушерок, що працюють у Польщі з 2012 по 2024 рік.

Найбільш помітне зростання кількості практикуючих акушерок, що працювали у Польщі спостерігається у 2012–2013 роках та становило понад 1051 тис. осіб та у 2018 – 2020 роках, коли збільшення дорівнювало понад 2 000 тис. осіб за два роки. Загалом за досліджуваний період чисельність практикуючих акушерок зросла з 23856 осіб у 2012 році до 30567 у 2024 році, що становить приріст на 6 711 осіб або ж на 28,13 %.

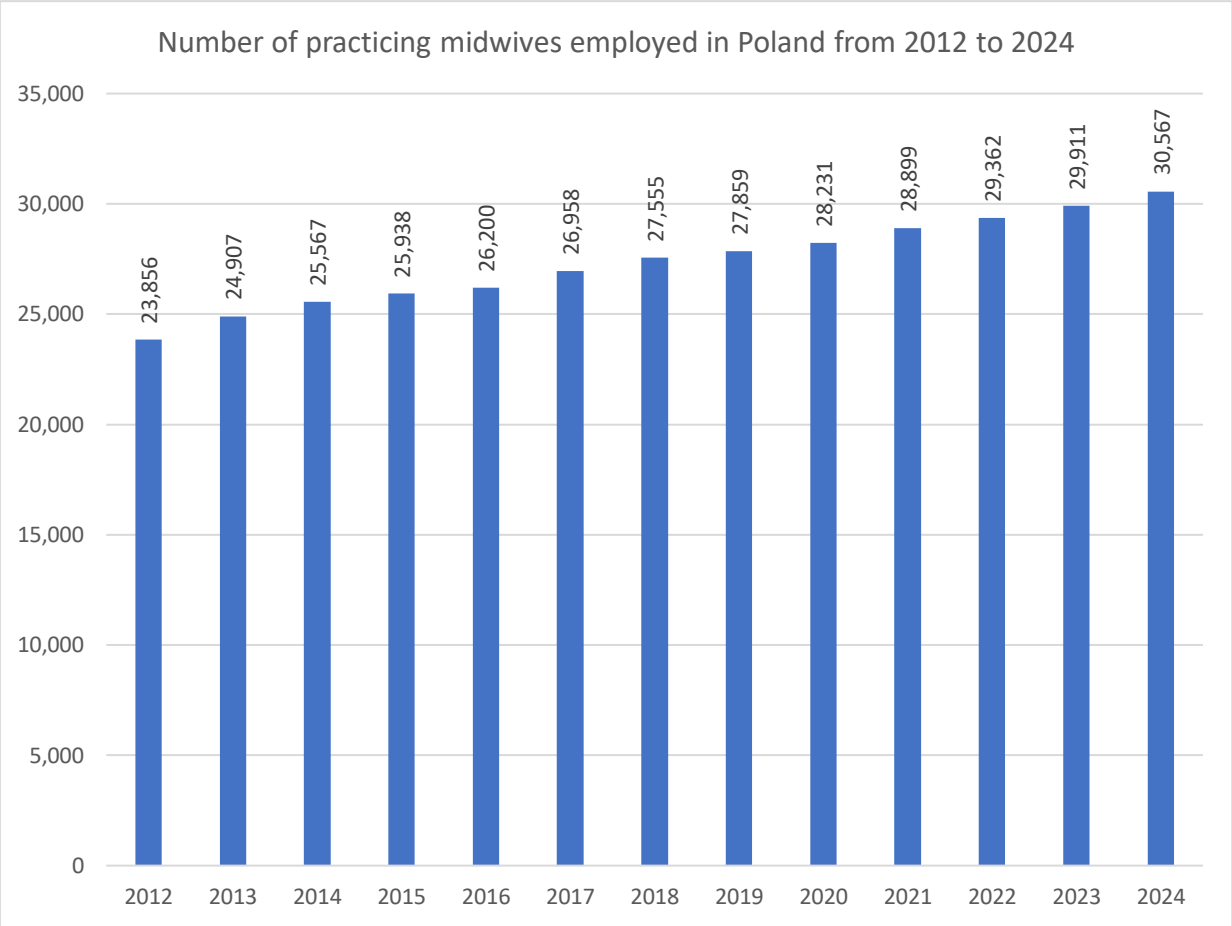


Рис. 4.46. Кількість практикуючих акушерок, що працюють у Польщі з 2012 по 2024 рік [246]

Таким чином, аналіз сучасного стану державного управління кадровим потенціалом у країнах Східної Європи (Румунії, Угорщини, Чехії та Польщі) дозволяє зробити узагальнюючий висновок про трансформацію людського капіталу в медичних системах регіону. Досвід країн Східної Європи підтверджує, що державне управління кадровим потенціалом переходить від простого обліку працівників до стратегічного планування компетенцій. Для України ключовими уроками є необхідність запобігання дефіциту медсестер (приклад Угорщини), боротьба з регіональною нерівномірністю (кейс Чехії) та стимулювання розвитку реабілітаційної ланки (кейс Польщі). Для більшості країн регіону (особливо Румунії, Чехії та Польщі) характерна стійка тенденція до збільшення чисельності лікарів

та середнього медичного персоналу. Румунія продемонструвала вражаючий приріст кількості лікарів на 24% за шість років. Польща активно нарощує кількість медсестер (на 15,9%) та акушерок (на 28,1%), що свідчить про успішність програм стимулювання вступу до професії. В Угорщині зафіксовано тривожне скорочення чисельності медсестер (на 18% з 2015 року), що свідчить про системні проблеми з утриманням кадрів середньої ланки. В Угорщині також спостерігається зменшення кількості педіатрів та лікарів загальної практики, що може погіршити доступність медицини в майбутньому. Варто відзначити регіональний дисбаланс, зокрема: В Чехії (де Прага концентрує 17,5% усіх медсестер країни) яскраво ілюструє проблему «кадрового вакууму» в провінційних регіонах, що вказує на необхідність впровадження державних механізмів децентралізації кадрів. У Польщі відбувається стрімке скорочення кількості індивідуальних лікарських практик (більш ніж удвічі), що свідчить про перехід до моделі великих медичних центрів та централізації управління. Пандемія COVID-19 стала стрес-тестом, який спровокував тимчасові коливання чисельності вузьких спеціалістів (психіатрів, гінекологів), але водночас стимулював розвиток допоміжного персоналу. В усіх країнах помітно зростає кількість фізіотерапевтів та реабілітологів, що відображає зміну європейської парадигми охорони здоров'я в бік відновлювальної медицини та підтримки якості життя.

4.3. Розвиток інфраструктурного потенціалу систем охорони здоров’я країн-членів Європейського Союзу

Інфраструктурний потенціал — це не статичний набір будівель, а динамічна система, що має бути адаптивною, цифровою та фінансово виправданою. Дослідження досвіду сусідів — це найкоротший шлях до побудови медицини майбутнього. Дослідження інфраструктурного потенціалу систем охорони здоров’я (СОЗ) країн Східної Європи (Польщі, Чехії, Угорщини, Румунії) є критично важливим, оскільки ці країни виступають «випереджаючим індикатором» для України. Вони вже пройшли шлях від радянської моделі з надмірною кількістю лікарень до сучасної, технологічної та фінансово ефективної мережі.

РУМУНІЯ

На наступному рис. 4.47 відображено кількість закладів охорони здоров'я в Румунії у 2023 році за типом.

Серед закладів охорони здоров’я в Румунії найбільшу кількість становлять кабінети стоматологів (Dentists offices) та сягають близько16 946 одиниць, кабінети сімейної медицини (Family doctor offices) – 14 484 одиниць, аптеки та фармацевтичні пункти (Pharmacies and pharmaceutical points) – 10266 одиниць, медичні лабораторії (Medical laboratories) – 9 977 одиниць.

Значну частку також займають лікувально-діагностичні кабінети (Medical offices) – 4 674, заклади при навчальних закладах (Medical offices in schools and universities) 2 351 одиниць, спеціалізовані медичні заклади (Specialised health centres) – 2 208 одиниць.

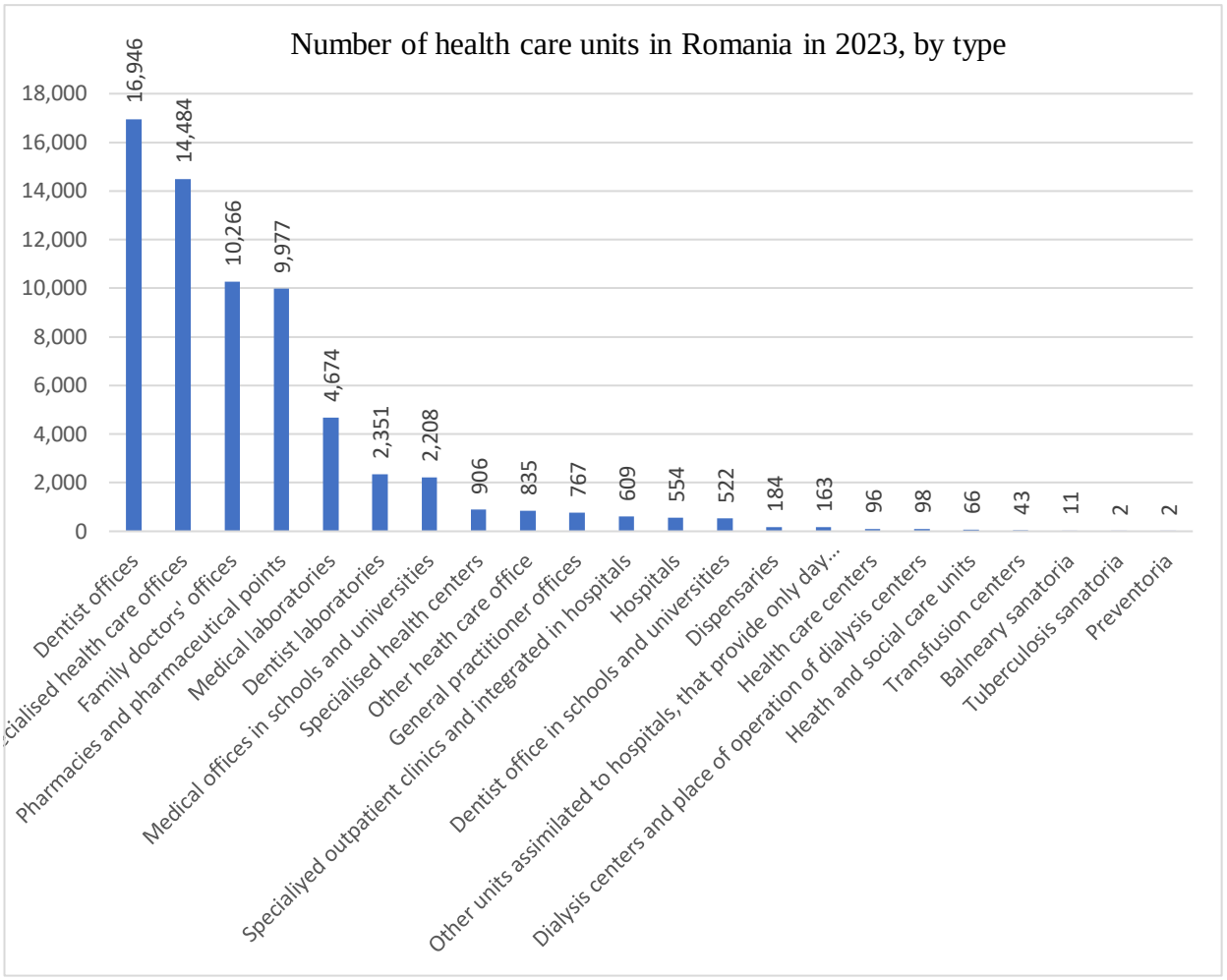


Рис. 4.47. Кількість закладів охорони здоров'я в Румунії у 2023 році за типом [225]

Установи стаціонарного та вузькоспеціалізованого характеру представлені значно менше, а саме: лікарні (Hospitals) – лише 594, диспансери (Dispensaries) – 524, центри переливання крові (Transfusion centres) – 43, Санаторії (Balneary sanatoria) – 11, туберкульозні санаторії (Tuberculosis sanatoria) – 2, профілакторії (Preventoria) – 2.

На наступному рис. 4.48 зображено показник кількості машин швидкої допомоги в Румунії з 2017 по 2022 рік.

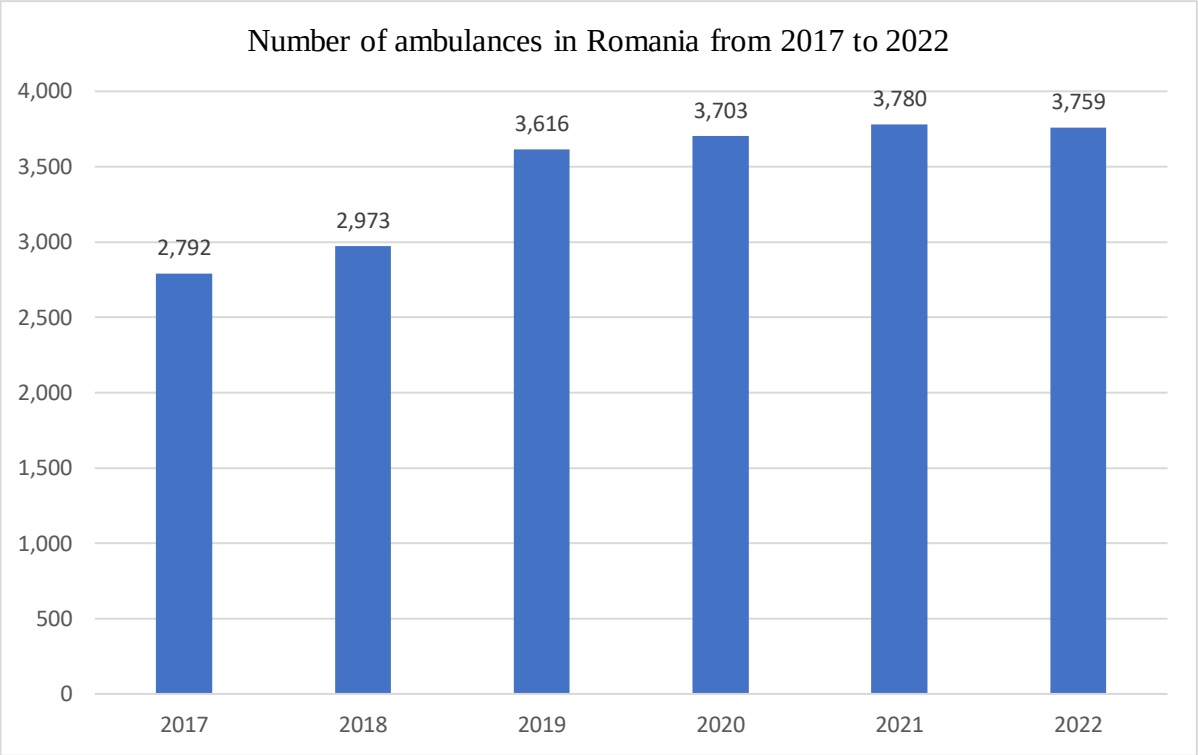


Рис. 4.48. Кількість машин швидкої допомоги в Румунії з 2017-2022 рр. [220]

Загалом спостерігається позитивна тенденція до зростання автопарку екстреної медичної допомоги за досліджувані роки, що свідчить про послідовне посилення системи охорони здоров'я вцілому. У 2017 році кількість машин швидкої допомоги становила 2 792 одиниці у 2018 році вона зросла до 2 973 одиниць, що на 643 одиниці більше ніж у попередньому році.

Найбільша кількість зафіксовано у 2019 році, коли чисельність автомобілів зросла на понад 600 одиниць допоказника 3616. Надалі зафіксовано поступове та стабільне зростання: 2020 рік – 3703 одиниці, 2021 рік – 3780 одиниць, 2022 рік показник становив близько 3759 одиниць, що на 0,55% менше порівняно з 2021 роком. Отже, за шість років автопарк швидкої медичної допомоги в Румунії збільшився майже на третину.

На наступному рис. 4.49 представлено показник кількості лікарняних ліжок у Румунії з 2014 по 2023 рік(у тисячах).

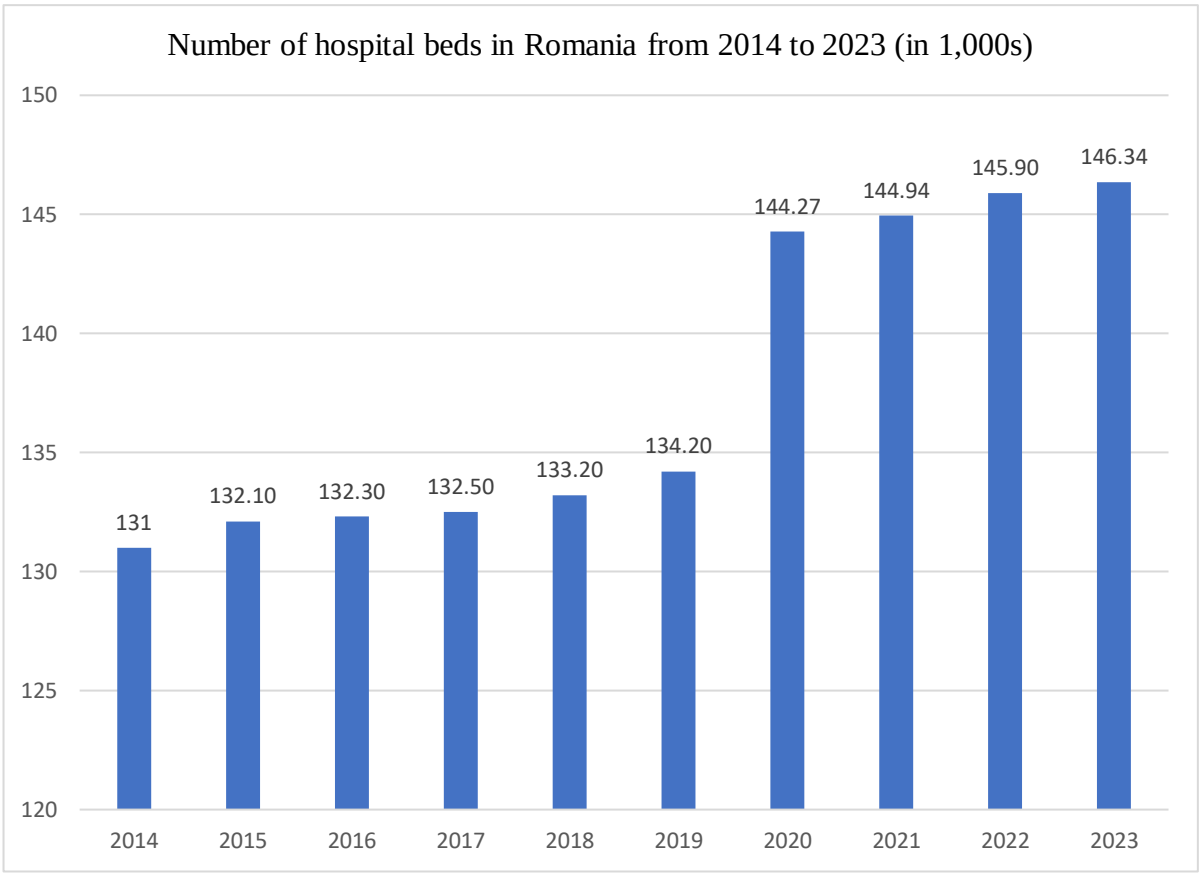


Рис. 4.49. Кількість лікарняних ліжок у Румунії з 2014 по 2023 рік(у тисячах) [227]

Згідно з представленими даними рис.3.16, загальна кількість лікарняних ліжок зросла з 131 тис. у 2014 році до 146,34 тис. у 2023 році, що свідчить про поступове розширення лікарняного фонду країни.

Упродовж 2014 – 2019 років спостерігалося повільне зростання показника, так у 2014 році показник становив понад 131 тис. ліжок; у 2015–2017 роках спостерігалося незначне збільшення до рівня 132,1–132,5 тис.; у 2018 році – 133,2 тис., у 2019 році – 134,2 тис.

Починаючи з 2020 року, відбулося суттєве збільшення кількості лікарняних ліжок до 144,27 тис., що пов’язано з потребами у збільшенні стаціонарних ліжок у зв’язку з пандемією COVID-19. Надалі спостерігається подальше зростання у 2021 рік – 144,94 тис., 2022 рік – 0,67 тис. більше ніж у попередньому році , 2023 рік – 146,34 тис. ліжок.

Загалом, за проаналізований період, приріст становить понад 15 тис. ліжок, що свідчить про стратегічне зміцнення інфраструктури охорони здоров'я та підвищення готовності до надзвичайних епідеміологічних викликів.

На наступному рис. 4.50 представлено показник кількості лікарняних ліжок у Румунії у 2022 році за медичною спеціалізацією.

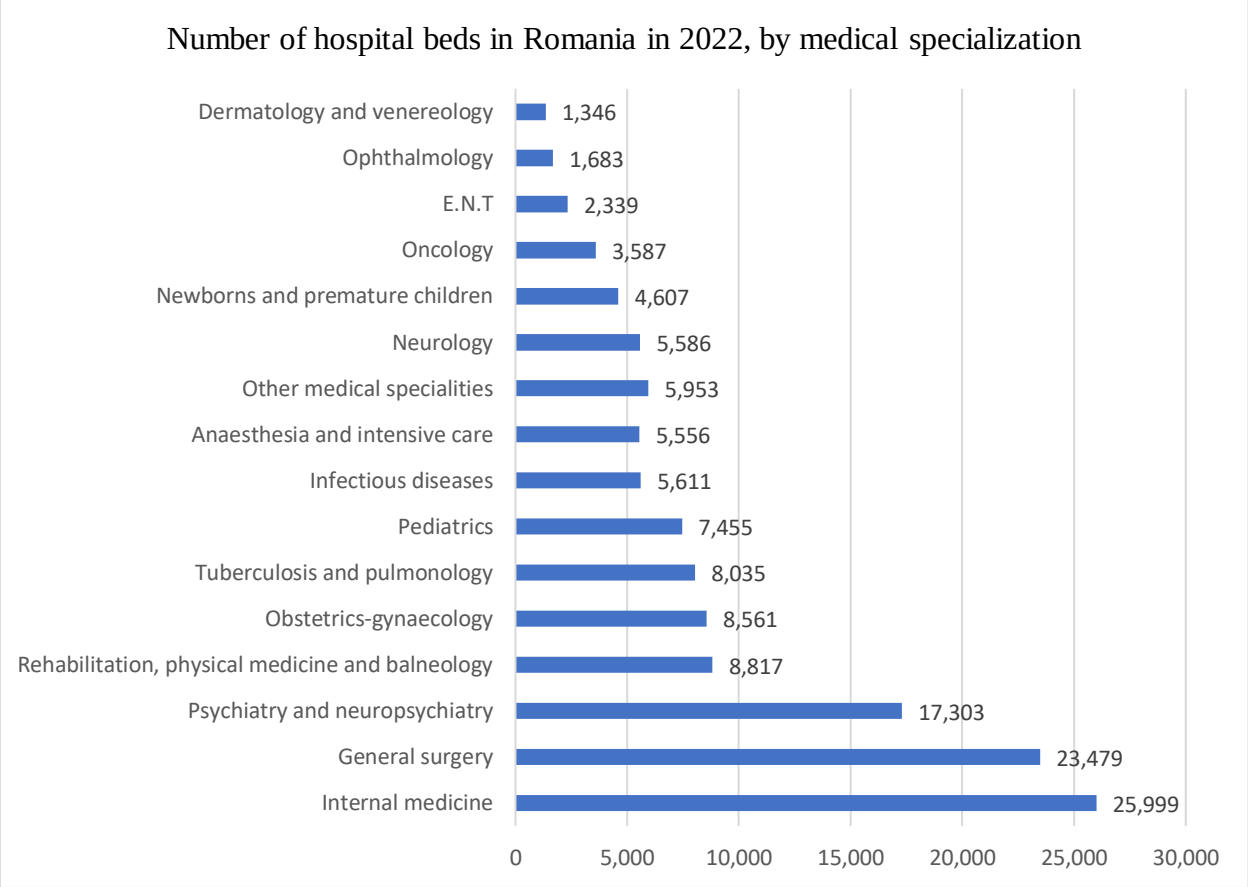


Рис. 4.50. Кількість лікарняних ліжок у Румунії у 2022 році за медичною спеціалізацією [228]

Найбільша лікарняних кількість ліжок була зосереджена в таких сферах як внутрішня медицина – 25999 ліжок, що становить найбільшу частку в структурі спеціалізованої допомоги, загальна хірургія – 23479 ліжок, психіатрія та нейропсихіатрія – 17 303 ліжка. Ці три спеціалізації разом охоплюють найбільший обсяг стаціонарних потужностей в країні, що вказує на значну потребу у відповідних видах медичної допомоги.

Високий обсяг ліжок у психіатричних відділеннях може також свідчити про актуальність проблем ментального здоров'я в країні. До інших напрямів з помітною кількістю ліжок належать: реабілітація, фізична медицина та бальнеологія – 8817, акушерство та гінекологія – 8561, туберкульоз та пульмонологія – 8035 та педіатрія – 7 455 одиниць відповідно. Найменшу кількість ліжок зафіксовано в таких спеціалізаціях: дерматологія та венерологія – 1 346, офтальмологія – 1 683, отоларингологія – 2 339. Отже, проведений аналіз демонструє зосередженість медичних ресурсів на напрямках, що потребують тривалого стаціонарного лікування або високої інтенсивності медичного втручання.

На наступному рис. 4.51 представлено показник кількості ліжок у відділеннях інтенсивної терапії в Румунії з 2010 по 2022 рік.

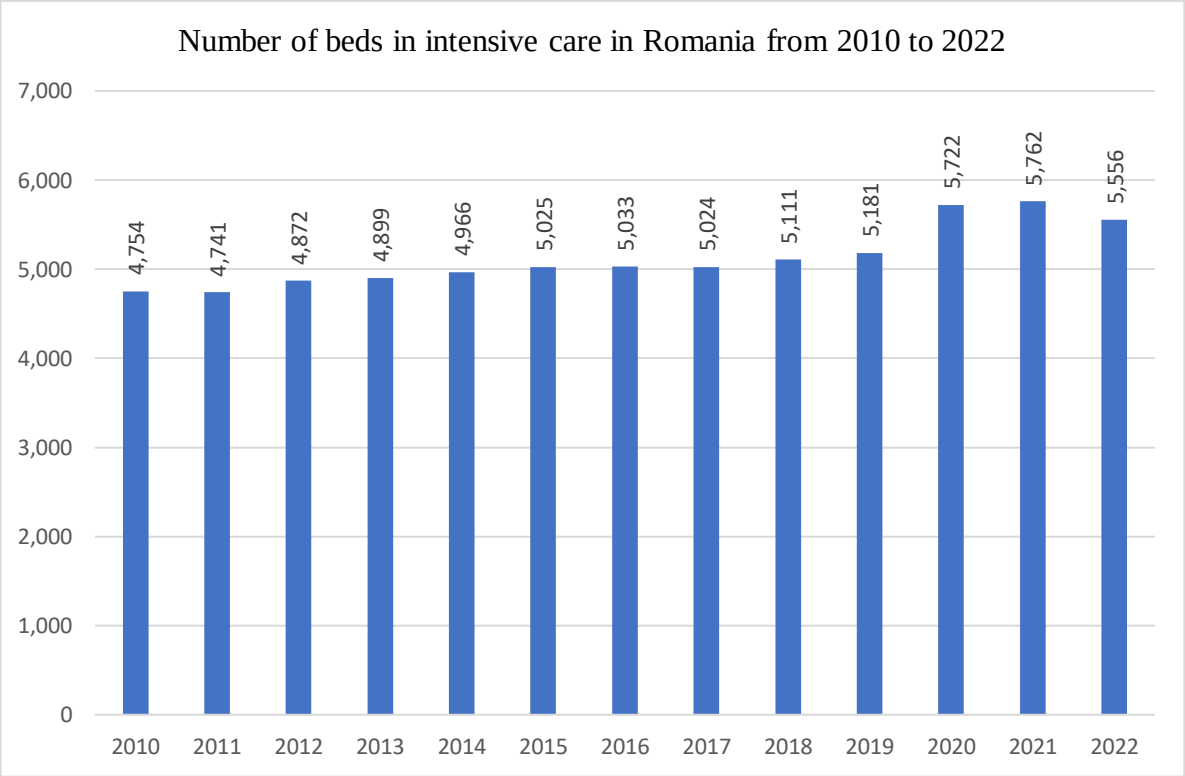


Рис. 4.51. Кількість ліжок у відділеннях інтенсивної терапії в Румунії з 2010 по 2022 рік [222]

З вищенаведених даних рис.3.18 спостерігається поступове зростання цього показника протягом аналізованого періоду. У 2010 році кількість ліжок становила 4754 одиниці, у 2022 році – 5 556, що свідчить про збільшення на 802 одиниці за 12 років, що на 16,87 % більше.

Особливо помітне зростання відбулося у період 2020–2021 років, що, ймовірно, пов'язано з пандемією COVID-19. У 2020 році кількість ліжок досягла 5 722, у 2021 – 5 762, що є найвищими показниками за весь період.

УГОРЩИНА

На наступному рис. 4.52 зображено показники кількості лікарень в Угорщині з 2000 по 2022 рік.

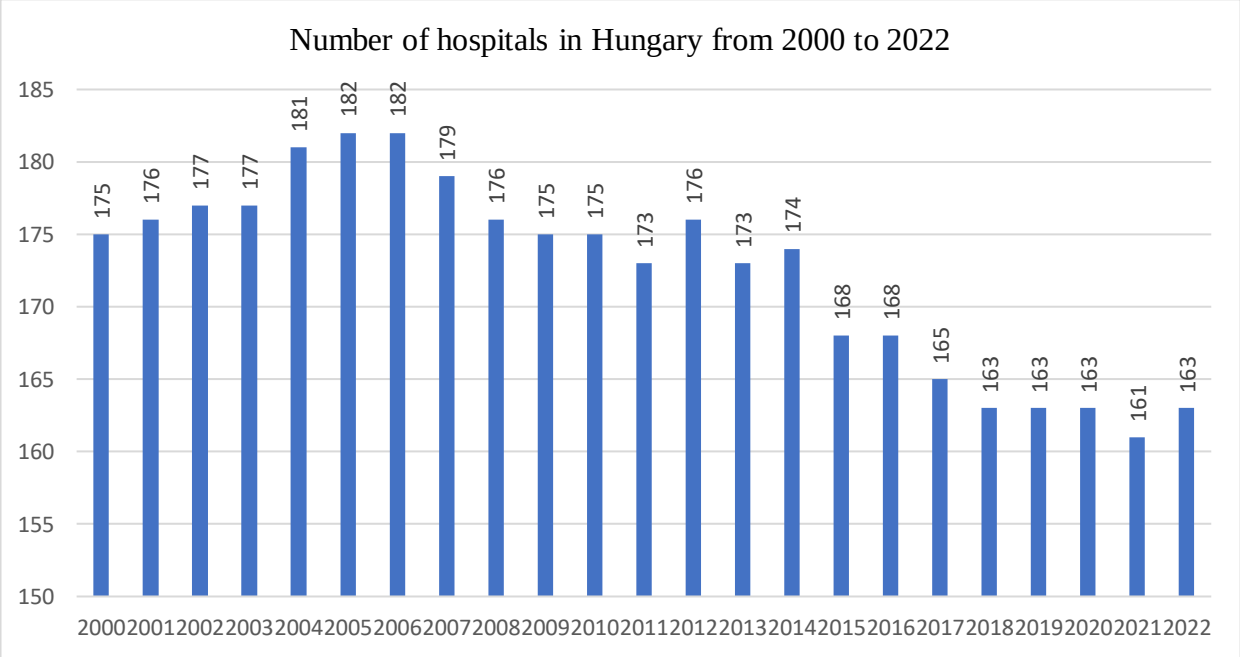


Рис. 4.52. Кількість лікарень в Угорщині з 2000 по 2022 рік

Як видно з рис. 4.52, упродовж 2000 – 2022 років кількість лікарень в Угорщині поступово скорочувалася, попри окремі періоди стабільності або незначного зростання. На початку досліджуваного періоду, у 2000 році в країні функціонувало 175 лікарень, у 2004 – 2005 роках цей показник досягнув максимального значення та становив 182 установи.

Починаючи з 2006 року, спостерігається поступове зменшення кількості лікарень у 2008 році – 176, у 2011 році – 173 та у 2014 році – 174. Найбільш помітне скорочення відбулося у 2015 році, яке становило 168 лікарень, а у 2016 – 2018 роках їх кількість знизилася до 165–163.

У 2019 – 2022 роках показник стабілізувався на рівні 161 – 163 установи, що майже на 12 % менше порівняно з початком періоду.

На наступному рис. 4.53 зображено показники рівня зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях хронічної терапії в Угорщині з 2012 по 2023 рік.

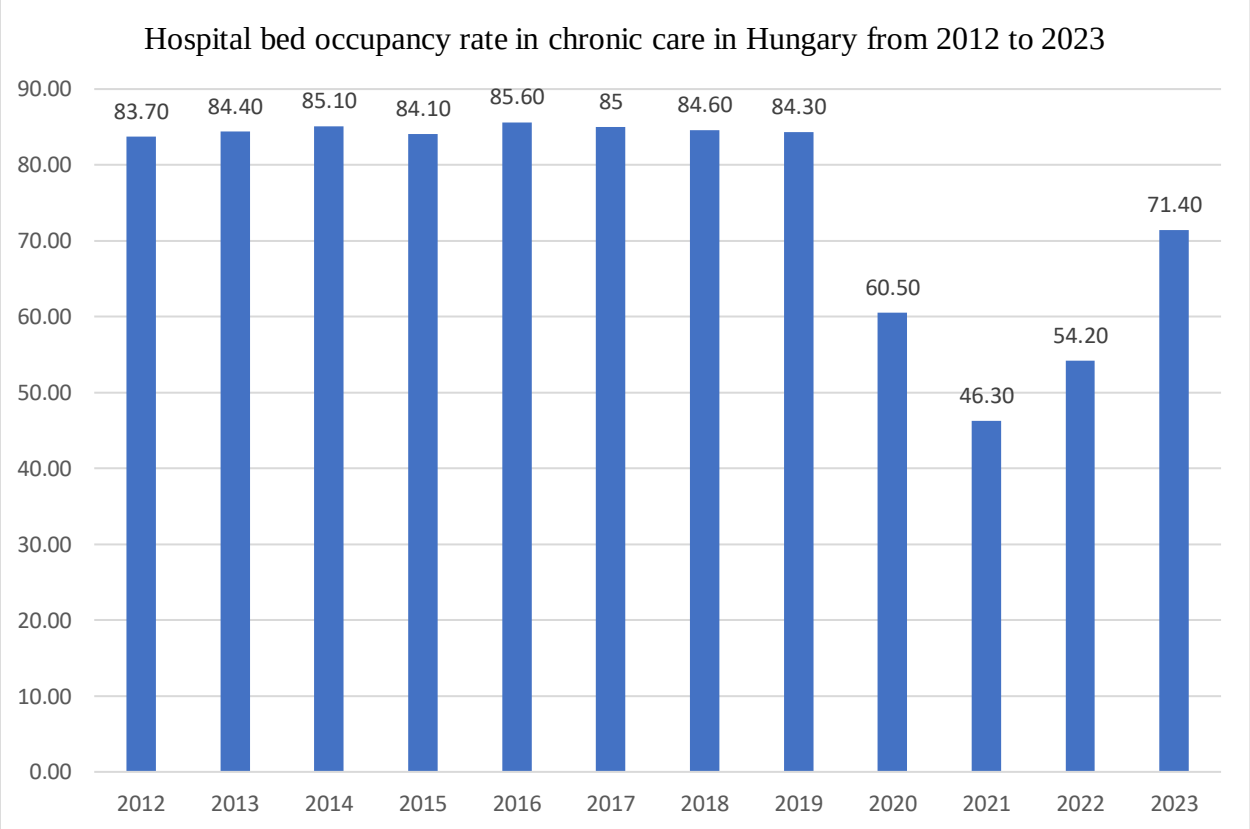


Рис. 4.53. Рівень зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях хронічної терапії в Угорщині з 2012 по 2023 рік [208]

Отже, у 2012 – 2019 роках рівень зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях хронічної терапії в Угорщині залишався стабільно високим, коливаючись у межах від 83,7 % до 85,6 %. Максимальне значення показника було зафіксовано у 2014 та 2016 роках 85,1 % та 85,6 % відповідно.

Починаючи з 2020 року, спостерігається різке зниження рівня зайнятості ліжок: у 2020 році – 60,5 %, у 2021 році – 46,3 % та у 2022 році – 54,2 %. У 2023 році показник зріс до 71,4 %, що свідчить про часткове відновлення попиту на послуги хронічної терапії.

Загалом, за 2012–2023 роки рівень зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях хронічної терапії скоротився на понад 12 процентних пунктів, що вказує на істотні структурні зміни у функціонуванні стаціонарної медичної допомоги.

На наступному рис. 4.54 зображено показники кількості активних лікарняних ліжок на 10 000 осіб в Угорщині з 2012 по 2023 рік.

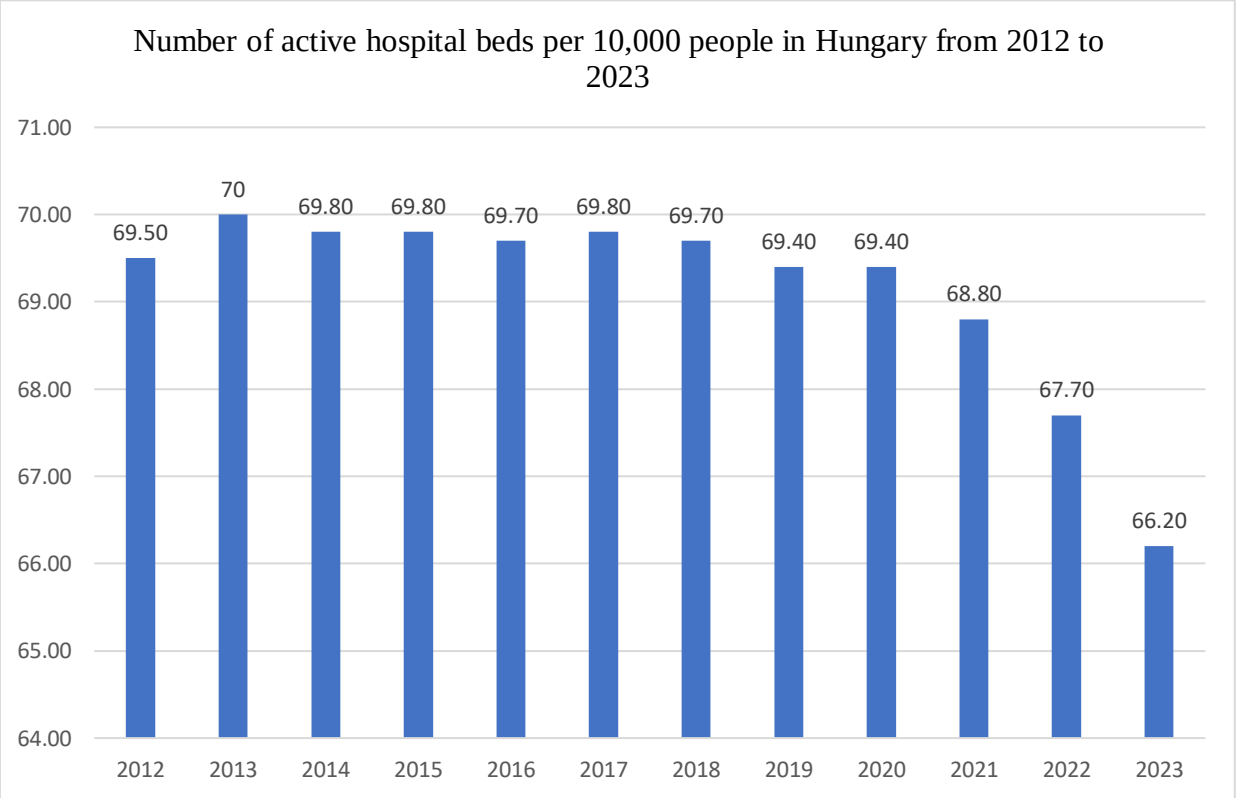


Рис. 4.54. Кількість активних лікарняних ліжок на 10 000 осіб в Угорщині з 2012 по 2023 рік [219]

Отже, слід зазначити, що впродовж 2012 – 2019 років кількість активних лікарняних ліжок на 10000 осіб в Угорщині залишалася стабільною, коливаючись у межах від 69,4 до 70,0 одиниць. Максимальне

значення показника було зафіксовано у 2013 році, що дорівнював 70,0 ліжок на 10000 осіб. З 2020 року спостерігалося поступове зниження показника з 69,4 ліжка у 2020 році до 68,8 у 2021 році та 67,7 у 2022 році. У 2023 році кількість активних лікарняних ліжок досягла найнижчого рівня за аналізований період 66,2 на 10000 осіб, що на 3,8 % менше, ніж у 2012 році. Загалом, за 2012–2023 роки кількість активних лікарняних ліжок в Угорщині зменшилася на 3,3 одиниці на 10 000 осіб, що відображає поступові структурні зміни у наданні стаціонарної медичної допомоги.

На наступному рис. 4.55 зображено показники рівня зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях невідкладної допомоги в Угорщині з 2012 по 2023 рік.

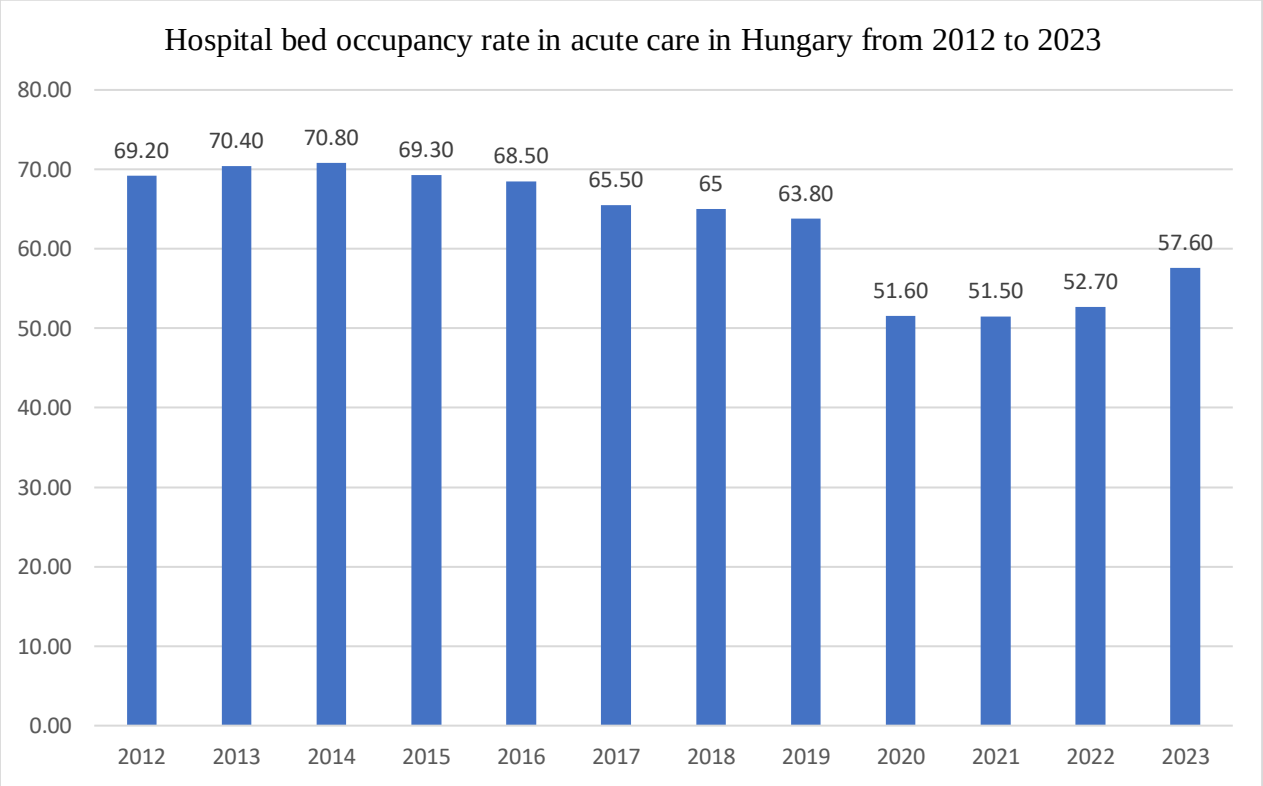


Рис. 4.55. Рівень зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях невідкладної допомоги в Угорщині з 2012 по 2023 рік [207]

У 2012 р. показник становив 69,2 %, після чого у 2013 р. відбулося зростання до 70,4 %, а у 2014 р. зафіксовано найвище значення за весь

досліджуваний період 70,8 %. З 2015 року спостерігається поступова спадна динаміка: у 2016 році – 68,5 %, у 2017 році – 65,5 %, у 2018 році – 65,0 %, а у 2019 рці – 63,8 %. Найбільш різке падіння відбулося у 2020 р., коли показник зменшився до 51,6 %, у 2021 р. рівень зайнятості залишився майже незмінним 51,5 %, а в наступні роки спостерігається повільний зріст – 52,7 % у 2022 р. та 57,6 % у 2023 р. Таким чином, за аналізований період відбулося загальне зниження рівня зайнятості лікарняних ліжок у відділеннях невідкладної допомоги в Угорщині на 11,6

ЧЕХІЯ

На рис. 4.56 встановлено Кількість лікарень у Чехії з 2005 по 2022 рік.

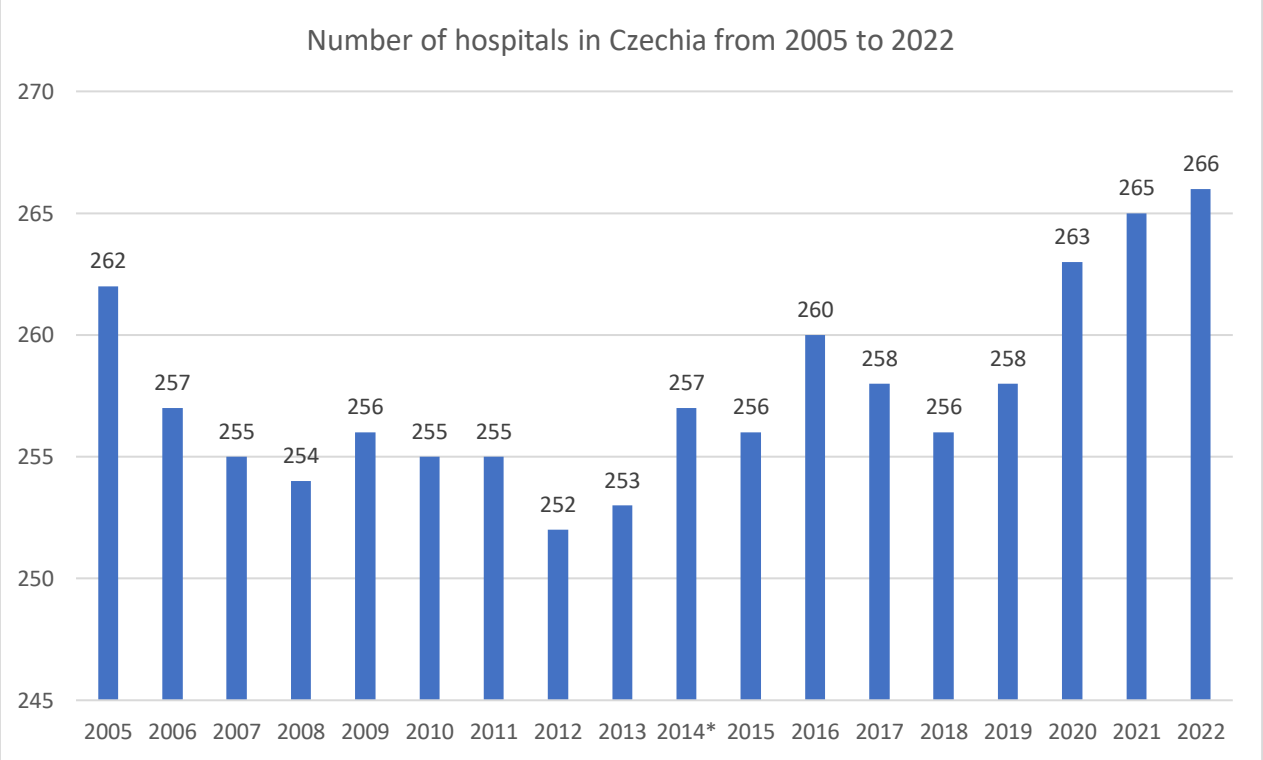


Рис. 4.56. Кількість лікарень у Чехії з 2005 по 2022 рік [211]

У 2005 році кількість лікарень у Чехії становила 262 одиниці. У подальші роки спостерігалося незначне скорочення, яке досягло мінімального значення у 2012 році, що становило близько 252 лікарні. У період 2005-2012

роки зафіксовано зниження з 262 до 252 лікарень. У 2013 -2019 роках спостерігалася стабілізація та поступове зростання у 2014 році 253 лікарні, у 2015 році 256 лікарень, у 2016 році 260 лікарень. Протягом 2016–2019 років коливання показника становило в межах 256–258 одиниць. Починаючи з 2020 року, спостерігається значне збільшення кількості лікарень, так 2020 році 263 лікарні, у 2021 році 265 лікарень, у 2022 році 266 лікарень, який є найвищим показник за весь аналізований період. Це зростання можна пояснити реакцією на пандемію COVID-19, коли були створені або зареєстровані додаткові медичні заклади, зокрема спеціалізовані інфекційні шпиталі, мобільні госпіталі чи приватні клініки з госпітальними функціями.

На наступному рис.4.57 відображено показники кількості державних лікарень у Чехії з 2011 по 2022 рік.

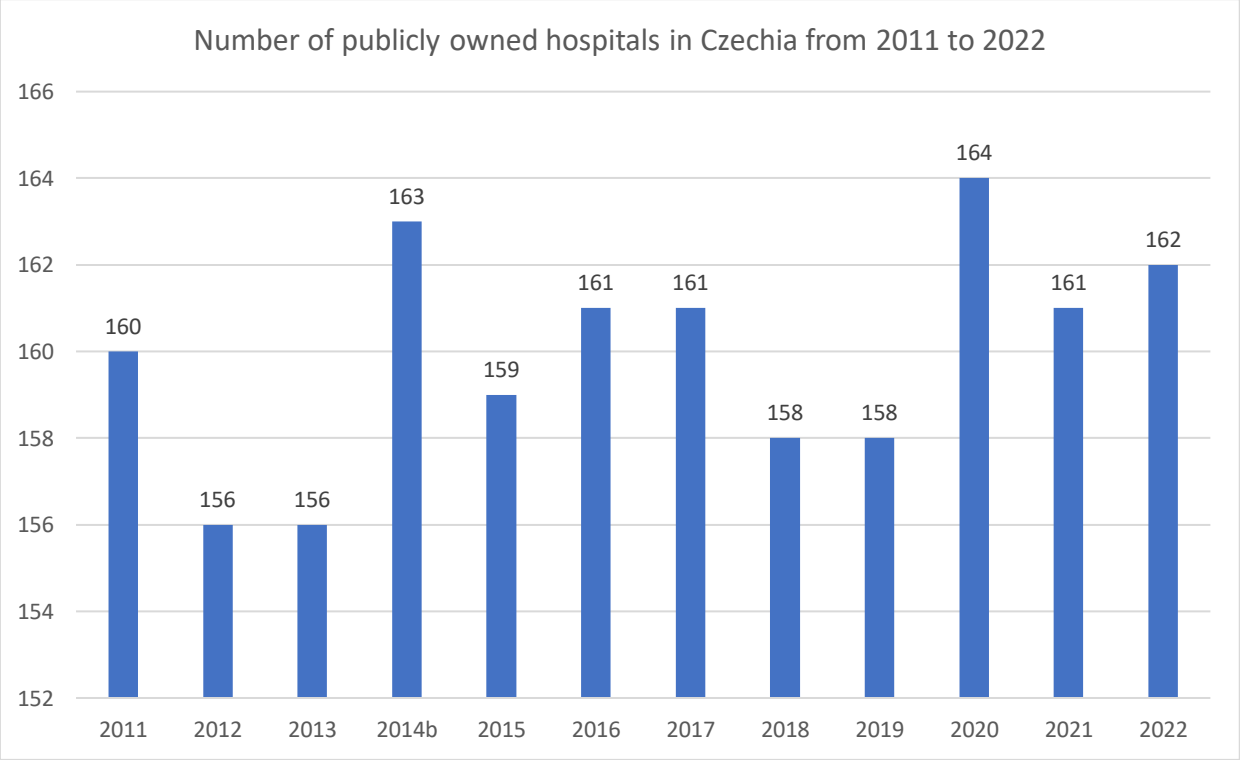


Рис. 4.57. Кількість державних лікарень у Чехії з 2011 по 2022 рік [250]

У 2011 році кількість державних лікарень Чехії становила 160 одиниць. У 2012 та 2013 роках кількість закладів зменшилася до 156, що є мінімумом за весь період. У 2014 році зафіксовано рекордне зростання до 163 лікарень, що свідчить про переоформлення статусу частини лікарень,

які могли перейти до публічного сектору або бути створені з нуля. Кількість лікарень змінювалася у межах 158–161 лікарень, так у 2015 році показник сягав 159, у 2016–2017 роках по 161, 2018–2019 роках 158 відповідно. У 2020 році кількість державних лікарень сягнула 164 одиниць та досягла найвищого показника за весь період. На кінець досліджуваного періоду показник становив 162 лікарні.

На наступному рис. 4.58 відображено показники кількості лікарняних ліжок у Чехії з 2000 по 2021 рік.

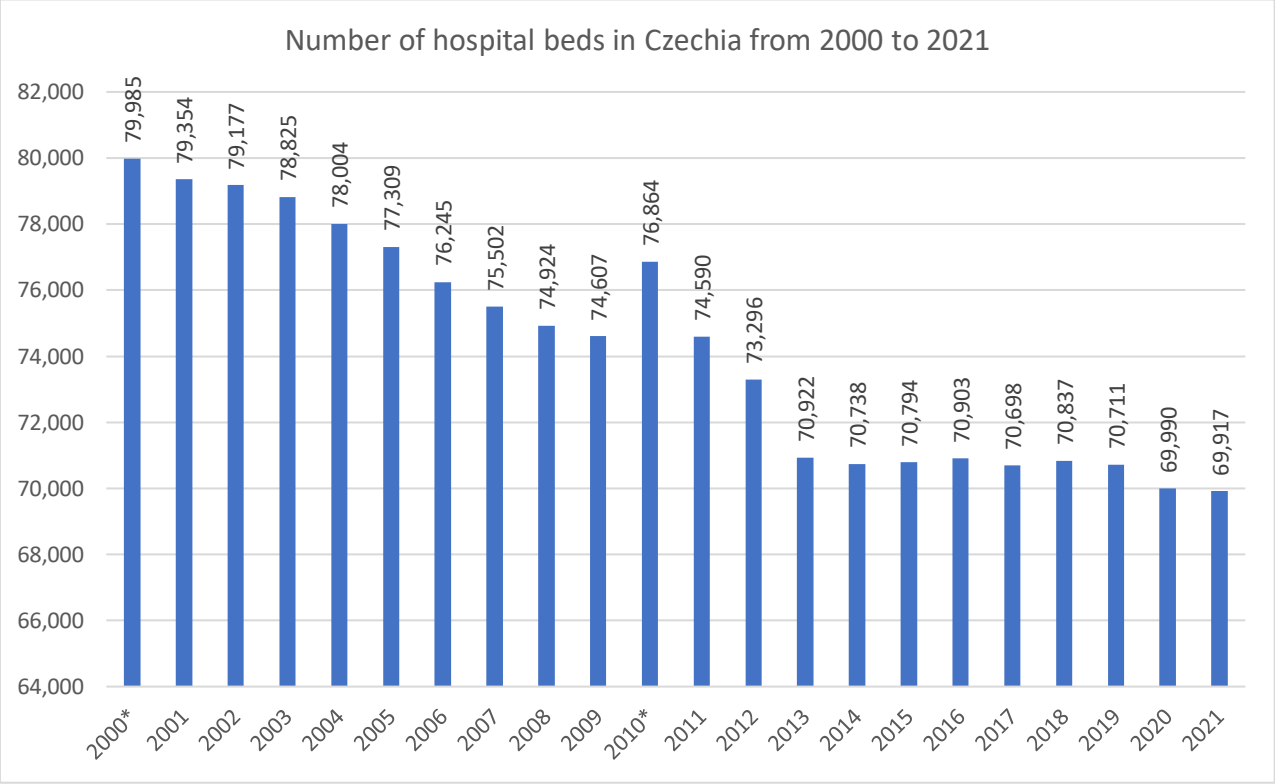


Рис. 4.58. Кількість лікарняних ліжок у Чехії з 2000 по 2021 рік [209]

У 2000 році кількість лікарняних ліжок у Чехії становила 79 985 одиниць. У 2021 році цей показник знизився до 69 917, що свідчить про загальне скорочення на 10 068 ліжок, або приблизно 12,6% за 21 рік.

Протягом 2000–2007 років зафіксовано зменшення з 79 985 до 74 924 ліжок, при цьому скорочення спостерігалося на 5 061 ліжко протягом семи років. У 2009–2010 роках показник коливався на рівні 74–76 тис. ліжок. У 2010

році зафіксовано тимчасове зростання до 76 864 тис. ліжок, у 2012 році спостерігався спад до 73 296 ліжок. Після 2013 року кількість ліжок стабілізувалася в межах 70 322–70 837 тис. Лише у 2020 та 2021 роках спостерігається падіння до 69 990 та 69 917 відповідно, незважаючи на пандемію COVID-19.

ПОЛЬЩА

На наступному рис. 4.59 відображено показники кількості загальних лікарень у Польщі з 2010 по 2023 рік.

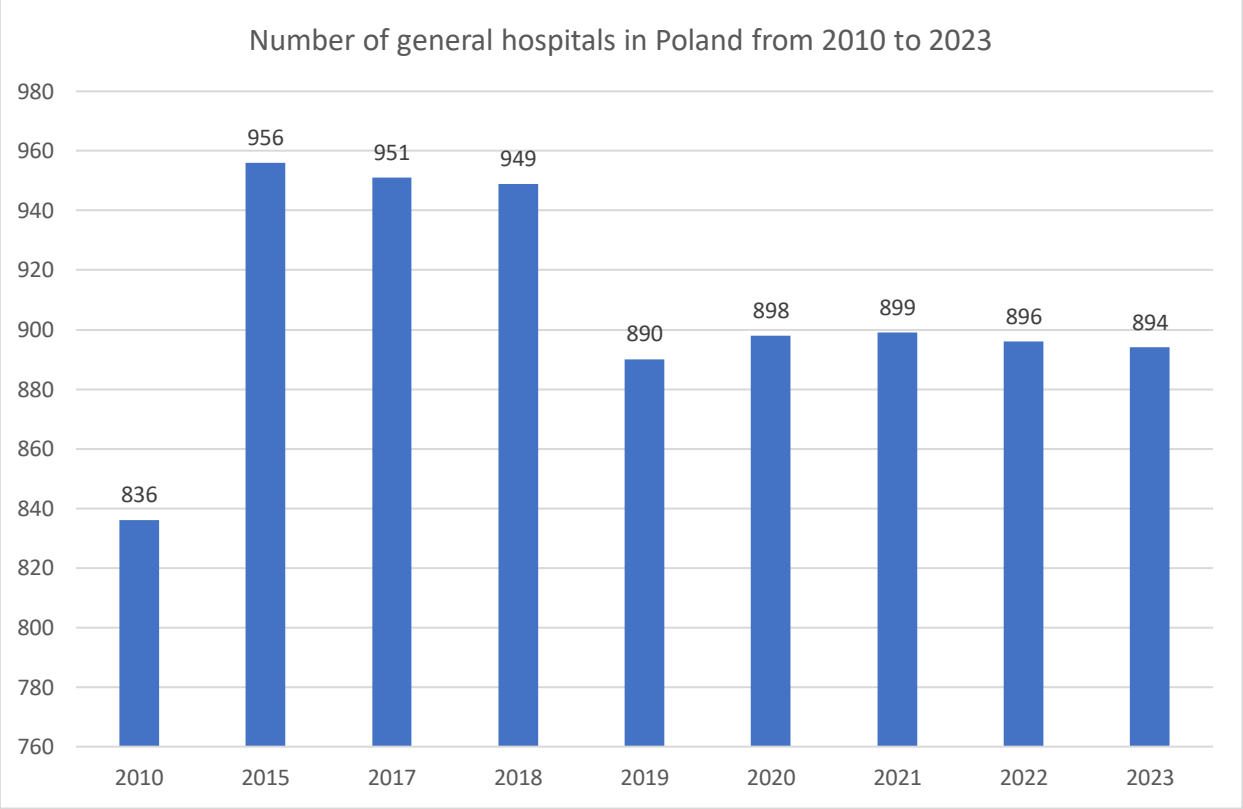


Рис. 4.59. Кількість загальних лікарень у Польщі з 2010 по 2023 рік [191]

Отже за досліджуваний період, кількість загальних лікарень у Польщі демонструє нестійку динаміку за період з 2010 по 2023 рік. Якщо у 2010 році в країні функціонувало 836 загальних лікарень, то до 2015 року їх кількість зросла до 956, найвищого показника за весь досліджуваний період. Надалі відбувалося поступове скорочення: у 2023 році залишилось 894 заклади, що на

62 менше, ніж у 2015 році. Найбільш різке скорочення відбулося у 2018–2019 роках, що становило зменшення 59 лікарень за один рік.

На наступному рис. 4.60 відображено показники кількості амбулаторних клінік у Польщі з 2010 по 2023 рік.

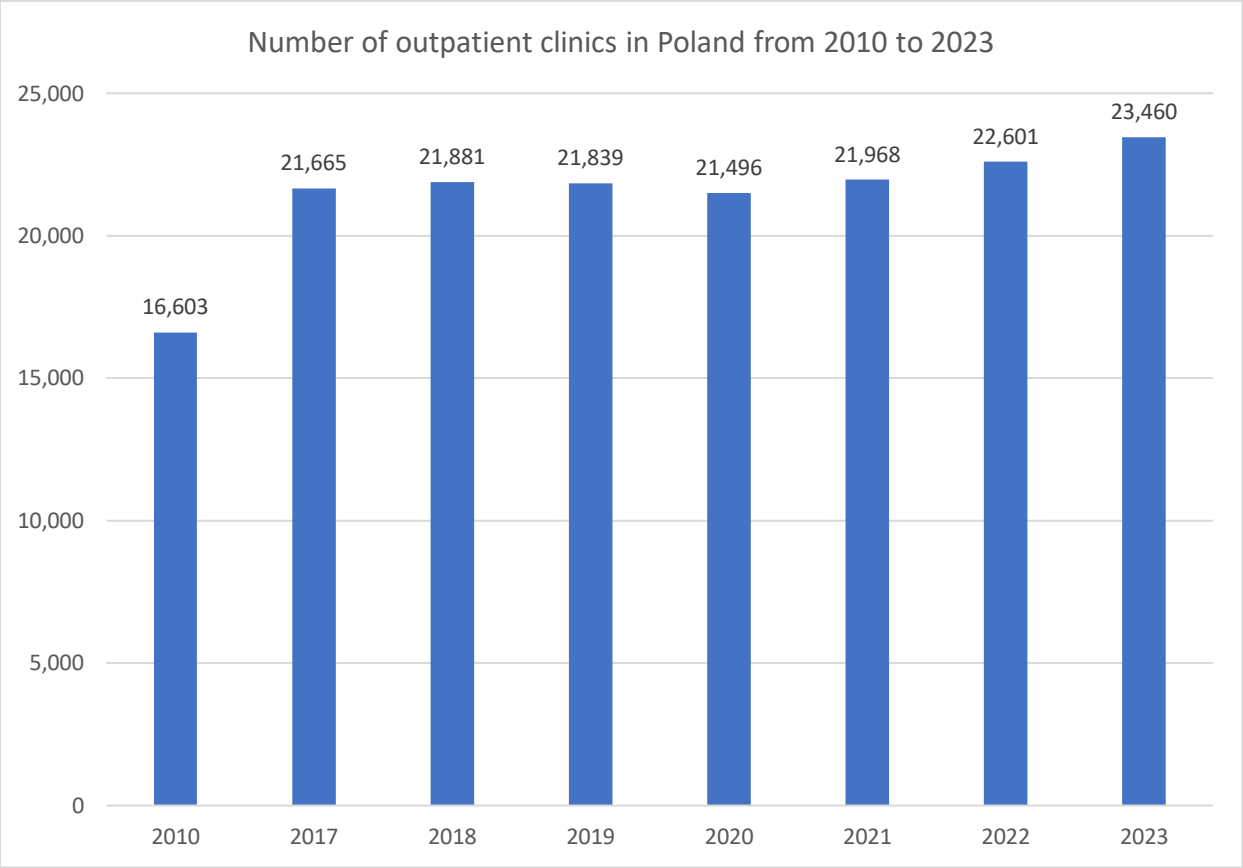


Рис. 4.60. Кількість амбулаторних клінік у Польщі з 2010 по 2023 рік [235]

Упродовж досліджуваного періоду з 2010 по 2023 рік спостерігається виражена тенденція до зростання кількості амбулаторних клінік у Польщі. Так у 2010 році функціонувало 16603 амбулаторних закладів, то у 2023 році їх кількість зросла до 23460, що становить приріст на 6857 одиниць, або 41,29 %.

Найбільше зростання відбулося між 2010 і 2017 роками, що сягало 30,48%, а найвищий показник у 2023 році. Протягом останнього десятиліття в Польщі спостерігається стійке розширення мережі амбулаторних клінік, що є ознакою модернізації системи охорони здоров’я.

На наступному рис. 4.61 відображено показники кількості ліжок у загальних лікарнях Польщі з 2008 по 2023 рік.

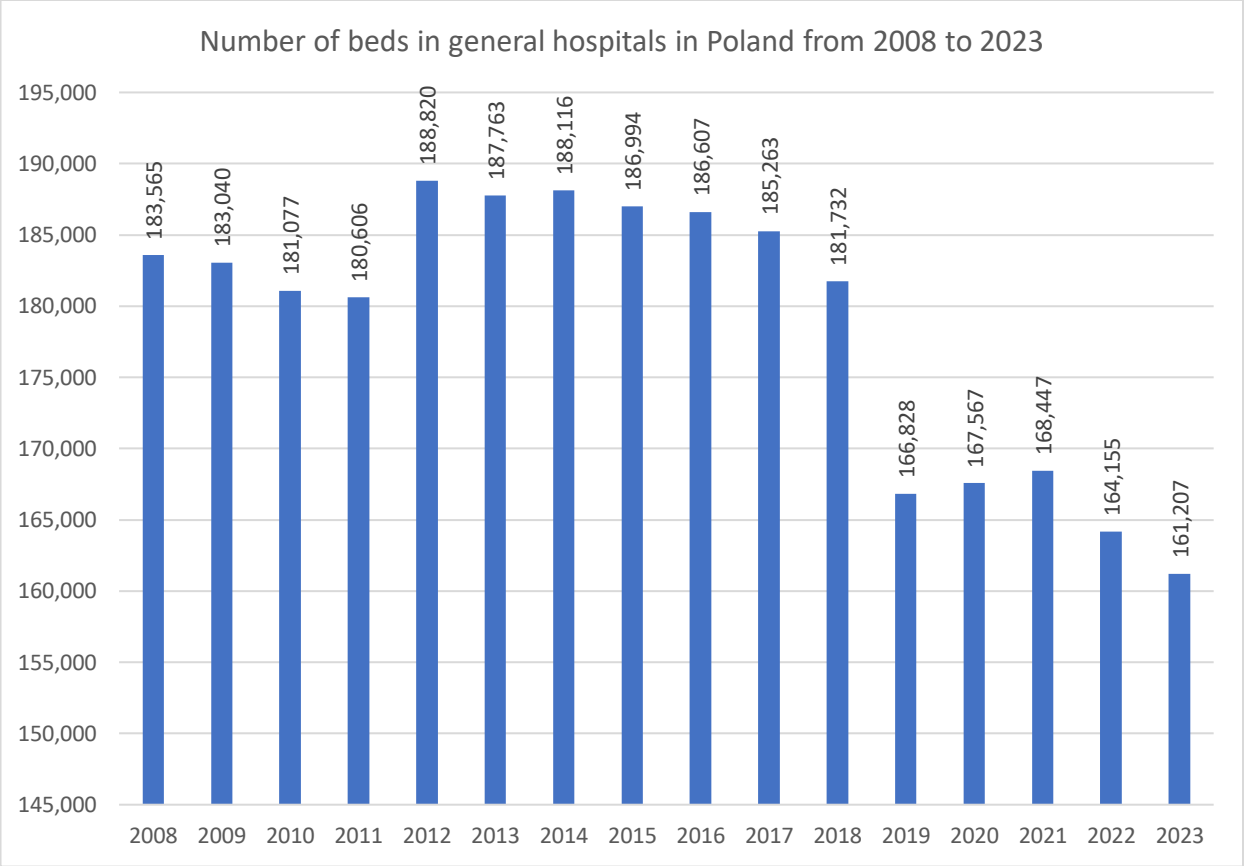


Рис. 4.61. Кількість ліжок у загальних лікарнях Польщі з 2008-2023 рр. [190]

У період з 2008 по 2017 рік кількість ліжок у загальних лікарнях Польщі залишалася відносно стабільною, коливаючись у межах 180 606 – 188 820 тис. одиниць. Максимальна значення було зафіксовано у 2012 році , яке дорівнювало понад 188 820 тис. ліжок. Починаючи з 2018 року, простежується стійке скорочення ліжкового фонду, так у 2018 році показник становив 181732, у 2019 році зменшення склало 13 204 тис ліжок, у 2020 - 961 ліжок. У 2021 році зафіксовано незначене збільшення чисельності ліжок на 881 ліжко ,що становило 167567 тис. Протягом 2022 спостерігалося різке зменшення ліжок на 14292 тис. одиниць, на кінець досліджуваного періоду показник скоротився ще на 2948 одиниць. Загальне скорочення ліжок у загальних лікарнях з 2012 по 2023 рік становить 36 813 ліжок або 19,6 %.

На наступному рис. 4.62 відображено показники кількості ліжок у лікарнях на 10 тисяч населення в Польщі з 2010 по 2023 рік.

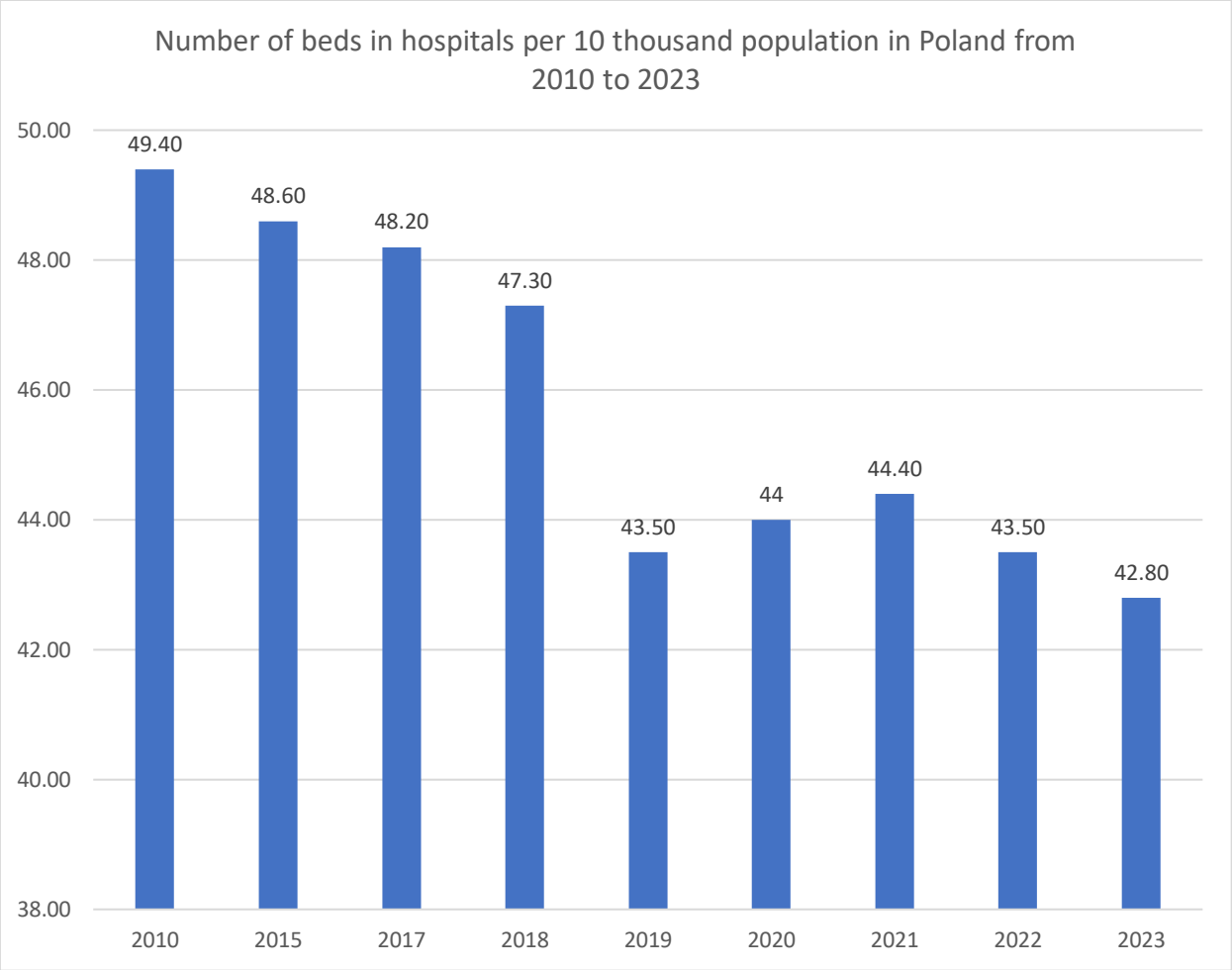


Рис. 4.62. Кількість ліжок у лікарнях на 10 тисяч населення в Польщі з 2010 по 2023 рік [210]

Показник кількості лікарняних ліжок на 10 000 населення в Польщі впродовж 2010–2023 років демонструє стійку тенденцію до зниження, що свідчить про оптимізацію ліжкового фонду в умовах трансформації системи охорони здоров'я. У 2010–2017 роках зменшення ліжкового фону було поступовим на 0,2–0,4 одиниці щороку. Різке скорочення зафіксовано у 2018–2019 роках на 3,8 одиниці, що може бути пов'язане з реструктуризацією лікарень, змінами фінансування, або впровадженням цифрових технологій. У 2020–2021 роках, під час пандемії COVID-19, спостерігається тимчасове

зростання показника 44,4 одиниць, внаслідок створення додаткових COVID-відділень або тимчасових медичних об’єктів. На кінець досліджуваного періоду показник ліжок знизився до 42,8 одиниць на 10 тис. населення. Загальне зниження з 2010 по 2023 рік становить 6,6 ліжка на 10 000 населення або ж на 13,4 %.

Таким чином, Аналіз інфраструктурного потенціалу країн Східної Європи (Румунії, Угорщини, Чехії та Польщі) свідчить про глибоку трансформацію — перехід від кількісних показників радянської епохи до якісних стандартів Європейського Союзу. Інфраструктурний потенціал Східної Європи еволюціонує в бік компактності, технологічності та гнучкості. Україна має використовувати ці дані як матрицю для повоєнної відбудови, щоб не відтворювати застарілу мережу, а одразу будувати систему нового формату. Проведений порівняльний аналіз дозволяє виокремити ключові тенденції, що характеризують сучасний стан медичної інфраструктури в досліджуваних країнах: децентралізація та перехід до амбулаторної моделі; оптимізація ліжкового фонду. Дані Румунії та Чехії за 2020–2022 роки демонструють «інфраструктурний маневр» - різке збільшення кількості ліжок інтенсивної терапії та запуск додаткових госпітальних потужностей. Це доводить, що сучасна інфраструктура повинна мати «запас міцності» та здатність до швидкого масштабування в умовах криз. Структура ліжкового фонду (особливо в Румунії та Угорщині) з високою часткою ліжок для внутрішньої медицини та психіатрії підкреслює демографічний виклик - старіння населення. Високий рівень зайнятості ліжок у відділеннях хронічної терапії (Угорщина — до 85%) вказує на необхідність подальших інвестицій у заклади тривалого догляду та реабілітації.

Висновки до 4-го розділу

1. Оцінка сучасного стану потенціалу системи охорони здоров'я Румунії вказує на наступні особливості: а) фінансовий потенціал: характеризується найвищими темпами зростання витрат (у 2,5 раза за 15 років), також особливістю є висока частка особистих витрат населення, які зросли вдвічі, що вказує на перехідний стан системи, де державне фінансування ще не повністю покриває потреби; б) кадровий потенціал: висока кількість лікарів (понад 72 тис.) та значний акцент на молодшому медичному персоналі (82 на 10 тис. населення) створюють базу для екстенсивного розвитку; в) інфраструктурний потенціал: Румунія активно нарощує ресурси, фокусуючись на доступності та мобільності (оновлення автопарку швидких), намагаючись подолати наслідки попереднього недофінансування. Румунія продовжує розширювати ліжковий фонд (+15 тис. ліжок). Ключовим успіхом є модернізація екстреної допомоги - збільшення автопарку швидких на 33%.

2. Угорщина має потенціал системи охорони здоров'я, що має наступні особливості: а) фінансовий потенціал: після періоду зниження витрат (до 2019 р.) стався різкий стрибок інвестицій (зростання у 4 рази до 2022 р.). Характерною рисою є вибухове зростання інвестицій в основний капітал (у 4 рази за 12 років), що спрямоване на технологічне оновлення; б) кадровий потенціал: відчувається дисбаланс — значні інвестиції в обладнання супроводжуються необхідністю утримання кваліфікованого персоналу в умовах високої конкуренції на ринку ЄС; в) інфраструктурний потенціал: відбувається жорстка оптимізація. Скорочення кількості лікарень (-12%) та активних ліжок супроводжується максимальним завантаженням наявних потужностей (до 85% у хронічній терапії). Угорщина трансформує потенціал через концентрацію ресурсів: менше закладів, але вища інтенсивність їх використання та значні капітальні інвестиції в обладнання.

3. Чеська система охорони здоров'я характеризується наступними особливостями: а) фінансовий потенціал: найбільш стабільна та потужна модель у регіоні (витрати на рівні 9,1–9,5% ВВП). Основа — страхова модель (70% коштів), що мінімізує навантаження на гаманці громадян (лише 15%). Витрати на душу населення є найвищими серед досліджуваних країн. Чехія має найвищий рівень фінансового захисту пацієнтів та збалансований потенціал, який дозволяє ефективно фінансувати складні діагнози (онкологія, кардіологія); б) інфраструктурний потенціал: успішно скоротила загальну кількість ліжок на 12,6%, одночасно підвищивши кількість лікарень (зокрема приватних та спеціалізованих), що свідчить про інтенсифікацію лікування. Структура витрат чітко фокусується на медикаментах та довготривалому догляді, що відповідає потребам старіючого населення; в) кадровий потенціал: Система демонструє стабільність із фокусом на спеціалізацію. Витрати страхових компаній чітко корелюють із віком пацієнтів (пік після 80 років), що потребує високої концентрації геронтологічних кадрів.

4. Потенціал системи охорони здоров'я Польщі має наступні властивості: а) фінансовий потенціал: здійснює стратегічний перехід до публічного фінансування (зростання державних видатків до 5,8% ВВП у 2023 р.). Польща демонструє найвищий прогнозований приріст публічних видатків у регіоні до 2028 року; б) кадровий потенціал: успішно реалізовано зміцнення середньої ланки: значне зростання кількості медсестер та акушерок, що дозволяє делегувати частину функцій від лікарів; в) інфраструктурний потенціал: скорочення ліжкового фонду на 19,6% супроводжується феноменальним зростанням мережі амбулаторних клінік (+41%). Система переорієнтована на профілактику та лікування без госпіталізації. Польща демонструє найбільш радикальну зміну структури потенціалу: відхід від лікарень-гігантів до потужної мережі поліклінік та домінування державних гарантій над приватними витратами.

РОЗДІЛ 5
МЕХАНІЗМИ ПРОГНОЗУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПОТЕНЦІАЛОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КРИЗ

5.1. Прогнозування в системі державного управління адаптвино-резервним потенціалом системи охорони здоров'я

Сучасна система державного управління дедалі частіше стикається з необхідністю ухвалення управлінських рішень в умовах обмеженого часу, дефіциту ресурсів і високих ризиків, що об'єктивно підвищує роль науково обґрунтованого прогнозування як інструменту превентивного управління. Такими ризиками можуть виступати як об'єктивні, такі які обумовленні соціально-економічними (економічні кризи) та природно-кліматичними (епідемії та пандемії) умовами та суб'єктивні, які обумовлені воєнно-безпековими (військові дії держави агресора) та політико-правовими факторами (політична нестабільність, що може призвести до революції). За останні два десятиліття національна система державного управління була під впливом усіх зазначених факторів, що не могло не відобразитися на системі охорони здоров'я та її потенціалу. Дослідження потенціалу системи охорони здоров'я в цілому та адаптивно-резервний потенціал як особливу складову першого, це в першу чергу про прогнозування, а саме прогнозування соціально-економічних, політико-правовий, безпекових, природно-кліматичних умов функціонування системи охорони здоров'я та вплив сукупності факторів на їх розвиток.

«Особливе значення прогнозування полягає в тому, що на основі передбачення змін суспільного життя можна будувати стратегічне бачення. Будучи початковим етапом процесу державного стратегічного планування, прогнози впливають на побудову стратегії розвитку держави, допомагають запобігати або звести до мінімуму небажані наслідки розвитку тих чи інших процесів у майбутньому на основі прогнозних висновків» [60].

Прогнозування дозволяє завчасно виявляти потенційні загрози, оцінювати можливі сценарії розвитку подій, обґрунтовувати стратегічні пріоритети та підвищувати ефективність державної політики. «Інтеграція стратегічного планування у систему публічного управління України є актуальним викликом і життєво потрібною умовою для адекватної відповіді на глобальні трансформації, технологічний прогрес та зростання невизначеності сучасного світу. Запровадження новітніх методів прогнозування потребує не просто політичної волі, але й глибокої, системної трансформації як кадрового потенціалу, так і інституційної спроможності державних органів. У цьому процесі ключовим стає формування міждисциплінарного, адаптивного та далекоглядного підходу, що має започаткувати нову управлінську парадигму, здатну ефективно орієнтувати державу на довгостроковий сталий розвиток» [56].

Дослідження прогнозування в державному управлінні адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров’я є необхідною умовою формування адаптивних, стійких і результативних управлінських механізмів, здатних забезпечити реалізацію довгострокових стратегічних цілей, щодо високого рівня громадського здоров’я та захисту суспільних інтересів.

Питання прогнозування розвитку системи охорони здоров’я та оцінки рівня адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров’я не вивчалося в наукових працях вітчизняних вчених. Проте, прогнозування

як функція та метод державного управління розкрито в працях наступних вчених: Попов В.М., Чуб А.І., Дяченко Н.П., Іванець Г.В., Толкунов І.О., Долженкова О.В., Кисленко А.Г., Григоренко Г.С., Потеряйко С.П., Євмештіна О.Л., Мороз В.М., Воронов О.І., Телешун С.О., Кальниш Ю.Г., Рейтерович І.В., Титаренко О.Р., Бахтіна Ю.С., Кравцова Т.М., Калініченко Г.В., Мельник А.Ф., Оболенський О.Ю., Васіна А.Ю., Гордієнко Л.Ю., Нижник Н.Р., Білокур Є.І., Кагановська Т.Є., Бабаєв В.Ю., Ващенко К.О., Матвієнко В.Я., Сурмін Ю.П., Духневич О.В., Балан М.І. та інші.

«Прогнозування є основою стабільної організації життєдіяльності населення, цілеспрямованого розвитку суспільства тому що, зокрема його провадження передбачає комплексний аналіз всіх теперішніх підходів, врахування якого розкриває нові можливості ефективного державного управління. Забезпечення дієвого державного управління, вироблення прогнозного бачення перспектив розвитку суспільства є надзвичайно актуальними завданнями» [122]. Особливо важливе дане завдання в контексті розвитку системи охорони здоров'я та її готовності до кризових умовах політичного, природного та економічного характеру. Прогнозне бачення перспектив розвитку системи охорони здоров'я з позиції її потенціалу стане основою забезпечення високого рівня громадського здоров'я, безперервної реалізації медичних послуг та відповідності всієї системи сукупності властивостей, а саме: адаптивність, безпечність, безперервність та стійкість.

«Методологію прогнозування формували та вдосконалювали в процесі розвитку теорії управління. У кінці XIX ст. – на початку XX ст. використовували спрощені інтуїтивні прогнози, які ґрунтувались на особистому досвіді окремих спеціалістів. Розвиток стратегічного планування став потужним імпульсом до вдосконалення методології

прогнозування. Термін «прогноз» набув поширення в 60-х рр. XX ст., коли почала формуватися теорія розробки прогнозів у сфері управління – прогностика. Практично в усіх країнах Західної Європи та США в ході "прогностичного буму" сформувались наукові установи та громадські організації, які об'єднують спеціалістів з прогнозування: корпорація "РЕНД" (США), Гудзонівський інститут, Інститут з проблем майбутнього, "Комісія 2000 року" при Американській академії мистецтв та наук, "Комітет наступних 30 років" при Раді соціальних досліджень (Великобританія), "Група 1985 року" при Раді Міністрів та Центр прогностичних досліджень (Франція), Інститут економічних досліджень майбутнього ім. Вікерта (Німеччина), Інститут прикладних економічних досліджень (Італія). Центри досліджень майбутнього сформовані при урядах Швеції, Данії, Норвегії, Нідерландів, Швейцарії. У 1973 р. виникла Всесвітня федерація досліджень майбутнього» [35].

На сьогодні питання прогнозування в державному управлінні в цілому та адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я є досить проблематичним, що обмовлено сукупністю факторів. «Актуальними проблемами прогнозування у публічному управлінні є недостатня якість статистичних даних; відсутність на початкових стадіях процесу прогнозування затверджених завдань, пріоритетів, напрямів соціально-економічної політики України на відповідний прогнозний період; непрозорість бюджетного процесу на остаточному етапі; недостатньо налагоджений зворотний зв'язок у системі публічного управління, який не дозволяє отримувати своєчасну інформацію щодо динаміки соціально-економічних процесів, таким чином, врахувати зв'язки, процеси і впливи в економічному середовищі під час складання певних прогнозів» [159]. Крім того, в умовах сьогодення виникає сукупність методологічних проблем, які обумовлені:

- відсутністю методичних положень формування сценаріїв розвитку системи охорони здоров'я в умовах кризи та реагування на її наслідки. Відсутність уніфікованих методичних положень щодо формування сценаріїв розвитку системи охорони здоров'я в умовах криз та реагування на їх наслідки призводить до фрагментарності прогнозних оцінок та неможливості комплексної оцінки адаптивно-резервного потенціалу в середньо- та довгостроковій перспективі. В результатів чого спостерігається обмежена здатність суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я своєчасно ідентифікувати критичні точки вичерпання резервів та прогнозувати наслідки управлінських рішень у посткризовий період.

- невизнаність системи комунікації між суб'єктами реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я. Це унеможливлює узгоджене прийняття державно-управлінських рішень, знижує швидкість реагування на кризові виклики та обмежує ефективність мобілізації наявних ресурсів і резервів. В першу чергу дана проблема проявляється у фрагментації управлінського впливу через інформаційні розривів та дублювання функцій, що негативно позначається на формуванні й реалізації адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я. В умовах криз така ситуація, через відсутність чітких каналів обміну інформацією та координації дій унеможливлює своєчасне виявлення загроз, оперативний перерозподіл ресурсів і ефективне управління наслідками кризових ситуацій.

- відсутність відповідальності за формування прогностичних сценаріїв розвитку системи охорони здоров'я. Такий стан є причиною розпорошення прогнозних функцій, несистемності сценарного аналізу та зниження ролі прогнозування як інструменту стратегічного управління адаптивно-резервним потенціалом системи. Відповідно обмежуються можливості своєчасної оцінки ризиків, потреб у резервах та потенціалу адаптації системи охорони здоров'я до кризових впливів.

- політичний вплив на формування результативних документів державного прогнозування та їх реалізацію. Отже, відбувається підміна науково обґрунтованих сценаріїв політично доцільними рішеннями та зниження ефективності використання адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я, через розрив між аналітичною частиною прогнозів і управлінськими рішеннями, що обмежує їхню практичну цінність та знижує спроможність системи до випереджального реагування на кризові виклики.

- відсутність механізмів забезпечення інституційної пам'яті суб'єктів державного управління, місцевого самоврядування, що відповідальні за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я. Це зумовлює розрив між попередніми управлінськими рішеннями та поточними управлінськими практиками, що обмежує можливості обґрунтованого прогнозування розвитку системи охорони здоров'я та ефективного використання її адаптивно-резервного потенціалу. В результаті отримуємо втрату накопиченого управлінського досвіду, повторення стратегічних помилок та зниження спадкоємності управлінських рішень у кризових і післякризових умовах.

- відсутність методики аналізу попередніх прогнозів розвитку суспільних відносин в цілому та системи охорони здоров'я зокрема. «Огляд існуючої практики прогнозування напрямів трансформації суспільно-економічних відносин, у поєднанні з теорією і практикою індикативного управління соціальним розвитком, засвідчує про недостатню ефективність використання потенціалу соціальних (економічних) прогнозів у державному управлінні. Скоріше за все це пов'язано з невисокою точністю раніше опрацьованих прогнозів, які свого часу не були підтверджені практикою відповідних соціальних змін (економічних перетворень» [159]. Проблема унеможливлює оцінку їх

результативності, виявлення системних помилок прогнозування та використання накопиченого аналітичного досвіду для підвищення якості прогнозних рішень. Фактично відбувається розрив в системі державного управління, адже відсутній зворотній зв'язок між прогнозними документами та реальними результатами їх реалізації, що знижує наукову обґрунтованість нових прогнозів і обмежує можливості формування адаптивно-резервного потенціалу системи.

- обмеженість та фрагментарність інформаційного забезпечення формування прогнозів розвитку системи охорони здоров'я. ускладнює комплексну оцінку стану та динаміки системи, знижує достовірність прогнозних розрахунків і обмежує можливості своєчасного виявлення ризиків та резервів розвитку. Це унеможливлює оперативну оцінку масштабів загроз, швидкість мобілізації резервів і коригування управлінських рішень відповідно до реальної динаміки кризових процесів в системі охорони здоров'я.

Зазначені проблеми мають методологічний та організаційний характер, а їх вирішення можливе лише за умови формування комплексного підходу до розвитку прогнозування як інструменту державного управління адаптивно-резервним потенціалом. «Активне використання інструментарію прогнозування для передбачення змін у соціальних установках людей та стані суспільства (економіки) дозволить суб'єктам державного управління не тільки отримати інформацію щодо можливих напрямів зміни стану об'єкта прогнозування (управління), а і забезпечить підвищення рівня ефективності у використанні наявних у органів державного управління потенціалів. Разом з тим, слід пам'ятати про існування загальнометодологічних проблем та необхідності підвищення якості методичних засобів соціальної прогностики. Першим кроком, в контексті удосконалення існуючої практики застосування

методу прогнозування в державному управлінні, повинен стати ґрунтовний методологічний аналіз та оцінка способів складання соціальних (економічних) прогнозів які використовуються. Другим кроком, повинно стати як можна більш точне визначення можливостей і межі кожного з методів прогнозування у поєднанні з опрацюванням шляхів їх розвитку за напрямом підвищення їх результативності» [159]. Відповідно, забезпечення системності та комплексності організаційно-методологічних положень прогнозування адаптивно-резервного потенціалу визначається врахуванням усіх підходів до розуміння даного поняття. Аналізуючи наукову літературу можна визначити наступні підходи до розуміння прогнозування в державному управлінні:

- процес розробки та формування прогнозу. С.О. Телешун, Ю.Г. Кальниш, І.В. Рейтерович, О.Р. Титаренко вказують, що «прогнозування – це розробка прогнозу, процес вироблення нового знання про майбутнє на основі знань про минуле й сьогодення» [162]. Даний підхід характеризує прогнозування в державному управлінні з позиції методології та організації, адже як складова державного управління прогнозування має специфічну сукупність методів, особливе інформаційне забезпечення та цілі здійснення. Прогноз розвитку системи охорони здоров'я, а саме визначення адаптивно-резервного потенціалу.

- механізм (інструмент) державного управління. Стеценко Т.О. вказує, що «прогнозування та програмування соціально-економічного розвитку є складовими механізму державного управління та одним з найвагоміших інструментів у забезпечені досягнення цілей та реалізації завдань економічної політики держави» [158]. Розгляд прогнозування як механізму чи інструменту державного управління вважаємо не досить логічним, адже більшою мірою прогнозування є процесом, який включає сукупність механізмів та інструментів його здійснення.

- функція державного управління. В науковій літературі ([14], [75], [48], [76], [99], [17], [68], [18]) з проблем державного управління виділяють сукупність підходів до класифікації функцій державного управління. В їх структурі прогнозування займає значне місце. «Прогнозування – це функція, яка передбачає застосування як накопиченого в минулому досвіду, так і поточних припущень для передбачення управлінських процесів і явищ в майбутньому, а також вирішення завдань, які можуть постати перед суб'єктом державного управління. Зазначена функція має дуже важливе значення як для управління загалом та для державного управління зокрема та складає її фундаментальну основу. Державне управління тісно пов'язане з прийняттям певних управлінських рішень. Для того, щоб ці рішення не приймалися в умовах повної невизначеності, функція прогнозування має бути достатньою мірою розробленою» [75]. «Прогнозування у державному управлінні – це функція, яка спрямована на обґрунтоване передбачення результату наявних чи запланованих показників розвитку держави з метою визначення напряму майбутніх державно-управлінських тенденцій. Зазначаючи роль прогнозування у державному управлінні, варто наголосити на тому, що воно: – допомагає визначати як майбутні можливі явища, які відбуватимуться в аналізованій сфері соціальної реальності, так і можливі майбутні явища, які виникнуть в результаті зміни або запровадження нової державно-управлінської дії; – дає можливість комплексно розробляти сценарії визначальних змін, а також надає інформацію про потенційні наслідки запланованих управлінських рішень, а у майбутньому – управлінських дій щодо їх реалізації. Слід підкреслити, що прогностичний аналіз фокусує увагу не на конкретному одному образі майбутнього, а на можливих майбутніх траєкторіях» [147]. Такий підхід є цілком логічним, адже державне управління має формувати стратегічні державно-управлінські рішення.

Для цілей розробки методології прогнозування потенціалу системи охорони здоров'я будемо розглядати прогнозування як процес розробки та формування прогнозу розвитку адаптивно-резервного потенціалу. Це дозволить сформувати методологічні положення для якісного та результативного державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. «Методологія прогнозування – це сукупність методів, прийомів і принципів, які дають можливість сформувати висновки щодо майбутніх явищ та подій, а також надати аргументовані практичні рекомендації щодо запобігання чи завчасного вирішення прогнозованих проблем. Методологічні аспекти прогнозування зазнають такі головні впливи системи державного управління: цілеспрямована та раціональна орієнтація; практична зосередженість та висока залежність від нормативно-правової системи держави» [111]. Водночас методологія прогнозування визначає напрями формування державно-управлінських рішень для впливу на майбутнє системи охорони здоров'я, саме забезпечення її адаптивності, безпечності, стійкості та безперервності на основі формування та використання адаптивно-резервного потенціалу.

Власне, як і будь-який напрямок державного управління прогнозування має власну специфічну методологію, охарактеризувати в цілому неможливо, адже вона є залежною від специфіки об'єкта державного управління. «Сьогодні розроблено понад 300 методів прогнозування, за допомогою яких можна із задовільною достовірністю оцінити ефективність управлінського рішення вже на стадії його підготовки. Використання лише одного методу в практиці прогнозування знижує точність та надійність прогнозної інформації. Формування оптимального для кожного напряму державного управління комплексу методів прогнозування є необхідною передумовою прийняття ефективного управлінського рішення. Прогноз є універсальним методом і водночас

невід'ємною функцією будь-якої сфери діяльності. Достовірність результатів та якість прогнозування значною мірою зумовлюють ефективність управлінських рішень у сфері державного управління» [9]. Отже, ефективність прогнозування залежить як від якості отриманого прогнозу так і від його використання у прийняття державно-управлінських рішень.

Прогнозування несе сукупність ризиків та загроз, що обумовленні методологією формування прогнозів з одного боку та їх використанням в державно-управлінській діяльності. Дяченко Н. з даного приводу зазначає, що «вплив прогнозної інформації та вибір і прийняття державно-управлінських рішень має бути визначальним. Спонукальна функція прогнозування зумовлює таку його особливість, як ефект впливу прогнозу на вихідні передумови передбачення. Доцільно враховувати, що ефект передбачення може бути як позитивним, так і негативним, а іноді може супроводжуватися самознищенням прогнозу. Це зумовлено тим, що досягнення цілей прогнозу перебуває в прямій залежності від об'єктивних умов його здійснення. Якщо прогноз відповідає умовам розвитку об'єкта, то його реалізація на практиці буде успішною. І навпаки, невідповідність прогнозу цим умовам негативно вплине на його реалізацію» [57]. Це підтверджує потребу у формуванні сукупності критеріїв при виборі методології прогнозування, для певного об'єкта державного управління, що визначається його властивостями та мінливістю до факторів внутрішнього та зовнішнього середовища.

Аналізуючи наукову літературу про методи прогнозування в державному управління системою охорони здоров'я не можливо визначити чіткий перелік методів та підходів до прогнозування, що вимагає постійного пошуку критеріїв обрання методології прогнозування для того чи іншого об'єкта державного управління. На сьогодні прогнозування та

його результати (прогноз) є мінливим до суб'єкта здійснення прогнозування – державного службовця. Воронов О.І. дослідив прихильність державних службовців до інтуїтивного або раціонального типу прогнозування при підготовці управлінських рішень, в результаті чого отримав наступні висновки: «Прогнозування з метою розробки управлінських рішень у системі державного управління відбувається одночасно із застосуванням інтуїтивної та раціональної інформації, логіки, кількісних даних і математичних методів. Вибір методу прогнозування в системі державного управління визначається формою прогнозу, періодом прогнозування, доступністю, відповідністю та придатністю даних, точністю прогнозу, особливостями об'єкта прогнозування, витратами на прогнозування. У процесі розробки управлінських рішень у сфері державного управління застосовують якісні та кількісні методи прогнозування. Практика свідчить, що при цьому не дуже вітається використання якісних (інтуїтивних) методів у зв'язку з високою відповідальністю за остаточний результат. Проте державних службовців, які прихильні виключно до кількісних (раціональних) методів прогнозування, не виявлено» [35].

Вітчизняний дослідник В. Пальоха вказує на існування наступних підходів до прогнозування:

- гносеологія: «Гносеологія, яка наголошує на тому, що в об'єктивному світі немає речей явищ або процесів, що не пізнаються, існують лише непізнані до теперішнього часу закони чи окремі факти дійсності. Об'єктивний бік прогнозування політичних подій полягає у тому, що майбутнє міститься в теперішньому, але лише в можливості; нове існує у минулому, але також лише в можливості. Тому наукові прогнози політичних подій, явищ та процесів – це усвідомлені, осмислені можливості розвитку політичного життя, розглянуті в їх теоретичному обґрунтуванні» [111];

- діалектика: «універсальним методом політичного аналізу та прогнозування є діалектика. Загальний зв'язок та взаємодія предметів і явищ, на основі необоротності, спрямованості, закономірності, породжує розвиток, головним результатом якого є набуття нової якості. Дві лінії розвитку: прогресивна та регресивна або висхідна та спадна – є двома сторонами, які розгортаються в часі, і яким допомагає визначитись їх спрямованість і необоротність. Через взаємодію суперечливих політичних чинників реалізуються закони політичного життя. Ці суперечності визначають суть і спрямованість політичних процесів, структуру політичної системи, організацію та функціонування політичної влади» [111];

- синергетичний метод: «Синергетика, не будучи жорстко детермінованою сукупністю методологічних принципів та понять, виходить не з однозначного, загальноприйнятого поняття "політична система", а з притаманного їй набору властивостей – взаємопроникнення, відкритості, самоорганізації, випадковості, наявності асиметричних структур, нерегулярності зв'язків і функціональної нестабільності» [111];

- системний підхід: «Із загальнофілософського погляду системний підхід – це напрям методології наукового пізнання й соціальної практики, основою якого є вивчення об'єктів як систем. Методологічна специфіка системного підходу визначається тим, що він орієнтує дослідника на розкриття цілісності об'єкта й механізмів, що її забезпечують, на виявлення різноманітних типів зв'язків складного об'єкта та зведення їх у загальну теоретичну картину. Усвідомлення взаємозв'язків у системах, взаємозалежності її компонентів сприяє розумінню тенденцій політичного розвитку та динамізму політичних процесів» [111];

- порівняльний підхід: «В політичному аналізі та прогнозуванні також застосовується порівняльний підхід. Він полягає у зіставленні політичних інститутів, форм і методів діяльності партій, державних органів та

громадських організацій, особливостей політичної культури в різних країнах. Головна проблема полягає в тому, щоб обрати такі компоненти й елементи, які б окремо або в сукупності дозволяли судити про ті чи інші сутнісні характеристики порівнюваних об'єктів. Завданням аналітика є вибір параметрів, які б піддавалися порівнянню один з одним. Отже, одне із головних правил застосування порівняльного методу є з'ясування чіткої, конкретної підстави для порівняння і суворе дотримання меж» [111];

- психологічний підхід: «Психологічний підхід у політичному аналізі та прогнозуванні дозволяє одержати інформацію про те, що відбувається у політичній сфері, із спостережень за поведінкою політичних акторів та спрогнозувати їх дії у майбутньому. Предметом аналізу, за психологічного підходу, є політична поведінка на індивідуальному і соціальному рівнях та пов'язані з нею різні аспекти політичного процесу: голосування на виборах; участь в інших формах політичної активності, зокрема неконвенційних (демонстрації, страйки), лідерство; діяльність груп інтересів, політичних партій, суб'єктів міжнародних відносин. Методологічна проблема застосування психологічних методів полягає в ступені достовірності висновків, які робляться на основі спостережень за поведінкою політичних акторів, так як висновки, найчастіше, стосуються зовнішніх проявів, а не психологічних детермінант їхньої поведінки» [111];

- статистичний підхід: «Статистичний підхід застосовується до вихідних даних, які є описом великої системи об'єктів із великим числом ознак та параметрів. Методи статистичного підходу також називають "жорсткими" методами. Теоретико-методологічною основою "жорстких" методів політичного аналізу є уявлення про суспільство як системно-організовану цілісність та гіпотеза щодо здатності наукового знання раціонально впорядкувати і логічно пояснити об'єктивну реальність та поведінку індивідів» [111].

Фактично автор визначає лише підходи до прогнозування управлінських рішень, та не визначає, які саме методи мають застосуватися. Водночас окремі підходи характеризуються як методологія певних наук, зокрема економічних (статистичні методи), психологічних (психологічні методи), історичних (порівняльні методи). Можна частково погодитися, що прогнозування має міждисциплінарний характер, а тому й визначається комплексом підходів до його методології, проте для цілей прогнозування розвитку системи охорони здоров'я використання лише одного підходу не можливо, а методологія має бути сформована та обґрунтована, адже на основі сформованих прогнозів має визначати адаптивно-резервний потенціал, від рівня якого залежатиме управління системою охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій.

Дяченко Н. не визначає методи прогнозування проте вказує на етапи формування прогнозів в державному управлінні: «всебічний аналіз наявних тенденцій; сценарне передбачення розвитку подій; оцінку наслідків запланованих рішень; обґрунтування напрямів державного (галузевого, інституціонального) розвитку» [57]. В наступному дослідженні Н. Дяченко пропонує алгоритм проведення прогнозного дослідження, що включає такі етапи як: формулювання стратегічних цілей; збір максимально повного масиву інформації; обробка, оцінка та аналіз інформації; визначення перспектив і ймовірності реалізації прогнозу з обліком необхідних фінансовий, матеріальних ресурсів та проміжку часу; моделювання; поточна оцінка результатів розроблених програм; досягнення стратегічних цілей» [58]. Бачення дослідниці характеризує прогнозування в загальному не деталізуючи етапи формування прогнозів та їх реалізації.

Духневич О.В. пропонує впроваджувати в систему публічного управління сукупність аналітичних інструментів, що дозволяють формувати прогнози розвитку об'єктів державного управління, зокрема:

«- сценарний аналіз, який дає змогу моделювати альтернативні варіанти розвитку подій у середньо- та довгостроковій перспективі;

- foresight-дослідження, орієнтовані на виявлення структурних зрушень і довгострокових мегатрендів, які формуватимуть майбутнє політики;

- агентне моделювання, що дає змогу відтворювати поведінку окремих суб'єктів у складних соціальних і економічних системах, ураховуючи їхню взаємодію;

- системну динаміку, яка відкриває можливість аналізувати причинно-наслідкові зв'язки у макросистемах, що змінюються у часі;

- використання великих даних (Big Data) та технологій штучного інтелекту, які істотно підвищують якість прогнозів завдяки можливості оброблення масивів неструктурованої інформації, виявлення прихованих закономірностей та побудови самонавчальних моделей» [56].

Щербак Н.В. вказує, що методологічні положення прогнозування в державному управлінні визначаються етапами стратегічного планування діяльності органу виконавчої влади, які визначає наступним чином:

«1. Підготовка до процесу стратегічного планування та розробки стратегічного плану. Першим кроком до запровадження стратегічного планування є ініціювання керівником процесу стратегічного планування та формування групи команди, що розроблятиме і впроваджуватиме стратегічний план в органі виконавчої влади. На цьому етапі (до початку розробки стратегічного плану) варто провести функціональне обстеження органу виконавчої влади. Мета такого обстеження – з'ясування готовності персоналу до стратегічного планування, оцінювання ресурсів органу

виконавчої влади, досягнення початкової згоди щодо очікуваних результатів, інституалізація (закріплення) умов і вимог щодо організації процесу планування відповідним розпорядчим документом. Варто також оцінити функціональний розподіл повноважень, дієвість та відкритість управлінських процедур, підконтрольність рішень та відповідальність державних службовців за прийняті рішення.

2. Аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища органу виконавчої влади. Загальним підходом до аналізу середовища є SWOT-аналіз (з використанням даних першого етапу). Для стратегічного планування треба обов'язково з'ясувати сильні та слабкі сторони органу виконавчої влади, а також його можливості та внутрішні і зовнішні загрози. Загалом SWOT-аналіз, у поєднанні з PEST-аналізом, дає змогу брати до уваги різні фактори, які можуть вплинути на діяльність органу виконавчої влади, разом з політичною, економічною, соціальною ситуацією, ресурсами, зовнішніми факторами тощо.

3. Визначення бачення та місії організації. Бачення – це переконливий концептуальний образ бажаного майбутнього організації. Воно являє собою глобальну постійну мету для організації, є кінцевим стандартом, за якими вимірюється прогрес і результати. Місія – це стисле, комплексне визначення мети діяльності органу влади (головне призначення).

4. Визначення стратегічної мети і цілей. Стратегічна мета і цілі зазвичай стосуються головних елементів місії органу влади і є структурою для більш детального планування. Стратегічна мета і цілі органу виконавчої влади є стратегічним напрямом для організації загалом та об'єднавчим моментом для програм та окремих видів діяльності. Вони демонструють невідкладні чи високо пріоритетні завдання, що заслуговують на особливу увагу. Стратегічні цілі акумулюють у собі завдання та вкладають в порядку пріоритетності.

5. Визначення завдань. Завдання – це конкретні, обмежені в часі вимірювальні показники для досягнення стратегічних цілей. Завдання є проміжними досягненнями, потрібними для реалізації стратегічних цілей. Фактично сукупність завдань становить стратегічні цілі.

6. Розробка стратегічного плану діяльності. Стратегічний план діяльності – детальний опис заходів, що розробляються для досягнення визначених мети, цілей та завдань.

7. Реалізація стратегічного плану та моніторинг його виконання» [178].

Стратегічне планування можна фактично розглядати які інституалізацією прогнозування, а саме його кінцевим етапом. Адже на основі сформованого прогнозу формується стратегічний план органу виконавчої влади, який реалізує державну політику у відповідній сфері, зокрема у системі охорони здоров'я.

Систематизуючи зазначене зауважимо, що прогнозування є багатоетапним складним процесом, що передбачає сукупність міждисциплінарних методів. Даний процес є складним, багатовимірним і міждисциплінарним, що має важливе значення для забезпечення адаптивності, стійкості та безперервності функціонування системи охорони здоров'я в умовах високої невизначеності. Встановлено, що прогнозування доцільно розглядати як процес розробки та формування прогнозу, який інтегрує різні підходи — системний, статистичний, сценарний, синергетичний та інші — і реалізується через поєднання кількісних та якісних методів. При цьому ефективність прогнозування визначається не лише якістю отриманих результатів, а й рівнем їх інтеграції у процес прийняття державно-управлінських рішень.

5.2. Удосконалення методологічних положень прогнозування як складової державного управління потенціалом системи охорони здоров'я

Аналіз наукових підходів свідчить про відсутність єдиної методології прогнозування розвитку системи охорони здоров'я, що обумовлено як складністю об'єкта управління, так і впливом сукупності соціально-економічних, безпекових, політико-правових та природно-кліматичних факторів. Підвищення ефективності прогнозування розвитку системи охорони здоров'я потребує формування комплексної, науково обґрунтованої методології, що поєднує різні підходи та методи, забезпечує системність і адаптивність прогнозних рішень та сприяє їх інтеграції у стратегічне планування і державну політику у сфері охорони здоров'я. На сьогодні можна ідентифікувати низку методологічних та організаційних проблем, серед яких: відсутність уніфікованих підходів до формування сценаріїв, фрагментарність інформаційного забезпечення, недостатня координація між суб'єктами управління, політичний вплив на результати прогнозування та відсутність механізмів інституційної пам'яті. Це знижує достовірність прогнозів і обмежує можливості ефективного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. Вирішення зазначених проблем можливе при розробці комплексної поетапної методології прогнозування розвитку системи охорони здоров'я для формування та ефективного використання адаптивно-резервного потенціалу.

Аналіз наукової літератури [122], [56], [35], [159], [162], [158], [75], [57], з питань методології прогнозування та зважаючи на особливості системи охорони здоров'я, пропонуємо наступні визначати наступні методологічні положення прогнозування розвитку системи охорони здоров'я як складової державного управління, що визначаються наступними послідовними етапами.

1. Передпрогнозний етап – формування вихідних положень. На даному етапі визначаються формується об'єкт та предмет прогнозування розвитку системи охорони здоров'я, зважаючи на особливості державного управління адаптивно-резервним потенціалом. Визначається мета прогнозування та завдання, що визначають потребу в прогнозі та його використання для формування державно-управлінських рішень щодо потенціалу системи охорони здоров'я. Особливість даного етапу є також визначення часових меж прогнозу, адже від цього залежить власне вибір методів прогнозування та подальше використання прогнозу.

Об'єктом прогнозування розвитку системи охорони здоров'я з позиції державного управління її адаптивно-резервним потенціалом є процеси функціонування системи охорони здоров'я, використання та відтворення ресурсів, внутрішні і зовнішні фактори її розвитку та рівень адаптивності правового регулювання та інституційного забезпечення, що визначають стан громадського здоров'я та спроможність збереження і відновлення здоров'я населення у майбутньому. Предметом прогнозування є організаційні та методологічні положення, інформаційне забезпечення формування та реалізації прогнозів розвитку системи охорони здоров'я, використання та відтворення ресурсів під впливом визначених теперішніх та прогнозованих внутрішніх і зовнішні факторів впливу, що визначають стан громадського здоров'я та спроможність збереження і відновлення здоров'я населення у майбутньому для забезпечення високого рівня адаптивності правового регулювання та інституційної структури.

Метою прогнозування розвитку системи охорони здоров'я є формування прогнозу розвитку системи охорони здоров'я та механізмів його застосування при формуванні державно-управлінських рішень, що включає тенденції та сценарії розвитку системи, трансформації її потенціалу для забезпечення високого рівня громадського здоров'я через спроможність збереження і відновлення здоров'я населення у майбутньому.

2. Збір, підготовка та аналіз інформаційної бази. Даний етап є важливим з позиції забезпечення якості та результативності прогнозному розвитку системи охорони здоров’я та забезпечення високого рівня адаптивно-резервного потенціалу. Інформаційна база прогнозування представляє собою сукупність статистичних, аналітичних, нормативно-правових, медичних, фінансових і соціально-економічних даних, які використовуються для науково обґрунтованого передбачення майбутнього стану та напрямів розвитку системи охорони здоров’я і прийняття управлінських рішень. Інформаційного базою прогнозування розвитку системи охорони здоров’я є:

- статистичні дані про стан системи охорони здоров’я, розвиток ринку медичних послуг, стан громадського здоров’я населення (показники захворюваності, смертність та тривалість життя, інвалідність, епідеміологічний стан, рівень вакцинації, структура причин смертності та інше) та демографічний стан (чисельність населення, вікова структура, народжуваність та смертність, старіння населення, міграційні процеси (внутрішні та зовнішні), урбанізаційні процеси);

- аналітичні звіти міжнародних організацій в сфері охорони здоров’я (Всесвітня організація охорони здоров'я - координує міжнародну діяльність у сфері охорони здоров'я, встановлює стандарти лікування, координує боротьбу з епідеміями (як-от COVID-19 чи поліомієліт) та допомагає країнам розвивати медичні системи [263]; ЮНІСЕФ (UNICEF) Займається вакцинацією дітей, охороною материнства, забезпеченням доступу до чистої води та гігієни у країнах, що розвиваються [260]; ЮНФПА (UNFPA) - фонд ООН у галузі народонаселення, що опікується репродуктивним здоров'ям та плануванням сім'ї [261]; ЮНЕЙДС (UNAIDS) - Спільна програма ООН з ВІЛ/СНІДу, спрямована на боротьбу з поширенням вірусу [214]; Міжнародний Рух Червоного Хреста і

Червоного Півмісяця - надає екстрену допомогу постраждалим від війн та катастроф, займається донорством крові та навчанням першій допомозі [213]; Лікарі без кордонів (MSF) - незалежна організація, що надає медичну допомогу в найнебезпечніших точках світу, де державні системи охорони здоров'я не працюють [187])

- інформація про стан фінансового забезпечення системи охорони здоров’я на основі державного та місцевих бюджетів, звітів про їх виконання та інших джерел (обсяг державного фінансування системи охорони здоров’я; структура та види бюджетних програм; фінансування НСЗУ; співвідношення ВВП і державних видатків та систему охорони здоров’я; витрати населення на медичні послуги; державні та приватні інвестиції в систему охорони здоров’я; обсяг та структура міжнародної допомоги для фінансування системи охорони здоров’я);

- звіти Міністерства охорони здоров’я України про інфраструктуру та результати ліцензування (кількість закладів охорони здоров’я; кількість лікарняних ліжок за профілем та можливість їх мобілізації; матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров’я за профілем; стан медичної інфраструктури; цифровізація системи охорони здоров’я та медичних послуг зокрема; доступність медичних послуг; логістика в системі охорони здоров’я; кількість виданих ліцензій на реалізацію медичних послуг; кількість відкликаних ліцензій на реалізацію медичних послуг);

- інформація про наявні кадри, підготовку та перепідготовку медичних кадрів на основі статистичної звітності, даних Єдиної державної бази з питань освіти та інших джерел (кількість лікарів та допоміжного медичного персоналу в цілому та за профілем (спеціалізацією); вікова структура медичного персоналу; стан міграції медичного персоналу як внутрішньої так і зовнішньої; дефіцит медичних кадрів в цілому та в розрізі

регіонів, територіальних громад; кількість закладів вищої освіти та фахової передвищої освіти, які надають освітні послуги в сфері підготовки медичних кадрів; загальний обсяг виданих ліцензій на підготовку здобувачів вищої освіти за медичними спеціальностями; кількість здобувачів вищої освіти, що навчаються за медичними спеціальностями; результати акредитації освітніх програм за медичними спеціальностями);

- звітність суб'єктів реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я та суміжних сферах (Міністерства фінансів України щодо фінансового потенціалу; Міністерства освіти і науки України щодо кадрового потенціалу; Міністерства закордонних справ України щодо реалізації міжнародних проєктів в сфері охорони здоров'я) та інших питань, що пов'язані із системою охорони здоров'я та громадського здоров'я;

- результати соціологічних опитувань щодо довіри до системи охорони здоров'я, суб'єктів державного управління, сприяння реформ в сфері охорони здоров'я, довіри до лікарів та закладів охорони здоров'я, задоволеністю медичними послугами, доступністю медичних послуг та інше;

- нормативно-правова база регулювання системи охорони здоров'я на національному рівні (законодавчі та підзаконні нормативно-правові акти) та на міжнародному рівні (міжнародні угоди, резолюції, директиви, регламенти та інше);

- інформація про стан реалізації міжнародних проєктів в сфері модернізації та розвитку системи охорони здоров'я.

3. Діагностика поточного стану системи охорони здоров'я. Від якості та результативності діагностики поточного стану системи охорони залежить прогнозування та власне оцінка потенціалу системи охорони здоров'я на предмет її реформування та управління в умовах кризових

ситуацій. При діагностиці поточного стану системи охорони здоров'я вирішуються ключові завдання, ка саме: оцінка потенціалу системи охорони здоров'я; оцінка рівня адаптивності системи охорони здоров'я; оцінка рівня громадського здоров'я та на основі цього відповідності системи охорони здоров'я існуючим соціально-економічним, політико-правовим та безпековим умовам; виявлення основних ризиків та загроз внутрішнього та зовнішнього характеру для системи охорони здоров'я на поточним момент.

Діагностика поточного стану системи охорони здоров'я є складним процесом адже передбачає сукупність організаційних бар'єрів з одного боку та багатовекторної методології з іншого. Зокрема організаційні бар'єри полягають у наступному:

- неузгодженість дій між різними суб'єктами державного управління системи охорони здоров'я щодо представлення інформації та її аналізу за складовими потенціалу системи охорони здоров'я;

- відсутність муніципальної статистики та механізмів верифікації інформації для діагностики поточного стану системи охорони здоров'я;

- необхідність залучення сторонніх осіб поза державним сектором, в результаті чого виникають проблеми фінансування їх роботи та забезпечення інформаційної безпеки в разі використання інформації з обмеженим доступом;

- необхідність високого рівня професіоналізму, осіб залучених до аналітичної роботи.

Вирішення зазначених проблеи потребує сукупності організаційних, правових та фінансових інструментів, що дозволить залучити висококваліфіковані кадри, провідні інституції та професійних стейкхолдерів.

Діагностика поточного стану системи охорони здоров'я як етап прогнозування її розвитку передбачає застосування сукупності методів для оцінки стану наступних складових:

- стан громадського здоров'я населення. «Постійне існування загроз здоров'ю населення від численних чинників (епідемій, інфекційних захворювань, біотероризму, поширення неінфекційних захворювань, впливу соціально-економічних детермінантів та ін.) обумовлює необхідність ґрунтовного дослідження категорії громадського здоров'я та ролі інформаційно-аналітичної супроводу діяльності державних органів у сфері громадського здоров'я» [77]. Безумовно, що вивчення стану громадського здоров'я є ключовим елементом прогнозування, адже громадське здоров'я показує в першу чергу ефективність та результативність функціонування системи охорони здоров'я. Водночас громадське здоров'я виступає суспільним благом, яке формується в системі охорони здоров'я. «В першу чергу значна увага вчених та політичних лідерів до громадського здоров'я обумовлена тим, що трудові ресурси стали основним джерелом багатства. В свою чергу громадське здоров'я єдина категорія, яка характеризує якість та можливості трудових ресурсів з одного боку, та результативність державного управління в даній сфері із іншого боку. В громадському здоров'я зацікавлені усі учасники суспільних відносин: окрема особа як носій індивідуального здоров'я, населення як носій громадського здоров'я, суб'єкти економічних відносин як користувачі трудовими ресурсами, держава як гарант дотримання національних інтересів. Це характеризує громадське здоров'я як особливий вид соціального блага, що визначає багатство країни її динамічний розвиток та високий рівень соціального консенсусу» [81]. Оцінивши стан громадського здоров'я, є можливість визначити вектори розвитку системи охорони здоров'я та визначити завантаженість на

систему в майбутньому, що стане освою формування прогнозу та визначення стратегічних державно-управлінських рішень. При оцінці стану громадського здоров'я необхідно здійснити дослідження як на рівні держави так і на рівні світу, адже національна система охорони здоров'я не може розвиватися відокремлено та залежить від розвитку охорони здоров'я в країнах світу та на міжнародному рівні в цілому. Зокрема є потреба в оцінці рівня захворюваності, рівня смертності та тривалості життя, поширення хронічних та інфекційних захворювань та інше.

- аналіз ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Даний етап дозволяє оцінити не лише ресурсне забезпечення але й рівень потенціалу системи за такими складовими як: кадровий, фінансовий та інфраструктурний потенціали. Зміст, властивості та параметри зазначених складових потенціалу системи охорони здоров'я визначені нами в попередніх дослідженнях.

- оцінка організаційно-управлінської структури системи охорони здоров'я. Реалізація даного етапу має забезпечити оцінку ефективності державного управління, встановити рівень якості та результативності організаційної структури державного управління, особливості фінансового забезпечення реалізації медичних послуг з боку держави. Оцінку ефективності державного управління пропонуємо здійснювати двома шляхами. Першим шляхом – це оцінка ефективності суб'єкта державного управління. «У сучасному розвинутому демократичному суспільстві забезпечити гідний розвиток та високу якість життя кожного громадянина можна лише завдяки раціональній, доцільній, обґрунтованій та ефективній організації діяльності державних органів, забезпечення належних механізмів їх функціонування на принципах законності, прозорості та гуманізму. Для визначення відповідності роботи органів державної влади суспільним потребам, пріоритетам та очікуванням необхідними є розробка,

опанування та застосування достовірних інструментів моніторингу і оцінки діяльності державних інституцій, які повинні виступати гарантією їх спроможності до цілеспрямованих дій» [116]. Основними суб'єктами, які підлягатимуть оцінці ефективності є Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я України, органи регіонального управління та місцевого самоврядування. Другим напрямком є оцінка державної політики в сфері охорони здоров'я. Важливим напрямком оцінки організаційно-управлінської структури є децентралізація державного управління системою охорони здоров'я. Також не менш важливою є оцінка та взаємодія між державним та приватним сектором. Така взаємодія визначає ефективність лікування пацієнтів через можливість використання кадрового та інфраструктурного потенціалу як державної так і приватної медицини.

- оцінка нормативно-правового регулювання системи охорони здоров'я. «Найбільш вагомими параметрами державного управління сферою охорони здоров'я визначено: нормативно-правове забезпечення функціонування галузі, стандартизація якості медичних послуг, ліцензування діяльності з надання медичних послуг, акредитація медичних закладів, державний контроль і державно-приватне партнерство. Чисельні неврегульовані правові питання, що негативно впливають на формування організаційних, економічних і соціальних засад функціонування сфери охорони здоров'я дозволяють віднести чинник нормативно-правового забезпечення державного управління до слабких внутрішніх сторін, яку необхідно враховувати при розробці стратегічних планів розвитку галузі, зважаючи на суттєву вагу і впливовість законотворчої діяльності» [176].

- ідентифікація системних проблем. Системні проблеми є досить важливим явищем, від якого залежить результативність, ефективність та перспективи розвитку системи охорони здоров'я. Системні проблеми

проявляються у взаємодії між учасниками формування та реалізації державної політики. Ключовими напрямками ідентифікації системних проблем є: політична залежність процесу формування та реалізації державної політики; неефективне використання ресурсів та відповідно потенціалу системи охорони здоров'я; відсутність комунікації між учасниками формування та реалізації державно-управлінських рішень; високий рівень корупції; низький рівень довіри населення до державних інституцій.

- оцінка стійкості, адаптивності, безпечності та ефективності. Стійкість адаптивність та безпечність є специфічними властивостями системи охорони здоров'я. Вперше потребу їх виділення як якісно нових властивостей системи охорони здоров'я в умовах воєнного часу було запропоновано вітчизняним вченим В.І. Юнгером [181]. На думку вченого [181] зазначені властивості наділенні наступними характеристиками: 1) адаптивність: можливість якісно та оперативно надавати медичні послуги цивільному населенню в умовах надзвичайних ситуацій; можливість оперативно змінювати діяльність закладів охорони здоров'я для надання медичних послуг військовим; можливість забезпечення евакуації закладів охорони здоров'я з територій надзвичайних ситуацій, зокрема бойових дій; 2) стійкість: можливість швидкого відновлення системи охорони здоров'я в цілому та окремих складових внаслідок надзвичайних ситуацій; можливість швидкої релокації закладів охорони здоров'я; 3) безпечність: забезпечення безперебійної роботи закладів охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій; забезпечення безпеки медичного персоналу та пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій; можливість безперебійної ізольованої роботи закладу охорони здоров'я певний проміжок часу. При прогнозуванні розвитку системи охорони здоров'я є необхідність оцінки рівня зазначених властивостей. Водночас є потреба у визначенні ефективності системи охорони здоров'я, яку необхідно оцінювати в соціальному та економічному контекстах.

Кожна зазначена складова передбачає використання сукупності методів, зокрема: статистичного аналізу медико-демографічних показників; статистичного аналізу фінансово-економічних показників; техніко-економічного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я; фінансового аналізу діяльності закладів охорони здоров'я; стратегічного аналізу функціонування системи охорони здоров'я; стратегічного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я; методів соціологічних досліджень; індикаторного аналізу ефективності; організаційного аналізу; правового аналізу; порівняльного аналізу; методів експертних оцінок.

4. Ідентифікація факторів впливу на систему охорони здоров'я. Усі фактори впливу на охорону здоров'я пропонуємо поділяти на внутрішні та зовнішні. До внутрішніх факторів відносимо: фінансово-економічні фактори; організаційно-управлінські; інфраструктурно-технологічні; кадрові; ментально-психологічні. Зовнішніми факторами впливу на систему охорони здоров'я є: демографічні; санітарно-епідеміологічні; соціально-економічні; екологічні; безпеково-політичні; техніко-технологічні. Більш детально зміст та характеристика зазначених факторів представленні в попередніх дослідженнях при формуванні теоретичних положень державного управління потенціалом системи охорони здоров'я.

5. Вибір методів прогнозування розвитку системи охорони здоров'я. Даний етап є найбільш важливим, адже від нього залежить якість прогнозів та ефективність прийняття державно-управлінських рішень щодо розвитку системи охорони здоров'я та формування її адаптивно-резервного потенціалу. Зміст даного етапу полягає в обґрунтуванні та підборі найбільш оптимальних методів прогнозування, які б врахували галузеву специфіку системи охорони здоров'я; особливості державного управління даною системою; властивості нормативно-правового

регулювання, та національні ментально-культурні, соціально-економічні, природно-екологічні та політико-правові риси, що визначають рівень невизначеності та доступність даних. Процес вибору методів прогнозування є складним, а тому потребує уточнення критеріїв, для забезпечення релевантності та якості отриманих прогнозів. При виборі методів прогнозування системи охорони здоров'я пропонуємо дотримуватися наступних критеріїв:

- властивості даних для прогнозування: якість даних; рівень доступності даних; повнота і достовірність даних; наявність статистичних рядів; доступ до міжнародних баз;

- часовий горизонт прогнозування: при короткостроковому прогнозуванні застосовують статичні методи; при середньостроковому– моделювання; при довгостроковому – сценарні та експертні оцінки;

- рівень невизначеності середовища: при стабільному середовищі зазвичай використовують кількісні методи, в свою чергу для нестабільного середовища необхідно використовувати сценарні та експертні методи;

- властивості системи охорони здоров'я: складність; динамічність; багатогалузевість; багатовекторність.

Відповідно пропонуємо визначати наступну сукупність методів прогнозування, вибір яких буде залежати від визначених критеріїв.

а) статистико-економетричні методи - сукупність аналітичних (кількісних) методів, що базуються на аналізі статистичних даних та математичних моделях для виявлення закономірностей і побудови прогнозів розвитку системи охорони здоров'я та її внутрішнього і зовнішнього середовищ. До таких методів належать:

- аналіз часових рядів (дослідження змін показників у часі): трендовий аналіз (для оцінки тенденцій розвитку суб'єктів реалізації медичних послуг, визначення трендів функціонування ринку медичних

послуг) факторний аналіз (для побудови факторних моделей оцінки впливу різних чинників на фінансово-економічні показники функціонування системи охорони здоров'я в цілому та ринку медичних послуг, діяльності закладів охорони здоров'я; в окремих випадках застосування факторного аналізу можливе для соціальних показників та показників якості); ковзні середні (переважно застосовуються для оцінки функціонування ринку, що важливо при визначенні перспективних рішень щодо розвитку ринку медичних послуг на національному та міжнародному рівнях, адже допомагають виявляти тренди та генерувати торгівельні сигнали); ARIMA-моделі (для оцінки впливу сезонності на систему охорони здоров'я та її функціонування в умовах нестаціонарних ситуацій); експоненціальне згладжування (для формування математичних моделей, що враховують зважене середнє минулий подій). Дані моделе за своїм змістом та результатами застосування можуть дозволити спрогнозувати показники громадського здоров'я населення, а також фінансові показники функціонування державної системи охорони здоров'я та ринку медичних послуг як на національному так і міжнародному рівнях.

- екстраполяція трендів: «Термін "екстраполяція" має декілька трактувань. У широкому розумінні екстраполяція – це науковий метод дослідження, який поширює висновки, зроблені на основі спостереження однієї частини явища, на іншу частину. У математиці це інтерпретується як функція, яка знаходить інші значення даного ряду значень, які містяться за межами ряду. У практиці соціально-економічного прогнозування при вивченні часових рядів використовується екстраполяція. Основою методу екстраполяції є динамічна послідовність – ряд показників, що характеризують зміну явища в часі. Екстраполяція може бути простою або складною залежно від особливостей зміни рівня. Зазвичай, до простих методів відносять екстраполяцію на основі аналітичних показників рядів

динаміки, екстраполяцію на основі плинної середньої та екстраполяцію на основі індексу сезонності. Інші методи, такі як екстраполяція трендів і прогнозування методом експоненціального згладжування, є складними екстраполяційними моделями» [96]. Методи екстраполяції трендів поділяються на прості (екстраполяція на основі аналітичних показників рядів динаміки; екстраполяція на основі плинної середньої; екстраполяція на основі індексу сезонності) та складні (екстраполяція трендів; прогнозування методом експоненціального згладжування). Дані методи можливо застосувати для розробки короткострокових та середньострокових прогнозів розвитку системи охорони здоров'я, а також оцінки базового сценарію розвитку. Варто наголосити на обмеженнях застосування даних методів, зокрема на не врахування структурних змін, що відбуваються у внутрішньому та зовнішньому середовищі функціонуванні системи.

- регресійний аналіз. «Регресійний аналіз - це підхід для виявлення та аналізу зв'язку між однією або кількома незалежними змінними та залежною змінною. Цей метод широко використовується в різних дисциплінах, включаючи охорону здоров'я, соціальні науки, інженерію, економіку та бізнес. За допомогою регресійного аналізу можна досліджувати фундаментальні взаємозв'язки в даних і розробляти прогнозні моделі, які допоможуть вам приймати обґрунтовані рішення. Регресійний аналіз - це статистичний метод для виявлення та кількісної оцінки зв'язку між залежною змінною та однією або кількома незалежними змінними. Коротко кажучи, він допомагає зрозуміти, як зміни в одній або декількох незалежних змінних пов'язані зі змінами в залежній змінній. Регресійний аналіз може бути використаний для цілого ряду обставин, включаючи прогнозування майбутніх значень залежної змінної, розуміння впливу незалежних змінних на залежну змінну, а також для виявлення

відхилень або незвичайних випадків у зборі даних» [1]. На основі застосування регресійного аналізу формуються лінійна множина та логістична модель розвитку показників системи охорони здоров'я. Ключовими напрямками застосування зазначених моделей є: визначення впливу фінансування системи охорони здоров'я та інших соціально-економічних факторів на громадське здоров'я; зв'язок між факторами урбанізації, демографії та захворюваністю; оцінка ефективності реформ.

- кореляційний аналіз зазвичай застосовується разом із регресійним аналізом для оцінки тісноти зв'язку між змінними. Це можливо здійснити шляхом застосування коефіцієнту кореляції та матриці кореляції. Це дозволяє виявити фактори впливу та здійснити попередній аналіз перед регресією.

- панельні дані. «Багатовимірні статистичні методи серед безлічі можливих ймовірнісно-статистичних моделей дозволяють обґрунтовано вибрати ту, яка найкращим чином відповідає вихідним статистичним даним, характеризує реальну поведінку досліджуваної сукупності об'єктів, дозволяє оцінити надійність і точність висновків, зроблених на підставі обмеженого статистичного матеріалу Отже, використання панельних даних дає можливість оцінити вплив факторних ознак з урахуванням індивідуальної гетерогенності об'єктів вибірки, що у випадку з інституційним середовищем дасть змогу виявити загальні закономірності інституційних трансформацій» [61]. Використання методу панельних даних дозволяє поєднати часові та просторові дані та сформувати моделі фіксованих ефектів та випадкових ефектів. Це важливо для порівняння регіонального розвитку системи охорони здоров'я, оцінки стану міжнародних систем охорони здоров'я та стану здоров'я населення світу, а також оцінки ефективності державної політики в досліджуваній сфері.

- композиційні індекси. «Композиційний індекс допомагає у вивченні структури та взаємозв'язків окремих факторів та у встановленні їх ролі при зміні більш складних явищ. З огляду на природу індексів обґрунтовується їх застосування в економічному прогнозуванні» [84]. Основними типами композиційних моделей є: системної динаміки (за Дж. Форрестером); агент-орієнтовані моделі. Як приклад композиційної моделі прогнозування розвитку системи охорони здоров'я може бути сформована за наступними блоками: блок попиту (демографічно-епідеміологічний); блок ресурсів (економіко-технологічний); блок взаємодії (імітаційний):

б) *методи моделювання* - сукупність створення спрощеної копії (моделі) реальності, що дозволяє відтворити функціонування системи та дослідити можливі сценарії її розвитку для визначення як система відреагує на зміни внутрішнього та зовнішнього середовищ (фінансування, епідемії, дефіцит кадрів). Моделювання дає можливість складних та динамічних систем таких як система охорони здоров'я в умовах невизначеності із врахуванням сукупності факторів внутрішнього та зовнішнього середовища. За допомогою побудови моделей можливо тестувати різні державно-управлінські рішення та розробляти державні політики. В же час побудова таких моделей в першу чергу залежить від якості та релевантної вихідних даних, застосуванні спеціального програмного забезпечення. Ключовими методами побудови моделей розвитку системи охорони здоров'я є:

- імітаційне моделювання передбачає відтворення функціонування системи охорони здоров'я за допомогою комп'ютерної симуляції. Імітаційне моделювання здійснюється за допомогою системної динаміки, моделювання дискретних подій. Імітаційне моделювання можливо застосовувати лише для окремих складових системи охорони здоров'я, наприклад: окупність інвестицій в заклади охорони здоров'я, проноз черг та навантаження на відділення, моделювання роботи лікарень та ефективність прийняття управлінських рішень.

- епідеміологічне моделювання. Використовуються для прогнозування здоров'я населення в майбутніх періодах, шляхом застосування методів Моделі SIR / SEIR та дерева рішень (Decision Trees).

- когнітивне моделювання, що передбачає побудову візуальних схем взаємозв'язків та дозволяє ідентифікувати і оцінити рівень впливу зовнішніх та внутрішніх факторів на систему охорони здоров'я.

- агент-орієнтоване моделювання, що дозволяє змоделювати поведінку окремих учасників системи, адже кожен агент має свою логіку поведінки, що дозволяє змоделювати попит на медичні послуги, попит на ліки та поведінку в умовах епідемій та пандемій.

- оптимізаційне моделювання використовується для визначення напрямів розвитку системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів, що впливає на рівень потенціалу системи в цілому та дозволяє сформувати адаптивно-резервний потенціал.

в) сценарні методи прогнозування є унікальним інструментом, що дає декілька варіантів розвитку подій, зокрема щодо системи охорони здоров'я, що враховує рівень невизначеності, ризиків та впливу зовнішніх факторів. Так, при використанні сценарного методу формуються декілька альтернативних варіантів, в залежності від зміни ключових факторів. До сценарних методів належать: сценарний аналіз, метод «Дельфі», метод зворотного прогнозування, морфологічний метод, експертно-сценарний метод, сценарне моделювання. Використання сценарного методу передбачає наступні етапи: *ідентифікація драйверів змін* (факторів внутрішнього та зовнішнього середовища); *визначення невизначеності та ризиків; побудова сценаріїв* (види сценаріїв: інерційний (збереження поточних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я без радикальних реформ та без змін фінансування); *оптимістичний (трансформаційний)* (передбачає реформування, зміну обсягів фінансування та впровадження нових технологій); *песимістичний*

(кризовий) (формуються для оцінки впливу погіршення економічної ситуації, зростанні навантаження на систему охорони здоров'я через екологічні наслідки, епідемії та пандемії та дефіциту ресурсів); адаптивно-резервний (сценарій, що орієнтований на стійкість системи, формування резервів та підвищеної готовності до криз); *оцінка наслідків сценаріїв* (здійснюється оцінка впливу на рівень громадського здоров'я; підвищення ефективності системи охорони здоров'я; потреби в трансформації управління потенціалом та забезпечення доступності медичної допомоги); *вибір оптимального сценарію* (визначення найбільш ймовірного розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища системи охорони здоров'я, на основі чого формуються та реалізуються державно-управлінські рішення та відбувається реформування державної політики).

г) експертні методи - група методів дослідження складних динамічних соціальних систем в умовах невизначеності, обмеженості та відсутності можливості застосування інші методи, що базуються на знаннях, компетентності, досвіді та судженні експертів, що залученні до прогнозування розвитку системи охорони здоров'я. Зазвичай при прогнозуванні складних динамічних соціальних систем, як система охорони здоров'я, використовують наступні експертні методи:

- метод експертних оцінок (передбачає пряме опитування експертів шляхом інтерв'ювання, анкетування, роботи фокус-груп для оцінки ефективності системи охорони здоров'я, визначення системних проблем та формування сценаріїв розвитку);

- метод мозкового штурму (передбачає колективне генерування ідей щодо інноваційних рішень, визначення напрямів реформування системи охорони здоров'я та розробки альтернативних сценаріїв реагування системи охорони здоров'я на кризи економічного, соціального, політичного, природного ба безпекового характеру);

- метод експертних комісій (передбачає роботи експертів для розробки стратегії розвитку системи охорони здоров'я на основі оцінки державних політик та підготовки рекомендацій щодо забезпечення розвитку адаптивно-резервного потенціалу);

- метод ранжування (передбачає, що експерти оцінюють фактори за шкалою для визначення пріоритетів розвитку, оцінки значущості факторів та формування інтегральних оцінок).

- метод PATTERN (передбачає побудову дерева цілей, для обгурнутвання пріоритетності завдань державного управління системою охорони здоров'я в контексті сформованих прогнозів).

Застосування вказаних методів можливе при нестачі даних, що дозволяє врахувати складні нелінійні процеси. Водночас використання експертних методів має ряд обмежень, зокрема: суб'єктивність оцінок (залежить від освіти, компетенцій, практики експертів) та потреба у поєднанні із іншими, зокрема кількісними методами. Так, за умови поєднання експертних методів із кількісними (статистико-економетричні, моделювання) є можливість отримання об'єктивного прогнозу, який дозволяє уникнути обмежень застосування тих чи інших методів прогнозування.

Кожна із представлених груп методів прогнозування має сукупність переваг та обмежень, проте їх використання в сукупності як в цілому для прогнозування розвитку системи так і для прогнозування окремих чинників, підсистем, впливу державно-управлінських рішень, дозволить сформувати об'єктивні прогнози.

6. Формування прогнозних сценаріїв. Прогнозні сценарії формуються на основі попередньо обраних методів прогнозування та можуть характеризуватися за трьома класичними напрямками:

- інерційний - збереження поточних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я без радикальних реформ та без змін фінансування;

- оптимістичний (трансформаційний) - передбачає реформування, зміну обсягів фінансування та впровадження нових технологій;

- песимістичний (кризовий) - формуються для оцінки впливу погіршення економічної ситуації, зростанні навантаження на охорону здоров'я через екологічні наслідки, епідемії та пандемії та дефіциту ресурсів.

Найбільш перспективним напрямком прогнозування системи охорони здоров'я є формування адаптивно-резервного сценарію, що визначає фундаментальні положення державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. Адаптивно-резервний потенціал являє собою здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність і результативність надання медичної допомоги населенню умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів, що дозволить державному управлінню на основі прогнозу забезпечити наступні властивості системи охорони здоров'я.

7. Оцінка адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я здійснюється за складовими:

- визначення здатності системи охорони здоров'я реагувати на кризи (оцінка її спроможності забезпечувати безперервне функціонування, ефективно адаптуватися до надзвичайних ситуацій та мінімізувати негативні наслідки для здоров'я населення в умовах різних типів загроз (епідемії, воєнні дії, техногенні катастрофи, економічні кризи));

- оцінка резервів в розрізі складових (кадровий, інфраструктурний, фінансових) (аналітичний процес визначення наявних і потенційних ресурсів, які можуть бути мобілізовані для забезпечення функціонування системи в умовах підвищеного навантаження або криз);

- оцінка гнучкості державного управління системою охорони здоров'я (процес визначення здатності органів публічної влади оперативно адаптувати управлінські рішення, інституційні механізми та ресурси відповідно до змін зовнішнього і внутрішнього середовища (кризи, реформи, демографічні зрушення)).

Методами оцінки є наступні: правовий аналіз, статистичний аналіз, фінансовий аналіз, техніко-економічний аналіз, компаративний аналіз, бенчмаркінг та інші.

8. Формування та затвердження прогнозу як документа. Даний етап передбачає сукупність дій, які можна об'єднати в наступні підетапи:

1) формування кінцевого документа прогнозу розвитку системи охорони здоров'я (завершальний етап прогнозування, на якому результати аналізу, моделювання та сценарного опрацювання систематизуються у цілісний управлінський документ, придатний для використання у державній політиці та стратегічному плануванні);

2) обговорення кінцевого документа прогнозу розвитку системи охорони здоров'я (завершально-погоджувальний етап прогнозного процесу, спрямований на перевірку обґрунтованості, узгодження позицій заінтересованих сторін та підвищення якості управлінських рішень, що базуються на прогнозі);

3) внесення корегувань в кінцевий документ прогнозу розвитку системи охорони здоров'я (етап прогнозного процесу, що передбачає уточнення, доопрацювання та адаптацію прогнозу на основі результатів обговорення, нових даних та змін зовнішнього середовища);

4) формування застережень щодо використання прогнозу (етап прогнозного процесу, який передбачає визначення меж застосування прогнозу, його обмежень та ризиків інтерпретації з метою запобігання помилковим управлінським рішенням);

5) затвердження кінцевого документа прогнозу (інституційно-правовий етап прогнозного процесу, що передбачає офіційне схвалення прогнозу уповноваженими органами державної влади та надання йому статусу управлінського документа);

6) підготовка стратегічних рекомендацій розвитку системи охорони здоров'я (ключовий етап прогнозування, на якому результати аналізу та прогнозу трансформуються у конкретні управлінські рішення, напрями політики та інструменти розвитку системи).

9. Використання прогнозу при формуванні державно-управлінських рішень, передбачає наступні складові:

1) визначення пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я - стратегічний етап прогнозування, що передбачає відбір ключових напрямів розвитку системи, які мають першочергове значення для забезпечення її ефективності, стійкості та доступності медичних послуг;

2) планування резервів системи охорони здоров'я - управлінський процес визначення, формування та розподілу ресурсних запасів (кадрових, інфраструктурних, фінансових), необхідних для забезпечення стійкого функціонування системи в умовах підвищеного навантаження та кризових ситуацій;

3. розробка державних програм розвитку системи охорони здоров'я – етап, що передбачає імплементацію стратегічних пріоритетів і прогнозних результатів у конкретні програмні заходи, механізми реалізації та інструменти фінансування.

10. Моніторинг та коригування прогнозу. «Взаємозв'язок прогнозування і прийняття рішень впливає на умови здійснення прогнозу і його цілей. Рішення повинно прийматися на підставі даних прогнозування. Своєю чергою, прийняті рішення впливають на результати здійснення прогнозів. Саме тому з метою уникнення розбіжностей між

прогнозуванням і отриманим результатом після прийняття рішення необхідне систематичне коригування прогнозу, зокрема шляхом його порівняння з цілями розвитку об'єкта прогнозування та їх здійсненням» [57]. Відповідно даний етап варто визначати як етап, що передбачає систематичне відстеження реалізації прогнозних показників, оцінку їх відповідності фактичним результатам та внесення необхідних змін до механізмів реалізації державного управління потенціалом системи охорони здоров'я з урахуванням динаміки зовнішнього і внутрішнього середовища.

Підсумовуючи вище викладене пропонуємо наступну структуру методології прогнозування розвитку системи охорони здоров'я як складової управління адаптивно-резервним потенціалом (рис. 5.1).

Таким чином, прогнозування розвитку системи охорони здоров'я як складова державного управління її адаптивно-резервним потенціалом є складним, багаторівневим і поетапно організованим процесом, що охоплює аналітичні, методологічні, сценарні та управлінські компоненти.

Розроблена структура етапів прогнозування (передпрогнозний етап; збір, підготовка та аналіз інформаційної бази; діагностика поточного стану системи охорони здоров'я; ідентифікація факторів впливу на систему охорони здоров'я; вибір методів прогнозування розвитку системи охорони здоров'я; формування прогнозних сценаріїв; оцінка адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я; формування та затвердження прогнозу як документу; використання прогнозу при формуванні державно-управлінських рішень; моніторинг та коригування прогнозу), що забезпечує системність підходу, узгодженість між окремими стадіями та можливість інтеграції прогнозних результатів у процес прийняття державно-управлінських рішень.

Таблиця 5.1

Комплексний механізм прогнозування розвитку системи охорони здоров'я як складової державного управління її адаптивно-резервним потенціалом

<table>
<tr><td colspan="4">1. ПЕРЕДПРОГНОЗНИЙ ЕТАП
передбачає формування</td></tr>
<tr><td colspan="2">Об'єкт прогнозування</td><td colspan="2">Предмет прогнозування</td></tr>
<tr><td colspan="2">- процеси функціонування системи охорони здоров'я, використання та відтворення ресурсів, внутрішні і зовнішні фактори її розвитку та рівень адаптивності правового регулювання та інституційного забезпечення, що визначають стан громадського здоров'я та спроможність збереження і відновлення здоров'я населення у майбутньому</td><td colspan="2">- організаційні та методологічні положення, інформаційне забезпечення формування та реалізації прогнозів розвитку системи охорони здоров'я, використання та відтворення ресурсів під впливом визначених теперішніх та прогнозованих внутрішніх і зовнішні факторів впливу, що визначають стан громадського здоров'я та спроможність збереження і відновлення здоров'я населення у майбутньому для забезпечення високого рівня адаптивності правового регулювання та інституційної структури</td></tr>
<tr><td colspan="4">Мета прогнозування</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Мета прогнозування</td><td rowspan="3">- формування пронозу розвитку системи охорони здоров'я та механізмів його застосування при формуванні державно-управлінських рішень, що включає тенденції та сценарії розвитку системи, трансформації її потенціалу для забезпечення високого рівня громадського здоров'я через спроможність збереження і відновлення здоров'я населення у майбутньому</td><td colspan="2">Завдання прогнозування</td></tr>
<tr><td>- організаційні</td><td>- методологічні</td></tr>
<tr><td>- інформаційні</td><td>- діагностичні</td></tr>
<tr><td></td><td>- аналітичні</td><td>- стратегічні</td></tr>
<tr><td colspan="4">2. ЗБІР, ПІДГОТОВКА ТА АНАЛІЗ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БАЗИ
передбачає формування інформаційної бази за наступними джерелами</td></tr>
<tr><td>- статистичні дані</td><td>- аналітичні звіти</td><td colspan="2">- бюджети та звіти про їх виконання</td></tr>
<tr><td>- звіти суб'єктів державного управління</td><td>- дані державних баз даних</td><td colspan="2">- ліцензії та акредитації</td></tr>
<tr><td>- соціологічні опитування</td><td>- нормативно-правові акти</td><td colspan="2">- інші формальні та неформальні джерела</td></tr>
<tr><td colspan="4">3. ДІАГНОСТИКА ПОТОЧНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
за наступними складовими</td></tr>
<tr><td>Стан громадського здоров'я в державі</td><td>Стан громадського здоров'я в світі</td><td colspan="2">Аналіз ресурсного забезпечення</td></tr>
<tr><td>Оцінка організаційно-управлінської структури</td><td>Оцінка нормативно-правового регулювання</td><td colspan="2">Ідентифікація системних проблем</td></tr>
<tr><td>Оцінка стійкості та адаптивності</td><td>Оцінка рівня безпеки</td><td colspan="2">Оцінка ефективності</td></tr>
</table>

Продовження табл. 5.1

<table>
<tr><td colspan="4">Методи</td></tr>
<tr><td>Статистичний аналіз медико-демографічних показників</td><td>Статистичний аналіз фінансово-економічних показників</td><td>Техніко-економічний аналіз діяльності ЗОЗ</td><td>Фінансовий аналіз діяльності ЗОЗ</td></tr>
<tr><td>Стратегічний аналіз функціонування СОЗ</td><td>Стратегічний аналіз діяльності ЗОЗ</td><td>Методи соціологічних досліджень</td><td>Індикаторний аналіз ефективності</td></tr>
<tr><td>Організаційний аналіз</td><td>Правовий аналіз</td><td>Порівняльний аналіз</td><td>Методи експертних оцінок</td></tr>
<tr><td colspan="4">4. ІДЕНТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ НА СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я
поділяються на:</td></tr>
<tr><td colspan="2">внутрішні</td><td colspan="2">зовнішні</td></tr>
<tr><td>- фінансово-економічні</td><td>- організаційно-управлінські</td><td>- демографічні</td><td>- санітарно-епідеміологічні</td></tr>
<tr><td>- інфраструктурно-технологічні</td><td>- кадрові</td><td>- соціально-економічні</td><td>- екологічні</td></tr>
<tr><td>- ментально-психологічні</td><td>- інші</td><td>- безпеково-політичні</td><td>- техніко-технологічні</td></tr>
<tr><td colspan="4">5. ВИБІР МЕТОДІВ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я
формування методологічної моделі прогнозу через:</td></tr>
<tr><td colspan="4">визначення критеріїв підбору методів</td></tr>
<tr><td>Властивості даних для прогнозування</td><td>Часовий горизонт прогнозування</td><td>Рівень невизначеності середовища</td><td>Властивості системи</td></tr>
<tr><td>- якість даних;
- рівень доступності даних;
- повнота і достовірність даних;
- наявність статистичних рядів;
- доступ до міжнародних баз</td><td>- короткостроковий прогноз – статичні методи;
- середньостроковий прогноз – моделювання;
- довгостроковий прогноз – сценарні та експертні оцінки</td><td>- стабільне середовище – кількісні методи;
- нестабільне середовище – сцентарені та експерті методи</td><td>- складність;
- динамічність;
- багатогалузевість;
- багатовекторність</td></tr>
<tr><td colspan="4">для системи охорони здоров’я варто застосовувати:</td></tr>
<tr><td colspan="2">- довгострокові, середньострокові та короткострокові напрями прогнозування</td><td>- комбіновані та комплексні підходи до мето-дології, зважаючи на властивості системи</td><td>- при оприлюднені прогнозів зазначати рівень релевантності даних</td></tr>
<tr><td colspan="4">методи прогнозування</td></tr>
<tr><td colspan="2">Статистико-економетричні методи</td><td colspan="2">Методи моделювання</td></tr>
<tr><td colspan="2">- сукупність аналітичних (кількісних) методів, що базуються на аналізі статистичних даних та математичних моделях для виявлення закономірностей і побудови прогнозів розвитку системи охорони здоров’я та її внутрішнього і зовнішнього середовищ</td><td colspan="2">- сукупність створення спрощеної копії (моделі) реальності, що дозволяє відтворити функціонування системи та дослідити можливі сценарії її розвитку для визначення як система відреагує на зміни внутрішнього та зовнішнього середовищ (фінансування, епідемії, дефіцит кадрів)</td></tr>
</table>

Продовження табл. 5.1

Сценарні методи	*Експертні методи*
- сукупність методів формування альтернативних варіантів розвитку внутрішнього та зовнішнього середовища та на їх основі системи охорони здоров'я шляхом враховує рівня невизначеності, ризиків та впливу факторів	- група методів дослідження складних динамічних соціальних систем в умовах неви-значеності, обмеженості та відсутності мож-ливості застосування інші методи, що базу-ються на знаннях, компетентності, досвіді та судженні експертів, що залученні до прогно-зування розвитку системи охорони здоров'я

6. ФОРМУВАННЯ ПРОГНОЗНИХ СЦЕНАРІЇВ		
Інерційний	*Оптимістичний (трансформаційний)*	*Песимістичний (кризовий)*
збереження поточних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я без радикальних реформ та без змін фінансування	передбачає реформування, зміну обсягів фінансування та впровадження нових технологій	формуються для оцінки впливу погіршення економічної ситуації, зростанні навантаження на охорону здоров'я через екологічні наслідки, епідемії та пандемії та дефіциту ресурсів

Формування адаптивно-резервного сценарію

- здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність і результативність надання медичної допомоги населенню умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів, що *дозволить державному управлінню на основі прогнозу забезпечити наступні властивості системи охорони здоров'я*

адаптивність	безпечність	безперервність	стійкість

7. ОЦІНКА АДАПТИВНО-РЕЗЕРВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я *за складовими*		
- визначення здатності системи реагувати на кризи	- оцінка резервів в розрізі складових (кадровий, інфраструктурний, фінансових)	- оцінка гнучкості державного управління системою охорони здоров'я

8. ФОРМУВАННЯ ТА ЗАТВЕРДЖЕННЯ ПРОГНОЗУ ЯК ДОКУМЕНТУ		
1. Формування кінцевого документу прогнозу розвитку системи охорони здоров'я	2. Обговорення кінцевого документу прогнозу розвитку системи охорони здоров'я	3. Внесення корегувань в кінцевий документ прогнозу розвитку системи охорони здоров'я
4. Формування застережень щодо використання прогнозу	5. Затвердження кінцевого документу прогнозу	6. Підготовка стратегічних рекомендацій розвитку системи охорони здоров'я

9. ВИКОРИСТАННЯ ПРОГНОЗУ ПРИ ФОРМУВАННІ ДЕРЖАВНО-УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ		
1. Визначення пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я	2. Планування резервів системи охорони здоров'я	3. Розробка державних програм розвитку системи охорони здоров'я

10. МОНІТОРИНГ ТА КОРИГУВАННЯ ПРОГНОЗУ

Встановлено, що ефективність прогнозування залежить від якості інформаційної бази, коректності діагностики поточного стану системи, обґрунтованості вибору методів прогнозування та здатності враховувати вплив внутрішніх і зовнішніх факторів. Особливе значення має комплексне використання статистико-економетричних, модельних, сценарних та експертних методів, що дозволяє врахувати складність системи охорони здоров'я та високий рівень невизначеності середовища її функціонування. Обґрунтовано, що формування прогнозних сценаріїв та оцінка адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я створюють основу для визначення її стійкості, гнучкості та здатності реагувати на кризові виклики. Водночас впровадження прогнозу через формування стратегічних рекомендацій, державних програм і управлінських рішень забезпечує практичну реалізацію результатів прогнозування. Запропонована поетапна методологія прогнозування розвитку системи охорони здоров'я сприяє підвищенню ефективності державного управління, забезпечує адаптивність і стійкість системи, а також створює науково обґрунтовану основу для формування державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах невизначеності та сучасних викликів.

5.3. Комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування

Складність процесу прогнозування, різноманітність застосування прогнозів визначає напрями формування організаційно-методологічних положень державного управління адаптивно-резервним потенціалом. Адже, саме адаптивно-резервний потенціал є особливим об'єктом державного управління, який характеризується як власне ресурсним забезпеченням та резервами так і поведінкою (функціонуванням) суб'єктів державного управління в умовах кризи щодо використання ресурсів та їх резервів. Зазначене актуалізує науковий пошук щодо ефективних механізмів державного управління адаптивно-резервним потенціалом зважаючи на потребу забезпечення безпечності, безперервності, адаптивності та стійкості системи охорони здоров'я у мовах настання кризових ситуацій.

Питання прогнозування розвитку системи охорони здоров'я викладенні в працях наступних вчених: Попов В.М., Чуб А.І., Дяченко Н.П., Іванець Г.В., Толкунов І.О., Долженкова О.В., Кисленко А.Г., Григоренко Г.С., Потеряйко С.П., Євмештіна О.Л., Мороз В.М., Воронов О.І., Телешун С.О., Кальниш Ю.Г., Рейтерович І.В., Титаренко О.Р., Бахтіна Ю.С., Кравцова Т.М., Калініченко Г.В., Мельник А.Ф., Оболенський О.Ю., Васіна А.Ю., Гордієнко Л.Ю., Нижник Н.Р., Білокур Є.І., Кагановська Т.Є., Бабаєв В.Ю., Ващенко К.О., Матвієнко В.Я., Сурмін Ю.П., Духневич О.В., Балан М.І. та інші. Окремі аспекти потенціалу системи охорони здоров'я досліджувалися такими вченими як: Пушкар О.А., Андрєєв Є.В., Хряпинський А.П., Тюріна Д.М., Власенко С.І., Аніщенко М.А., Кучменко В.О., Журавель Ю.В., Шалько М.Н., Палюх В.В., Лапичак Н.І., П'ятничук І.Д., Серьогіна Н.О., Баштанник О.В., Ганущин С.Н., Матвєєнко І.В., Будзин В.Р., Стовбан М.П., Антонова Л.В.,

Мельниченко О.А., Орлова Н.С., Юнгер В.І., Тишко Д.Ф., Драган І.В., Бюлай С.В., Сергієнко Л.В., Васюк Н.О., Запорожець Т.В., Домбровська С.М., Карамишев Д.В., Квітка С.А., Макаренко М.В., Кризина Н.П., Лопушинський І.П., Малачинська М.Й., Приходченко Л.Л., Рингач Н.О., Шестаковська Т.Л., Худоба О.В., Базиляк Н.О., Шевчук Р.В., Панченко О.А., Парубчак І.О., Терент'єва А.В., Барзилович А.Д., Гбур З.В., Петроє О.М., Самофалов Д.О., Драгомирецька Н.М., Сивак Т.В., Гавриченко Д.Г., Криничко Л.Р., Криничко Ф.Р. та інші.

Складовими адаптивно-резервного потенціалу є власне складові потенціалу системи охорони здоров'я, а саме фінансовий, кадровий та інфраструктурний. Розглянемо організаційно-методологічні положення управління адаптивно-резервною складовою зазначених видів потенціалу системи охорони здоров'я.

*Фінансовий потенціал***.** Ключовими напрямками управління адаптивно-резервною складовою фінансового потенціалу системи охорони здоров'я є наступні:

1) можливість і резерви автономного функціонування закладів охорони здоров'я в кризових умовах. Дана складова є вкрай важливою з позиції оцінки спроможності системи охорони здоров'я реагувати на кризові ситуації внутрішнього та зовнішнього середовища. Автономність та безпечність закладів охорони здоров'я в умовах кризи може бути забезпечена через наявність резервних джерел електроживлення; автономних систем водопостачання та тепла. Логістична гнучкість (альтернативні маршрути постачання; резервний медичний транспорт; можливість швидкої передислокації ресурсів) дозволить забезпечити безперебійну реалізацію медичних послуг. В умовах цифровізації необхідно забезпечити інформаційну безпеку через резервні сервери та дата-центри; захищені канали зв'язку; резервні медичні інформаційні системи; кіберзахист.

2) можливість формування та наявність резервних фондів. Систем державного, регіонального та місцевого управління системою охорони здоров'я має бути побудована таким чином, щоб заклади охорони здоров'я могли оперативно розгорнути додаткові потужності для надання медичної допомоги як цивільним так і військовим. Такі можливості проявляють в здатності зміни профілю лікарні, резерві додаткових ліжок та розширенні спеціалізованих відділень. Водночас вкрай важливо щоб система охорони здоров'я могла оперативно організувати тимчасову інфраструктуру, зокрема мобільні госпіталі та амбулаторії, польові медичні пункти та мобільні діагностичні комплекси. Важливою складовою резервів закладів охорони здоров'я є запас обладнання (ШВЛ, монітори, апарати кисню); резерв медикаментів і витратних матеріалів; стратегічні запаси засобів індивідуального захисту.

3) наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг. Наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг є необхідною умовою формування адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я. Вона визначає фінансову спроможність системи функціонувати в умовах надзвичайних викликів, підтримувати безперервність послуг і забезпечувати стійкість державної політики у сфері охорони здоров'я. Такий механізм дозволяє державі: гарантувати доступність медичної допомоги навіть у кризі; знизити соціальні ризики та фінансові бар'єри для населення; забезпечити стабільність роботи медичних установ; підтримувати медичну безпеку як елемент національної стійкості.

Кадровий потенціал. Адаптивно-резервна складова кадрового потенціалу системи охорони здоров'я — це сукупність кадрових резервів, мобілізаційних механізмів та управлінських спроможностей забезпечення здатності системи охорони здоров'я оперативно реагувати на кризові виклики, компенсувати дефіцит персоналу та підтримувати безперервність надання

медичних послуг. Пропонуємо визначати наступні напрями формування кадрового адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я.

1) наявність та ефективність управління кадровими резервами. Наявність кадрових резервів є ключовою умовою забезпечення якісного та результативного надання медичної допомоги, а також безперервності та автономності функціонування закладів охорони здоров'я в умовах кризи. Питання кадрвого резерву системи охорони здоров'я було вперше піднято в дисертаційному дослідженні вітчизняної вченої Л.Р. Криничко, яка зазначала на необхідності формування наступних видів резервів: «1) кадровий резерв керівних кадрів державного управління системи охорони здоров'я (резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в органах центральної виконавчої влади та обласних управління в системі охорони здоров'я); 2) кадровий резерв керівних кадрів державних та комунальних закладів охорони здоров'я (резерв кадрів, що можуть потенційно зайняти керівні посади в комунальних та державних закладах охорони здоров'я (головний лікар, заступники головного лікаря)); 3) кадровий резерв медичних працівників регіону (резерв кадрів, що можуть зайняти медичні посади в закладах охорони здоров'я за різними спеціалізаціями); 4) мобілізаційний кадровий резерв медичних працівників на випадок надзвичайних ситуацій (резерв кадрів, для мобільного формування групи медичної допомоги на випадок надзвичайних ситуацій різних рівнів)» [78]. Значно розвинуто інструменти формування кадрових резервів як механізму повоєнного відновлення системи охорони здоров'я в дисертації В.І. Юнгера. Так, автор запропонував: «Формування багаторівневого кадрового резерву системи охорони здоров'я є інструментом управління кадровим потенціалом, що дозволяє оперативно реагувати на потреби в медичному персоналі, вносити зміни до системи підготовки та перепідготовки медичних працівників, укомплектовувати заклади охорони здоров'я та реагувати на екзогенні та

ендогенні загрози. Крім того, кадровий резерв системи охорони здоров'я дозволить вирішити ряд проблем, що стосуються національної безпеки, зокрема: формування мобільних військових госпіталів в умовах воєнного стану; розгортання мобільних цивільних госпіталів для надання першої та тактичної медичної допомоги населенню в умовах надзвичайних ситуацій; постійне оновлення кадрів Медичних сил Збройних Сил України, відомчих закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України тощо … Створення кадрових резервів різних рівнів дозволить оперативно реагувати на потребу в оновленні управлінського та медичного персоналу, а також здійснювати підготовку в межах реалізації механізмів формування та використання кадрових резервів. Зважаючи на потреби воєнного часу та повоєнного відновлення, кадрові резерви системи охорони здоров'я пропонуємо формувати за такими рівнями: Загальнонаціональний кадровий резерв управлінських кадрів системи охорони здоров'я; Кадровий резерв управлінських кадрів для закладів охорони здоров'я (генеральні директори, медичні директори, головні лікарі, їх заступники) формується для забезпечення управлінськими кадрами закладів охорони здоров'я різних рівнів; кадровий резерв медичних працівників … Створення зазначених вище кадрових резервів системи охорони здоров'я дозволить виконати сукупність завдань щодо управління кадровим потенціалом та забезпечення повоєнного відновлення системи охорони здоров'я, з одного боку, та її функціонування в умовах надзвичайних ситуацій, з іншого» [180]. В свою чергу можемо погодити із підходам вчених, але в той де час вважаємо, що для забезпечення реагування на кризові ситуації є потреба в управлінні резервами таким чином, щоб забезпечити: утворення мобілізаційних груп швидкого реагування; можливості тимчасового залучення медичного персоналу з інших регіонів.

2) наявність і ефективність механізмів мобілізації кадрів при кризі Наявність і ефективність механізмів мобілізації кадрів у кризових умовах є ключовою

характеристикою адаптивно-резервної складової кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що відображає спроможність суб'єктів державного управління системою охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я оперативно залучати медичний персонал для забезпечення безперервного надання медичних послуг в умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру та трансформаційних викликів. Інструментами мобілізації кадрів при кризових ситуаціях є: по-перше, державні програми швидкого залучення кадрів (при формуванні кадрових резервів утворити переліки реєстри фахівців, які можуть бути швидко залучені; затвердити алгоритми направлення медичних кадрів до постраждалих місць; затвердити інструкції тимчасового посилення персоналу у критичних ситуаціях за рахунок студентів-медиків старших курсів); по-друге, визначити особливі форми трудових відносин в умовах кризи через запровадження спрощеного контактування медичного персоналу, розширення спектру соціального забезпечення, визначення чітких правил мотиваційної діяльності (доплати, гарантії безпеки, психологічна підтримка медиків). Важливим напрямком в удосконаленні інструментів мобілізації медичних кадрів є спрощення процедур залучення іноземних та приватних кадрових ресурсів.

4) можливість підготовки та перепідготовки кадрів, що полягає в: по-перше, формуванні спеціальних компетенцій щодо кризового реагування; по-друге, можливості отримання додаткової спеціалізації та перекваліфікації для роботи в умовах травматологічних, інфекційних чи військових викликів; по-третє, підвищенні кваліфікації медичного персоналу.

Окрім зазначеного, важливим елементом забезпечення ефективності формування та використання кадрового адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я є спроможність державного управління, що забезпечується інституційною спроможністю через:

- по-перше, створення антикризових кадрових штабів;
- по-друге, управління кадровими потоками в умовах криз;

- по-третє, планування кадрових потреб у надзвичайних умовах.

Інфраструктурний потенціал. Інфраструктурний адаптивно-резервний потенціал системи охорони здоров'я забезпечує її стійкість і здатність ефективно реагувати на епідемії, стихійні лиха, технологічні зміни чи інші виклики, підтримуючи якість і доступність медичних послуг для населення. Інфраструктурний адаптивно-резервний потенціал системи охорони здоров'я - це сукупність матеріально-технічних, просторових, логістичних та технологічних ресурсів системи, які забезпечують її здатність швидко адаптуватися до кризових ситуацій, зберігати безперервність надання медичної допомоги та формувати резерви для реагування на надзвичайні виклики. Оцінка рівня інфраструктурного адаптивно-резервного потенціалу має надати характеристику інфраструктури, що відображає її здатність ефективно функціонувати, швидко адаптуватися до змін і мати резерви для забезпечення стабільності та надійності в різних умовах. Спроможність її інфраструктури функціонувати в штатному та кризовому режимах реалізується за рахунок наявності резервних потужностей, мобільності, стійкості та можливості швидкого перепрофілювання ресурсів.

Надамо більш детальну характеристику властивостям адаптивно-резервному потенціалу системи охорони здоров'я:

1) можливість і резерви автономного функціонування закладів охорони здоров'я при кризі. Це ключова характеристика адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я, зокрема її інфраструктурної складової. Автономне функціонування закладу охорони здоров'я варто характеризувати як здатність медичних установ підтримувати свою роботу незалежно від зовнішніх систем чи ресурсів протягом певного часу у складних чи надзвичайних ситуаціях, тобто надавати критичну допомогу без зовнішнього постачання ресурсів протягом певного часу. Характеристиками зазначеної властивості є наступні:

- облаштування повноцінних операційних та палат у захисних спорудах (укриттях), що мають вентиляцію з фільтрацією повітря, автономні джерела забезпечення безперебійного функціонування.

- енергозабезпечення має характеризуватися наявністю альтернативних джерел енергії та системою безперебійного живлення критичного медичного обладнання. Це можливо забезпечити шляхом забезпечення дизельними та газовими генераторами, сонячними електростанціями та накопичувачами, джерела безперебійного живлення для нівелювання паузи під час переключення між різними джерелами живлення.

- водопостачання та водовідведення. Для забезпечення автономії закладу охорони здоров'я є потреба в формуванні резервних запасів чистої та технічної води та впровадженні автономної системи водоочищення та повторного використання води. Наприклад, наявність артезіанської свердловини на території закладу з автономним насосом (від генератора), накопичувальні баки, що забезпечують потребу закладу на 48–72 години; мобільні установки зворотного осмосу для отримання питної води з технічних джерел.

- продовольче забезпечення. Має бути сформований відповідний запас продуктів харчування та інших запасів для пацієнтів та персоналу закладу охорони здоров'я. При формуванні таких резервів варто приділити увагу як власне їх обсягам так і їх збереженню, зокрема камери схову, холодильне обладнання та здатність готувати їжу на альтернативному паливі.

- системи внутрішньої та зовнішньої комунікації мають бути забезпечені: резервними каналами зв'язку; власними інформаційними системами, що можуть працювати автономно; резервний канал для роботи з електронною системою охорони здоров'я та координації з іншими службами. Крім того, канали комунікації мають бути забезпечені відповідними рівнями безпеки як фізичної так і інформаційної. Тобто вагоме значення має бути приділено кібербепеці закладу охорони здоров'я та формуванню дублюючих інформаційних систем та архіві інформації.

- формування запасів медикаментів та розхідних матеріалів для забезпечення безперебійного надання медичної допомоги пацієнтам. Важливе значення має бути приділене формуванню та збереженню запасів крові та компонентів крові, а також власною системою генерації кисню.

- забезпечення фізичної безпеки персоналу, пацієнтів та матеріальних цінностей. Зокрема, є потреба в формуванні засобів фізичного захисту як при загрозах радіаційного, біологічного, природного характеру так і воєнного характеру, а також систем реагування на загрози в середині закладу.

Отже, автономність дозволяє закладам охорони здоров'я продовжувати надавати медичну допомогу у випадках перебоїв у постачанні ресурсів, стихійних лих, техногенних аварій чи воєнних конфліктів. Ці резерви і можливості стають ключовими для збереження життя і здоров'я пацієнтів в критичних умовах.

2) резервні потужності мережі закладів охорони здоров'я. Резервні потужності мережі закладів охорони здоров'я - це сукупність додаткових ресурсів і спроможностей медичної мережі, які можуть бути оперативно залучені понад штатний режим роботи для забезпечення безперервності медичної допомоги в умовах підвищеного навантаження або кризових ситуацій.

Резервні потужності відображають запас спроможності системи, який не використовується повністю в звичайних умовах, але може бути швидко активований у разі: пандемій; масових надходжень постраждалих; воєнних дій; техногенних катастроф; сезонних спалахів захворюваності; евакуації населення. Такі потужності дозволяють збільшувати пропускну здатність, уникати перевантаження окремих установ і тим самим підвищувати загальну стійкість і ефективність медичної допомоги.

Дана властивість може бути забезпечена наступними складовими:

- резерв ліжкового фонду має забезпечити здатність мережі закладів охорони здоров'я швидко масштабуватися, шляхом розгортання тимчасових госпіталів або мобільних медичних пунктів; перенаправлення пацієнтів до

лікарень з вільними ліжкомісцями. Інструментами формування та використання резерву ліжкового фонду є: управління ліжками в діючих закладах охорони здоров'я, які зазвичай не використовуються, але можуть бути розгорнуті протягом 24–48 годин; формування плану швидкого перетворення терапевтичних або вузькоспеціалізованих відділень на інфекційні чи хірургічні (наприклад, досвід COVID-19), або ж інтенсивної терапії; наявність механізмів використання ліжкового фонду санаторіїв, профілакторіїв та відомчих лікарень, які в кризовий період переходять у підпорядкування системи медицини катастроф; розгортання модульних та надувних конструкції, що розгортаються безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації для надання медичної допомоги.

- матеріально-технічні резерви на рівні держави, регіону та т територіальної громади (резерви ліків, апаратів ШВЛ, діагностичного обладнання, генераторів, кисневих станцій, медичний транспорт). Для забезпечення адаптивності системи охорони здоровя є потреба у визначенні системи нормативного регулювання, які дозволить формувати такі резерви та використовувати їх під час кризи без прив'язки до рівня резерву, тобто взаємодія між державними, регіональними та територіальними резервами.

- просторовий резерв, що складається з приміщень для перепрофілювання; тимчасових відділень; маршрутів пацієнтопотоку.

- резерви зв'язку, що можливо сформувати шляхом впровадження: єдиного диспетчерського центру (система координації між закладами для моніторингу завантаженості та швидкого реагування); резервних каналів передачі даних (захищені лінії зв'язку та супутниковий інтернет для координації госпіталізації між закладами, коли мобільний зв'язок не працює); телемедичних платформи для консультацій і підтримки.

3) наявність механізмів перепрофілювання – це характеристика адаптивно-резервного та інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я, яка відображає її здатність оперативно змінювати функціональне

призначення ресурсів, структурних підрозділів і процесів відповідно до нових потреб в умовах кризи або змін зовнішнього середовища. Ключовими механізмами перепрофілювання є наступні; нормативно-правові, фінансові, інформаційні та організаційні. Відповідно є потреба в затверджені алгоритмів перепрофілювання; впровадження нормативної процедури зміни статусу закладів; забезпечення резервного фінансування; впровадження кризових протоколів; формуванні мобілізаційних планів.

Відповідно до зазначено пропонуємо наступний комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом на основі прогнозування розвитку системи охорони здоров'я (табл. 5.2).

Представлена структура комплексного механізму державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування, характеризуються наступними положеннями:

щодо організаційного механізму:

- запровадження процедури утворення антикризових координаційних центрів полягає у нормативно та організаційно врегульованому створенні спеціалізованих управлінських структур, уповноважених забезпечувати оперативну координацію дій суб'єктів системи охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій. Основним призначенням таких центрів є централізація процесів прогнозування, моніторингу, прийняття управлінських рішень та розподілу ресурсів між закладами охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях. Їх функціонування спрямоване на забезпечення безперервності медичних послуг, швидке реагування на надзвичайні виклики, координацію кадрових, фінансових та інфраструктурних резервів, а також узгодження міжвідомчої взаємодії в кризових умовах. Зазначене визначає управління потенціалом системи охорони здоров'я в контексті забезпечення її адаптивності та безперервності, адже досягнення відповідного рівня адаптивно-резервного потенціалу.

Таблиця 5.2

Комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ					
ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕДУРИ УТВОРЕННЯ АНТИКРИЗОВИХ КООРДИНАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ					
1. Розробка та затвердження положення про антикризові координаційні центри	***передбачає положення щодо***				
	- умови утворення		- статус та підпорядкування		- повноваження
	- ресурсне забезпечення		- структуру та взаємодію		- умови ліквідації
2. Рівні та структура антикризових координаційних центрів	***рівні***	- національний		- державний	- регіональний
	структура	- аналітичний блок	- оперативний штаб	- ресурсно-логістичний блок	- інформаційно-аналітичний блок
3. Управління та кадрове забезпечення антикризових координаційних центрів	***призначення керівника***		***формування міжвідомчої команди***		
	- входить до повноважень МОЗ за погодження з КМУ		- МОЗ України	- ОВА	- ЗОЗ
			- ДСНС	- МО України	- інші
4. Формування інформаційно-аналітичної системи	- впровадження системи оперативного моніторингу			- формування каналів захищеного зв'язку	
	- інтеграція з інформаційними системами МОЗ			- інші види інформаційного забезпечення	
5. Процедурний етап діяльності антикризового координаційного центру	- затвердження алгоритму реагування			- процедура збору інформації про резерви	
	- затвердження матриці оповіщення			- затвердження карти маршрутизації	
	- затвердження процедур:				
	- мобілізації ресурсів		- перепрофілювання лікарень		- запуску резервного фінансування
6. Тестування та впровадження процедури утворення антикризових координаційних центрів	***командно-штабні навчання***				
	- моделювання кризових сценаріїв			- відпрацювання взаємодії між суб'єктами	
	- проведення навчань			- коригування процедури	
РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РЕЗЕРВАМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВЯ					
рівні управління резервами системи охорони здоров'я					
Державний – має стратегічне значення для забезпечення системи охорони здоров'я при тривалих крих та масштабних кризах		*Регіональний (можливі на рівні госпітального округу)* – для середньострокових криз на рівні регіону зі швидким доступом до резервів		*Локальний (на рівні окремої лікарні)* – мають забезпечити безпечність, адаптивність, безперебійність медичних послуг	
види резервів за механізмами використання					
Недоторканні короткострокові резерви - захищені від поточного використання ресурси, призначені для оперативного забезпечення безперервності функціонування системи охорони здоров'я в перші години, дні або тижні після виникнення кризової ситуації		*Недоторкані довгострокові резерви* - ресурси, що накопичуються та зберігаються поза межами поточного операційного використання для забезпечення стабільного функціонування системи в умовах тривалих кризових викликів		*Резерви подвійного призначення* – ресурси, які використовуються у штатному режимі (зазвичай не на повну потужність), але можуть бути перепрофільовані та мобілізовані для реагування на кризові ситуації або різке зростання навантаження	

Продовження табл. 5.2

види резервів за потенціалом системи охорони здоров'я

Кадровий	*Фінансовий*	*Інфраструктурний*
- формування багаторівневого різновекторного кадрового резерву; - затвердження механізмів утворення мобілізаційних екстрених медичних бригад	- утворення резервних фондів, - затвердження механізмів екстреного фінансування; забезпечення стабілізаційними коштами	- утворення ліжкового фонду; - затвердження механізмів утворення модульних госпіталів та мобільних пунктів - утворення резервів ліків та матеріально-технічного забезпечення

розробка та впровадження системи нормативно-правового регулювання процедури управління резервами		
1. Затвердження Порядку формування, використання та оновлення резервів системи охорони здоров'я	***передбачає положення щодо***	
	- рівнів і видів резервів, взаємодія між ними	- діяльність відповідальних суб'єктів
	- порядок формування резервів	- умови використання резервів
	- механізмів оновлення резервів	- моніторинг та контроль за резервами

етапи утворення та активації резервів			
1. Аудит потенціалу та нормування резервів на основі прогнозування	1.1. Аудит потенціалу та оцінка можливих ризиків настання умов використання резервів	1.2. Формування державної класифікації презервів системи охорони здоров'я	1.3. Розробка нормативів за якими формуються резерви системи охорони здоров'я
2. Оцінка та формування інфраструктури управління резервами	***для кадрових резервів***	***для фінансових резервів***	***для інфраструктурних резервів***
	- інструменти підготовки та перепідготовки резервних кадрів	- фінансові інструменти формування і резервування коштів	- інфраструктура зберігання резервів
3. Формування інформаційної системи моніторингу за формуванням та використанням резервів	3.1. Формування системи збору інформації та обліку резервів системи охорони здоров'я	3.2. Формування системи сигналізування про критичні ситуації щодо резервів	3.3. Формування Дашбордів про резерви для Антикризового координаційного центру
4. Поновлення резервів	***для кадрових резервів***		***для інфраструктурних резервів***
	- запровадження інструментів ротації		- оновлення резервів
5. Активації резервів	5.1. Настання умов активації резервів	5.2. Перехід повноважень управління резервами АКЦ	5.3. Активація режиму швидкого розподілу ресурсів

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕАГУВАННЯ НА КРИЗИ		
передбачає		
1. Формування та впровадження протоколів		
1. Протокол евакуації закладу охорони здоров'я	2. Протокол сортування постраждалих	3. Протокол Локдауну – закриття на Вхід / Вихід ЗОЗ

Продовження табл. 5.2

4. Протокол активації резервних каналів зв'язку	5. Протокол передачі повно-важень управління ЗОЗ АКЦ	6. Протокол Алгоритм дій медичних працівників при НС	
7. Протокол мобілізації кадрових резервів системи охорони здоров'я	8. Протокол кризової комунікації із населенням	9. Протокол перепрофілювання закладів охорони здоров'я	
10. Протокол збереження даних на інформаційних носіях	11. Протокол фізичного захисту закладу охорони здоров'я	12. Протокол погодження лікування в умовах кризи	
2. Оцінка ефективності та актуальності протоколів			
2.1. Перевірка ефективності протоколів	2.2. Коригування протоколів		
РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРЕПРОФІЛЮВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я			
1. Розробка механізму перепрофілювання закладів охорони здоров'я			
1. Оцінка потенціалу ЗОЗ в штатних умовах та в умовах криз	***здійснюється оцінка та прогнозування***		
	- кадрового потенціалу	- інфраструктурного потенціалу	- фінансового потенціалу
2. Розробка нормативно-правового регулювання перепрофілювання закладів охорони здоров'я	***розробка положення про перепрофілювання закладів охорони здоров'я, що передбачає***		
	- умови запуску процедури профілювання закладів охорони здоров'я	- визначення протоколів, якими мають керувати при запуску процедури перепрофілювання	- визначення відповідальних суб'єктів та їх повноважень щодо перепрофілювання
	розробка протоколу перепрофілювання закладів охорони здоров'я		
	- алгоритм переведення пацієнтів	- алгоритм перерозподілу кадрів	- зміна маршрутів пацієнтопотоків
	- алгоритм зміни статусу відділень	- формування кризових бригад	- зміна функціональних обов'язків
ІНФОРМАЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ			
НАЛАГОДЖЕННЯ СИСТЕМИ ОБМІНУ ДАНИМИ МІЖ ДЕРЖАВНИМИ ОРГАНАМИ ТА ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я			
1. Затвердження суб'єктів обміну даними	*2. Визначення рівнів доступу до інформації*	*3. Спрощення вимог до захисту персональних даних*	*4. Захист системи обміну даними*
ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ АНТИКРИЗОВИХ КООРДИНАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ			
1. Впровадження системи оперативного моніторингу	*2. Формування каналів захищеного зв'язку*	*3. Інтеграція з інформаційними системами МОЗ*	*4. Інші види інформаційного забезпечення*
ФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ІЗ НАСЕЛЕННЯМ В УМОВАХ КРИЗ			
1. Утворення центру кризових комунікацій при АКЦ	*2. Затвердження каналів комунікації із населенням*	*3. Формування системи оперативного інформування населення*	*4. Запровадження системи протидії дезінформації*
ключові канали взаємодії			
- оповіщення ДСНС	- офіційні чат-боти	- єдиний контакт-центр	- інтерактивні карти

Продовження табл. 5.2

ФІНАНСОВИЙ МЕХАНІЗМ			
1. Формування резервних фондів системи охорони здоров'я	2. Впровадження механізмів екстреного фінансування медичних послуг	3. Забезпечення багатоканального фінансування ЗОЗ без прив'язки до форми власності	4. Фінансування процедури формування резервів системи охорони здоров'я
ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ			
передбачає формування та впровадження нормативно-правових актів:			
1. Постанова КМУ Про затвердження Положення про Антикризові координаційні центри	*2. Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування, використання та оновлення резервів системи охорони здоров'я*	*3. Постанова КМУ Про затвердження Протоколів реагування та функціонування в умовах кризи*	*4. Постанова КМУ Про затвердження Положення про перепрофілювання закладів охорони здоров'я*
5. Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування та функціонування інформаційно-комунікаційної системи СОЗ в умовах кризи		*6. Внесення змін в Бюджетне законодавство щодо фінансування системи охорони здоров'я в умовах кризи*	

- розробка та впровадження системи управління резервами є складним державно-управлінським процесом, який включає розробку нормативно-правового регулювання та багатоетапний порядок формування та використання резервів. Вбачаємо, що нормативно-правова основа системи формування та використання резервів системи охорони здоров'я має бути закладена в Порядку формування, використання та оновлення резервів системи охорони здоров'я, яке має бути розроблено МОЗ спільно із іншими суб'єктами державного управління та затверджене Кабінетом Міністрів України. Даний порядок має містити наступні положення: рівнів і видів резервів, взаємодія між ними; діяльність відповідальних суб'єктів; порядок формування резервів; умови використання резервів; механізмів оновлення резервів; моніторинг та контроль за резервами. В свою чергу етапами формування та активації резервів є наступні: 1) аудит потенціалу та нормування резервів на основі прогнозування; 2) оцінка та формування інфраструктури управління резервами; 3) формування інформаційної системи моніторингу за формуванням та використанням резервів; 4) поновлення резервів; 5) активації резервів. Систем резервів характеризує резервну складову адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я та має забезпечити безперервність реалізації медичних послуг, особливо в умовах кризи.

- розробка та впровадження механізмів реагування на кризи передбачає формування сукупності протоколів, які визначають діяльність та взаємодію суб'єктів державного управління, закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів, військових частин, частин ДСНС та інше. Такі протоколи виступають інструментами оперативного реагування на прогнозовані та непередбачувані кризові ситуації, забезпечення безперервності медичних послуг та мінімізацію негативного впливу загроз на функціонування системи охорони здоров'я. Зазначені механізми мають забезпечити адаптивність, безпечність та безперервність системи охорони здоров'я.

- система перепрофілювання закладів охорони здоров'я є складною послідовністю дій організаційного та процедурного характеру, що передбачає оцінку потенціалу закладів охорони здоров'я та формування нормативно-правового регулювання. Така система характеризує такі властивості системи охорони здоров'я як адаптивність та безпечність.

Щодо правового механізму існує потреба в формуванні комплексного нормативно-правового регулювання, яке має передбачати наступні нормативно-правові акти:

- Постанова КМУ Про затвердження Положення про Антикризові координаційні центри;

- Постанова КМУ Про затверд-ження Порядку формування, використання та оновлення резер-вів системи охорони здоров'я;

- Постанова КМУ Про затвердження Протоколів реагування та функціонування в умовах кризи;

- Постанова КМУ Про затвердження Положення про перепрофілювання закладів охорони здоров'я;

-Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування та функціонування інформаційно-комунікаційної системи СОЗ в умовах кризи;

- Внесення змін в Бюджетне законодавство щодо фінансування системи охорони здоров'я в умовах кризи.

Щодо інформаційного механізму:

- налагодження системи обміну даними між державними органами та закладами охорони здоров'я передбачає створення нормативно врегульованої, технологічно захищеної та інтегрованої інформаційної системи, що забезпечує своєчасний обмін достовірними даними для прогнозування, управління резервами та оперативного реагування на кризові виклики. Дана система має передбачати: затвердження суб'єктів обміну даними; визначення рівнів доступу до інформації; спрощення вимог до захисту персональних даних; захист системи обміну даними.

- формування системи інформаційної взаємодії із населенням в умовах криз передбачає створення організаційно та технологічно забезпеченого механізму кризових комунікацій, спрямованого на своєчасне інформування населення, підтримку зворотного зв'язку, протидію дезінформації та забезпечення доступності медичних послуг в умовах надзвичайних викликів. Формування такої системи передбачає: утворення центру кризових комунікацій при АКЦ; затвердження каналів комунікації із населенням; формування системи оперативного інформування населення; запровадження системи протидії дезінформації. Ключовими каналами взаємодії є: оповіщення ДСНС; офіційні чат-боти; єдиний контакт-центр; інтерактивні карти.

- формування інформаційно-аналітичної системи антикризових координаційних центрів передбачає: впровадження системи оперативного моніторингу; формування каналів захищеного зв'язку; інтеграція з інформаційними системами МОЗ; інші види інформаційного забезпечення.

Щодо фінансового механізму є потреба в удосконаленні процедури фінансування системи охорони здоров'я в умовах кризи шляхом:

- формування резервних фондів системи охорони здоров'я;

- впровадження механізмів екстреного фінансування медичних послуг;

- забезпечення багатоканального фінансування ЗОЗ без прив'язки до форми власності;

- фінансування процедури формування резервів системи охорони здоров'я.

Таким чином, розроблено комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування, який визначає сукупність державно-управлінських інструментів. Обґрунтовано ключові вектори формування та реалізації організаційного механізму шляхом розробки комплексу процедур, зокрема:

запровадження процедури утворення антикризових координаційних центрів; розробка та впровадження системи управління резервами системи охорони здоров'я; розробка та впровадження механізмів реагування на кризи; розробка та впровадження системи перепрофілювання закладів охорони здоров'я. Розроблено положення інформаційного механізму, що передбачають: налагодження системи обміну даними між державними органами та закладами охорони здоров'я; формування інформаційно-аналітичної системи антикризових координаційних центрів; формуванні системи інформаційної взаємодії із населенням в умовах криз. Визначеного напрями трансформації фінансування системи охорони здоров'я в умовах криз, зокрема: формування резервних фондів системи охорони здоров'я; впровадження механізмів екстреного фінансування медичних послуг; забезпечення багатоканального фінансування ЗОЗ без прив'язки до форми власності; фінансування процедури формування резервів системи охорони здоров'я. Запропоновано систему нормативно-правових актів щодо регулювання процедур управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я, зокрема:

1) Постанова КМУ Про затвердження Положення про Антикризові координаційні центри;

2) Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування, використання та оновлення резервів системи охорони здоров'я;

3) Постанова КМУ Про затвердження Протоколів реагування та функціонування в умовах кризи;

4) Постанова КМУ Про затвердження Положення про перепрофілювання закладів охорони здоров'я;

5) Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування та функціонування інформаційно-комунікаційної системи СОЗ в умовах кризи. Зазначене формує цілісну систему забезпечення адаптивності, безперервності, безпечності та стійкості системи охорони здоров'я в умовах криз.

Висновки до 5-го розділу

У сучасних умовах перманентних криз прогнозування трансформується з допоміжної аналітичної функції у фундаментальний превентивний інструмент, що забезпечує життєздатність адаптивно-резервного потенціалу галузі. Проведений аналіз підтверджує, що ефективність реагування на безпекові, епідемічні та економічні виклики прямо залежить від здатності суб'єктів управління переходити від реактивного адміністрування до стратегічного передбачення. Це вимагає сприйняття прогнозування не як статичного документа, а як динамічного міждисциплінарного процесу, що інтегрує знання про минуле для конструювання альтернативних сценаріїв майбутнього, орієнтованих на забезпечення стійкості системи.

Центральним науковим внеском дослідження є розробка комплексного механізму державного управління адаптивно-резервним потенціалом, який базується на прогностичній моделі та інтегрує сукупність різнопланових інструментів. Організаційна складова цього механізму передбачає інституціалізацію антикризових координаційних центрів та розробку чітких процедур перепрофілювання закладів охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє трансформувати потенціал системи з теоретичної категорії у практичний алгоритм дій, що забезпечує готовність до мобілізації ресурсів у критичні моменти.

Інформаційний вимір розробленого механізму фокусується на ліквідації існуючої фрагментарності даних через налагодження наскрізних каналів обміну інформацією між державними органами та медичними закладами. Створення інформаційно-аналітичної системи координаційних центрів та впровадження механізмів комунікації з населенням в умовах криз дозволяє суттєво підвищити якість прогнозних розрахунків. Це

нівелює ризики прийняття хибних рішень через брак актуальної статистики, забезпечуючи прозорість та керованість процесів у періоди найвищої невизначеності.

Фінансова складова запропонованого механізму пропонує перехід до моделі багатоканального та екстреного фінансування медичних послуг, незалежно від форми власності закладів. Формування спеціалізованих резервних фондів та цільове фінансування процедур накопичення ресурсів створює необхідний економічний базис для реалізації прогнозних сценаріїв. Правове ж забезпечення, як невід'ємна частина механізму, закріплює цілісну систему нормативних актів, що гарантують легітимність та невідворотність антикризових заходів.

Окремої уваги заслуговує одержаний комплексний механізм прогнозування як специфічна складова державного управління, що структурований за чіткими інформаційними, аналітичними та контрольними етапами. Така послідовність дозволяє формувати багатоваріантні сценарії розвитку системи охорони здоров'я не лише для реагування на поточні катастрофи, а й для функціонування в штатному режимі. Упровадження контрольних процедур на кожному етапі прогнозування забезпечує верифікацію даних та можливість вчасної корекції стратегічного курсу.

Систематизація стратегічного планування в контексті прогнозування дозволяє розглядати кінцеві прогнозні документи як фундамент для прийняття стратегічних державно-управлінських рішень. Це забезпечує перехід від абстрактного передбачення до конкретних завдань і вимірюваних KPI, що є критично важливим для мобілізації резервів у кризові періоди. Отже, розробка та впровадження інтегрованої методології прогнозування є не просто науковим завданням, а життєво необхідною умовою сталого розвитку та національної безпеки держави.

Розв'язання окреслених методологічних проблем через впровадження комплексного механізму дозволяє трансформувати адаптивно-резервний потенціал системи охорони здоров’я з пасивного ресурсу в активний інструмент антикризового менеджменту. Запропонована архітектура управління, що поєднує організаційні, фінансові та інформаційні важелі, створює передумови для реалізації властивостей адаптивності, безперервності та безпечності системи. Це формує нову якісну характеристику державного управління, здатну захистити суспільні інтереси та громадське здоров’я в умовах будь-якої складності.

ВИСНОВКИ

1. Проведений аналіз становлення наукового знання про державне управління потенціалом системи охорони здоров’я засвідчив, що дана проблематика характеризується високим рівнем актуальності, міждисциплінарністю та динамічним зростанням наукового інтересу у світовому дослідницькому просторі. Бібліометричний аналіз за даними міжнародних наукометричних баз Scopus та Web of Science дозволив встановити стійку тенденцію до зростання кількості публікацій, особливо у період після 2015 року, що безпосередньо пов’язано з посиленням глобальних викликів, зокрема пандемією COVID-19, а також актуалізацією питань стійкості, адаптивності та ефективності систем охорони здоров’я. Встановлено, що наукові дослідження мають виражений поліцентричний і міжнародний характер, із домінуванням провідних наукових центрів United States, United Kingdom, Germany та China, які формують ядро глобальної наукової комунікації. Водночас простежується поступове розширення ролі країн, що розвиваються, та посилення міжнародної співпраці у сфері дослідження потенціалу системи охорони здоров’я. Кластерний аналіз ключових слів підтвердив, що сучасний науковий дискурс концентрується навколо таких стратегічних напрямів, як цифровізація охорони здоров’я, штучний інтелект, телемедицина, громадське здоров’я, управління ресурсами, оцінка ефективності медичних послуг та кадровий потенціал. Це свідчить про трансформацію системи охорони здоров’я у бік інноваційної, цифрової та адаптивної моделі розвитку.

2. Встановлено, що система охорони здоров’я функціонує та розвивається під впливом складної сукупності внутрішніх і зовнішніх факторів, які мають багаторівневий, взаємозалежний та динамічний характер. Їх комплексне врахування (фінансово-економічних, організаційно-управлінських, кадрових, інфраструктурно-технологічних, ментально-психологічних, демографічних, екологічних, соціально-економічних, безпеково-політичних та техніко-технологічних чинників) дає змогу сформувати цілісне бачення потенціалу системи, визначити ключові ризики, резерви та напрями стратегічного розвитку. Врахування зазначених факторів у процесі державного прогнозування створює методологічне підґрунтя для підвищення адаптивності, стійкості та ефективності системи охорони здоров’я в умовах сучасних кризових викликів і довгострокових суспільних трансформацій.

3. Обґрунтовано функціональні положення та об’єктні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров’я. Зокрема встановлено, що методологію державного управління потенціалом системи охорони здоров’я визначають такі її властивості як міжгалузевість, професійність, динамічність, соціальність, висковий рівень заінтересованості, наукоємність, багаторівневість. Визначений зміст зазначених властивостей дозволив сформувати їх вплив на завдання системи охорони здоров’я, які запропоновано групувати наступним чином: за часовим характером (загальні – завдання, які характеризують фундаментальні положення системи охорони здоров’я та не залежать від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища в певний момент часу; періодичні – завдання які характеризують напрями трансформації та реформування системи охорони здоров’я в певний проміжок часу в залежності від особливостей внутрішнього та зовнішнього середовища) та змістовним характером (управлінські – завдання, які пов’язані із

регулювання охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях та на рівні закладу охорони здоров'я; організаційні – завдання, які пов'язані із організацією медичної допомоги населенню, діяльністю суб'єктів реалізації медичних послуг; медичні – завдання, які пов'язані із наданням медичної допомоги в частині лікування, діагностування, профілактики та інше). Встановлено, що завдання системи охорони здоров'я знаходиться в тісній взаємодії із потенціалом, як в контексті можливості їх реалізації (зокрема періодичних завдань) так і в контексті управління потенціалом. Потенціал системи охорони здоров'я запропоновано розглядати за такими складовими як: кадровий, фінансовий та інфраструктурний та на рівнях: держави, регіону, громади та закладу охорони здоров'я. Встановлені властивості потенціалу системи охорони здоров'я як комплексного об'єкта державного управління, що визначає нові вектори розвитку його методології.

4. Розроблено інформаційні моделі структури фінансового, кадрового та інфраструктурного потенціалів системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління, які дозволяють визначити його багатовекторність, багаторівневість та міжсистемність. Обґрунтовано складові зазначених потенціалів, рівня управління ними, джерела формування, фактори впливу. Встановлено залежність від різних видів державної політики та водночас визначено напрями впливу на їх формування та реалізацію. Вперше запропоновано розуміння змісту та складових поняття адаптивно-резервна складова потенціалу системи охорони здоров'я як основи прийняття стратегічних державно-управлінських рішень.

5. Застосування системного підходу до вивчення методологічних положень державного управління потенціалом системи охорони здоров'я дозволило розробити інформаційну модель, що характеризує взаємодію між елементами системи державного управління та їх змістовні і формальні

характеристики. Визначено повноваження та ідентифіковано властивості суб'єктів державного управління потенціалом системи охорони здоров'я за його складовими: фінансовий, кадровий та інфраструктурний. Розроблено систему методів державного управління за досліджуваним об'єктом шляхом визначення їх змісту, властивостей та порядку застосуванні (за характером впливу; за змістом; за формою реалізації; за спрямованістю). Обґрунтовано методологічні положення реалізації зворотного зв'язку, які передбачають ідентифікацію методів за такими складовими як: моніторинг, оцінка ефективності та коригування рішень.

6. Розроблено вихідні положення державного управління адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я. Визначено зміст поняття адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я наступним чином: здатність системи зберігати стійкість, безперервність функціонування та ефективність і результативність надання медичної допомоги населенню умовах нестабільності, кризових ситуацій, надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру і трансформаційних викликів. Встановлено, що ключовими властивостями ефективної адаптивно-резервної складової потенціалу системи охорони здоров'я є адаптивність, безперервність, безпечність, стійкість. Обґрунтовано характеристики фінансової (можливість швидкого перерозподілу коштів в умовах кризи; можливість формування та наявність резервних фондів; наявність механізмів екстреного фінансування медичних послуг); кадрової (наявність та ефективність управління кадровими резервами; наявність і ефективність механізмів мобілізації кадрів при кризі; можливість підготовки та перепідготовки кадрів) та інфраструктурної (можливість і резерви автономного функціонування закладів охорони здоров'я при кризі; резервні потужності мережі закладів охорони здоров'я; наявність механізмів пепепрофілювання) складових адаптивна-резервного потенціалу системи охорони здоров'я. Обґрунтовано методологічні основи державного

управління, що включають сукупність завдань, принципів (законності, системності, комплексності, плановості, компетентності, гнучкості, оперативності, прозорості, підзвітності, контрольованості, превентивності, інноваційності, інституційної взаємодії, справедливості, обґрунтованості). Визначено змістовні та структурні особливості об'єкта (пропонуємо розуміти систему охорони здоров'я як суспільно значуща сфера державного управління, що функціонує в умовах динамічних викликів та потребує забезпечення стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових умовах) та предмету (організаційно-методологічні положення державно-управлінських рішень щодо формування, підтримки та використання адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я для забезпечення її стійкості, мобілізаційної готовності й безперервності надання медичної допомоги при штатних та кризових ситуацій) державного управління.

7. В цілому фінансовий потенціал системи охорони здоров'я України характеризується зростанням обсягів фінансування за умов збереження структурних диспропорцій у джерелах та напрямах використання коштів. Протягом 2005–2019 років частка державного фінансування скоротилася на 13,9 відсоткових пунктів (до 44,8%), що вказує на зміщення фінансового тягаря на домогосподарства та посилення ризиків катастрофічних витрат для громадян. Попри досягнення пікового показника витрат на рівні 8,2% ВВП у 2021 році, після повномасштабного вторгнення спостерігається тенденція до зниження цього індикатора до 2,6% ВВП, що свідчить про вимушений перерозподіл державних ресурсів на користь сектору оборони. У 2022–2026 роках фінансовий потенціал формується в умовах високої волатильності, де значне номінальне зростання видатків (до 258,6 млрд грн у 2026 р.) спрямоване передусім на підтримку життєздатності системи та покриття критичних потреб воєнного часу. Домінування витрат на стаціонарну допомогу вказує на низьку ефективність

превентивної ланки, що в довгостроковій перспективі здорожує систему. В цілому фінансовий потенціал системи охорони здоров'я України демонструє високу адаптивність до екстремальних викликів, проте залишається структурно дефіцитним. Проте і більшій мірі це пов'язано із фінансуванням державного бюджету з боку міжнародних партнерів.

8. Регіональний розріз підтверджує формування асиметричної моделі кадрового забезпечення, за якої східні та південні області характеризуються глибоким дефіцитом медичних кадрів, тоді як західний регіон демонструє відносну кадрову стійкість. Виявлені тенденції вказують на необхідність диференційованої державної кадрової політики з урахуванням специфіки окремих регіонів та рівня їх кадрової спроможності.

9. Інфраструктурний потенціал системи охорони здоров'я України характеризується територіальною диференціацією та потребує подальшого удосконалення механізмів планування і розвитку медичної мережі з метою забезпечення більш рівномірного доступу населення до медичних послуг. Зокрема спостерігаються такі системні проблеми як: виражена регіональна асиметрія, адже медична інфраструктура критично сконцентрована у п'яти ключових центрах (Дніпропетровська, Харківська, Львівська, Одеська області та м. Київ); деструктивний вплив війни на східні та південні регіони; структурна трансформація ліжкового фонду; нерівномірність спеціалізованої амбулаторної допомоги; варіативність інтенсивності лікування; критичне навантаження на систему екстреної допомоги.

10. Проведений порівняльний аналіз фінансового потенціалу систем охорони здоров'я Румунії, Угорщини, Чехії та Польщі дозволяє зробити комплексний висновок щодо трансформації медичних галузей у країнах Східної Європи в контексті євроінтеграції. В усіх країнах спостерігається стійка тенденція до збільшення частки витрат на охорону здоров'я відносно ВВП. Найвищі показники демонструє Чехія (понад 9%), що наближає її до стандартів розвинених країн Західної Європи. Румунія та Польща також

демонструють динамічний ріст, прогнозуючи досягнення позначки 7–8% до 2029 року. 2020–2021 роки стали переломним моментом для фінансових моделей. Ковідна криза змусила уряди різко збільшити бюджетні асигнування, що згодом трансформувалося у сталу політику підвищення державних видатків на медицину. У Польщі спостерігається чіткий тренд на перекладання фінансового навантаження з домогосподарств на державний бюджет. У Чехії сформована стійка модель соціального страхування, де 70% коштів забезпечують страхові компанії. У Румунії та Угорщині, попри ріст державних витрат, залишається значною частка приватних витрат населення, яка за десятиліття зросла майже вдвічі в абсолютному значенні.

11. Аналіз сучасного стану державного управління кадровим потенціалом у країнах Східної Європи (Румунії, Угорщини, Чехії та Польщі) дозволяє зробити узагальнюючий висновок про трансформацію людського капіталу в медичних системах регіону. Досвід країн Східної Європи підтверджує, що державне управління кадровим потенціалом переходить від простого обліку працівників до стратегічного планування компетенцій. Для України ключовими уроками є необхідність запобігання дефіциту медсестер (приклад Угорщини), боротьба з регіональною нерівномірністю (кейс Чехії) та стимулювання розвитку реабілітаційної ланки (кейс Польщі). Для більшості країн регіону (особливо Румунії, Чехії та Польщі) характерна стійка тенденція до збільшення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу. Румунія продемонструвала вражаючий приріст кількості лікарів на 24% за шість років. Польща активно нарощує кількість медсестер (на 15,9%) та акушерок (на 28,1%), що свідчить про успішність програм стимулювання вступу до професії. В Угорщині зафіксовано тривожне скорочення чисельності медсестер (на 18% з 2015 року), що свідчить про системні проблеми з утриманням кадрів середньої ланки. В Угорщині також спостерігається зменшення кількості

педіатрів та лікарів загальної практики, що може погіршити доступність медицини в майбутньому. Варто зазначити на регіональному дисбалансі, зокрема: В Чехії (де Прага концентрує 17,5% усіх медсестер країни) яскраво ілюструє проблему «кадрового вакууму» в провінційних регіонах, що вказує на необхідність впровадження державних механізмів децентралізації кадрів. У Польщі відбувається стрімке скорочення кількості індивідуальних лікарських практик (більш ніж удвічі), що свідчить про перехід до моделі великих медичних центрів та централізації управління. Пандемія COVID-19 стала стрес-тестом, який спровокував тимчасові коливання чисельності вузьких спеціалістів (психіатрів, гінекологів), але в той же час стимулював розвиток допоміжного персоналу. В усіх країнах помітно зростає кількість фізіотерапевтів та реабілітологів, що відображає зміну європейської парадигми охорони здоров'я в бік відновлювальної медицини та підтримки якості життя.

12. Аналіз інфраструктурного потенціалу країн Східної Європи (Румунії, Угорщини, Чехії та Польщі) свідчить про глибоку трансформацію - перехід від кількісних показників радянської епохи до якісних стандартів Європейського Союзу. Інфраструктурний потенціал Східної Європи еволюціонує в бік компактності, технологічності та гнучкості. Україна має використовувати ці дані як матрицю для повоєнної відбудови, щоб не відтворювати застарілу мережу, а одразу будувати систему нового формату. Проведений порівняльний аналіз дозволяє виокремити ключові тенденції, що характеризують сучасний стан медичної інфраструктури в досліджуваних країнах: децентралізація та перехід до амбулаторної моделі; оптимізація ліжкового фонду. Дані Румунії та Чехії за 2020–2022 роки демонструють «інфраструктурний маневр» - різке збільшення кількості ліжок інтенсивної терапії та запуск додаткових госпітальних потужностей. Це доводить, що сучасна інфраструктура повинна мати «запас міцності» та

здатність до швидкого масштабування в умовах криз. Структура ліжкового фонду (особливо в Румунії та Угорщині) з високою часткою ліжок для внутрішньої медицини та психіатрії підкреслює демографічний виклик - старіння населення. Високий рівень зайнятості ліжок у відділеннях хронічної терапії (Угорщина - до 85%) вказує на необхідність подальших інвестицій у заклади тривалого догляду та реабілітації.

13. Встановлено, що прогнозування є багатоетапним складним процесом, що передбачає сукупність міждисциплінарних методів. Даний процес є складним, багатовимірним і міждисциплінарним, що має важливе значення для забезпечення адаптивності, стійкості та безперервності функціонування системи охорони здоров'я в умовах високої невизначеності. Встановлено, що прогнозування доцільно розглядати як процес розробки та формування прогнозу, який інтегрує різні підходи (системний, статистичний, сценарний, синергетичний та інші) і реалізується через поєднання кількісних та якісних методів. При цьому ефективність прогнозування визначається не лише якістю отриманих результатів, а й рівнем їх інтеграції у процес прийняття державно-управлінських рішень.

14. Розроблена структура етапів прогнозування (передпрогнозний етап; збір, підготовка та аналіз інформаційної бази; діагностика поточного стану системи охорони здоров'я; ідентифікація факторів впливу на систему охорони здоров'я; вибір методів прогнозування розвитку системи охорони здоров'я; формування прогнозних сценаріїв; оцінка адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я; формування та затвердження прогнозу як документу; використання прогнозу при формуванні державно-управлінських рішень; моніторинг та коригування прогнозу), що забезпечує системність підходу, узгодженість між окремими стадіями та можливість інтеграції прогнозних результатів у процес прийняття державно-управлінських рішень.

Встановлено, що ефективність прогнозування залежить від якості інформаційної бази, коректності діагностики поточного стану системи, обґрунтованості вибору методів прогнозування та здатності враховувати вплив внутрішніх і зовнішніх факторів. Особливе значення має комплексне використання статистико-економетричних, модельних, сценарних та експертних методів, що дозволяє врахувати складність системи охорони здоров'я та високий рівень невизначеності середовища її функціонування. Обґрунтовано, що формування прогнозних сценаріїв та оцінка адаптивно-резервного потенціалу системи охорони здоров'я створюють основу для визначення її стійкості, гнучкості та здатності реагувати на кризові виклики. В той же час впровадження прогнозу через формування стратегічних рекомендацій, державних програм і управлінських рішень забезпечує практичну реалізацію результатів прогнозування. Запропонована поетапна методологія прогнозування розвитку системи охорони здоров'я сприяє підвищенню ефективності державного управління, забезпечує адаптивність і стійкість системи, а також створює науково обґрунтовану основу для формування державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах невизначеності та сучасних викликів.

15. Розроблено комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування, який визначає сукупність державно-управлінських інструментів. Обґрунтовано ключові вектори формування та реалізації організаційного механізму шляхом розробки комплексу процедур, зокрема: запровадження процедури утворення антикризових координаційних центрів; розробка та впровадження системи управління резервами системи охорони здоров'я; розробка та впровадження механізмів реагування на кризи; розробка та впровадження системи перепрофілювання закладів охорони здоров'я. Розроблено положення

інформаційного механізму, що передбачають: налагодження системи обміну даними між державними органами та закладами охорони здоров'я; формування інформаційно-аналітичної системи антикризових координаційних центрів; формуванні системи інформаційної взаємодії із населенням в умовах криз. Визначеного напрями трансформації фінансування системи охорони здоров'я в умовах криз, зокрема: формування резервних фондів системи охорони здоров'я; впровадження механізмів екстреного фінансування медичних послуг; забезпечення багатоканального фінансування ЗОЗ без прив'язки до форми власності; фінансування процедури формування резервів системи охорони здоров'я. Запропоновано систему нормативно-правових актів щодо регулювання процедур управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я, зокрема: 1) Постанова КМУ Про затвердження Положення про Антикризові координаційні центри; 2) Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування, використання та оновлення резервів системи охорони здоров'я; 3) Постанова КМУ Про затвердження Протоколів реагування та функціонування в умовах кризи; 4. Постанова КМУ Про затвердження Положення про перепрофілювання закладів охорони здоров'я; 5) Постанова КМУ Про затвердження Порядку формування та функціонування інформаційно-комунікаційної системи СОЗ в умовах кризи. Зазначене формує цілісну систему забезпечення адаптивності, безперервності, безпечності та стійкості системи охорони здоров'я в умовах криз.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аббадія Дж. Використання регресійного аналізу для розуміння складних взаємозв'язків. *Mind the Graph*. 2023. 20 черв. URL:https://mindthegraph.com/blog/uk/%D1%80%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7/

2. Авраменко Н.В. Виникнення механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я України. Економіка та держава. № 1. 2011. С. 96–99.

3. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналіт. доп. Київ : НІСД, 2012. 35 с.

4. Адамчук О. Ф. Нормативно-правові засади системи адміністрування у сфері охорони здоров'я України. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2016. Вип. 5. URL: http://nvppp.in.ua/vip/2016/5/29.pdf

5. Андрєєв Є.В. Державна євроінтеграційна політика в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир: ТОВ «Видавничий дім "Бук-Друк"». 2025. 300 с.

6. Андрєєв, Є.В. 2024. Фактори формування національної системи охорони здоров'я як об'єкта державної політики. *Економіка, управління та адміністрування*. 4(110) (Груд 2024), 241–248. DOI:https://doi.org/10.26642/ema-2024-4(110)-241-248.

7. Антонова О. В. Особливості становлення та розвитку системи державного управління в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2011. № 3. URL: https://pa.stateandregions.zp.ua/archive/3_2011/01.pdf

8. Арцатбанова О.В. Теоретична характеристика структури медичних послуг в системі охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 8. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/ pdf/8_2018/113.pdf

9. Бабаєв В. Ю. Методологічні аспекти прогнозування у сфері державного управління / В. Ю. Бабаєв // Теорія та практика державного управління. – Харків : Вид-во ХаРІ НАДУ, 2011. – Вип. 1 (32). – С. 21–29.

10. Бабін І. І. Система охорони здоров'я України: виклики та перспективи розвитку в умовах воєнного стану. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2023. №7.

11. Бакуменко В.Д., Безносенко Д.О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами. Київ: НАДУ. 41 с.

12. Банк даних : [статистична інформація] / Державна служба статистики України. URL: https://stat.gov.ua/uk/explorer?md5=b7efb8aa3725691eb3fdb3d3df99722d

13. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.2.134

14. Бахтіна Ю. С. Поняття та класифікація функцій державного управління. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «ПРАВО»*. 2018. Вип. 26. С. 37–41. URL: https://periodicals.karazin.ua/law/article/view/12683

15. Бачинська О. М., Винниченко-Куликова Л. О. Формування системи управління якістю медичної допомоги в Україні в реаліях сьогодення. *Інклюзивна економіка*. 2024. № 2 (04). С. 10–15.

16. Биркович Т.І. Корупція як перешкода на шляху ефективного регулювання системи охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 10. С. 79-82. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/10_2018/17.pdf

17. Білокур Є. І. Функції державного управління: поняття, особливості, правове регулювання : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Одеса. 2015, 23 с.

18. Білокур Є. І. Функції державного управління: поняття, особливості, правове регулювання : дис. …канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса. 2015, 194 с

19. Бобровська О. Розвиток управління сферою охорони здоров'я на корпоративних засадах / О.Бобровська, І.Хожило [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/ 2010/201

20. Богомаз В.М. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. Український медичний часопис. 2010. № 1 (75) I–II. С. 12–26.

21. Бондаренко В. А. Система та структура державного управління. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. 2023. № 3. С. 250. https://app-journal.in.ua/wp-content/uploads/2023/07/47.pdf

22. Бондаренко Н. Є. Системні підходи до забезпечення стійкості медичних установ у надзвичайних ситуаціях. *Журнал медичного права*. 2018. № 6. С. 52–57.

23. Бородін Є., Моісеєва Л. Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*. 2022. № 10 (4). С. 13–22. DOI: https://doi.org/10.46398/cuestpol.3968.22.

24. Борщ В. СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СТРУКТУРНИЙ ЕЛЕМЕНТ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2019. Т. 1, № 23. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/23_1_2019ua/6.pdf?utm_source=chatgpt.com.

25. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров'я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Львів, 19-20.04.2007). Львів, 2017. С. 38-44. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_038_04.pdf

26. Бухало Г. О. Система управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Topical aspects of modern scientific research* : Proceedings of IX International Scientific and Practical Conference (Tokyo, Japan, 16–18 May 2024). Tokyo : CPN Publishing Group, 2024. С. 92–96.

27. Валах В., Рудінська О., Бусел С., Князькова В. Управління якістю медичних послуг в Україні в контексті міжнародного досвіду. *Економічний аналіз*. 2024. Т. 34, № 2. С. 94–105.

28. Васюк Н. О., Юрочко Т. П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2019. № 1. С. 78–84.

29. ВВП України за 2002–2025 роки : [статистична інформація] / Міністерство фінансів України (портал «Мінфін»). URL: https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/

30. Визначення потреб у навчанні керівників сфери охорони здоров'я України / М. М. Білинська та ін. *Medical Perspectives*. 2020. № 25 (3). С. 19–25. DOI: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.3.214872.

31. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Київ. 2009. 18 с.

32. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Національний інститут стратегічних досліджень. – Київ, 2021. – URL: https://www.niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf

33. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України.* Серія : Державне управління. 2017. Вип. 2. С. 208-216. URL: https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7(17)/28.pdf

34. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія ; Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг : вид. Р.А. Козлов. 2017. 315 с.

35. Воронов, О. І. Прогнозування як інструмент формування управлінських рішень у сфері державного управління. *Право та державне управління*, 2015, 4: 117-122.

36. Всесвітня організація охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення. 2024. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379577/WHO-EURO-2024-10570-50342-76539-ukr.pdf

37. Галай В.О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. Електронне наукове видання «Аналітичнопорівняльне правознавство». 2002. № 6. С.-189-194. URL: http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079

38. Галецька І. Й. Методологічні проблеми вивчення психологічного здоров'я. *Наукові записки Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ : Главник, 2005. Вип. 26. С. 320–325.

39. Гапчинський І. В. Управління якістю надання медичних послуг у сучасних закладах охорони здоров'я : монографія. Київ : Медицина, 2023. 235 с.

40. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль, "Економічна думка", 2005. 460 с. URL: http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf

41. Горобейко М. Б., Дінець А. В. Медична освіта в Україні: системні проблеми і можливі шляхи їх вирішення. *Український медичний часопис*. 2022. № 151. DOI: https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.151.234381.

42. Гресько В. І. Поняття охорони здоров'я як об'єкта адміністративно-правового забезпечення. *Правові горизонти*. 2020. Вип. 22 (35). С. 65–69.

43. Гуржий П. О. Концептуальні засади системи менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2022. № 1 (4). С. 30–37. DOI: https://doi.org/10.31319/2709-2879.2022iss1(4).264522pp30-37.

44. Гуржий П. Управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров’я. *Підприємництво та інновації*. 2024. № 33. С. 95–99. DOI: https://doi.org/10.32782/2415-3583/33.16.

45. Гуцалюк О. М. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України в період реформування. *Вісник економічної науки України* . 2019. № 2 (37). С. 110–114. DOI: https://doi.org/10.37405/1729-7206.2019.2(37).110-114

46. Гуща Т. К. Державне стратегічне планування в сфері розвитку медичного туризму : дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Житомир, 2025. 223 с. URL: https://ztu.edu.ua/site/files/1/docs/Університет/Спеціалізовані%20вчені%20ради/14.052.03/2025/dis(1).pdf

47. Державна політика у сфері охорони здоров’я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш ; передм. та заг.ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

48. Державне управління : навч. посіб. А.Ф. Мельник, О.Ю. Оболенський, А.Ю. Васіна, Л.Ю. Гордієнко ; за ред. А. Мельник. К.: Знання-Прес, 2003. 343 с

49. Державне управління : підручник : у 2 т. / [ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) та ін.] ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – Київ ; Дніпропетровськ : НАДУ, 2012. – Т. 1. – 564 с.

50. Державне управління : підручник : у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк (голова) [та ін.]. Київ ; Дніпропетровськ : HGfhflbuАДУ, 2012. Т. 2. 564 с. URL: https://ktpu.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/02/DERZHAVNE-UPRAVLINNYA-2012.pdf

51. Деякі питання Міністерства економіки, довкілля та сільського господарства : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.07.2025 № 903. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/903-2025-%D0%BF#n31

52. Дзвінчук Д., Баран М. Застосування діалогічної моделі змін у процесі реформування системи охорони здоров’я в Україні на первинному рівні. *Public administration and regional development*. 2020. № 7. С. 89–108. DOI: https://doi.org/10.34132/pard2020.07.04.

53. Драган І. В., Дацій Н. В., Драган І. О. Вплив фінансового механізму державного регулювання на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 22. С. 179. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.22.179.

54. Дубина М. Організаційно-економічний механізм розвитку сфери охорони здоров’я: сутність, морфологія та специфічні особливості функціонування / М. Дубина, Д. Сердюк // *Науковий вісник Полісся*. – 2023. – № 1 (26. – С. 238–254. DOI: https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1(26)-238-254.

55. Дубінський С. В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2016. № 1 (20). С. 51–59.

56. Духневич, О. В. (2025). Концептуальні підходи до стратегічного прогнозування у публічному управлінні. *Ефективність державного управління*, *1*(82/83), 53–60. https://doi.org/10.36930/508207

57. Дяченко Н. Вплив прогнозної інформації на підготовку та прийняття рішень в управлінні. *Ефективність державного управління* : зб. наук. пр. 2013. Вип. 34.

58. Дяченко, Н. Роль та місце прогнозування в системі державного управління. *Державне управління та місцеве самоврядування*, 2013, 4: 58-67.

59. Економічна правда. Набрав чинності новий закон про державно-приватне партнерство. Що він змінює?. *Економічна правда*. URL: https://epravda.com.ua/biznes/nabrav-chinnosti-noviy-zakon-pro-derzhavno-privatne-partnerstvo-shcho-vin-zminyuye-813962/

60. Євмєшкіна, О. Л. Поняття прогнозування та взаємозв'язок прогнозування й державного стратегічного планування/ОЛ Євмішкіна. *Держава та регіони*, 2016, 3: 55.

61. Журавльов О. В. Статистичне моделювання інституційних трансформацій з використанням панельних даних. *Статистика України*. 2017. № 2. С. 13–19. https://su-journal.com.ua/index.php/journal/article/download/86/75/147

62. Засади міжнародної та національної політики і стратегій у сфері громадського здоров'я / В. М. Лехан та ін. *Public health system in Ukraine and EU countries: realities, transformation, development vectors, perspectives : Scientific monograph*. Riga : Baltija Publishing, 2023. С. 61–98. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-330-9-3.

63. Здоров'я та освіта: як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні : аналіт. огляд / ГО «Ініціатива ХОЛОН». 2021. 72 с. URL: https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2021/03/Analitychnyy-oglyad.pdf

64. Зима І. Я. Історичний контекст формування основ державного управління охороною здоров'я європейської цивілізації. *Вісник НУВГП. Серія «Економічні науки»*. 2019. Вип. 1 (85). С. 67–76.

65. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні. Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. 2003. № 2. С. 42–45.

66. Іванчов П. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Актуальні проблеми економіки*. 2020. Т. 228, № 6. С. 133–145. URL: https://eco-science.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20._topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf

67. Іртищева І. О. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні / І. О. Іртищева, С. І. Сергійчук, Д. М. Рябець // Збірник наукових праць ТДАТУ імені Дмитра Моторного (економічні науки). – 2020. – № 1(41). – С. 70-77. DOI: 10.31388/2519-884X-2020-41-70-77.

68. Кагановська Т. Є. Поняття та зміст державного управління. Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка. 2009. № 2. С. 73–81.

69. Калашник Н. С., Березовський П. П. Державно-приватне партнерство як стратегія виконання Україною порядку денного сталого розвитку на період до 2030 року (на прикладі галузі охорони здоров'я). *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. № 5. С. 30–35. DOI: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.5.5.

70. Карамишев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф., 17–18 квіт. 2008 р., Львів. Львів, 2008. С. 129–136. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_129.pdf

71. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис. … канд. наук з держ. управл.: 25.00.02. Харків, 2020. 210 с.

72. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Фактори впливу на розвиток сфери охорони здоров'я України. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 25. С. 43–46. URL: https://www.bses.in.ua/journals/2018/25_2018/11.pdf

73. Козирєва П. В. Аналіз та стратегії управління ризиками в системі охорони здоров'я. *Управління закладами охорони здоров'я*. 2022. № 2. С. 37–43.

74. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11.

75. Кравцова Т. М., Калініченко Г. В. Дослідження видів функцій державного управління та їх значення у процесі державно-управлінської

діяльності. *Форум права*. 2011. № 1. С. 537–541. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2011_1_86.pdf

76. Кравцова Т. М., Калініченко Г. В. Ще раз про сутність та ознаки функцій державного управління. Право і безпека. 2011. № 1 (38). С. 25-29.

77. Кравченко С. В. Громадське здоров'я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 70–74. URL:https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/download/13078/12243

78. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. Житомир, 2021. 41 с. URL: https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/Avtoreferat.pdf

79. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я: монографія. Житомир : Вид. О.О. Євенок, 2020. 348 с.

80. Криничко Л.Р. Удосконалення понятійно-категоріального апарату державного управління в сфері охорони здоров'я / Л.Р. Криничко, А.Р. Ватанов // Публічне управління і адміністрування в Україні. 2017. № 1. С. 95–102.

81. Криничко Ф. Р. Громадське здоров'я як суспільне благо: державно-управлінський аспект. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 7. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/7_2019/57.pdf

82. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : дис. … д-ра юрид. наук : 12.00.07. Київ, 2018. 428 с.

83. Ляхович Г. І., Вакун О. В. Кадрова політика в закладах системи охорони здоров'я: зарубіжний досвід та проблеми в Україні. *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*. 2025. № 2. С. 39–45. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.2.39.

84. Макара О. В. Композиційний індекс соціальної сфери та його використання в короткостроковому прогнозуванні. *Економіка і прогнозування*. 2001. № 3. С. 63–78. URL: http://eip.org.ua/docs/EP_01_3_63_uk.pdf

85. Макаренко М. В. Світові тренди цифровізації сфери охорони здоров'я та принципи реалізації / М. В. Макаренко // Публічне управління та митне адміністрування. – 2023. – № 1 (36). – С. 58-63. DOI: https://doi.org/10.32782/2310-9653-2023-1.8.

86. Медична допомога в Україні у час війни. *VoxUkraine | «Вокс Україна» : веб-сайт*. URL: https://voxukraine.org/medychna-dopomoga-v-ukrayini-u-chas-vijny

87. Медична реформа. *Урядовий портал : веб-сайт*. URL: https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya

88. Миронюк І.С., Слабкий Г.О, Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. №8 (63). С. 26-31. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/47312/1/%D0%A0%D0%97%D0%96.pdf

89. Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність в сфері надання медичних послуг : автореф. дис. на здобуття ступеня канд. юрид. наук. Національний університет внутрішніх справ. Харків, 2010. 17 с.

90. Михайловська О. Інститути громадянського суспільства і формування ідеології модернізації в Україні. Політичний менеджмент. 2006. № 3. С. 76-85. 102. Міжнародна технічна допомога: секторальна група "охорона здоров'я". URL:https://moz.gov.ua/mizhnarodna-tehnichna-dopomoga

91. Михайлюк М. І. Сучасна медична освіта країн Сходу: світовий досвід. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції*. Cambridge, UK, 2022. С. 273. DOI: https://doi.org/10.36074/logos-20.05.2022.083.

92. Міністерство охорони здоров'я України. 562 особи з деокупованих територій отримали меддопомогу від команд медицини катастроф минулого тижня. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/562-osoby-z-deokupovanykhterytorii-otrymaly-meddopomohu-vid-komand-medytsyny-katastrof-mynulohotyzhnia

93. Міністерство фінансів України : офіційний сайт. URL: https://www.mof.gov.ua/uk/

94. МОЗ розпочне роботу з відновлення та відбудови медзакладів на деокупованих територіях. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/moz-rozpochnerobotu-z-vidnovlennya-ta-vidbudovi-medzakladiv-na-deokupovanih-teritoriyah

95. Мотайло О.В. Трансформація державного управління системою охорони здоров'я як структурної складової державної безпеки: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з державного управління за спец. 25.00.02. 366 Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2021

96. Мункачій І, Грицишин А, Білоус С. Методика екстраполяції трендів як інструмент прогнозування туристичних потоків в Україні. *International Science Journal of Management, Economics & Finance*. Vol. 2, No. 4, 2023, pp. 65-76. doi: 10.46299/j.isjmef.20230204.08.

97. Набхан О.В., Моісеєнко Р.О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 5. С. 110–116.

98. Навроцький В.В., Менджул М.В. Кампанія адвокасі як інструмент демократичних перетворень. Ужгород: «Видавництво Олександри Гаркуші», 2011. 60 с.

99. Нижник Н.Р. Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи. К. : Оріяни, 1998. 192 с.

100. Носуліч Т.М. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку. Демографія та соціальна економіка. 2006. № 1. С. 173-179

101. Оганян Х. А., Гбур З. В. Санітарно-епідемічне благополуччя населення як чинник національної безпеки України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 7. С. 106–112. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.7.106

102. Огнєв В.А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект / В.А. Огнєв, І.А. Чухно // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3 (50). – С. 58–61.

103. ОЕСР/Європейська комісія (2024), *«Огляд здоров'я: Європа 2024: Цикл стану здоров'я в ЄС»*, OECD Publishing, Париж, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en .

104. Олексієнко Р. Ю., Донець А. О. Місце експертної оцінки у прийнятті управлінських рішень. *Економіка та суспільство*. 2021. № 26. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-26-59.

105. Олексіна Н. О., Волосовець О. П., П'ятницький Ю. С. Медична освіта: відповіді на виклики сучасності. *Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні* : матеріали XV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. 2018. DOI: https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2018.2.8878.

106. Олєйнікова Т. Вплив запровадження лікарського самоврядування на безперервний розвиток медичних працівників. *Наукові праці Національного авіаційного університету. Серія: Юридичний вісник «Повітряне і космічне право»*. 2024. Т. 3, № 72. С. 100–106. DOI: https://doi.org/10.18372/2307-9061.72.19066.

107. Опалько В.В. Реформування системи охорони здоров'я в Україні / В.В. Опалько // Вісник Черкаського університету. – 2011. – № 207.

108. Основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування». Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2023. № 3. С. 168-173. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/3_2023/28.pdfhttps://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.28.

109. Охорона здоров'я у бюджеті-2026: безоплатні перевірки здоров'я, розширення програми «Доступні ліки» та підвищення зарплат лікарів до 35 тис. гривень / Міністерство фінансів України. URL: https://mof.gov.ua/uk/news/okhorona_zdorovia_u_biudzheti-

2026_bezoplatni_perevirki_zdorovia_rozshirennia_programi_dostupni_liki_ta_pidvishchennia_zarplat_likariv_do_35_tis_griven-5474

110. Охорона здоров'я та соціальна допомога: дефіцит кадрів у Європі є критичним. URL: https://www.fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/mizhnarodnarobota/23181-okhorona-zdorov-ya-ta-sotsialna-dopomoga-defitsit-kadriv-u-evropi-ekritichnim.html

111. Пальоха В. В. Методологічні аспекти прогнозування управлінських рішень. *Ефективність державного управління* : зб. наук. пр. 2015. Вип. 44(1). С. 170–177. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2015_44(1)__23

112. Пархоменко-Куцевіл О. Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. № 1 (11). С. 166–185. DOI: https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-166-186.

113. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf.

114. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавств. Медичне право. 2013. №2(12). С. 88-101.

115. Питання Міністерства цифрової трансформації : Постанова Кабінету Міністрів України від 18.09.2019 № 856. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2019-%D0%BF#n12

116. Пікулик О. І., Власюк Н. І. Основні підходи до оцінювання ефективності діяльності органів державного управління. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 93–97. URL: http://pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2023/1_2023/17.pdf

117. Подоляк Л. Ринок у заморозці: як державне втручання у маркетинг майже зупинило фармацевтичну галузь. *Українські Національні Новини (УНН) : веб-сайт*. URL: https://unn.ua/news/rynok-u-zamoroztsi-yak-derzhavne-vtruchannia-u-marketynh-maizhe-zupynylo-farmatsevtychnu-haluz

118. Положення про міністерство. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: https://moz.gov.ua/uk/polozhennja-pro-ministriv

119. Помаза-Пономаренко А.Л., Тарадуда Д.В. Безробіття в Україні: особливості впливу на ментальне здоров'я населення, систему безпеки та механізми публічного управління ним. Національні інтереси України. 2024. № 1 (1). С. 124–141. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/issue/view/238/333

120. Помаза-Пономаренко А.Л., Тарадуда Д.В. Державне управління як критична інфраструктура. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2024. №4. URL: https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/archive

121. Помаза-Пономаренко А.Л., Тарадуда Д.В. Закордонний досвід забезпечення соціальної безпеки шляхом стійкого функціонування об'єктів критичної інфраструктури та підвищеної небезпеки. Наука і техніка сьогодні. 2024. № 4 (32). С. 371–384. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/20050

122. Потеряйко С. П. Використання органами державного управління безпекових організаційно-функціональних структур інтуїтивних методів прогнозування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13-14. С. 43–50. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.13-14.43

123. Правило О. Правове регулювання охорони здоров'я в Україні. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2024. № 3. С. 390–395. DOI: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2024.03.67.

124. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.03 / Харк. нац. ун-т внутр. справ. Х., 2007. 19 с.

125. Пріоритети у відновленні системи охорони здоров'я України спільний документ для обговорення. URL: https://www.who.int/ukraine/uk/publications/ priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper

126. Про Державний бюджет України на 2022 рік : Закон України від 02.12.2021 № 1928-IX : станом на 31 берез. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1928-20#Text

127. Про Державний бюджет України на 2023 рік : Закон України від 03.11.2022 № 2710-IX : станом на 22 жовт. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2710-20#Text

128. Про Державний бюджет України на 2024 рік : Закон України від 09.11.2023 № 3460-IX : станом на 21 верес. 2024 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#Text

129. Про Державний бюджет України на 2025 рік : Закон України від 19.11.2024 № 4059-IX : станом на 23 жовт. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4059-20#Text

130. Про Державний бюджет України на 2026 рік : Закон України від 03.12.2025 № 4695-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4695-20#Text

131. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку рівня економічної безпеки України : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 29.10.2013 № 1277. URL : http://www.me.gov.ua/Documents/List?lang=ukA&tag=MetodichniRekomendatsii

132. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : Постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-п#Text

133. Про затвердження Положення про Міністерство освіти і науки України : Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.2014 № 630. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/630-2014-%D0%BF#Text

134. Про затвердження Положення про Міністерство розвитку громад та територій України : Постанова Кабінету Міністрів України від 30 черв. 2015 р. № 460. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/460-2015-%D0%BF#Text

135. Про затвердження Положення про Міністерство соціальної політики України : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.06.2015 № 423. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/423-2015-%D0%BF#Text

136. Про затвердження Положення про Міністерство фінансів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 1837. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/61851764

137. Про публічно-приватне партнерство : Закон України від 19.06.2025 № 4510-IX. URL: https://ips.ligazakon.net/document/t254510?an=1

138. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text

139. Пуцентейло П.Р., Завитій О.П. Особливості формування стратегії управління економічним розвитком регіону. Подільський вісник: сільське господарство, техніка, економіка. 2017. Випуск 27. С. 298-308. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/28870/1/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%BB_%D0%92%D1%96%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_27_2017_%D0%9F%D1%83%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%B9%D0%BB%D0%BE%20%D0%9F.%D0%A0.-%D0%97%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%82%D1%96%D0%B9%20%D0%9E.%D0%9F..pdf

140. Радиш Я.Ф. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: сутність понять. Державне управління. Економіка та держава. 2012. № 1. С. 97-101. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/1_2012/28.pdf.

141. Рачинська О.А. Механізми реалізації комунікативної взаємодії у сфері публічного управління: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. спец. 25.00.02. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості

України. Київ, 2019. URL: http://ipk.edu.ua/wpcontent/uploads/2019/06/a-ref_Rachyns-ka2.pdf

142. Рачинський А., Дарчин Б. Трансформація системи охорони здоров'я України: роль держави. *Scientific Collection «InterConf+»*. 2022. № 18 (95). С. 310–317. DOI: https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.01.2022.031.

143. Рогачевський О. П. Теоретичні аспекти стратегічного управління якістю медичних послуг. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Т. 5, № 4. С. 282–291.

144. Россильна О. В., Головачова А. С. Особливості медичного страхування в умовах розвитку персоналізованої медицини. *Київський часопис права.* 2023. № 1. С. 79-85.

145. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8. С. 105–108. DOI: https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.8.105.

146. Руденко В. В. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. 19. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2018-19-170.

147. Рябець К. Система та сутність загальних функцій державного управління у сучасний період. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. № 1(11). С. 207–221. DOI: https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-207-221

148. Сабецька Т.І. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство* . 2022. № 40. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-40-26

149. Самоврядування в системі охорони здоров'я: першочергові завдання для України. *Здоров'я України : веб-сайт*. URL: https://health-ua.com/article/33866-samovryaduvannya-v-sistem-ohoroni-zdorovya-pershochergov-zavdannya-dlya-ukr

150. Самойловський А. Державне регулювання страхової діяльності в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.02.03. Київ: Науково-дослідний економічний ін-т Міністерства економіки, 2000. 17 с

151. Самофалов Д. О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. 2020. № 1. С. 92–99.

152. Середня зарплата в Польщі у 2025 році за професіями. *EUROPORTAL : веб-сайт*. URL: https://europortal.biz.ua/evropa/polshha/zarplata-v-polshhi.html

153. Сіделковський О. Л. Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Публічне право*. 2020. № 1. С. 116–123.

154. Скільки заробляють українські лікарі у 2025 році: рейтинг найприбутковіших спеціальностей. *Незалежний громадський портал : веб-сайт*. URL: https://ngp-ua.info/2025/03/78184

155. Сова О.Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку МС в Україні/ Вчені записки Університету «КРОК». 2018. Випуск 49. С. 80-92.

156. Соловей С.В. Проблеми запровадження медичного страхування в Україні. *Трансформація системи публічного управління в умовах воєнного часу: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (3 червня 2022 року) / за заг. ред.* О.І. Пархоменко-Куцевіл. Переяслав, 2022. С. 279-282

157. Статистичний щорічник України, 2024 | Державна служба статистики України. *Головна сторінка Держстат | Державна служба статистики України*. URL: https://stat.gov.ua/uk/publications/statystychnyy-shchorichnyk-ukrayiny-2024 .

158. Стеценко Т.О. Управління регіональною економікою : навч. посіб. / Т.О. Стеценко, О.П. Тищенко – К.: КНЕУ, 2009. – 472 с

159. Стратегічне планування / за заг. ред. О. Ю. Амосова. 2-ге вид. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2013. 248 с.

160. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1

%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf

161. Сумець О., Перог Т. Проблеми управління середнім медичним персоналом вітчизняних закладів охорони здоров'я. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 3 (75). С. 102–107. DOI: https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-75-102-107.

162. Телешун С.О. Політична аналітика в державну управлінні: [навчальний посібник] / С.О. Телешун, Ю.Г. Кальниш, І.В. Рейтерович, О.Р. Титаренко. К.: НАДУ, 2012. 228 с.

163. Теремецький В., Дуліба Є., Астаф'єв Д. Класифікація форм корупції у сфері охорони здоров'я: аналіз та пропозиції щодо гармонізації. 2024. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.14212842.

164. Терзі О.О. Визначення поняття «охорона здоров'я». Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2018. Серія ПРАВО. Випуск 51. Том 2. С. 46-49. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7030/Terzi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

165. Толстанов О. К., Круть А. Г., Дмитренко І. А., Горачук В. В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 166–173.

166. Тоноян Т.З., Лепян М.К. Здоров'я населення – основа формування людського капіталу і розвитку економіки. Національний інститут Охорони Здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я Республіки Вірменія. Єреван, 2010.

167. Торбас О.М. Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.04. Київ, 2012

168. Узагальнені дані медичної звітності по комунальним закладам охорони здоров'я та закладам охорони здоров'я, які знаходяться у сфері

управління МОЗ | Центр громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. URL: https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1

169. Устимчук О.В. Комунікація у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.01. Дніпро, 2020.

170. Фільц Ю.О. Удосконалення механізмів державного управління спеціалізованою амбулаторною медичною допомогою: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.02. Львів, 2012.

171. Червяк С. Новітня система суб'єктів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2024. № 2. С. 162–168. DOI: https://doi.org/10.32844/2618-1258.2024.2.23.

172. Шалько М. Н. Державне регулювання якості надання медичних послуг. *Економіка, управління та адміністрування*. 2023. № 4 (106). С. 123–128.

173. Шафранський В. В. Медико-соціальне обґрунтування системи громадського здоров'я в Україні : автореф. дис. … д-ра мед. наук. Київ, 2018. 39 с.

174. Швець Ю. Зміст конституційного права особи на охорону здоров'я / Ю.Швець // Підприємництво, господарство і право. – 2017. – № 8. – С. 135–138.

175. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2022. № 4 (32). С. 80–86. DOI: https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-11.

176. Шишка І. В. Характеристика сильних і слабких сторін внутрішнього середовища системи охорони здоров'я України. *Трансформаційна економіка*. 2024. № 2 (02). С. 120–129. URL:https://www.transformations.in.ua/index.php/journal/article/view/123/120

177. Шкільняк М. М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні*. 2020. № 2 (84). С. 22–29.

178. Щербак Н. В. Стратегічне планування в системі державного управління. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 3(46). С. 52–60. URL: http://journals.politehnica.dp.ua/index.php/public/article/download/157/136/204

179. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2024 рік: статист. зб. МОЗ України. Київ : МОЗ України, 2025. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/adc50c17-8932-4437-8f1f-1375f901c3f6/Щорічний-звіт-про-стан-здоров'я-України-та-епідемічну-ситуацію-за-2024-рік.pdf

180. Юнгер В. І. Стратегічні положення державного управління процесами повоєнного відновлення системи охорони здоров'я : дис. … д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. Житомир, 2024. 394 с. URL: https://ztu.edu.ua/site/files/1/docs/Університет/Спеціалізовані%20вчені%20ради/14.052.03/dis_ЮнгерВІ.pdf

181. Юнгер В. І. Стратегія повоєнного відновлення системи охорони здоров'я : монографія. Житомир : Видавничий дім «Бук-Друк», 2024. 312 с.

182. Юристовська Н.Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. Ефективність державного управління. 2017. Вип. 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18.

183. Anatomy of Healthcare. The U.S. Healthcare System Explained. URL: https://medschoolinsiders.com/pre-med/anatomy-of-healthcare-the-u-s-healthcaresystem-explained/

184. Bouliane Nicolas. How to choose German health insurance. All About Berlin. 2024. URL: https://allaboutberlin.com/guides/german-health-insurance

185. Consumer spending on health in Poland 2010-2023 [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/951169/poland-health-expenditure-of-households/

186. Current health expenditure (% of GDP) - Ukraine : World Bank Open Data / The World Bank Group. URL: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=UA

187. Doctors Without Borders (MSF). Doctors Without Borders (MSF). URL: https://www.msf.org

188. Fendrick A. M. The Need For Outcomes Research In Evaluating The Benefit Of Health Care Technology. *Health Care Technology Policy I: The Role of Technology in the Cost of Health Care*, м. Arlington, VA. URL: https://doi.org/10.1109/hctp.1994.721287

189. GDP share of health expenditure in Hungary (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/forecasts/1141569/health-expenditure-gdp-share-forecast-in-hungary

190. General hospital beds in Poland 2008-2023 [statistical data] / Statista. URL https:www.statista.com/statistics/1107650/general-hospital-beds-in-poland/

191. General hospitals in Poland 2010-2023[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1121749/general-hospitals-in-poland/

192. General practitioners and pediatricians per 10,000 people in Hungary 2010-2023[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1306942/hungary-number-of-gps-and-paediatricians-per-10-000-people/

193. Global Health Expenditure Database : country profile / World Health Organization. URL: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/index/en

194. Health care and recovery staff in social assistance institutions Romania 2014-2022[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1228466/romania-health-care-staff-in-social-assistance-institutions-for-disabled/

195. Health care funding in Czechia 2022, by source [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1369827/czechia-health-care-financing-by-source/

196. Health Care Index by Country 2023. Numbeo. 2023. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2023

197. Health care spending in Poland 2018-2028[statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1100310/poland-spending-on-health-care/

198. Health expenditure as a share of GDP forecast in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL: https://www.statista.com/forecasts/1141639/health-expenditure-gdp-share-forecast-in-romania

199. Health expenditure per capita in Hungary 2010-2022 [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1307073/hungary-health-expenditure-per-capita/

200. Health expenditure per capita in Poland 2010-2022[statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/933929/health-expenditure-per-capita-in-poland/

201. Health insurance companies' expenses in Czechia 2018-2022, by diagnosis [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1370319/czechia-health-insurance-companies-expenses-by-diagnosis/

202. Health system UK vs. Germany: Who performs better? Ottonova. URL: https://www.ottonova.de/en/expat-guide/health-system-uk-vs-germany-whoperforms-better

203. Healthcare consumer spending forecast in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/forecasts/1162751/healthcare-consumer-spending-forecast-in-romania

204. Healthcare expenditure as a share of gross domestic product in Poland 2013-2023[statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/429697/healthcare-expenditure-as-a-share-of-gdp-in-poland/

205. Healthcare spending forecast in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL: https://www.statista.com/forecasts/1149054/healthcare-spending-forecast-in-romania/

206. Healthcare spending per capita forecast in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL: https://www.statista.com/forecasts/1148930/healthcare-spending-per-capita-forecast-in-romania

207. Hospital bed occupancy rate in acute care in Hungary 2012-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1307684/hungary-hospital-bed-occupancy-rate-in-acute-care/

208. Hospital bed occupancy rate in chronic care in Hungary 2012-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1307693/hungary-hospital-bed-occupancy-rate-in-chronic-care/

209. Hospital beds in Czechia 2000-2021[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/557240/hospital-beds-in-hte-czech-republic/

210. Hospital beds per 10,000 population in Poland 2010-2023[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1121752/hospital-beds-per-10-thousand-population-poland/

211. Hospitals in Czechia 2005-2022 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/556792/hospitals-in-czechia/

212. Hospitals: number of employees in Czechia 2006-2021[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/554560/hospital-employment-in-the-czech-republic/

213. International Committee of the Red Cross (ICRC). International Committee of the Red Cross (ICRC). URL: https://www.icrc.org

214. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). URL: https://www.unaids.org

215. Kriachkova L. V., Simon K. I. Medico-social rationale for the development of digital personnel potential in healthcare. Medicni perspektivi. 2025. Vol. 30, no. 2. P. 234–246. URL: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.2.333698

216. Medical personnel working directly with patients in Poland 2020-2023, by profession [statistical data] / Statista. URL

https://www.statista.com/statistics/1119420/poland-number-of-medical-personnel-by-profession/

217. Motaze NV, Chi PC, Ongolo-Zogo P, Ndongo JS, Wiysonge CS. Government regulation of private health insurance. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021. Issue 2. Art. No.: CD011512. DOI: 10.1002/14651858.CD011512.pub2. Accessed 22 September 2022.

218. Number of obstetricians and gynecologists in Hungary 2017-2022[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1498693/hungary-number-of-obstetricians-and-gynecologists/

219. Number of active hospital beds per 10,000 people in Hungary 2012-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1306966/hungary-number-of-active-hospital-beds-per-10-000-people/

220. Number of ambulances in Romania 2017-2022[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1229719/romania-number-of-ambulances/

221. Number of auxiliary medical staff in Romania 2017-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1248353/romania-number-of-auxiliary-medical-staff/

222. Number of beds in intensive care in Romania 2010-2022 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1171169/romania-number-of-beds-at-intensive-care/

223. Number of dentists employed in Hungary 2001-2022 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/463512/dentists-employment-in-hungary/

224. Number of doctors and dentists practices in Poland from 2010 to 2023[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1121819/poland-number-of-doctors-and-dentists-practices/

225. Number of health care units in Romania 2023, by type[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1229129/romania-number-of-hospital-beds/

226. Number of health care workers in Czechia 2017-2022, by occupation[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1364241/czechia-number-of-health-care-professionals-by-occupation/

227. Number of hospital beds in Romania 2014-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1229129/romania-number-of-hospital-beds/

228. Number of hospital beds in Romania 2022, by medical specialization [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1229688/romania-number-of-hospital-beds-by-medical-specialization/

229. Number of inhabitants per dentist in Czechia 2000-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1364235/czechia-number-of-inhabitants-per-dentist/

230. Number of inhabitants per physician in Czechia 2000-2023[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1364232/czechia-number-of-inhabitants-per-physician/

231. Number of medical personnel in Romania 2023[statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1139412/romania-number-of-medical-staff/

232. Number of medical specialists in Poland 2023, by specialization[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1119425/poland-medical-specialists-by-specialization/

233. Number of medical staff in Romania per 10,000 inhabitants 2023[statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1139432/romania-medical-staff-per-10-000-inhabitants/

234. Number of nurses and midwives in Czechia 2022, by region[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1370415/czechia-number-of-nurses-and-midwives-by-region/

235. Number of outpatient clinics in Poland 2010-2023 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1121816/poland-number-of-outpatient-clinics/

236. Number of physicians in Czechia 2022, by region[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1370412/czechia-number-of-physicians-by-region/

237. Number of physicians in Romania 2017-2023[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1247588/romania-number-of-physicians/

238. Number of physicians per 100,000 inhabitants in Romania 2014-2029[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/forecasts/1148232/physician-density-forecast-in-romania

239. Number of practicing nurses employed in Hungary 2015-2022 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/463431/practising-nurses-employment-in-hungary/

240. Number of psychiatrists in Hungary 2017-2022[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/1498688/hungary-number-of-psychiatrists/

241. OECD 2004 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Proposal for a taxonomy of health insurance. URL: http:// www.oecd.org/els/health-systems/31916207.pdf

242. Per capita consumer spending on healthcare in Hungary 2014-2029 [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/forecasts/1161903/healthcare-consumer-spending-per-capita-forecast-in-hungary

243. Per capita consumer spending on healthcare in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/forecasts/1162208/healthcare-consumer-spending-per-capita-forecast-in-romania

244. Per capita expenditure of health insurance companies in Czechia 2022, by age [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1370337/czechia-health-insurance-firms-expenses-by-age-and-gender/

245. Popelo O. V. Organizational and economic support for the transformation of the health care system in the context of digitalization / O. V. Popelo, R. V. Tulchynskyi // *Економічний вісник Державного вищого навчального закладу «Український державний хіміко-технічний університет».* – 2023. – № 1. – С. 151-157. DOI: 10.32434/ 2415-3974-2022-17-1-151-157.

246. Practicing midwives: number of employees in Poland 2012-2024[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/462782/practising-midwives-employment-in-poland/

247. Practicing nurses: number of employees in Poland 2012-2024[statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/463452/practising-nurses-employment-in-poland/

248. Private health insurance model. MD Clarity. URL: https://www.mdclarity.com/glossary/private-health-insurance-model

249. Public health expenditure per capita in Hungary 2010-2022 [statistical data] / Statista. URL://https://www.statista.com/statistics/1307085/hungary-public-health-expenditure-per-capita/

250. Publicly owned hospitals in Czechia 2011-2022 [statistical data] / Statista. URL https://www.statista.com/statistics/551065/publicly-owned-hospitals-in-the-czech-republic/

251. Real per capita spending on healthcare in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/forecasts/1158905/real-healthcare-consumer-spending-per-capita-forecast-in-romania

252. Real total consumer spending on healthcare in Romania (2014–2029) : [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/forecasts/1158718/real-healthcare-consumer-spending-forecast-in-romania

253. Sarah Thomson, Mossialos Elias/ Regulating Private Health Insurance in the European Union: The Implications of Single Market Legislation and Competition Policy. Journal of European Integration. 2007. № 29. p. 89-107

254. Smith M.A., Starkey A.P. TheUtilisationofPrivateSectorGovernanceParadigmsfortheDevelopmentandImplementationofInnovationsinthePublicSector. International Journal of Innovation Science. 2010. T. 2. № 3. P. 103–111.

255. Social determinants of health. *World Health Organization (WHO)*. URL: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1

256. Spending on hospital services in Poland 2010-2023 [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/951876/poland-hospital-services-expenditure/

257. Structure of health care expenses in Czechia 2022 [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1369844/czechia-structure-of-health-care-expenditure/

258. Sundas, A., Contreras, I., Mujahid, O., Beneyto, A., & Vehi, J. (2024). The Effects of Environmental Factors on General Human Health: A Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *12*(21), 2123. https://doi.org/10.3390/healthcare12212123

259. Total expenditure on health care in Czechia 2010-2022 [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1369783/czechia-health-care-expenditure/

260. United Nations Children's Fund (UNICEF). *United Nations Children's Fund (UNICEF)*. URL: https://www.unicef.org

261. United Nations Population Fund (UNFPA). United Nations Population Fund (UNFPA). URL: https://www.unfpa.org

262. Value of health investments in Hungary 2010-2022. [statistical data] / Statista. URL:https://www.statista.com/statistics/1307095/hungary-health-investments/

263. World Health Organization (WHO). *World Health Organization (WHO)*. URL: http://www.who.int

264. World Health Organization. *Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva : WHO. URL: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809f813f-5b90-4187-861b-3953bb54e244/content

265. Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Murray C. J. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 2003. №362. p. 111-117.

266. Zhamal T. Igissinova , Almash A. Kitapbayeva , Anargul S. Sharipkhanova , Alexander L. Vorobyev , Svetlana F. Kolosova ,Zhanat K. Idrisheva MORPHOLOGICAL AND ANATOMICAL FEATURES OF THE GENUS GAGEA SALISB., GROWING IN THE EAST KAZAKHSTAN REGION – *JOURNAL OF MECHANICS OF CONTINUA AND MATHEMATICAL SCIENCES*. *Home Page*. URL: https://doi.org/10.26782/jmcms.spl.10/2020.06.00041

Додаток А

Завдання системи охорони здоров'я

Завдання	Медичні	Організаційні	Управлінські
Загальні	- лікування та ведення пацієнтів на усіх рівнях медичної допомоги	- забезпечення рівного доступу до медицини	- налагодження і координація міжнародної співпраці щодо охорони здоров'я
	- формування системи профілактичних заходів	- забезпечення безперервності медичної допомоги	- впровадження та перегляд міжнародних стандартів в охороні здоров'я
	- відновлення та підтримка відповідного рівня громадського здоров'я	- формування та оптимізація мережі закладів охорони здоров'я	- управління процесами забезпечення ресурсами
	- рання діагностика та доступ до лікування	- організація підготовки, перепідготовки медичного персоналу та його роботи	- запровадження та реалізація кадрової політики
	- реабілітація та паліативна допомога пацієнтам	- організація маршрутів пацієнта як на рівні самозвернення так і на рівні ЗОЗ та мережі ЗОЗ	- моніторинг та оцінка ефективності реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я
	- застосування інноваційних методів лікування	- організація комунікації між ЗОЗ як на рівні держави так і за її межами	- запровадження системи ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я
	- контроль та моніторинг громадського здоров'я	- організація медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій	- формування фінансового забезпечення охорони здоров'я та встановлення регламентів фінансового управління
Сучасні	- перегляд підходів до надання медичної допомоги діючим військовим та ветеранам на основі переходу від моделі «вилікувати гострий стан» до моделі «повного відновлення функціональності»	- запровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення безбарєрності та комфортного отримання медичних послуг	- розробка та реалізація інноваційних підходів до кадрового менеджменту на основі протидії вигоранню, підвищенню базових зарплат, можливість стажування закордоном
	- посилання та повна підтримка превентивної медицини, через запровадження скринінгів для різних груп населення	- запровадження дієвих інструментів телемедицини, особливо щодо віддалених регіонів та громад, які знаходяться на території бойових дій	- запровадження антикорупційних стратегій на рівні державного та регіонального управління та ЗОЗ
	- забезпечення ментального здоров'я населення через повну інтеграцію послуг з психологічної підтримки в первину ланку медичної допомоги	- налагодження комунікації між ЗОЗ щодо лікування ветеранів та військових	- удосконалення механізмів фінансування медичних послуг через НСЗУ
		- реформування мережі закладів охорони здоров'я для її спроможності в умовах воєнного часу та повоєнного відновлення	- формування стратегії інтеграції національної системи охорони здоров'я в європейський медичний простір

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, які відображають основні наукові результати дисертації:

Монографії

1. Криза системи охорони здоров'я: монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена. Житомир: Видавничий дім «Бук-друк», 2024. 696 с. (*особистий внесок:* здійснено оцінку потенціалу системи охорони здоров'я)

2. Курбанов А.К. Державне управління потенціалом системи охорони здоров'я: монографія. – К. : ТОВ «Наукове видавництво "Нова думка"», 2026. 300 с.

3. Євроінтеграційні імперативи трансформації національної системи охорони здоров'я України монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена. – К. : ТОВ «Наукове видавництво "Нова думка"», 2025. – 612 с. (*особистий внесок:* представлено дослідження щодо розробки методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я)

4. Державна антикорупційна політика України : монографія / За загальною редакцією Д.О. Грицишена, О.В. Олійник. – Житомир : ТОВ «Видавничий дім "Бук-Друк"», 2025. – 248 с. (*особистий внесок:* обґрунтовано, що корупція виступає фактором впливу на потенціал системи охорони здоров'я)

Статті, які опубліковані у наукових виданнях, що індексуються в наукометричних базах Scopus/ Web of Science

5. Ivanchov P., Povch O., Sydorenko V., Kurbanov A., Lobodae S. Integrated Simulation training for surgical skill development in Ukrainian medical universities during war. Academia Greece. 2024. Vol. 35-36, Pp. 9-27 (**Scopus**) (*особистий внесок:* обґрунтовано вплив системи освіти на кадровий потенціал системи охорони здоров'я)

6. Andrieiev I., Tyshko D., Petryk S., Ihnatova T., Kurbanov A. Modern mechanisms of municipal healthcare management. Ad Alta-Journal Of Interdisciplinary Research. 2023. Vol. 13. Iss. 2. Pp. 165-170 (**WoS**) (*особистий внесок:* визначено особливості управління потенціалом системи охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування)

7. Tyshko D., Dramaretska S., Kurbanov A., Yunger V., Khatsko K. Risk management in medicine: the process of identification, assessment and control of risks in medical practice. Ad Alta-Journal Of Interdisciplinary Research. 2024. Vol. 14. Iss. 1. Pp.105-113 (**WoS**) (*особистий внесок:* визначено місце ризик-менеджменту в управлінні потенціалом системи охорони здоров'я)

8. Petryk S., Andrieiev I., Tishko D., Kurbanov A., Yunger V. The effectiveness of quality management strategies in health care organizations: an analysis of quality standards implementation and clinical performance improvement. Amazonia Investiga. 2023. Vol. 12. Iss. 68, Pp.333-345 (**WoS**) (*особистий внесок:* визначено вплив потенціалу на управління закладами охорони здоров'я)

Статті, які опубліковані у наукових фахових виданнях України

9. Курбанов А.К. Фактори впливу на державне управління потенціалом системи охорони здоров'я як об'єкта наукового дослідження. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. №2(112). С. 238–244. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2025-2(112)-238-244

10. Курбанов А.К. Функціональні особливості методології державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. №3(113). С. 164–172. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2025-3(113)-164-172

11. Kurbanov A. Characteristics of the healthcare system potential as an object of public administration. *Public Policy and Accounting*. 2025. № 1(11). С. 64–74. DOI: https://doi.org/10.26642/ppa-2025-1(11)-64-74

12. Kurbanov A. Methodology of public administration of healthcare system potential. *Public Policy and Accounting*. 2025. № 2(12). С. 42–52. DOI: https://doi.org/10.26642/ppa-2025-2(12)-42-52

13. Курбанов А.К. Адаптивно-резервний потенціал в системі державного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 47. С. 181-188. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.47.291

14. Курбанов А.К. Розвиток інфраструктурного потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу. *Публічне управління і*

адміністрування в Україні. 2025. № 49. С. 129-140. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.49.22

15. Грицишен Д.О., Курбанов А.К., Дмитренко І.А., Петрик С.М. Прогнозування в системі державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 50. С. 153-161. DOI: https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2025.50.25 (*особистий внесок:* визначено місце прогнозування в системі державного управління системою охорони здоров'я)

16. Грицишен Д.О., Курбанов А.К., Дмитренко І.А., Петрик С.М. Удосконалення методологічних положень прогнозування як складової державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Держава та регіони*. 2025. № 2. С. 252-266. DOI: https://doi.org/10.32782/1813-3401.2025.2.35 (*особистий внесок:* розроблено методологію прогнозування розвитку системи охорони здоров'я)

17. Курбанов А.К. Сучасний стан державного управління кадровим потенціалом систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2025. № 48. С. 175-185. DOI: https://doi.org/10.32782/ pma2663-5240-2025.48.28

18. Грицишен Д.О., Курбанов А.К., Дмитренко І.А., Петрик С.М. Комплексний механізм державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я на основі прогнозування. *Держава та регіони*. 2025. № 3. С. 216-226. DOI: https://doi.org/10.32782/1813-3401.2025.3.30 (*особистий внесок:* розроблено організаційно-методичні положення державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я).

19. Курбанов А.К. Характеристика фінансового потенціалу систем охорони здоров'я країн-членів Європейського Союзу. *Право та державне управління*. 2025. № 3. С. 465-478. DOI: https://doi.org/10.32782/pdu.2025.3.62

20. Курбанов А.К. Рівень фінансового потенціалу системи охорони здоров'я України як об'єкту державного управління. *Право та державне управління*. 2025. № 4. DOI: https://doi.org/10.32782/pdu.2025.4.50

21. Курбанов А.К. Рівень інфраструктурного потенціалу системи охорони здоров'я України. *Економіка, управління та адміністрування*. 2025. №4(114). С. 236–256. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2025-4(114)-236-256

22. Курбанов А.К. Становлення наукового знання про державне управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Економіка, управління та адміністрування*. 2026. №1(115). С. 231–240. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2026-1(115)-231-240

23. Kurbanov A. Assessment of systemic problems and consequences of public administration of human resources in the healthcare system of Ukraine. Public Policy and Accounting. 2026. №1(13). Pp. 3–21. DOI: https://doi.org/10.26642/ppa-2026-1(13)-3-21

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

24. Курбанов А.К. Методологічні основи державного управління адаптивно-резервним потенціалом системи охорони здоров'я. *Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів XXI століття*: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, 7-8 грудня 2023 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С. 604-609.

25. Курбанов А.К. Особливості застосування системного підходу до вивчення потенціалу системи охорони здоров'я. *Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки*. – Житомир : «Житомирська політехніка», 2024. С. 721-722.

26. Курбанов А.К. Характеристика методів державно-управлінського впливу суб'єктів державного управління на потенціал системи охорони здоров'я. *Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів XXI століття*: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 12-13 грудня 2024 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2024. С. 783-787.

27. Курбанов А.К. Зовнішні фактори впливу на потенціал системи охорони здоров'я. *Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції*

аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки. – Житомир : «Житомирська політехніка», 2025. С. 827-829

28. Курбанов А.К. Внутрішні фактори впливу на потенціал системи охорони здоров'я. *Національна безпека в умовах війни, післявоєнної відбудови та глобальних викликів XXI століття:* збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, 7-8 грудня 2023 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2025. С. 660-664.

29. Курбанов А.К. Властивості системи охорони здоров'я. *Тези Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції аспірантів, молодих учених та студентів, присвяченої Дню науки.* – Житомир : «Житомирська політехніка», 2023. С. 680-681.

30. Курбанов А.К. Завдання державного управління потенціалом системи охорони здоров'я. *Правова політика України: історія та сучасність*: матеріали IV Всеукраїнського науково-практичного семінару, 6 жовтня 2023 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2023. С 253-254.

31. Курбанов А.К. Характеристика фінансового потенціалу як об'єкту державного управління. *Правова політика України: історія та сучасність:* матеріали V Всеукраїнського науково-практичного семінару, 10 жовтня 2024 року. – Житомир: Житомирська політехніка, 2024. С. 230-232.

32. Курбанов А.К. Характеристика інфраструктурного потенціалу як об'єкту державного управління. *Правова політика України: історія та сучасність* : матеріали VI Всеукраїнського науково-практичного семінару, 9–10 жовтня 2025 року. – Ж. : Житомирська політехніка, 2025. С. 249-252.

КИЇВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
КИЇВСЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
вул. Січових Стрільців, 45, м. Київ, 04053, тел. (044) 484 17 57
e-mail: doz@koda.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 02012898

_____ № _____ на № _____ від _____

Спеціалізованій вченій раді

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Результати та розробки дисертаційної роботи Курбанова Антона Костянтиновича на тему «Державне управління потенціалом системи охорони здоров'я» були прийняті до уваги Департаментом охорони здоров'я Київської обласної військової адміністрації щодо визначених автором ключових механізмів ефективного розподілу кадрових та фінансових ресурсів для зміцнення медичної галузі в умовах воєнного стану та впровадження управлінських моделей реалізації системи охорони здоров'я, які дозволять відновити та модернізувати медичні мережі Київщини.

Директор Любов КРИКЛИВЕЦЬ

Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації
№33.04/3022-2025/вих 31.03.2025
КЕП: КРИВЦЛИВЕЦЬ Л. Г. 31. 03.2025
5E984D526F82F38F040000008FC426A1AC017C04
Сертифікат дійсний з 12.10.2025 до 11.10.2026 23:59

АГЕНЦІЯ РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

REGIONAL DEVELOPVENT AGENCY OF CHERNIHIV REGION (RDA OF CHERNIHIV REGION)

14000, Чернігівська обл., місто Чернігів, Деснянський район, вул. Преображенська, будинок 12, тел. +380503832199

151/14 від 06.03.2026 р.

ДОВІДКА

про впровадження науково-практичних результатів дисертаційної роботи

КУРБАНОВА Антона Костянтиновича

на тему:

«Державна управління потенціалом системи охорони здоров'я»

Агенцією регіонального розвитку Чернігівської області при розробці заходів щодо забезпечення розвитку системи охорони здоров'я були розглянуті та використані пропозиції з матеріалів дослідження Курбанова Антона Костянтиновича.

Заслуговує на увагу інформаційна модель кадрового, фінансового та інфраструктурного потенціалу, які дозволяють визначити його багатовекторність, багаторівневість та міжсистемність, зокрема обґрунтовано складові зазначених потенціалів, рівні управління ними, джерела формування, фактори впливу та встановлено залежність від різних видів державної політики. Розробка інформаційної моделі, що характеризує взаємодію між елементами системи державного управління та їх змістовні і формальні характеристики підтверджує практичну цінність наукового дослідження. Адаптація цих підходів дозволить трансформувати систему охорони здоров'я Чернігівщини з інерційної структури в динамічну екосистему, здатну не лише виживати в умовах війни, а й якісно розвиватися згідно з європейськими стандартами державного управління.

Уповноважена особа
Агенції регіонального розвитку
Чернігівської області С.В. Хоботня

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
Ministry of Education and Science of Ukraine, Zhytomyr Polytechnic State University

вул. Чуднівська,103, м. Житомир, 10005
103, Chudnivska Str., Zhytomyr, Ukraine, 10005
Phone/fax: (0412) 24-14-22, 24-14-23, e-mail: rector@ztu.edu.ua, https://ztu.edu.ua, код ЄДРПОУ 05407870
СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ВІДПОВІДАЄ ДСТУ ISO 9001:2015
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM ISO 9001:2015

Від 09.03.2026 № 44-13.00/300
На № _____ від _____

Довідка
про впровадження результатів наукового дослідження
Курбанова Антона Костянтиновича
в освітній процес Державного університету «Житомирська політехніка»

Науково-практичні результати Курбанова А.К., які в сукупності вирішують наукову проблему розвитку державного управління потенціалом СОЗ для забезпечення її готовності до кризових ситуацій та передбачають визначення загальних положень підготовки фахівців за освітнім ступенем «бакалавр» та «магістр», були використані в освітньому процесі Державного університету «Житомирська політехніка» при розробці методичного забезпечення з навчальних дисциплін «Стратегічний менеджмент та управління змінами» та «Публічна політика: формування, реалізація та аналіз».

Використання результатів дослідження Курбанова А.К. свідчить про їх завершеність, реальність і можливість впровадження в освітній процес закладів вищої освіти.

Довідка видана для представлення до Спеціалізованої вченої ради.

Проректор
з науково-педагогічної роботи Андрій МОРОЗОВ