**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО**
**«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД**
**«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»**
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А.Семенець-Орлова
«____»_____2025 р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

# «ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»

Виконала: студентка групи
ТУ-8-23-М1ПУА(2.0здс)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Бузовір Віталіни Миколаївни
Керівник: к.держ.упр., Телендій А.А.

Київ 2025

## АНОТАЦІЯ

**Бузовір Віталіна Миколаївна. “Публічне управління системою екстреної медичної допомоги в умовах реформування охорони здоров’я в Україні”.**

*Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти* “*магістр*” *із спеціальності* “*Публічне управління та адміністрування*” *- Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2025*

У кваліфікаційній роботі визначено теоретичні основи публічного управління в сфері охорони здоров’я. Проаналізовано стан системи екстреної медичної допомоги в Україні. Розкрито напрями вдосконалення публічного управління у сфері екстреної медичної допомоги.

**Ключові слова:** публічне управління, медична система, система охорони здоров’я, екстрена медична допомога.



## SUMMARY

**Buzovir Vitalina. "Public management of the emergency medical care system in the context of healthcare reform in Ukraine".**

*Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2025*

The thesis analyses the state of the problem of state financial control. The tendencies and directions of ensuring the legality and efficiency of the formation and expenditure of funds are revealed. An assessment of state financial control and implementation of forms necessary to increase its effectiveness in Ukraine is made.

**Key words:** public administration, medical system, healthcare system, emergency medical care.

**ЗМІСТ**

ВСТУП ..... 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ..... 7
1.1. Сутність і роль публічного управління у сфері охорони здоров'я ..... 7
1.2. Концепції реформування медичної системи: світовий та вітчизняний досвід ..... 14
1.3. Роль та особливості екстреної медичної допомоги в системі публічного управління охороною здоров'я ..... 22
Висновки до першого розділу ..... 28
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ..... 30
2.1. Організаційна структура та функціонування служби екстреної медичної допомоги ..... 30
2.2. Проблеми управління екстреною медичною допомогою в умовах реформ ..... 37
Висновки до другого розділу ..... 46
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ..... 48
3.1. Стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління ЕМД ..... 48
3.2. Інноваційно-цифрові та нормативно-ресурсні підходи до модернізації управління ЕМД ..... 57
Висновки до третього розділу ..... 62
ВИСНОВКИ ..... 64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ..... 67

# ВСТУП

*Актуальність теми дослідження.* У період інтенсивних трансформацій державної політики охорона здоров'я виступає однією з ключових сфер, що безпосередньо впливає на якість життя, безпеку та добробут населення. В умовах війни, внутрішніх міграцій, економічної нестабільності та медичних викликів, таких як пандемії, особливої уваги набуває забезпечення оперативного та ефективного реагування системи екстреної медичної допомоги. Саме дана ланка є першою в контакті з пацієнтом і виконує життєво важливу функцію негайного медичного втручання, що вимагає високої керованості, ресурсного забезпечення та міжвідомчої узгодженості.

Публічне управління екстреною медичною допомогою розглядається не лише як інструмент адміністративного впливу, а як багаторівнева система взаємодії між державними інституціями, місцевими громадами, професійною медичною спільнотою та громадянами. Воно охоплює планування, координацію, регулювання та контроль за всіма етапами надання невідкладної допомоги − від виклику до госпіталізації. Реформа системи охорони здоров'я, розпочата в Україні, зумовила суттєві зміни в управлінських підходах до організації ЕМД, що актуалізує потребу в глибшому науковому аналізі відповідних процесів.

Проблематику публічного управління у сфері охорони здоров'я загалом та екстреної медичної допомоги зокрема розглядали такі науковці, як: Р. Августин, О. Апостолюк, Г. Бандура, В. Борщ, Н. Василенко, М. Васюк, Д. Гавриченко, А. Денисова, Н. Гончарук, М. Долгіх, А. Дука, І. Зима, О. Каламан, В. Карлаш, О. Краснова, Ю. Лепех, Б. Логвиненко, О. Марухленко, А. Мельник, Н. Обушна, Я. Радиш, Ю. Сенюк, О. Терзі, Л. Тихончук, Т. Федоренко, Р. Черніховський, Р. Шевчук. Однак, незважаючи на наявність вагомого наукового підґрунтя, сучасні виклики − зокрема вплив воєнного стану, кризи ресурсного забезпечення, нерівномірність цифрової трансформації та відсутність єдиної національної стратегії розвитку ЕМД −

вимагають оновленого дослідницького погляду. Поглиблене вивчення даної теми дозволяє сформулювати ефективні моделі публічного управління, адаптовані до українських реалій, що забезпечать надання екстреної допомоги на якісно новому рівні.

*Об'єктом дослідження* є процес функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні.

*Предметом дослідження* є публічне управління системою екстреної медичної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні.

*Метою дослідження* є теоретичне обґрунтування основ публічного управління у сфері охорони здоров'я, аналіз сучасного стану функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні та визначення стратегічних напрямів удосконалення публічного управління даної системою в умовах реформування.

*Відповідно до мети визначено завдання дослідження*:

- визначити сутність і роль публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- вивчити концепції реформування медичної системи: світовий та вітчизняний досвід;
- дослідити роль та особливості екстреної медичної допомоги в системі публічного управління охороною здоров'я;
- розглянути організаційну структуру та функціонування служби екстреної медичної допомоги;
- узагальнити проблеми управління екстреною медичною допомогою в умовах реформ;
- запропонувати стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління екстреною медичною допомогою.

*Методологія дослідження* базувалася на системному та структурно-функціональному підходах, що дали змогу комплексно розглянути екстрену медичну допомогу як ключовий елемент системи охорони здоров'я в контексті її реформування. Використано інституційний та порівняльний підходи для

аналізу моделей публічного управління та оцінки їхньої ефективності в сучасних умовах. Узагальнення теоретичних положень і практичного досвіду дозволило обґрунтувати напрямки вдосконалення управлінських механізмів, орієнтованих на забезпечення доступності, оперативності та стійкості служби ЕМД в Україні.

*Наукова новизна дослідження* полягає у формуванні цілісного бачення стратегічного та інноваційного оновлення системи управління екстреною медичною допомогою з урахуванням сучасних викликів, пов'язаних із воєнними діями, цифровою трансформацією та потребами міжвідомчої взаємодії. Обґрунтовано доцільність запровадження комплексного підходу, що поєднує структурну оптимізацію, нормативне оновлення, цифровізацію процесів і підвищення кадрової спроможності служби ЕМД як ключового елементу публічного управління у сфері охорони здоров'я.

*Практичне значення дослідження* полягає у можливості застосування його результатів у навчальному процесі закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку фахівців у сфері публічного управління та охорони здоров'я. Напрацьовані висновки та пропозиції можуть бути використані для вдосконалення управлінських рішень у системі екстреної медичної допомоги, розробки стратегічних документів, навчальних програм, а також у діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування з метою підвищення ефективності, оперативності та інституційної спроможності служб ЕМД в умовах реформ.

*Структура дослідження* включає вступ, три основні розділи, висновки, список використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 74 сторінки, а бібліографічний список містить 60 джерел.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1. Сутність і роль публічного управління у сфері охорони здоров'я

У сучасних умовах соціальних трансформацій, викликаних глобалізаційними процесами, цифровізацією та збройною агресією проти України, система охорони здоров'я постає як один із ключових об'єктів публічного управління. Саме ефективність організації та реалізації державної політики в медичній сфері безпосередньо впливає на безпеку громадян, стійкість суспільства до криз і рівень довіри до владних інституцій. У таких обставинах публічне управління в охороні здоров'я набуває нового значення − як інструмент забезпечення не лише медичних, а й стратегічно важливих функцій держави.

З огляду на зростаючу складність суспільних потреб, публічне управління в медичній сфері трансформується із традиційно-адміністративного інструменту на багатовекторну систему управлінських рішень, що охоплює стратегічне планування, розподіл повноважень, контроль якості послуг, комунікацію з громадськістю та розвиток міжсекторального партнерства. Органи публічної влади отримують розширені повноваження − від нормотворчої діяльності до організації систем реагування на надзвичайні ситуації, включаючи функціонування екстреної медичної допомоги. Їхня компетенція поширюється не лише на формування політик, а й на забезпечення умов для їх реалізації, включаючи кадрове, фінансове та інфраструктурне забезпечення.

За визначенням Р. Августина, О. Апостолюка та А. Артимовича, публічне управління у медичній сфері охоплює не лише формальне адміністрування процесів, а й розробку та реалізацію управлінських рішень і механізмів, що формуються на засадах стратегічного бачення, цільового програмування та управління результатом. Вчені підкреслюють, що ефективне

управління в охороні здоров’я повинно бути орієнтованим на суспільні інтереси та цінності, особливо в умовах системної трансформації, яка передбачає модернізацію організаційної структури, цифровізацію процесів, оновлення нормативно-правової бази та розвиток кадрового потенціалу [1].

Особливу увагу вони приділяють управлінській гнучкості, яка дозволяє адаптуватися до швидких змін соціально-економічного та безпекового середовища. У контексті надзвичайних ситуацій − зокрема, збройної агресії чи пандемії − стратегічна функція публічного управління проявляється у здатності забезпечити оперативне реагування, стале функціонування системи охорони здоров’я та формування довіри населення до державних інституцій. Таким чином, ключовим завданням сучасного публічного управління є не лише утримання функціональної спроможності медичних установ, а й упровадження інноваційних, адаптивних моделей управління, що відповідають принципам відкритості, ефективності й орієнтації на потреби людини.

На думку Н. Василенка, М. Семка та Я. Радиша, публічне управління відіграє визначальну роль у формуванні нової парадигми державного регулювання галузі охорони здоров’я, яка має ґрунтуватися на інтеграції вітчизняного досвіду з ефективними зарубіжними моделями. Вони зазначають, що сучасне управління повинно враховувати кращі практики країн Європейського Союзу, зокрема у питаннях побудови пацієнтоцентричних систем, розвитку автономії медичних закладів, запровадження контрактного фінансування через державні гарантії та застосування цифрових технологій [8].

При цьому автори наголошують на важливості забезпечення оптимального балансу між централізацією стратегічного планування (на рівні державних органів) та децентралізацією виконання управлінських функцій (на рівні місцевого самоврядування й органів виконавчої влади на місцях). Такий підхід сприяє не лише підвищенню гнучкості управлінської системи, але й дозволяє враховувати специфіку потреб кожного регіону, що особливо

актуально в умовах нерівномірного розподілу ресурсів та викликів, пов’язаних із внутрішнім переміщенням населення і різним рівнем безпекової ситуації.

В. Борщевський, О. Василиця та Є. Матвєєв зазначають, що в умовах воєнного стану публічне управління набуває нового змістового навантаження, яке вимагає гнучкості, швидкості реагування та здатності адаптуватися до надзвичайних ситуацій. Вони наголошують на інституційних трансформаціях і потребі оновлення стратегічних та тактичних механізмів державної політики в медичній сфері [7].

Важливою складовою публічного управління є надання якісних та доступних медичних послуг. Як вказує М. Васюк, органи публічного управління виступають не лише як регулятори, а й як безпосередні суб’єкти надання медичних послуг, що зумовлює потребу в інтеграції адміністративних та сервісних функцій [9]. Як зазначають О. Мельниченко та Ж. Овчарова, сучасне публічне управління в охороні здоров’я розглядається як предмет міждисциплінарного дослідження, що поєднує адміністративну, економічну, правову та соціологічну складові. Вказане дає змогу підходити до реформ системно, враховуючи як управлінські інструменти, так і потреби населення [34]. Крім того, Всесвітня організація охорони здоров’я визначає, що ефективне публічне управління у сфері охорони здоров’я має ґрунтуватися на принципах прозорості, підзвітності та участі громадян у процесі ухвалення рішень [10].

Так, можна сказати, що сутність публічного управління у сфері охорони здоров’я полягає у забезпеченні цілісності, керованості та адаптивності системи надання медичних послуг з урахуванням змінних умов та потреб суспільства. Його роль полягає не лише в адмініструванні процесів, а й у стратегічному лідерстві, розвитку інституційної спроможності та впровадженні інноваційних підходів до управління.

В умовах постіндустріального розвитку суспільства публічне управління у сфері охорони здоров’я розглядається не просто як адміністративна діяльність органів влади, а як складна система взаємодії

держави, громадянського суспільства та ринку медичних послуг. На думку О. Миколенко, ефективність публічного управління в цій сфері значною мірою залежить від здатності держави адаптуватися до нових викликів та впроваджувати інноваційні форми організації управлінської діяльності [36].

М. Долгіх підкреслює, що теоретичні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я мають базуватися на принципах управління результатом, що означає орієнтацію не лише на процес, а насамперед − на якість та ефективність послуг, які отримує громадянин [14]. Вказане передбачає формування нової управлінської парадигми, заснованої на відповідальності, прозорості та залученні населення до процесів ухвалення рішень.

У сучасних умовах трансформації державного управління, що відбувається під впливом як внутрішніх викликів, так і зобов'язань у межах європейської інтеграції, актуалізується потреба у впровадженні нових ціннісних і управлінських підходів у сфері охорони здоров'я. Як зазначають Н. Гончарук та А. Чередниченко, важливою тенденцією розвитку публічного управління є імплементація європейських стандартів, що передбачає перехід від директивного управління до моделі, орієнтованої на людину та її права [13]. У цьому контексті ключового значення набуває інституціоналізація прав пацієнтів як повноправних учасників системи охорони здоров'я, розвиток електронного врядування (зокрема, через впровадження eHealth-платформ) та забезпечення недискримінаційного доступу до медичних послуг, включно з вразливими групами населення. Такий підхід змінює роль держави − з постачальника послуг на гаранта стандартів, регулятора та координатора багаторівневої системи охорони здоров'я.

У цьому контексті вартісним є внесок А. Барзиловича, який, розглядаючи стратегічні аспекти реформування, наголошує на необхідності формування ефективного, гнучкого та адаптивного механізму державного регулювання, здатного забезпечити не лише стабільність, а й життєстійкість медичної системи в умовах багатовимірної нестабільності [3]. Учений

підкреслює, що механізми публічного управління мають бути проактивними − тобто орієнтованими не лише на реагування, а й на попередження кризових явищ, завдяки прогнозуванню ризиків, антикризовому плануванню та стратегічному аналізу потреб населення.

Підтримує цю позицію і В. Карлаш, який, аналізуючи сучасний стан державного регулювання в галузі охорони здоров'я, вказує на критичну важливість формування чіткої, ієрархічно узгодженої системи управлінських взаємозв'язків між центральними і місцевими органами влади [19]. Він наголошує, що фрагментарність управлінських рішень, відсутність координації та слабка нормативна інтеграція призводять до неефективного використання ресурсів і розбалансованості в наданні медичних послуг. Отже, ефективне публічне управління має ґрунтуватися на системності, субсидіарності та інтегрованому плануванні, що дозволяє підвищити стійкість політики у сфері охорони здоров'я та наблизити її до потреб конкретних громад.

Значну увагу дослідники приділяють міжнародному виміру публічного управління у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Н. Колісніченко акцентує на важливості глобального контексту формування управлінських підходів, підкреслюючи зростаючу роль міжнародних стандартів, які слугують орієнтиром для вітчизняної політики [21]. У сучасному світі, де медична безпека розглядається як частина системи національної та глобальної безпеки, важливим є врахування досвіду країн з високим рівнем розвитку публічної охорони здоров'я.

Авторка наголошує, що запозичення елементів зарубіжних моделей управління, таких як система National Health Service (NHS) у Великобританії або система соціального страхування в Німеччині, дає змогу адаптувати українську модель охорони здоров'я до сучасних викликів, зберігаючи при цьому її специфіку. Застосування таких моделей дозволяє впроваджувати системи фінансування, побудовані на принципах солідарності, відповідальності та орієнтації на результат.

Водночас важливо забезпечити внутрішню цілісність публічного управління. Як зазначає І. Зима, ефективність державного управління у сфері охорони здоров'я залежить від системності управлінських механізмів, які повинні включати взаємопов'язані нормативний, організаційний, фінансовий та інформаційний блоки [16]. Учений наголошує, що сучасні технології та електронні системи самі по собі не забезпечують ефективності, якщо відсутня координація між окремими елементами. Тільки цілісний, інтегрований підхід до управління дозволяє створити дійсно функціональну систему, здатну адаптуватися до викликів часу.

Важливим є й теоретичне осмислення поняття публічного управління. За спостереженням О. Марухленка, це поняття має багатоаспектний характер, оскільки охоплює як традиційне адміністративне регулювання, так і політичну відповідальність, сервісну функцію й участь громадянського суспільства [31]. У контексті охорони здоров'я це означає, що державна влада не лише керує процесами, а й активно взаємодіє з населенням, виступаючи як партнер, відповідальний за справедливий розподіл ресурсів, формування безпечного середовища та гарантування якісних послуг. В цілому, публічне управління у медичній сфері − це не стільки "влада над системою", скільки "управління заради системи та з урахуванням потреб людини".

У науковому дискурсі публічне управління у сфері охорони здоров'я розглядається крізь призму різних концептуальних підходів, що підкреслюють багатогранність його функцій, принципів та механізмів. Нижче в табл. 1.1. узагальнено позиції провідних українських дослідників, які окреслюють сучасне розуміння ролі публічного управління в медичній галузі.

*Таблиця 1.1.*

Наукові підходи до трактування сутності та ролі публічного управління у сфері охорони здоров'я

| *№* | *Автор(и)* | *Ключова ідея* |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Р. Августин, О. Апостолюк, А. Артимович | Публічне управління охоплює стратегічні рішення, орієнтовані на модернізацію та суспільні інтереси; важлива гнучкість в умовах надзвичайних ситуацій. |
| 2 | Н. Василенко, М. Семко, Я. Радиш | Необхідність поєднання вітчизняного досвіду та зарубіжних практик; баланс між централізацією планування і децентралізацією реалізації. |
| 3 | Н. Гончарук, А. Чередниченко | Запровадження європейських цінностей, прав пацієнтів, електронного врядування, недискримінаційного доступу до медичних послуг. |
| 4 | А. Барзилович | Управління має бути гнучким, проактивним і здатним забезпечити стійкість системи охорони здоров'я. |
| 5 | В. Карлаш | Потрібна система узгоджених взаємозв'язків між центральними і місцевими органами для уникнення фрагментації рішень. |
| 6 | Н. Колісніченко | Міжнародні стандарти (NHS, соцстрахування) як орієнтир для реформ; адаптація моделей управління. |
| 7 | І. Зима | Необхідність системності: поєднання нормативного, організаційного, фінансового та інформаційного блоків. |
| 8 | О. Марухленко | Публічне управління — багатогранне явище, що включає регулювання, політичну відповідальність, сервісну функцію та участь громади. |
| 9 | О. Мельниченко, Ж. Овчарова | Публічне управління охороною здоров'я — предмет міждисциплінарного дослідження; поєднує адміністративні, правові, економічні й соціальні компоненти. |
| 10 | М. Васюк | Органи публічного управління не лише регулюють, а й безпосередньо надають медичні послуги; важливість інтеграції адміністративних і сервісних функцій. |
| 11 | В. Борщевський, О. Василиця, Є. Матвєєв | В умовах воєнного стану публічне управління потребує гнучкості, стратегічної мобільності та адаптації до кризових обставин; трансформація інституцій. |

Складено на основі аналізу джерел [1; 7; 8; 9; 10; 13; 14; 16; 19; 21; 31; 34; 36].

Таким чином, публічне управління у сфері охорони здоров'я − це не лише система адміністративного контролю чи нормативного впливу, а багатокомпонентна управлінська діяльність, яка включає в себе стратегічне планування, організаційне забезпечення, правову регламентацію, кадрове управління та фінансове регулювання. Воно охоплює всі рівні функціонування медичної галузі − від формування політики до надання конкретних послуг − і покликане забезпечити не лише ефективність, але й прозорість, підзвітність, інклюзивність управлінських рішень. У центрі цього підходу стоїть людина як суб'єкт і об'єкт державної політики у сфері здоров'я.

Сучасна роль публічного управління полягає в інтеграції політики, менеджменту, сервісної орієнтації та правових механізмів для забезпечення стійкості та безперервності функціонування медичної системи, особливо в умовах кризи чи воєнного стану. Забезпечення соціальної справедливості, рівного доступу до медичних послуг та активної участі громадянського суспільства в ухваленні рішень є тими критеріями, що визначають якість публічного управління. Таким чином, публічне управління має розглядатися як складна система динамічної взаємодії між державою, суспільством і ринком, яка вимагає постійного оновлення підходів, адаптації до викликів і впровадження міжнародних стандартів у практику державного адміністрування.

## 1.2. Концепції реформування медичної системи: світовий та вітчизняний досвід

Реформування медичних систем у різних країнах світу є відповіддю на зростання потреб населення, збільшення вартості медичних послуг, старіння населення та необхідність забезпечення ефективного розподілу ресурсів. Впродовж останніх десятиліть склалися декілька базових моделей організації систем охорони здоров’я, які стали основою для управлінських концепцій і стратегій реформ у більшості країн.

Найбільш відомою є бюджетна (національна) модель, або так звана модель Бевериджа, яка була започаткована у Великій Британії після Другої світової війни й надалі успішно реалізована в Іспанії, Італії, Ірландії, Норвегії, Швеції, Фінляндії та інших скандинавських країнах. Головний принцип цієї моделі полягає в тому, що фінансування системи охорони здоров’я здійснюється виключно з державного бюджету, сформованого за рахунок загальних податків. Вказане дозволяє забезпечити універсальний доступ до медичних послуг, які є безоплатними для всіх громадян незалежно від соціального статусу, рівня доходів чи зайнятості.

У межах цієї моделі медичні установи, як правило, є державними, а медичний персонал − найманими працівниками бюджетної сфери або мають контрактні відносини з національною службою здоров'я. Держава не лише фінансує систему, а й виконує провідну роль у плануванні, управлінні, контролі якості та розподілі ресурсів, що дозволяє централізовано координувати всі етапи надання медичної допомоги [56]. Саме завдяки такій централізації вдається досягати високої ефективності в попередженні захворювань, плануванні профілактичних заходів і реагуванні на епідемії.

Модель Бевериджа вважається однією з найбільш соціально орієнтованих, оскільки гарантує рівність доступу до медичних послуг для всього населення. Вона забезпечує захист вразливих груп, уникає фінансових бар'єрів для пацієнтів, а також знижує адміністративні витрати, пов'язані з обліком платежів або посередництвом страхових компаній. Разом із тим, ця модель має і певні недоліки. Серед них − ризик формування черг, обмеження у виборі лікаря, повільне оновлення технологій та високе навантаження на державний бюджет, особливо в періоди економічної нестабільності. Крім того, надмірна централізація іноді може знижувати гнучкість у прийнятті рішень на місцевому рівні [53]. Попри вказані виклики, модель Бевериджа залишається еталоном соціальної справедливості в охороні здоров'я та продовжує служити основою для реформ у багатьох країнах, які прагнуть забезпечити універсальне медичне покриття та високі стандарти громадського здоров'я.

Інша впливова система − це страхова модель, або модель Бісмарка, яка бере початок із кінця XIX століття, коли канцлер Німеччини Отто фон Бісмарк уперше впровадив обов'язкове соціальне медичне страхування для промислових робітників. Сьогодні ця модель широко застосовується в Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах, Австрії та деяких інших країнах Європи. Її основна особливість − фінансування через обов'язкові внески працівників і роботодавців, які спрямовуються до так званих страхових фондів або кас хворих (Krankenkassen) [2]. Вказані фонди виконують роль фінансових

посередників між пацієнтом і надавачем послуг, оплачуючи медичне обслуговування застрахованим громадянам.

У рамках цієї моделі медичні послуги можуть надаватися як державними, так і приватними закладами, що сприяє конкуренції за якість і ефективність. Держава в цій системі не здійснює прямого управління установами охорони здоров'я, але виконує регуляторну функцію − встановлює стандарти якості, контролює фінансову стабільність страхових фондів і забезпечує рівний доступ до страхування. При цьому громадяни зобов'язані мати медичне страхування, а у випадку низького доходу або соціальної вразливості − держава покриває витрати за них.

Однією з головних переваг моделі Бісмарка є стимулювання конкуренції між страховими фондами, що змушує їх удосконалювати якість обслуговування, розширювати спектр послуг і раціонально витрачати кошти. Пацієнти мають ширший вибір лікарів, клінік і страховиків, а система в цілому є гнучкішою та більш клієнтоорієнтованою порівняно з централізованими моделями. Разом з тим, функціонування цієї моделі потребує високої дисципліни збору страхових внесків, ефективного фінансового нагляду й інституційної стабільності. У разі зростання вартості медичних послуг виникає ризик перекладання частини витрат на самих пацієнтів, що може посилити соціальну нерівність [51]. Крім того, збереження балансу між конкуренцією і солідарністю потребує складного регулювання, аби уникнути комерціалізації системи та зниження доступності для певних верств населення. Загалом модель Бісмарка є прикладом ефективного поєднання публічного регулювання й приватної ініціативи, що дозволяє досягати високих показників якості медичної допомоги, водночас зберігаючи фінансову стійкість системи охорони здоров'я.

У ряді країн світу реалізується змішана модель охорони здоров'я, яка поєднує в собі елементи як бюджетного (державного), так і страхового фінансування. Такий підхід дає змогу балансувати між соціальними гарантіями та ринковими механізмами, зберігаючи при цьому широку

доступність медичних послуг для населення. Наприклад, у Канаді базові медичні послуги, включно з первинною допомогою та госпіталізацією, фінансуються з державного бюджету провінцій, але існує й приватний сектор, який надає додаткові або спеціалізовані сервіси, зокрема стоматологічну допомогу, офтальмологію, реабілітаційні послуги [12]. При цьому приватне страхування не є обов'язковим, але використовується для розширення пакету послуг.

Аналогічну структуру мають Австралія та Швейцарія, де успішно реалізоване поєднання бюджетного покриття основних медичних потреб з активною участю приватних страхових фондів, що дозволяє підтримувати високі стандарти якості та забезпечувати гнучкість у виборі послуг. У таких системах держава не усувається від процесу, а навпаки − виконує роль гаранта доступності, контролює тарифи, встановлює стандарти й захищає права пацієнтів. Вказане сприяє формуванню пацієнтоорієнтованого середовища, в якому громадяни мають змогу самостійно обирати як страхову компанію, так і лікувальний заклад, не втрачаючи при цьому базових соціальних гарантій.

Інший приклад − ліберальна модель, яка сформувалася у Сполучених Штатах Америки. Вона суттєво відрізняється від європейських підходів, оскільки ґрунтується переважно на ринкових механізмах і приватному страхуванні. Система охорони здоров'я США тривалий час була фрагментованою: відсутність універсального державного страхування призводила до того, що мільйони громадян залишалися поза системою медичних послуг. Витрати на охорону здоров'я в США − одні з найвищих у світі, однак доступ до послуг часто залежить від соціального статусу, працевлаштування та наявності полісу.

Реформа Affordable Care Act (2010), відома також як "Obamacare", започаткувала спробу реформування системи з метою розширення доступу до страхування, запровадження субсидій для малозабезпечених, створення медичних бірж і посилення державного регулювання страхового ринку. Проте, попри прогрес у збільшенні кількості застрахованих, система залишається

однією з найбільш комерціалізованих, а проблеми нерівності, високих співоплат і відсутності єдиного національного контролю досі викликають гостру суспільну критику [23]. В цілому, змішані моделі прагнуть об'єднати кращі риси державного та приватного сектору, забезпечуючи гнучкість, якість та соціальну справедливість. Натомість ліберальна модель акцентує на свободі вибору та ринковій конкуренції, однак нерідко поступається в аспектах справедливості й загального доступу до медичних послуг.

Світовий досвід демонструє, що ефективне управління медичною системою передбачає поєднання кількох компонентів: справедливого фінансування, належного планування, стимулювання якості та забезпечення участі громадян. Успішні реформи базуються на довгостроковому стратегічному підході, прозорості процесів і широкій підтримці з боку суспільства.

Реформування системи охорони здоров’я в Україні є складним, багатоступеневим процесом, який активно реалізується з початку 2010-х років і особливо інтенсифікувався після 2017 року. Стартом масштабної трансформації стало ухвалення Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [44], що заклав підґрунтя для переходу до нової моделі − від утримання медичних закладів до оплати за конкретно надану послугу. Такий підхід базується на принципах справедливості, прозорості та ефективності розподілу фінансових ресурсів.

Центральним елементом нової системи стало створення Національної служби здоров’я України (далі − НСЗУ) − уповноваженого органу, який укладає договори з надавачами медичних послуг та здійснює фінансування за принципом “гроші йдуть за пацієнтом” [41]. Завдяки цьому було змінено логіку управління: державні кошти більше не розподіляються на утримання установ, а спрямовуються безпосередньо на оплату фактично наданої допомоги.

Однією з ключових змін, реалізованих у межах медичної реформи в Україні, стало переформатування первинної ланки медичної допомоги, яка є

основою функціонування всієї системи охорони здоров’я. Вперше громадяни отримали право вільного вибору сімейного лікаря, терапевта або педіатра, незалежно від їхнього місця реєстрації або проживання. Вказане дало змогу порушити усталену вертикальну прив’язаність до закладів, а також запровадити конкурентне середовище серед медичних установ, які почали змагатися за пацієнта через якість обслуговування, зручність сервісу та професіоналізм персоналу. Таким чином, було створено передумови для персоналізованої медичної допомоги, де пацієнт не лише споживач, а активний учасник у формуванні власного маршруту лікування. Водночас, ця реформа зрушила фокус із вузько спеціалізованої допомоги на профілактику, раннє виявлення захворювань і моніторинг стану здоров’я, що відповідає принципам сучасної проактивної медицини.

Важливою складовою реформи стало впровадження автономізації закладів охорони здоров’я, зокрема перетворення комунальних і державних медичних установ на некомерційні підприємства. Окреслене надало закладам фінансову, адміністративну та організаційну самостійність. Керівництво таких установ отримало змогу самостійно управляти коштами, укладати контракти з Національною службою здоров’я України, формувати штатний розпис, преміювати персонал та залучати додаткові джерела фінансування. Фактично, відбулася децентралізація управління медичними ресурсами, що посилило гнучкість у реагуванні на потреби громади та стимулювало розвиток внутрішньої ефективності [5]. У результаті цього процесу з’явилися механізми внутрішньої конкуренції, орієнтація на результат і зацікавленість у підвищенні якості послуг, що надаються.

Ще одним важливим етапом реформи стало впровадження цифрової платформи “Електронне здоров’я”, яка об'єднала ключові елементи медичної документації в електронному форматі. Завдяки цій системі було реалізовано електронні медичні картки, електронні рецепти, направлення до спеціалістів, підписання декларацій із лікарями та формування звітності. Цифровізація дала змогу підвищити прозорість у відносинах між медичним закладом і пацієнтом,

мінімізувати паперову бюрократію, зменшити корупційні ризики, а також сформувати єдиний національний медичний простір. Завдяки накопиченню структурованих медичних даних система “eHealt” стала інструментом стратегічного планування, оцінки ефективності політик і моніторингу стану здоров’я населення в реальному часі [45].

Попри суттєвий поступ у трансформації первинної медичної допомоги, реформування вторинної та третинної ланки − тобто спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги − виявилося набагато складнішим і менш однорідним процесом. Дані рівні системи охорони здоров’я потребують значно більшого фінансування, сучасного технічного оснащення, міждисциплінарних команд і наявності вузькопрофільних спеціалістів. Основними проблемами стали нерівномірний доступ до медичних послуг у сільських і віддалених регіонах, кадровий дефіцит, зношеність матеріально-технічної бази лікарень та відсутність єдиного ефективного механізму маршрутів пацієнта. У багатьох випадках пацієнти змушені звертатися до медичних установ за межами своєї області, що створює навантаження на систему і знижує оперативність надання допомоги.

Проблеми вторинного та третинного рівня ще більше загострилися внаслідок воєнного стану: внутрішнє переміщення населення, пошкодження лікарень, нестача ресурсів у приймаючих громадах, потреба в евакуації поранених та осіб з хронічними хворобами − все це поставило систему охорони здоров’я перед безпрецедентними викликами. Особливо гостро постало питання забезпечення екстреної медичної допомоги, у тому числі в зонах бойових дій та на прифронтових територіях. Окрім фізичного здоров’я, значного навантаження зазнала й психіатрична та психосоціальна допомога, оскільки зросла кількість звернень через посттравматичні стани, тривожні розлади, депресії та втрату родичів [20]. Таким чином, реформування вторинної й третинної ланки потребує не лише фінансових вкладень, а й модернізації управлінських підходів, створення міжрівневої координації, розвитку логістики медичних маршрутів і посилення кадрового потенціалу.

Не менш важливим чинником стало розширення ролі органів місцевого самоврядування в управлінні охороною здоров’я на територіальному рівні. У межах децентралізаційної реформи громади отримали повноваження щодо утримання медичних закладів, їх розвитку, розподілу субвенцій, управління об'єктами інфраструктури, а також участі у реалізації політики охорони здоров’я на місцях. Вказане дало змогу краще враховувати локальні потреби населення, формувати більш гнучкі рішення та оптимізувати взаємодію з надавачами послуг [60]. Проте децентралізація водночас виявила дефіцит кваліфікованих управлінських кадрів, відсутність достатніх фінансових інструментів для стратегічного планування, а також потребу в налагодженні ефективної взаємодії між місцевою владою, НСЗУ та громадськістю. Без належної координації на національному рівні ризики фрагментації системи зростають, що може призводити до неефективного використання ресурсів і зниження якості послуг у частині територіальних громад. Загалом, вітчизняний досвід реформування демонструє перехід до нової моделі публічного управління в охороні здоров’я, заснованої на прозорості, підзвітності, пацієнтоцентричності та фінансовій мотивації результату [28]. Проте успіх цього переходу залежить від здатності держави підтримувати сталість реформ, адаптувати механізми до кризових умов і забезпечити рівність доступу до медичних послуг незалежно від місця проживання та соціального статусу пацієнта.

Підсумовуючи, аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду реформування системи охорони здоров’я засвідчує, що успішні моделі реформ ґрунтуються на поєднанні економічної ефективності, соціальної справедливості та стратегічної орієнтації на потреби громадян. Бюджетна, страхова та змішані моделі в різних країнах демонструють різні управлінські підходи, проте спільним для них є пріоритет доступності, якості послуг та відповідальності держави перед суспільством. В Україні реформа охорони здоров’я набуває ознак системної трансформації: від вертикального управління − до контрактного механізму фінансування, від утримання закладів

− до оплати за результат, від централізації − до підвищення ролі місцевого самоврядування. Водночас потребують вирішення виклики, пов’язані з нерівністю доступу, кадровим забезпеченням, цифровим розривом і наслідками війни. Оптимізація реформи можлива за умов послідовної державної політики, інституційної стабільності та впровадження управлінських рішень, заснованих на найкращих міжнародних практиках.

### 1.3. Роль та особливості екстреної медичної допомоги в системі публічного управління охороною здоров’я

На сьогодні екстрена медична допомога (далі − ЕМД) посідає особливе місце в системі охорони здоров’я, адже від її оперативності та злагодженості залежить збереження життя і мінімізація тяжких наслідків для здоров’я громадян у критичних ситуаціях. Вона є не лише інструментом медичного втручання, а й індикатором готовності держави захищати основоположні права людини, зокрема право на своєчасну і якісну медичну допомогу. ЕМД охоплює широкий спектр викликів − від серцево-судинних уражень і дорожньо-транспортних пригод до бойових поранень і масових уражень унаслідок надзвичайних ситуацій.

У межах публічного управління екстрена допомога виконує функцію першого реагування, і саме на цій ланці найбільш відчутними стають системні переваги або недоліки управлінських рішень, фінансових моделей, кадрової політики та інституційної спроможності. Її ефективність напряму залежить від злагодженості між рівнями влади, регіональних і центральних органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, служб безпеки, транспорту, зв’язку та медичних закладів різної спеціалізації. В умовах сучасних викликів − війни, масштабної внутрішньої міграції, деструкції інфраструктури − екстрена допомога стає ключовим елементом кризової стійкості системи охорони здоров’я, що потребує не лише технічного забезпечення, а й гнучкого, проактивного публічного управління.

В умовах сучасних викликів − пандемій, воєнного стану, техногенних катастроф, масштабних аварій та стихійних лих − роль екстреної медичної допомоги набула не лише оперативного, а й стратегічного значення. Вона перетворилася з технічної служби швидкого реагування на ключову ланку медичної безпеки держави, яка виконує роль буфера між кризовою подією та розгортанням повноцінної медичної допомоги [3]. Результативність її дій впливає не лише на виживання пацієнтів, а й на довіру суспільства до здатності держави діяти швидко, скоординовано та ефективно в умовах загрози.

У цьому контексті екстрена допомога виступає індикатором функціональності всієї системи охорони здоров'я. Вона першою реагує на системні слабкості − нестачу кадрів, логістичні розриви, технічну неготовність, відсутність алгоритмів взаємодії. Ефективна ЕМД може компенсувати частину цих проблем через мобільність і професіоналізм, проте тривала експлуатація без належної управлінської підтримки призводить до виснаження системи. Відтак, її діяльність має розглядатися не як окремий функціональний блок, а як стрижень екосистеми невідкладної допомоги, що охоплює первинну, спеціалізовану, транспортну та реабілітаційну підтримку [32]. Для публічного управління це означає потребу в системному, а не фрагментарному підході до розвитку та регулювання сфери ЕМД. Замість розподілу повноважень на формальному рівні, слід впроваджувати інтегровані політики, де екстрена допомога враховується на кожному рівні прийняття рішень − від національного стратегічного планування до місцевого бюджетування, розподілу техніки, забезпечення пального, розміщення бригад та підготовки персоналу.

Крім того, в умовах гібридних загроз, характерних для України під час воєнного конфлікту, ЕМД потребує особливого управлінського статусу − як частини інфраструктури безпеки, що вимагає спільного фінансування, кризового резервування ресурсів і міжгалузевої координації. Вона має бути включена до механізмів цивільного захисту, територіальної оборони, планів евакуації населення, медичної логістики в тилу та на передовій. Отже,

реформування ЕМД повинно передбачати не лише клінічну модернізацію, а й управлінське переосмислення її місця в національній безпековій доктрині.

Особливістю екстреної медичної допомоги як об'єкта публічного управління є її висока залежність від багаторівневої міжвідомчої взаємодії. ЕМД не може функціонувати ізольовано в межах лише медичної галузі, оскільки її ефективність забезпечується координованою роботою з системами цивільного захисту, Національною поліцією, Державною службою з надзвичайних ситуацій, силами територіальної оборони, а також органами місцевого самоврядування і транспортної інфраструктури. Така широка інтегрованість робить ЕМД унікальною в управлінському плані − її ефективне функціонування вимагає не лише клінічних протоколів, а й узгоджених адміністративних рішень, міжгалузевої комунікації та спільного бюджетного планування.

Вказана багатокомпонентність висуває жорсткі вимоги до алгоритмізації процесів взаємодії, стандартизації інформаційного обміну, чіткого розмежування повноважень між службами та створення єдиної командної структури реагування в умовах надзвичайної ситуації [42]. Відсутність таких алгоритмів призводить до затримок, дублювання зусиль, неефективного використання ресурсів і, зрештою, втрати "золотого часу" − критичного періоду, коли від швидкості дій залежить життя пацієнта. Саме тому оперативність, точність та мобільність управлінських рішень в екстреній медицині набувають виняткового значення.

Крім того, екстрена допомога функціонує в умовах постійної часової нестабільності, географічної розсіяності та високого рівня невизначеності − тобто в таких управлінських умовах, які вимагають не просто рутинного адміністрування, а реального кризового менеджменту. Вказане передбачає наявність автономії на місцях, гнучких протоколів реагування, підготовлених керівників оперативних ланок і готовність ухвалювати швидкі рішення в умовах браку інформації. В цілому, ЕМД є особливо чутливою до якості публічного управління, адже саме в цій ланці будь-яка управлінська помилка

має безпосередній і миттєвий вплив на людське життя, а успішна координація − рятує його.

Одним із ключових управлінських викликів у сфері екстреної медичної допомоги є забезпечення її територіальної доступності та готовності до дій в умовах надзвичайних ситуацій. Просторовий дисбаланс у розміщенні ресурсів і персоналу особливо гостро проявляється у сільській місцевості, гірських районах, деокупованих територіях, а також у прикордонних або прифронтових зонах, де через бойові дії відбувається часткова або повна деградація медичної інфраструктури. У таких регіонах функціонування ЕМД ускладнене низкою чинників: дефіцитом кваліфікованих кадрів, високим рівнем професійного вигорання, відсутністю належного автотранспорту, нестабільністю логістики, неналежним станом доріг і слабкою інтеграцією в загальнодержавні лінії комунікації.

У відповідь на ці проблеми публічне управління має реалізовувати проактивну політику щодо підвищення рівня доступності та мобільності екстреної допомоги. Вказане передбачає, зокрема, рівномірне територіальне покриття бригад ЕМД, розширення практики розміщення медичних пунктів на базі амбулаторій первинної ланки, а також створення резервних мобільних бригад швидкого реагування, здатних оперативно змінювати дислокацію відповідно до інтенсивності викликів [49]. Окрему увагу варто приділити розвитку авіаційної медицини − як стратегічного напряму, що дозволяє оперативно транспортувати важких пацієнтів, доставляти медичні бригади до віддалених чи ізольованих територій, а також надавати допомогу в умовах бойових дій. Окреслене вимагає не лише оновлення технічної бази, а й чітко врегульованої нормативної та логістичної моделі взаємодії між МОЗ, МВС, ДСНС та оборонним сектором.

Крім того, інформаційна підтримка та цифрова координація мають стати обов’язковим елементом сучасного публічного управління в цій сфері. Впровадження інтелектуальних ІТ-рішень, електронної диспетчеризації, GPS-моніторингу транспорту, електронних карт маршрутів і автоматизованого

розподілу викликів дозволить підвищити швидкість реагування, зменшити людський фактор у прийнятті рішень і забезпечити аналітичну підтримку для прийняття управлінських рішень на основі даних у реальному часі. Загалом, підвищення територіальної доступності ЕМД − це не лише питання технічного оснащення, а й комплексне управлінське завдання, що вимагає інтеграції кадрової політики, кризового фінансування, інфраструктурного розвитку та цифрових інновацій у межах єдиної національної стратегії реагування.

Крім логістичних, матеріально-технічних та інфраструктурних питань, система екстреної медичної допомоги потребує комплексної, адаптивної та орієнтованої на виклики часу кадрової політики. Професійна діяльність працівників ЕМД супроводжується високим рівнем стресу, відповідальності, фізичних і психоемоційних навантажень, особливо в умовах воєнного стану, обстрілів, евакуації пацієнтів, роботи в прифронтових зонах і з постраждалими від катастроф [52]. Дані фактори формують професійні ризики вигорання, психологічного виснаження, підвищеної плинності кадрів, а іноді − професійної демотивації.

У зв’язку з цим державна кадрова політика у сфері ЕМД має базуватися на принципах довгострокової стабільності, гарантованої безпеки, безперервного навчання та професійної підтримки. Необхідно впроваджувати системи підвищення кваліфікації та симуляційного навчання, що моделює реальні екстрені ситуації − як медичного, так і бойового характеру. Особливу увагу слід приділити розвитку стресостійкості, кризового менеджменту та психологічного захисту персоналу, включаючи регулярне консультування, програми саморегуляції та відновлення.

Крім освітнього аспекту, фінансове стимулювання є критично важливим чинником для збереження та мотивації кадрів. Працівники екстреної медицини мають отримувати гідну оплату праці, надбавки за ризик, мобільність, роботу у важкодоступних районах та нічні зміни. Окремим напрямом кадрової політики має бути залучення молодих спеціалістів через стипендіальні програми, державне замовлення у медичних закладах,

укладення контрактів із гарантіями подальшого працевлаштування в регіонах із дефіцитом кадрів.

Не менш важливою є підтримка внутрішньої кар'єрної динаміки − створення умов для професійного зростання, розвитку управлінських і лідерських компетентностей серед персоналу ЕМД, що дозволить формувати ефективні команди швидкого реагування з високим рівнем автономності та ініціативності [60]. В цілому, ефективне функціонування екстреної медичної допомоги неможливе без сильної, мотивованої, психоемоційно стійкої та професійно підготовленої кадрової основи. Вказане вимагає не лише окремих управлінських рішень, а цілісної політики публічного управління, інтегрованої в національну систему безпеки, медицини та освіти.

У системі публічного управління екстрена медична допомога відіграє не просто оперативну, а стратегічну роль, оскільки вона є першою ланкою реагування на будь-які кризові події, що торкаються життєво важливих потреб населення. Саме на цій ланці зосереджується перше враження суспільства про дієздатність держави: чи здатна вона захистити, мобілізуватись, забезпечити життєво необхідну допомогу в умовах загроз − будь то збройний напад, техногенна катастрофа, масове ураження чи пандемія. Ефективність ЕМД прямо корелює з такими ключовими індикаторами, як соціальна стабільність, рівень суспільної довіри, легітимність влади та реалізація права кожного на медичну допомогу, гарантованого Конституцією України.

У цьому контексті екстрена допомога повинна розглядатися не як допоміжна технічна служба, а як повноцінна складова стратегічної інфраструктури держави, інтегрована в політику національної безпеки, громадського здоров'я, цивільного захисту та безперервного кризового управління. Її спроможність − це результат не лише клінічної майстерності персоналу, а передусім − якісного управління, стабільного фінансування, нормативної підтримки та політичної волі інституцій розвивати цей напрям як пріоритетний.

Таким чином, публічне управління у сфері ЕМД має формуватись як цілісний процес, що охоплює: довгострокове стратегічне планування, розвиток інфраструктури, створення ефективних управлінських моделей, підвищення кваліфікації кадрів, цифрову трансформацію, а також інтеграцію екстреної допомоги в національні механізми готовності та реагування на катастрофи. Тільки за таких умов система охорони здоров'я буде не лише функціональною, а й резилієнтною − здатною встояти, адаптуватися і діяти на випередження в умовах постійної турбулентності сучасного світу.

**Висновки до першого розділу**

1. У результаті аналізу наукових підходів визначено, що публічне управління у сфері охорони здоров'я становить собою цілісну систему дій, спрямованих на формування, реалізацію та контроль державної політики у медичній галузі. Виявлено, що його ключова роль полягає у забезпеченні ефективного функціонування медичних установ, реалізації права громадян на охорону здоров'я, інтеграції інноваційних управлінських підходів і досягненні соціальної справедливості. Сучасне публічне управління поєднує елементи стратегічного планування, правового регулювання, сервісної орієнтації та інституційної відповідальності в межах як національного, так і міжнародного контексту.

2. Вивчено концепції реформування медичної системи крізь призму світового та українського досвіду. Встановлено, що успішне реформування охорони здоров'я передбачає баланс між державним регулюванням, фінансовою відповідальністю та участю громадян, а також впровадження інноваційних управлінських механізмів. Світові моделі охоплюють різні підходи − від бюджетного фінансування до страхових і змішаних систем − однак усі вони акцентують на доступності, якості та результативності. Українська реформа демонструє поступ у напрямку децентралізації, цифровізації та автономізації медичних закладів, хоча зберігаються виклики,

пов’язані з інфраструктурною нерівністю, кадровим дефіцитом і адаптацією системи до умов воєнного часу.

3. Досліджено роль та особливості екстреної медичної допомоги в системі публічного управління охороною здоров’я. Установлено, що ЕМД є важливою складовою державної політики у сфері охорони здоров’я, оскільки забезпечує невідкладне реагування на критичні ситуації та реалізує право громадян на доступну і своєчасну медичну допомогу. Її ефективне функціонування залежить від чіткої координації між державними органами, належного фінансування, кадрового забезпечення, територіальної доступності та впровадження сучасних управлінських і цифрових рішень. Успішний розвиток ЕМД потребує стратегічного підходу, інституційної підтримки та інтеграції в систему національного управління кризами та безпековими викликами.

# РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

## 2.1. Організаційна структура та функціонування служби екстреної медичної допомоги

Служба екстреної медичної допомоги в Україні є спеціалізованою системою невідкладного медичного реагування, що забезпечує цілодобове надання медичної допомоги у разі раптових захворювань, травм, отруєнь, аварій, катастроф, бойових дій та інших критичних станів, які загрожують життю чи здоров'ю населення. Вона функціонує відповідно до Закону України "Про екстрену медичну допомогу" від 05 липня 2012 року № 5081-VI [43] та підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України [38], хоча в практичній площині її діяльність реалізується на рівні обласних центрів екстреної медичної допомоги (далі − ЦЕМД), які мають автономний статус як комунальні некомерційні підприємства.

Служба екстреної медичної допомоги в Україні функціонує як ієрархічно організована система, що охоплює як центральні, так і регіональні рівні управління. У її основі − Міністерство охорони здоров'я України [38], Національна служба здоров'я України [41] та обласні центри екстреної медичної допомоги, які безпосередньо реалізують надання медичних послуг на місцях. МОЗ України виконує функції центрального органу виконавчої влади, відповідального за нормативне регулювання діяльності ЕМД, розробку національних клінічних протоколів, стандартів надання допомоги, інструкцій з організації служби та вимог до її матеріально-технічного забезпечення. МОЗ також забезпечує кадрову політику, координацію реформ та методичний супровід регіональних закладів.

Національна служба здоров'я України виконує функції фінансового оператора системи ЕМД. На основі укладених договорів із ЦЕМД НСЗУ забезпечує розрахунок і виплату коштів за надані послуги в межах Програми

медичних гарантій. Таким чином, реалізується принцип “гроші йдуть за пацієнтом”, що стимулює заклади підвищувати якість та ефективність реагування. На регіональному рівні ключову роль відіграють обласні центри екстреної медичної допомоги, які зазвичай організовані у форматі комунальних некомерційних підприємств (далі − КНП), що дає їм більшу управлінську та фінансову гнучкість. До структури кожного ЦЕМД входять п’ять основних функціональних блоків:

Оперативно-диспетчерська служба (далі − ОДС) − центральна ланка, яка приймає виклики за номером 103, визначає їхню пріоритетність, обирає оптимальний маршрут і тип бригади. ОДС також підтримує постійний зв’язок із лікарями, координує взаємодію між різними службами й веде електронну реєстрацію подій. Виїзні бригади екстреної медичної допомоги, які безпосередньо виїжджають до місць подій. Вони поділяються на два основні типи:

- фельдшерські бригади − функціонують переважно в сільських районах або в регіонах з обмеженим кадровим ресурсом. Вони здатні надати базову стабілізуючу допомогу до моменту транспортування;
- лікарські бригади − діють у містах, обласних центрах, густонаселених або ризикованих територіях. Їхній склад включає лікаря, що дозволяє проводити складніші медичні втручання, у тому числі реанімаційні заходи на догоспітальному етапі [35];
- навчально-тренувальні підрозділи − відповідають за підвищення кваліфікації персоналу, проведення симуляційних тренувань, впровадження нових протоколів, навчання медичних працівників правилам дій у надзвичайних ситуаціях. Вказані відділи також можуть забезпечувати атестацію кадрів згідно з державними вимогами;
- служба транспорту, технічного та матеріального забезпечення − організовує закупівлю, обслуговування та логістичну підтримку автопарку, забезпечує комплектацію бригад необхідним медичним обладнанням, медикаментами, засобами індивідуального захисту, паливом тощо. У деяких

регіонах ця служба координує також забезпечення евакуаційного транспорту або спеціалізованих мобільних комплексів;

- медико-статистичний відділ − збирає, обробляє та аналізує статистичні дані про кількість викликів, типи звернень, час доїзду, клінічні результати, що дозволяє оцінити ефективність служби, формувати щорічну звітність і планувати фінансування та розвиток [4].

Бригади екстреної медичної допомоги формуються згідно з затвердженими медико-організаційними стандартами та нормативами МОЗ України, які визначають як кадровий склад, так і технічне забезпечення для забезпечення належного рівня догоспітальної допомоги. Типова бригада укомплектовується щонайменше водієм (з базовою підготовкою з домедичної допомоги) та медичним працівником − фельдшером або лікарем екстреної медицини залежно від типу бригади. У деяких випадках до складу бригад можуть входити медсестри, санітари або додаткові медичні техніки.

Кожна бригада забезпечується повним набором медикаментів для надання невідкладної допомоги, портативним медичним обладнанням (дефібрилятори, кардіомонітори, пульсоксиметри, апарати ШВЛ, шини, ноші, кисневі балони тощо), а також сучасними засобами комунікації, які дозволяють підтримувати зв'язок із диспетчерською службою та передавати дані в режимі реального часу. В умовах цифровізації системи охорони здоров’я бригади поступово оснащуються електронними планшетами або терміналами з доступом до системи “eHealth”, що дає змогу реєструвати виклики, фіксувати клінічні дії, переглядати медичну інформацію про пацієнта та передавати дані лікарням прийому.

У межах реформ 2017–2022 років та в умовах збройної агресії РФ, система екстреної медичної допомоги доповнилася новими типами бригад, які виконують спеціалізовані завдання:

- реанімаційні бригади − мають розширене обладнання та підготовлений персонал, здатні виконувати інтенсивну терапію, серцево-легеневу реанімацію, інтубацію, знеболення та інші критичні втручання

безпосередньо на місці події або в дорозі. Вони зазвичай діють у великих містах, на магістральних трасах і у місцях з високим ризиком;

- спеціалізовані бригади − можуть включати токсикологічні, педіатричні, психіатричні або акушерські підрозділи, які виїжджають за специфічними викликами або працюють у рамках цільових програм;
- мобільні бригади медичної евакуації − створені у відповідь на військові дії, використовуються для організованого транспортування поранених, важкохворих або осіб з обмеженою мобільністю з небезпечних регіонів. Такі бригади функціонують у координації з Збройними силами, ДСНС, гуманітарними організаціями та евакуаційними хабами. Деякі з них мають доступ до броньованих авто, мобільних стабілізаційних пунктів або реанімобілів із підвищеним рівнем захисту [20].

Таким чином, типологія та укомплектування бригад ЕМД в Україні відповідає сучасним викликам, зокрема війні, пандеміям та масовим техногенним загрозам, і демонструє здатність системи до гнучкого реагування, оновлення кадрових підходів та технічного переозброєння в межах публічного управління охороною здоров’я.

Оперативно-диспетчерська служба є центральною ланкою координації в системі екстреної медичної допомоги. Саме з неї розпочинається будь-яке оперативне реагування: вона приймає виклики, аналізує ситуацію, визначає необхідний тип допомоги, формує маршрут і підтримує зв’язок між пацієнтом, виїзною бригадою та медичними закладами, забезпечуючи безперервність надання медичної допомоги на всіх етапах − від дзвінка до госпіталізації.

Основна функція ОДС − прийняття викликів за єдиним номером 103, який діє по всій території України. Диспетчер обробляє звернення, визначаючи його категорію терміновості, що напряму впливає на швидкість реагування та вид бригади, яка буде направлена. До першочергових викликів належать, зокрема, випадки зупинки серця, масивної кровотечі, ДТП, інсультів, інфарктів, травм з ризиком для життя. Менш термінові − наприклад, підвищення температури чи загострення хронічного захворювання − можуть

бути перенаправлені до первинної ланки або обслуговуватись із меншою оперативністю [18].

Після прийняття виклику диспетчер за допомогою інформаційної системи обирає найближчу вільну бригаду, визначає маршрут з урахуванням транспортної доступності, наявних перешкод та прогнозованого часу прибуття, і передає завдання до планшета або терміналу бригади. Паралельно може здійснюватися зв'язок з лікарнею прийому, щоб підготувати медичний заклад до прийому пацієнта, особливо в складних або масових випадках. У сучасних умовах ОДС поступово трансформується у регіональні інтегровані диспетчерські центри, які обслуговують не окремі громади, а весь регіон або кілька районів одночасно. Такий підхід дозволяє:

- перерозподіляти виклики в разі перевантаження певних підрозділів;
- ефективніше використовувати автопарк та персонал;
- забезпечити швидке реагування в прикордонних громадах, де логістично ближче бригади з сусідньої області;
- зменшити дублювання дій і збої у реагуванні.

Важливим елементом модернізації ОДС є впровадження сучасних цифрових технологій:

- GPS-моніторинг транспорту дозволяє в реальному часі відстежувати розташування кожної бригади;
- системи автоматичного розподілу викликів на основі алгоритмів оптимізації навантаження;
- аналітика навантаження та індикаторів якості (середній час реагування, частота викликів, географічні "сліпі зони");
- інтеграція з "eHealth" для швидкого доступу до даних пацієнта та формування електронної звітності [6].

У перспективі ОДС має перетворитися на центр антикризового управління в системі охорони здоров'я, здатний оперативно координувати дії під час надзвичайних ситуацій, мобілізувати резервні ресурси, забезпечувати

масову евакуацію та обмін інформацією між установами. Для цього необхідне не лише технічне переоснащення, а й розвиток управлінських компетентностей диспетчерів, запровадження єдиних стандартів реагування, розширення функцій диспетчеризації на всі рівні допомоги (вторинна, третинна, евакуаційна), а також посилення співпраці з МВС, ДСНС та системами “112”.

Фінансова модель екстреної медичної допомоги в Україні інтегрована в Програму медичних гарантій (ПМГ), що є ключовим інструментом реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я. Фінансування послуг ЕМД здійснюється через Національну службу здоров’я України на основі контрактів, укладених між НСЗУ та обласними центрами екстреної медичної допомоги. Відповідно до умов ПМГ, ЕМД відноситься до пріоритетних напрямів, що підлягають повному державному фінансуванню незалежно від соціального статусу, реєстрації чи наявності декларації з лікарем. Вказане гарантує кожному громадянину безоплатний виклик та надання невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю або здоров’ю.

Розрахунок фінансування здійснюється на основі прогнозованого обсягу надання послуг, чисельності населення регіону, кількості викликів, а також показників ефективності, які подаються у вигляді звітності. Основними фінансовими критеріями для розрахунку тарифів є:

- кількість зареєстрованих викликів;
- відповідність часу доїзду до нормативів (до 10 хв у містах, до 20 хв у сільській місцевості);
- кількість врятованих пацієнтів або клінічних випадків із позитивним результатом;
- рівень забезпеченості ліками та медичним обладнанням;
- якість звітної та диспетчерської документації [11].

Кожен ЦЕМД щомісяця подає звітність до НСЗУ через електронну систему eHealth, яка дозволяє в режимі реального часу:

- фіксувати динаміку навантаження на бригади;

- відстежувати показники якості;
- визначати потребу в додатковому фінансуванні чи коригуванні маршрутів;
- формувати прозору аналітику для прийняття управлінських рішень.

Вказані дані стають основою для перерозподілу державних ресурсів, перегляду контрактів або коригування тарифів. Наприклад, регіони з особливими умовами (гірська місцевість, прифронтові зони, нестача медичних кадрів) можуть отримувати додаткове фінансування як компенсацію за складні умови роботи [17]. Водночас варто відзначити, що система фінансування ЕМД залишається вразливою до викликів, серед яких − зростання цін на пальне та медикаменти, зношеність автопарку, інфляційний тиск, а також нерівномірність бюджетної спроможності між регіонами.

У цих умовах важливо не лише забезпечувати регулярне оновлення тарифів, а й впроваджувати механізми екстреного дофінансування, стимулювання інвестицій у критичну інфраструктуру, а також залучення міжнародної гуманітарної допомоги у разі надзвичайних ситуацій або військової ескалації. В цілому, фінансова стабільність служби ЕМД напряму залежить від якості управління звітністю, прозорості даних і системності фінансового планування. Вона є важливою передумовою для безперервного, доступного та якісного надання екстреної медичної допомоги на всій території України.

Попри чітку структуру, на практиці служба стикається з проблемами: кадрового виснаження, фізичного зносу автопарку, нерівномірності покриття в сільській місцевості, недостатньої інтеграції в цифрову інфраструктуру, а в умовах війни − і з ризиками для життя персоналу, потребою в броньованому транспорті та мобільних укриттях. Вказаніобставини актуалізують питання розвитку авіаційної медицини, міжобласної евакуації та централізованого кризового управління.

Таким чином, у ході аналізу встановлено, що служба екстреної медичної допомоги в Україні має чітко структуровану модель управління, яка включає центральний (МОЗ, НСЗУ) та регіональні рівні (обласні ЦЕМД). Її ефективне функціонування забезпечується через злагоджену роботу диспетчерських служб, виїзних бригад, технічного забезпечення та аналітичного супроводу. Водночас система стикається з викликами, пов'язаними з нерівномірністю ресурсного забезпечення, зносом автопарку, кадровим дефіцитом і потребою в цифровізації. Успішне управління службою ЕМД вимагає інтегрованого підходу, що включає координацію між центральними і місцевими органами влади, стабільне фінансування, оновлення інфраструктури та інвестиції в людський капітал.

## 2.2. Проблеми управління екстреною медичною допомогою в умовах реформ

У процесі реформування системи охорони здоров'я України служба екстреної медичної допомоги постала перед низкою глибоких управлінських проблем, які виявили структурні, організаційні, кадрові та нормативні обмеження. Хоча реформи спрямовані на модернізацію та підвищення ефективності системи, їхнє впровадження супроводжується низкою труднощів, які вимагають постійного перегляду підходів до публічного управління в цій сфері.

Однією з головних і системно вкорінених проблем залишається недостатня готовність служби екстреної медичної допомоги до функціонування в умовах нової фінансово-організаційної моделі, яка запроваджена в межах Програми медичних гарантій. Перехід від субвенційної до контрактної форми фінансування, за якої кошти надаються закладам охорони здоров'я виключно за фактично надані послуги, вимагав швидкої трансформації управлінських і фінансових процесів у межах ЦЕМД. Проте значна частина обласних центрів екстреної медичної допомоги виявилась

інституційно не готовою до умов конкуренції, самостійного фінансового планування та ведення контрактної документації з НСЗУ [27]. Як наслідок, спостерігались затримки у підписанні договорів, що спричинило перебої з фінансуванням основної діяльності, включно з оплатою праці, закупівлею паливно-мастильних матеріалів, медикаментів, витратних матеріалів та технічного обслуговування транспорту.

Особливо критичною ця проблема стала в регіонах із низьким рівнем бюджетної забезпеченості, де місцеві органи влади не завжди могли компенсувати дефіцит коштів. Ситуація ускладнюється ще й відсутністю чітких, уніфікованих критеріїв оцінки ефективності роботи служби ЕМД, які могли би використовуватися для порівняння між регіонами, оптимізації навантаження та справедливого розподілу ресурсів. На практиці це призводить до нерівномірного фінансування, коли окремі області мають надлишкове навантаження при недостатньому забезпеченні, тоді як інші − демонструють формальні показники при стабільному фінансуванні. Така ситуація підриває принцип рівного доступу до якісної екстреної допомоги, закріплений у Конституції України, й актуалізує необхідність формування єдиної системи оцінювання результатів, пов’язаної з фінансовими індикаторами та реальним навантаженням на службу.

Крім того, обмежена автономія у прийнятті фінансових рішень на місцях, зокрема щодо оперативного перерозподілу коштів між статтями витрат, унеможливлює швидке реагування на непередбачувані виклики − бойові дії, масові травмування, техногенні інциденти [57]. Вказане ще раз підтверджує необхідність гнучкішого механізму фінансування, який враховує не лише кількість викликів, а й ризики, сезонність, логістичні складнощі та рівень загроз, характерних для конкретного регіону.

Кадрове забезпечення залишається одним із найгостріших і системно невирішених викликів у функціонуванні служби екстреної медичної допомоги. Робота персоналу ЕМД передбачає постійне перебування в умовах підвищеного фізичного, психоемоційного та професійного навантаження.

Медичні працівники щоденно зіштовхуються з невизначеністю, терміновістю клінічних рішень, загрозами безпеці, а також морально-етичними дилемами. У контексті воєнного стану ці навантаження значно посилилися − бригада ЕМД часто працює в умовах бойових дій, під обстрілами, без гарантій захисту, з обмеженим доступом до медичних ресурсів.

Попри виняткову важливість цієї професії для забезпечення безпеки громадян, рівень заробітної плати залишається критично низьким, особливо серед фельдшерів, водіїв, молодшого медперсоналу. У більшості випадків оплата не відповідає ні ступеню відповідальності, ні рівню ризику, що провокує масову плинність кадрів, зниження мотивації, моральне виснаження, а також відмову потенційних працівників від працевлаштування в ЕМД. Найбільше ця проблема відчутна в сільських, гірських, деокупованих та прифронтових районах, де складні логістичні умови поєднуються з браком соціальних гарантій.

Крім проблеми фінансового стимулювання, актуальним є питання якості та гнучкості системи підготовки та перепідготовки кадрів. Сучасна екстрена медицина потребує не лише базових медичних знань, а й володіння навичками кризового реагування, тактичної медицини, протокольного супроводу пацієнтів у станах масових уражень, а також психологічної стійкості до стресових та травматичних ситуацій [58]. Проте післядипломна освіта та програми підвищення кваліфікації не завжди оновлюються відповідно до реальних викликів на місцях, особливо у сфері військово-медичної та евакуаційної підготовки.

Також відчутним є дефіцит управлінських кадрів серед керівників змін, старших фельдшерів, адміністраторів підрозділів, що вимагає перегляду підходів до управління людськими ресурсами в ЕМД. В умовах надзвичайної мобілізації системи охорони здоров’я кадрове забезпечення має розглядатися як стратегічний пріоритет державної політики − із упровадженням систем стимулювання, престижності професії, страхового захисту персоналу, а також розширенням можливостей професійного розвитку.

Ще одним суттєвим бар'єром у забезпеченні ефективного функціонування служби екстреної медичної допомоги є технічна застарілість автопарку та дефіцит сучасного обладнання, яке відповідає вимогам швидкого, безпечного й якісного надання допомоги в догоспітальному періоді. Значна частина спеціалізованого транспорту ЕМД − це машини, що експлуатуються понад допустимий строк, мають підвищений рівень зносу агрегатів, несправну систему клімат-контролю, недостатнє енергозабезпечення, а також не відповідають новим санітарно-епідеміологічним стандартам [24]. Такі автівки втрачають маневреність, є вразливими до погодних умов, технічно ненадійними при подоланні складного рельєфу, що суттєво знижує швидкість доїзду до пацієнта і підвищує ризики при транспортуванні у важкому стані.

Особливо критично ситуація виглядає у віддалених, деокупованих та прифронтових регіонах, де через відсутність твердого покриття, руйнування доріг, мінну небезпеку або інші перешкоди пересування застарілими машинами ускладнюється або стає неможливим без загрози для медиків і пацієнтів. У ряді випадків навіть стабільно функціонуючі бригади змушені працювати на несправних автомобілях без кондиціонерів, підігріву або з пошкодженими амортизаційними системами, що не лише ставить під загрозу якість медичних маніпуляцій, а й створює надмірне навантаження на персонал.

Оновлення автопарку ЕМД в останні роки відбувалося нерівномірно та епізодично, здебільшого за рахунок цільових субвенцій, місцевих бюджетів або міжнародної гуманітарної допомоги. Така модель оновлення є вразливою до зовнішньополітичної ситуації, валютних коливань, зміни донорських пріоритетів, а також часто не враховує реальні потреби конкретних територій. У більшості регіонів відсутні чіткі стратегії технічної модернізації служби, що ускладнює прогнозування витрат, конкурсні закупівлі, логістику ремонту та техобслуговування [25].

Крім самих автомобілів, матеріально-технічна база ЕМД потребує системного оновлення в частині медичного оснащення: дефібриляторів, портативних ШВЛ, моніторів життєво важливих показників, мобільних діагностичних пристроїв, а також систем зв’язку і передачі даних. Відсутність або несправність цих засобів значно обмежує функціональні можливості бригади, знижує ефективність екстрених втручань і унеможливлює збереження життя у критичних випадках. З огляду на викладене, оновлення технічного забезпечення має розглядатися як не просто фінансове питання, а як пріоритетна частина національної безпекової політики, що вимагає централізованого підходу, довгострокового планування й підтримки з боку держави та міжнародних партнерів.

Крім інфраструктурних та кадрових викликів, одним із найбільш критичних управлінських бар’єрів залишається нормативна невизначеність, особливо у сфері міжвідомчої взаємодії в умовах надзвичайних ситуацій та кризових подій. У системі екстреної медичної допомоги щоденно відбувається перетин повноважень із такими структурами, як Державна служба з надзвичайних ситуацій, Національна поліція України, Збройні Сили України, Сили територіальної оборони, органи місцевого самоврядування, однак відсутність чітко визначених механізмів співпраці на законодавчому та процедурному рівні часто призводить до неузгодженості дій, дублювання зусиль або затримок у наданні допомоги.

На практиці служба ЕМД нерідко опиняється в ситуації, коли немає алгоритмів розподілу відповідальності під час аварій, масових уражень, евакуації поранених у бойових умовах або реагування на техногенні катастрофи. В умовах динамічного розвитку подій та постійної загрози життю кожна хвилина має вирішальне значення, однак відсутність єдиної системи управління викликами та командного центру кризового реагування гальмує процес ухвалення рішень, створює хаос у координації й може зумовлювати повторне направлення ресурсів на вже закриті або помилково оброблені випадки.

Особливо гостро дана проблема проявилася після початку широкомасштабного вторгнення Росії у 2022 році, коли бригади екстреної допомоги були змушені працювати у зоні бойових дій разом із військовими підрозділами, медичними ротами, добровольчими формуваннями та місцевими гуманітарними структурами без єдиного центру ухвалення рішень. Часто комунікація між цими суб'єктами відбувалася через неформальні канали, особисті зв'язки або тимчасові мобільні платформи, що є неприйнятним у контексті стратегічного планування, безпеки медиків та юридичної відповідальності за прийняті рішення [30].

Ще одним викликом є те, що наявні нормативні акти не враховують повною мірою специфіку сучасних кризових сценаріїв, зокрема:

- масові евакуації населення із зон активних бойових дій;
- обстріли медичних колон;
- застосування хімічної чи радіологічної зброї;
- обвал критичної інфраструктури.

Відповідні протоколи, якщо і розроблені, то часто не деталізовані або не проходять обов'язкового навчання персоналу. Також відсутність законодавчо закріплених механізмів спільного використання матеріальних ресурсів між установами (автомобілі, ПММ, засоби захисту) створює перешкоди для оперативної допомоги. Таким чином, подолання нормативної розрізненості та створення єдиної інтегрованої системи міжвідомчої взаємодії з чіткими зонами відповідальності, планами реагування, багаторівневою координацією та правовими гарантіями дій медичних працівників є невідкладним завданням для державної політики у сфері охорони здоров'я, національної безпеки та цивільного захисту.

Цифровізація, яка вважається одним із ключових напрямів підвищення ефективності системи охорони здоров'я, у контексті екстреної медичної допомоги досі не досягла очікуваного рівня функціональності. Попри стратегічне бачення переходу до "безпаперової медицини" та впровадження системи "eHealth", на практиці цифрова трансформація в ЕМД стикається з

низкою технічних, інфраструктурних і управлінських бар'єрів. Передусім, не всі регіони України мають стабільне інтернет-покриття, особливо в сільській місцевості, прифронтових громадах або на територіях, що зазнали руйнувань унаслідок бойових дій. Через це бригада ЕМД часто не має можливості в режимі реального часу передати або отримати медичні дані, оновити записи пацієнта, підтвердити призначення медикаментів чи проконсультуватися з лікарями приймального відділення [37]. Така ситуація суперечить основному призначенню цифрових систем − забезпеченню безперервності та персоніфікованості допомоги.

Крім того, технічне забезпечення бригад лишається фрагментарним і нерівномірним: не всі екіпажі мають планшети або мобільні пристрої, а частина наявної техніки застаріла або не підтримує сучасні додатки та сервіси. Часто в одному регіоні можуть працювати бригади з різними типами програмного забезпечення, що унеможливлює уніфікацію процесів диспетчеризації, ведення електронної документації, інтеграцію з центральною базою даних. Особливо критично виглядає ситуація з інтеграцією між системою "eHealth" та службою екстреної медичної допомоги, яка досі не реалізована у повному обсязі. Брак узгодженості між платформами веде до проблем із доступом до історії хвороб пацієнтів, дублюванням даних або їхньою втратою, обмеженням у використанні електронних направлень, рецептів і діагностичних протоколів. У результаті ЕМД часто змушена покладатися на паперові записи, телефонні дзвінки та усні звіти, що знижує точність, швидкість і прозорість надання медичної допомоги.

Окрім технічних, наявні й організаційно-управлінські перешкоди, зокрема − відсутність єдиних стандартів цифрового документообігу для бригад, слабка підготовка персоналу до роботи з електронними системами, брак відповідальних ІТ-фахівців у регіональних ЦЕМД, а також обмежене фінансування на підтримку, модернізацію й оновлення ПЗ. Багато працівників скаржаться на ускладнення роботи через нестабільність програм, потребу

паралельно вести паперову та електронну звітність, що фактично нівелює переваги цифровізації [46].

Таким чином, недосконаліть цифрової інфраструктури ЕМД не лише стримує ефективність управління службою, а й створює ризики для якості та безперервності надання медичної допомоги. Цифрова трансформація потребує не локальних ініціатив, а єдиної національної стратегії розвитку цифрової екстреної медицини, що передбачає комплексну модернізацію інфраструктури, інтеграцію платформ, навчання персоналу та створення правових умов для повноцінного переходу до електронного управління в режимі 24/7.

Значним і системно недооціненим викликом у сфері управління екстреною медичною допомогою є відсутність цілісної державної стратегії розвитку цієї служби на середньострокову й довгострокову перспективу. У сучасних умовах, коли система охорони здоров'я постійно функціонує в режимі надзвичайної готовності − через війну, гуманітарні кризи, внутрішнє переміщення населення, епідеміологічні загрози − необхідність стратегічного бачення розвитку ЕМД є питанням не лише медичної, а й національної безпеки. Наразі в Україні відсутній комплексний державний документ, який би чітко визначав:

- цільові орієнтири щодо розвитку екстреної допомоги на 3–5 років;
- пріоритети ресурсного забезпечення, включно з оновленням автопарку, розширенням ІТ-потужностей, формуванням резервів медикаментів;
- кадрову політику, яка охоплювала б як заходи професійного розвитку, так і підтримку медиків у зоні ризику;
- розподіл повноважень між центральною, регіональною та місцевою владою;
- інтеграцію з іншими секторами безпеки та цивільного захисту [48].

Відсутність таких орієнтирів унеможливлює прогнозування обсягів фінансування, планування мобілізаційних резервів, підготовку стандартів дій у надзвичайних ситуаціях (особливо з урахуванням воєнного стану, хімічних, біологічних чи радіаційних загроз). Вказане, у свою чергу, веде до реактивного − а не проактивного − управління системою, коли рішення ухвалюються під тиском обставин, без належного інституційного підґрунтя та ресурсного покриття.

Окремі позитивні ініціативи реалізуються в межах обласних або муніципальних програм, міжнародних грантів чи приватних партнерств. Наприклад, деякі регіони отримують нові автомобілі швидкої допомоги або запускають навчальні тренінги за підтримки донорських організацій [54]. Однак така фрагментарність не дозволяє сформувати єдину систему стандартів, вимог, логістичних маршрутів чи протоколів реагування, що в критичних умовах суттєво знижує ефективність всієї структури ЕМД на національному рівні.

В цілому, відсутність стратегії − це не лише управлінський дефіцит, а й ризик для функціональної спроможності системи, що вимагає негайної розробки державного бачення розвитку екстреної медичної допомоги як окремого інституційного напрямку в рамках загальної політики охорони здоров’я та національної безпеки. Для кращого розуміння спектра викликів, що супроводжують реформування служби екстреної медичної допомоги, у табл. 2.1. нижче систематизовано ключові проблеми за основними категоріями.

*Таблиця 2.1.*

Основні проблеми управління екстреною медичною допомогою в умовах реформ

| *№* | *Категорія проблеми* | *Суть проблеми* |
|---|---|---|
| 1 | Фінансування. | Затримки фінансування, нерівномірність розподілу коштів, залежність від зовнішньої допомоги. |
| 2 | Кадрове забезпечення. | Низький рівень оплати праці, плинність кадрів, кадровий дефіцит у регіонах, емоційне вигорання. |
| 3 | Матеріально-технічна база. | Зношений автопарк, нестача сучасного обладнання, проблеми доступності в сільській місцевості. |
| 4 | Нормативно-правове регулювання. | Невизначеність у міжвідомчій взаємодії, відсутність єдиних регламентів дій у кризових ситуаціях. |
| 5 | Цифрова інфраструктура. | Технічна неготовність до цифровізації, нестабільний інтернет-зв’язок, обмежений функціонал системи eHealth. |
| 6 | Відсутність стратегічного планування. | Відсутність національної стратегії розвитку служби ЕМД, фрагментарність управлінських рішень. |

Авторська розробка.

Отже, проведений аналіз дозволив виявити ключові проблеми, що стримують ефективне управління системою екстреної медичної допомоги в умовах реформ. З’ясовано, що основними викликами є недостатнє та нерівномірне фінансування, кадровий дефіцит і високе професійне навантаження, зношеність матеріально-технічної бази, відсутність єдиних стандартів міжвідомчої взаємодії, обмежена цифровізація та нестача стратегічного бачення розвитку служби. Вказані чинники знижують адаптивність системи до сучасних викликів і вимагають комплексного перегляду управлінських рішень, зокрема в напрямі інтегрованого планування, ресурсного оновлення та нормативної модернізації.

**Висновки до другого розділу**

1. Розглянуто організаційну структуру та функціонування служби екстреної медичної допомоги. Установлено, що система ЕМД побудована на принципах централізованого управління з регіональною реалізацією, що забезпечує оперативність реагування та доступність медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях. Визначено ключову роль диспетчерських служб,

типізацію бригад, механізми фінансування та звітності, які формують основу ефективного публічного управління у цій сфері. Комплексність, скоординованість і цифрова трансформація є визначальними чинниками підвищення якості екстреної допомоги в умовах зростаючих суспільних ризиків.

2. Узагальнено проблеми управління екстреною медичною допомогою в умовах реформ, які охоплюють фінансові, кадрові, технічні, нормативні та організаційні аспекти. Встановлено, що реформа екстреної служби відбувається в умовах фрагментарності рішень, нестачі ресурсів, неузгодженості між структурами та відсутності національної стратегії розвитку. Вказане знижує ефективність реагування на надзвичайні ситуації, обмежує рівний доступ до допомоги та ускладнює реалізацію базового права громадян на якісну і своєчасну медичну допомогу в критичних станах.

# РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

## 3.1. Стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління ЕМД

Удосконалення системи управління екстреною медичною допомогою має спиратися на стратегічний підхід, що передбачає довгострокове бачення, узгодженість управлінських рішень і чітку координацію на всіх рівнях влади. Ефективна ЕМД − це не лише оперативна служба реагування, а ключовий елемент безпекової інфраструктури держави, який потребує системної інтеграції у державну політику охорони здоров'я та цивільного захисту. Першим і найважливішим кроком до системного вдосконалення публічного управління у сфері екстреної медичної допомоги є розробка та впровадження єдиної державної стратегії розвитку служби ЕМД, яка б стала орієнтиром для всіх рівнів управління — від національного до місцевого. Така стратегія має бути не лише програмним документом, а фундаментом управлінської моделі, що забезпечує скоординованість дій, передбачуваність рішень і довгострокове планування у сфері, яка напряму пов'язана з життям і здоров'ям громадян.

У центрі вказаної стратегії мають бути чітко сформульовані цілі, що відповідають як загальнодержавним пріоритетам у сфері охорони здоров'я, так і специфічним викликам, з якими стикається система ЕМД: зростанням кількості критичних випадків, погіршенням логістики в умовах воєнного стану, викликами медичної евакуації, нестачею кадрів у прифронтових районах тощо. Стратегія має визначати конкретні індикатори ефективності, які дадуть змогу відстежувати реальні зміни − не лише в кількісних показниках (час доїзду, кількість викликів, обсяг фінансування), але й у якості медичної допомоги, рівні доступності послуг, злагодженості міжвідомчої взаємодії.

Крім стратегічних цілей, документ повинен передбачати інструменти ресурсного забезпечення, які включають:

- нормативно закріплене базове фінансування ЕМД у структурі державного бюджету;
- механізми залучення міжнародної допомоги та її інтеграції в загальний фінансовий план;
- підготовку й утримання резервів медичних матеріалів, транспорту, пального, засобів захисту;
- створення та підтримку мобільних бригад для швидкого реагування на масштабні інциденти [55].

Окремо мають бути прописані принципи міжвідомчої взаємодії, що регламентуватимуть:

- координацію між МОЗ, ДСНС, ЗСУ, Нацполіцією, НСЗУ та місцевими органами самоврядування;
- порядок спільного реагування у випадку масштабних надзвичайних ситуацій;
- процедури інформаційного обміну, евакуації, супроводу поранених тощо.

Стратегія також повинна містити механізми моніторингу та корекції управлінських рішень, що дозволить не просто оцінювати хід її реалізації, а вчасно адаптувати заходи до змін у зовнішньому середовищі. Це особливо актуально в умовах воєнного конфлікту, коли ситуація може змінюватися щоденно, а система ЕМД має залишатися стабільною, мобільною та стійкою до навантажень.

Невід’ємною складовою даної стратегії є розмежування повноважень і відповідальності між центральними, регіональними та місцевими органами влади. Вказане дозволить уникнути ситуацій, коли в умовах загострення ситуації на місцях виникає управлінський вакуум, а дії різних інституцій дублюються або суперечать одна одній. Зокрема, має бути чітко визначено:

- відповідальність центрального рівня (МОЗ, НСЗУ) за нормативне регулювання, фінансування, контроль та створення національних резервів;

- регіональний рівень — за управління обласними Центрами ЕМД, логістику, розподіл ресурсів між громадами;
- місцевий рівень — за підтримку інфраструктури, реагування на локальні виклики, кадрову політику в громадах, забезпечення паливом і поточними матеріалами.

Така багаторівнева і чітко розподілена система дозволить уникати хаотичних рішень у кризових ситуаціях, забезпечить прозорість розподілу коштів, покращить реакцію на надзвичайні події, і водночас дасть змогу оптимізувати бюджетне навантаження за рахунок розумного делегування повноважень. В цілому, державна стратегія розвитку ЕМД має стати інтегруючим документом, що поєднує політичне бачення, фінансову спроможність, управлінську ефективність і гуманітарну чутливість до потреб населення − як у мирний час, так і в умовах війни чи масштабної надзвичайної ситуації.

Другим стратегічним орієнтиром реформування системи управління екстреною медичною допомогою має стати створення національної системи багаторівневої міжвідомчої координації у сфері екстреного реагування. В умовах багатофакторних загроз − війни, природних катастроф, техногенних аварій, терористичних атак − ефективність служби ЕМД значною мірою залежить від узгодженості її дій з іншими державними структурами, що відповідають за безпеку, рятувальні заходи, медичне забезпечення й управління на місцях [15].

Сьогодні в Україні система взаємодії між МОЗ, ДСНС, Збройними силами, Нацполіцією, НСЗУ та органами місцевого самоврядування переважно фрагментарна, ініціативна або неформалізована, що призводить до дублювання рішень, втрати часу, неефективного використання ресурсів та помилок у кризових ситуаціях. У цьому контексті необхідно створити єдиний координаційний центр або оперативну міжвідомчу платформу, яка функціонуватиме в режимі реального часу, синхронізуючи зусилля всіх залучених служб у межах системи екстреного реагування.

До ключових завдань такої платформи має входити:

- уніфікація алгоритмів реагування для всіх відомств − чітке визначення ролей і відповідальностей, часових рамок та каналів комунікації при надзвичайних подіях;
- цифрова інтеграція інформаційних систем − поєднання баз даних диспетчерських центрів, геолокації бригад ЕМД, наявності медичних ресурсів, логістичних маршрутів, а також даних про пошкоджену інфраструктуру;
- автоматизований розподіл ресурсів (автомобілі, персонал, медикаменти) відповідно до типу загрози, місця події та оперативної ситуації;
- єдині стандарти зв'язку та управління каналами комунікації в умовах перевантаження, аварій або військових дій;
- запровадження сценарного управління − моделі прогнозування дій у разі поширених сценаріїв катастроф: масові обстріли, обвал інфраструктури, отруєння населення, поранення військових.

Окрема увага має приділятися залученню органів місцевого самоврядування до координаційного процесу, адже саме вони першими стикаються з наслідками надзвичайних ситуацій, мобілізують ресурси на місцях і взаємодіють із населенням. Для цього потрібно:

- створити регіональні представництва координаційного центру;
- запровадити систему обов'язкового звітування про стан готовності та реагування;
- навчати представників громад діям у складі єдиної координаційної мережі [26].

Крім того, ефективність міжвідомчої взаємодії напряму залежить від наявності спільного цифрового середовища, що забезпечує прозорість, оперативність і аналітичну підтримку рішень. Вказане потребує:

- розробки інтегрованого ПЗ з відкритим доступом для всіх відомств;
- захисту каналів передачі даних від кіберзагроз;

– створення резервної хмари або серверів, які зберігатимуть критично важливу інформацію у випадку втрати фізичної інфраструктури.

Таким чином, створення національної системи багаторівневої координації в ЕМД є не лише технічним чи адміністративним завданням, а стратегічним кроком до зміцнення інституційної спроможності держави реагувати на виклики нового покоління. Вказане дозволить вийти за межі ізольованого функціонування установ і сформувати єдину мережу дій, яка працює скоординовано, швидко й ефективно − в інтересах безпеки та здоров'я громадян.

Третім ключовим пріоритетом вдосконалення системи управління екстреною медичною допомогою є впровадження системного підходу до управління ризиками та кризовими ситуаціями. Сучасна парадигма безпеки вимагає переходу від реактивного до проактивного управління, де головна увага зосереджена не лише на реагуванні після настання надзвичайної ситуації, а на передбаченні, підготовці та зниженні потенційних наслідків криз для системи охорони здоров'я загалом та служби ЕМД зокрема.

Формування такої моделі потребує створення дієвих інструментів стратегічного планування та практичної підготовки персоналу, серед яких особливе значення мають сценарні моделювання (emergency simulations). Це спеціально розроблені навчально-практичні заходи, які імітують різні типи надзвичайних ситуацій − від масових ДТП до техногенних аварій і терористичних актів, від масштабної евакуації до дій у зоні бойових дій. Завдяки регулярному проведенню таких симуляцій, медичні бригади, диспетчерські служби, місцеві адміністрації та інші учасники системи відпрацьовують злагоджені алгоритми, коригують процедури, визначають слабкі місця у логістиці, комунікаціях чи кадровому забезпеченні.

Не менш важливим елементом є розробка типових планів реагування на різні види надзвичайних подій, що мають бути адаптовані до специфіки регіону, рівня медичної інфраструктури, наявності ризиків (промислові зони, лінії фронту, великі транспортні вузли тощо). Такі плани повинні містити

чіткий розподіл відповідальності, контактні маршрути, регламент дій на різних етапах загрози − від первинного повідомлення до евакуації постраждалих та розгортання польових медичних пунктів.

У цьому контексті критично важливою є підготовка резервної інфраструктури, яка може бути активована у разі виходу з ладу основних ресурсів. Йдеться, зокрема, про:

- резервні автопарки (мобільні медичні модулі, реанімобілі, засоби евакуації);
- автономні системи зв'язку (супутниковий зв'язок, радіомережі, польові комунікаційні платформи);
- склади з медичними резервами (перев'язувальні матеріали, ліки, паливо, захисне спорядження);
- переносні джерела живлення, генератори, мобільні освітлювальні комплекси [33].

Вагоме місце у системі кризового реагування займають мобільні команди швидкого реагування, які повинні мати універсальну підготовку, бути автономними впродовж тривалого часу, діяти за межами лікарень і бути здатними працювати у важкодоступних або небезпечних зонах. Також доцільним є формування резервних бригад евакуації, зокрема для транспортування важкопоранених, осіб з інвалідністю, хронічно хворих, вагітних жінок тощо.

Особливої уваги потребує інтеграція польових медичних пунктів у єдину мережу медичного реагування. У кризових умовах вони мають стати не лише стабілізаційними станціями, а й повноцінними елементами координації − з можливістю цифрового зв'язку, короткочасної госпіталізації, оперативного сортування та надання первинної допомоги. Системне управління ризиками також вимагає розробки єдиної нормативної бази, яка б регламентувала функціонування ЕМД у режимі підвищеної готовності, мобілізації чи надзвичайного стану. У межах цієї бази мають бути передбачені:

- права й обов'язки медичних працівників;

- алгоритми їх правового та соціального захисту;
- джерела додаткового фінансування
- принципи мобілізації резервів на випадок масштабного загострення ситуації.

Упровадження такого системного підходу дозволить зміцнити стійкість служби ЕМД, знизити смертність у критичних ситуаціях, мінімізувати паніку та хаос, а також підвищити довіру громадян до державних інституцій у найскладніші моменти.

Необхідним напрямом стратегічного оновлення є вдосконалення організаційної структури центрів екстреної медичної допомоги на регіональному рівні, що має відповідати сучасним викликам, характеру розселення населення та зміненим умовам безпеки. У зв'язку з цим доцільно впровадити модель укрупнених оперативно-диспетчерських центрів, які обслуговуватимуть не окремі громади, а декілька адміністративно-територіальних одиниць одночасно. Така модель дозволяє підвищити рівень централізації управлінських рішень без втрати швидкості реагування, особливо у випадках, коли на окрему громаду припадає недостатня кількість ресурсів − бригад, техніки, фахівців [40]. За рахунок оптимізації розподілу викликів, спільного використання персоналу та транспорту, можна значно зменшити дисбаланс у навантаженні, знизити ризик збоїв та підвищити рівень доступності медичної допомоги в сільських і віддалених районах.

Сучасна організація диспетчеризації має передбачати використання цифрових технологій, включаючи системи автоматизованого розподілу викликів, GPS-моніторинг, аналітику в реальному часі, що дозволяє визначити найближчу вільну бригаду, оцінити ситуаційне навантаження, спрогнозувати час доїзду з урахуванням дорожньої обстановки. Такий підхід знижує ручну залежність від операторів, прискорює реакцію та дозволяє в умовах обмежених ресурсів діяти ефективніше. Важливим також є перехід до єдиного стандарту диспетчерського обслуговування, за якого всі громади регіону користуються однією логістичною моделлю реагування, що забезпечує

рівномірне покриття територій, уникнення дублювань та зменшення “мертвих зон” − районів, що фактично залишаються без швидкого доступу до медичних бригад через організаційні розриви між адміністративними межами.

Окремого стратегічного підходу вимагає адаптація служби ЕМД до тривалої війни та повоєнного відновлення, що вимагає не тільки оперативних, а й гуманітарних рішень. По-перше, йдеться про оптимізацію логістики в умовах пошкоджених доріг, переміщеного населення та обмеженого ресурсу, зокрема шляхом створення запасних маршрутів, автономних пунктів стабілізації, евакуаційних коридорів. По-друге, надзвичайно актуальним є забезпечення безперервності роботи служби в умовах бойових дій або регулярних ракетних обстрілів, що передбачає не лише резервування інфраструктури, а й фізичну безпеку персоналу — наявність укриттів, броньованих реанімобілів, спорядження, захисних костюмів.

Крім того, в умовах повоєнного періоду надзвичайно важливою стає реінтеграція ветеранів-медиків, які мають цінний бойовий досвід, але потребують підтримки для повернення до цивільної системи охорони здоров’я. Вказане потребує створення програм психологічної реабілітації, професійної перепідготовки, збереження мотивації до роботи. Також необхідно запровадити систему психологічної підтримки та супервізії для всіх працівників служби ЕМД, особливо тих, хто працює в умовах підвищеного ризику, постійного стресу, втрат колег або масових поранень [47]. Формування культури психологічної стійкості, кризового супроводу та профілактики вигорання має стати складовою кадрової політики.

В цілому, організаційне оновлення ЦЕМД повинно поєднувати технологічні рішення, адміністративну ефективність та гуманітарну чутливість, створюючи адаптивну та стійку інституцію, здатну ефективно функціонувати в умовах як миру, так і тривалого збройного конфлікту. Для узагальнення ключових напрямів стратегічного оновлення системи управління екстреною медичною допомогою, у табл. 3.1. нижче подано основні орієнтири та їх коротку характеристику.

*Таблиця 3.1.*

Стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління ЕМД

| *№* | *Стратегічний напрям* | *Коротка характеристика* |
|---|---|---|
| 1 | Розробка державної стратегії розвитку ЕМД. | Формування єдиного бачення цілей, завдань, фінансування та стандартів розвитку служби ЕМД. |
| 2 | Розмежування повноважень між рівнями влади. | Чіткий поділ відповідальності між центральною, регіональною та місцевою владою для уникнення дублювання функцій. |
| 3 | Створення системи міжвідомчої координації. | Запровадження національного координаційного центру для синхронізації дій між МОЗ, ДСНС, Нацполіцією, НСЗУ та іншими структурами. |
| 4 | Впровадження кризового планування та управління ризиками. | Розробка типових планів дій, сценарного моделювання та підготовка резервів. |
| 5 | Оптимізація регіональної організації ЦЕМД. | Укрупнення диспетчерських центрів, застосування автоматизованих систем розподілу викликів. |
| 6 | Адаптація системи ЕМД до умов війни та повоєнного періоду. | Формування мобільних команд, захист персоналу, створення умов для безперервного надання допомоги в умовах бойових дій. |

Розробка автора.

Таким чином, стратегічне оновлення системи управління екстреною медичною допомогою потребує не лише окремих тактичних рішень або реагування на наявні виклики, а глибокої трансформації управлінської парадигми. Йдеться про перегляд всієї організаційної моделі − від структури диспетчеризації до механізмів міжвідомчої взаємодії, від кадрової політики до стратегічного планування в умовах кризи. ЕМД повинна розглядатися не як допоміжна підсистема охорони здоров’я, а як повноцінна частина національної безпекової архітектури, яка діє на випередження, демонструє швидку адаптивність і гарантує громадянам своєчасний доступ до допомоги незалежно від місця проживання чи зовнішніх обставин. Реалізація цього стратегічного курсу вимагає єдиної державної політики, в якій буде закріплено чітке бачення розвитку служби ЕМД, підкріплене нормативно-правовими, фінансовими та кадровими рішеннями. Успішне реформування передбачає інтеграцію цифрових рішень, розвиток мобільної логістики, підвищення

психологічної та професійної стійкості персоналу, а також створення інституційної спроможності діяти у складних умовах, зокрема під час війни. У підсумку це дозволить зробити систему ЕМД сучасною, мобільною, стійкою та ефективною службою оперативного реагування, що зможе відповідати стандартам доступності, якості та безпеки в усіх регіонах України.

### 3.2. Інноваційно-цифрові та нормативно-ресурсні підходи до модернізації управління ЕМД

У сучасних умовах війни, цифрової трансформації суспільства та зростання вимог до оперативності медичного реагування особливого значення набувають інноваційні, цифрові та нормативно-ресурсні інструменти модернізації системи управління екстреною медичною допомогою. Вказані компоненти є не допоміжними, а базовими для формування сучасної, адаптивної й прозорої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я. Першочерговим напрямом інноваційного розвитку системи управління екстреною медичною допомогою виступає цифровізація диспетчеризації та логістики ЕМД, яка забезпечує основу для швидкого, точного та координованого реагування. У сучасних умовах реагування на критичні події вже не може спиратися виключно на людський фактор − ручну обробку інформації, телефонні виклики, або інтуїтивне планування маршрутів. Замість цього необхідно запроваджувати автоматизовані процеси прийняття викликів, розподілу бригад та навігації у режимі реального часу з урахуванням географії, транспортної доступності, навантаження на персонал та доступних ресурсів.

Використання GPS-трекерів у реанімобілях, аналітичних панелей для оцінки навантаження, програм для візуалізації маршрутів дозволяє виводити роботу ЕМД на новий рівень керованості. Вказане не лише підвищує швидкість доїзду до пацієнта, а й дає змогу уникати неефективного використання часу та ресурсів: дублювань, холостих виїздів, нераціонального використання пального. Крім того, автоматизовані логістичні системи

дозволяють оптимізувати графіки чергувань, зменшуючи перевантаження на окремі зміни чи бригади, що позитивно впливає на якість допомоги та професійне здоров’я працівників.

Особливо перспективним є впровадження інтегрованої диспетчерської платформи нового покоління, яка об'єднує в собі картографічну аналітику, дані з систем відеоспостереження, метеоумови, наявність лікарень і відділень, що приймають пацієнтів певного профілю. Така платформа забезпечує не лише технічну підтримку оперативного реагування, а й створює умови для стратегічного аналізу − моніторингу динаміки викликів, виявлення “проблемних зон” у покритті, прогнозування навантаження на свята або в періоди надзвичайних подій [50]. Впровадження подібних технологій − це не розкіш, а базова потреба сучасної служби ЕМД, яка прагне відповідати викликам часу та гарантувати громадянам рівний і швидкий доступ до допомоги.

Наступним критично важливим напрямом модернізації управління є інтеграція служби екстреної медичної допомоги в національну електронну систему охорони здоров’я “eHealth”, яка є ключовою платформою для забезпечення прозорості, зв’язності та безперервності медичного обслуговування в Україні. На сьогодні ЕМД у багатьох регіонах ще не повною мірою охоплена електронною документацією, що унеможливлює швидкий обмін інформацією, створює розриви в медичному ланцюзі та сприяє втраті даних про пацієнта в критичних ситуаціях. Включення екстреної служби до “eHealth” забезпечить оперативну цифрову фіксацію всіх етапів надання допомоги − від першого контакту до госпіталізації, що підвищить загальну керованість системою та її підзвітність.

Особливо важливим елементом є створення електронних медичних профілів пацієнтів, які будуть доступні для екстреної бригади вже під час виїзду на виклик. Така інформація повинна включати основні медичні дані: алергії, хронічні захворювання, поточні призначення, наявність інвалідності чи особливі умови догляду. Вказане дозволить швидше приймати клінічні

рішення, уникати помилок у наданні допомоги, підвищити безпеку пацієнта, особливо в ситуаціях, коли він не може самостійно повідомити про свій стан. Також спрощується процес направлення до лікарні, адже всі дані будуть автоматично передані до приймального відділення, що мінімізує втрату інформації при госпіталізації.

Актуальним нововведенням, що має бути впроваджене у рамках цієї інтеграції, є електронна історія виклику − цифровий запис, який фіксує всі ключові елементи роботи бригади: час надходження виклику, симптоми, попередній діагноз, дії фельдшера або лікаря, введені препарати, рішення про транспортування, тривалість маршруту тощо. Такий підхід знижує ризик медичних помилок, забезпечує правову захищеність персоналу, мінімізує ймовірність зловживань і дозволяє проводити аудит якості надання екстреної допомоги. У довгостроковій перспективі це стане основою для формування національного реєстру екстрених випадків, який сприятиме аналізу ризиків, оптимізації ресурсів і прогнозуванню потреб населення в ЕМД.

У такий спосіб інтеграція ЕМД до “eHealth” є не лише технологічною модернізацією, а інституційним кроком до створення єдиної медичної екосистеми, де кожен пацієнт отримає безперервну, якісну та прозору медичну допомогу − від виклику 103 до післягоспітального супроводу. Окрему нішу в інноваціях посідає використання телемедицини, особливо у віддалених або прифронтових районах, де лікарі можуть надавати консультації через захищені відеозв’язки, підтримуючи бригади фельдшерського типу в прийнятті складних рішень [29]. Впровадження телемедичних рішень дозволяє зекономити ресурси, зменшити кількість необґрунтованих госпіталізацій та підвищити якість допомоги на догоспітальному етапі.

Поряд із цифровими механізмами модернізація неможлива без оновлення нормативно-правової бази, яка регулює діяльність служби ЕМД. Нині правове поле є фрагментарним, що ускладнює міжвідомчу взаємодію та реалізацію інноваційних практик. Потрібно затвердити єдині стандарти надання екстреної допомоги, алгоритми дій у кризових ситуаціях, порядок дій

у разі масових поранень, обстрілів, евакуацій, а також стандарти етичної поведінки та професійної відповідальності персоналу. У цьому контексті ключовою умовою є фінансова та матеріально-технічна підтримка цифрової трансформації ЕМД. Доцільно закласти в державний бюджет окрему програму “Цифрова ЕМД”, яка покриватиме витрати на технічне оновлення парку пристроїв, серверної інфраструктури, програмного забезпечення та навчання персоналу. Крім того, необхідно створити інструменти залучення грантових, міжнародних і приватних інвестицій, які спрямовуватимуться на розвиток ІТ-інфраструктури, зокрема в регіонах.

Важливо також передбачити всебічну кадрову адаптацію до цифровізації, адже впровадження технологій саме по собі не гарантує ефективності без готовності персоналу ними користуватися. Умови екстреної медицини вимагають швидкого прийняття рішень, високої відповідальності та здатності працювати в стресових ситуаціях − тому навчання цифровим інструментам має бути простим, доступним і регулярним. Перш за все, необхідно запровадити систему безперервного підвищення кваліфікації, що охоплює роботу з планшетами, застосунками eHealth, електронними маршрутами, аналітичними панелями, а також базовими принципами кібербезпеки. Таке навчання має бути практико-орієнтованим і проводитися безпосередньо на базі ЦЕМД або онлайн із доступом до демонстраційних матеріалів.

Окрім цього, доцільно запровадити національний стандарт цифрової компетентності медичного працівника служби ЕМД, який включатиме мінімально необхідний перелік навичок, що мають бути обов’язковими для ефективної роботи в умовах цифрової трансформації. Даний стандарт може стати частиною атестаційних вимог та враховуватись під час підбору кадрів, ротацій або просування. Важливим інституційним кроком є також створення посад ІТ-консультантів у структурах ЦЕМД − фахівців, які супроводжуватимуть впровадження нових програм, надаватимуть технічну

допомогу персоналу, допомагатимуть з аналізом цифрових даних та зв’язком із розробниками систем [39].

Така підтримка дозволить зменшити навантаження на медичних працівників, знизити рівень технічних збоїв і підвищити впевненість персоналу в роботі з електронними платформами. У результаті, кадрове забезпечення цифровізації стає критичним фактором успіху, оскільки саме люди − фельдшери, лікарі, диспетчери − залишаються ключовою ланкою між технологією та пацієнтом. Без їхньої обізнаності, впевненості та готовності до змін жодна система не працюватиме повноцінно, як би досконало вона не була побудована. З метою узагальнення основних напрямів інноваційної та цифрової трансформації системи управління екстреною медичною допомогою доцільно звернути увагу на табл. 3.2., яка відображає стратегічні ініціативи, їхній зміст і очікувані результати модернізації.

*Таблиця 3.2.*

Ключові інноваційно-цифрові та нормативно-ресурсні підходи до модернізації управління ЕМД

| *№* | *Напрям модернізації* | *Зміст та очікувані результати* |
|---|---|---|
| 1 | Цифровізація диспетчеризації. | Впровадження автоматизованих систем прийому викликів, розподілу бригад, GPS-навігації та аналітики навантаження; підвищення швидкості та точності реагування. |
| 2 | Інтеграція в систему eHealth. | Електронні профілі пацієнтів, історії викликів, направлення; покращення інформаційного супроводу, мінімізація помилок, підвищення безпеки та якості допомоги. |
| 3 | Використання телемедицини. | Консультації на відстані у складних випадках, зниження навантаження на лікарів, оптимізація рішень у віддалених районах. |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Оновлення нормативної бази. | Уніфікація стандартів надання допомоги, алгоритмів взаємодії між відомствами, правовий захист персоналу в надзвичайних ситуаціях. |
| 5 | Фінансово-ресурсна підтримка цифровізації. | Державна програма “Цифрова ЕМД”, закупівля техніки, ПЗ, навчання персоналу; залучення міжнародної допомоги та грантів. |
| 6 | Кадрова адаптація до цифровізації. | Створення ІТ-консультантів у ЦЕМД, стандарт цифрової компетентності, регулярне навчання роботі з eHealth, планшетами, системами моніторингу та аналітики. |

Узагальнюючи, можна стверджувати, що інноваційно-цифрова трансформація служби ЕМД − це не лише про технології, а про нову філософію управління: прозору, доказову, системну, орієнтовану на швидке реагування, ефективне використання ресурсів і реальну допомогу пацієнту в критичний момент. Тільки за умови одночасної цифровізації, оновлення нормативної бази та ресурсного підкріплення ця система зможе функціонувати повноцінно та відповідати стандартам XXI століття.

**Висновки до третього розділу**

1. У межах дослідження визначено ключові стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління екстреною медичною допомогою, серед яких − розробка інтегрованої державної стратегії, посилення міжвідомчої взаємодії, системне управління кризами, а також модернізація регіональних центрів ЕМД з урахуванням сучасних ризиків. Зазначені підходи спрямовані на підвищення оперативності, стійкості та доступності служби ЕМД, що є необхідною умовою формування ефективної моделі публічного управління у сфері охорони здоров’я в умовах нестабільного безпекового середовища.

2. Розглянуто інноваційно-цифрові та нормативно-ресурсні підходи до модернізації управління екстреною медичною допомогою, які включають цифровізацію логістики та диспетчеризації, інтеграцію з eHealth, розвиток телемедицини, оновлення правового регулювання, а також зміцнення кадрової та технічної спроможності. Застосування цих підходів дозволить забезпечити

системність, адаптивність і високу якість реагування служби ЕМД на виклики в умовах як мирного, так і кризового періодів.

# ВИСНОВКИ

Визначено сутність і роль публічного управління у сфері охорони здоров'я. Виявлено, що воно є не лише механізмом адміністративного впливу, а й інструментом стратегічного розвитку медичної сфери, орієнтованим на суспільні інтереси, забезпечення рівного доступу до медичних послуг, підвищення якості сервісу та демократизацію управлінських процесів. Публічне управління охоплює нормативне, організаційне, фінансове, інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я та виконує координаційну, регуляторну й сервісну функції, що особливо актуально в умовах реформ, децентралізації та кризових ситуацій.

Вивчено концепції реформування медичної системи: світовий та вітчизняний досвід. Встановлено, що ефективні моделі охорони здоров'я базуються на поєднанні доступності, якості та фінансової стійкості, при цьому кожна країна формує власну систему з урахуванням історичних, соціальних і економічних умов. Світовий досвід демонструє різноманіття підходів − від централізованих бюджетних до ринково-орієнтованих страхових − які забезпечують різні рівні участі держави, пацієнта та приватного сектору. Україна, адаптуючи міжнародні практики, впроваджує модель, орієнтовану на пацієнтоцентричність, контрактне фінансування, автономізацію закладів і цифровізацію послуг, однак потребує подолання викликів у сфері вторинної допомоги, кадрового забезпечення та рівного доступу до медичних послуг в умовах війни.

Досліджено роль та особливості екстреної медичної допомоги в системі публічного управління охороною здоров'я. Дослідження показало, що екстрена допомога є не лише оперативним інструментом реагування, а ключовим елементом національної системи безпеки та соціальної стабільності, ефективність якої прямо залежить від якості державного управління, рівня міжвідомчої координації, кадрового потенціалу та ресурсного забезпечення. ЕМД потребує системної інтеграції в усі рівні

управлінської політики − від стратегічного планування до місцевого бюджетування, включно з цифровізацією, модернізацією інфраструктури та підтримкою персоналу. Її подальший розвиток має розглядатися як пріоритет державної політики в сфері охорони здоров'я та кризового реагування.

Розглянуто організаційну структуру та функціонування служби екстреної медичної допомоги. З'ясовано, що ЕМД є чітко ієрархізованою системою з визначеними функціональними блоками, які взаємодіють на національному та регіональному рівнях, забезпечуючи оперативне реагування на критичні стани пацієнтів. Її ефективність залежить від злагодженої роботи диспетчерських служб, належного кадрового та технічного забезпечення бригад, сучасних цифрових рішень та системного фінансування через програму медичних гарантій. Забезпечення стійкості та доступності ЕМД потребує інтегрованого управлінського підходу, який поєднує нормативну чіткість, гнучкість реагування та стратегічне ресурсне планування.

Узагальнено проблеми управління екстреною медичною допомогою в умовах реформ, серед яких визначальними є: інституційна непідготовленість до нової моделі фінансування, кадровий дефіцит і низька мотивація персоналу, технічна зношеність автопарку, нормативна невизначеність міжвідомчої взаємодії, недостатня цифрова інтеграція та відсутність стратегічного бачення розвитку служби. Усі вказані чинники суттєво ускладнюють ефективне реагування на виклики часу, знижують якість і доступність екстреної допомоги, а отже потребують системного переосмислення управлінських підходів та створення цілісної, адаптивної моделі публічного управління в цій сфері.

Запропоновано стратегічні та організаційні орієнтири вдосконалення системи управління екстреною медичною допомогою, які передбачають формування єдиної державної стратегії розвитку служби ЕМД, створення багаторівневої системи міжвідомчої координації, впровадження комплексного управління ризиками та кризами, а також оптимізацію регіональної структури ЦЕМД з урахуванням викликів війни та повоєнного відновлення. Реалізація

зазначених напрямів дозволить забезпечити цілісність, гнучкість і ефективність функціонування служби ЕМД як ключового елементу системи публічного управління в охороні здоров’я.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р., Апостолюк О. З., Артимович А. І. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.

2. Бандура Г. Змістове навантаження приватної медичної практики. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. Ч. 2. С. 19–22.

3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід.* Вип. № 2/2020. URL: http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20

4. Бобровська О. Ю., Бондаренко Д. М. Публічне управління економічним розвитком регіонів: галузевий аспект. *Аспекти публічного управління: науковий журнал.* Дніпро: Грані, 2021. Том 9. № 3. С. 22-35. URL: https://aspects.org.ua/index.php/journal/issue/view/63/тет

5. Бовкун О. Теоретико-концептуальні засади класифікації публічних послуг в умовах сервісно-орієнтованого розвитку держави. *Економіка та суспільство,* (37). 2022. URL: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-37-57

6. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. Том 19. Вип. 1(44), 2020 р., с. 140. URL: http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360

7. Борщевський В., Василиця О., Матвєєв Є. Публічне управління в умовах воєнного стану: інституційні трансформації, стратегічне планування та механізми розвитку. *Держава та регіони*. 2022. № 2(76). URL: https://doi.org/10.32840/1813-3401.2022.2.5

8. Василенко Н. В., Семко М. І., Радиш Я. Ф. Роль публічного управління у формуванні нової моделі державного регулювання охорони

здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Internauka. Economic Sciences*. 2022. №8. URL: https://doi.org/10.25313/2520-2294-2022-8

9. Васюк М. Органи публічного управління як суб'єкти надання послуг у медичній галузі України. *Адміністративне право і процес*. Вип. №. 12. 2018. С. 172-175. URL: http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2018/12/32.pdf

10. Всесвітня організація охорони здоров'я. *Глобальна стратегія охорони здоров'я*. URL: https://www.who.int/health-topics

11. Гавриченко Д. Г. Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. Вип. № 9. 2020. с. 4. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2020/62.pdf

12. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. *Серія : "Юридичні науки"*. 2016. № 4. с. 123 URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf

13. Гончарук Н., Чередниченко А. Модернізація публічного управління в Україні в умовах війни та в поствоєнний період у контексті європейських цінностей. *Аспекти публічного управління*. №10(6). 2022. С.46-54. DOI: https://doi.org/10.15421/152243

14. Долгіх М. В. Модернізація управління системою охорони здоров'я: теоретичний аспект. Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (22 листопада 2019 року) за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл. К.: МАУП, 2019. С. 26-30.

15. Дука А. П. Трансформація моделей публічного управління. Сучасна парадигма публічного управління : Зб. тез III Міжнар. наук.-практ. конф. (19-22 жовтня 2021 р.) Львів, 2021. с. 21-25.

16. Зима І. Я. Теоретичні підходи до визначення та формування механізмів державного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. Вип. № 15/2019. С. 85-89. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/15_2019/15.pdf

17. Каламан О. Б., Пурцхванідзе О. В. Лідерство у сфері державних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 2. С. 88–94.

18. Карапетян О. А., Гбур З. В. Роль публічного адміністрування в формуванні демократичного суспільства держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 77–85.

19. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. Вип. № 1/2020, с. 161. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

20. Качан Я. В. Адаптивне управління в Україні в умовах війни: проблеми публічної служби. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 2(30). С. 136–144. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/download/8989/9036

21. Колісніченко Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. Науковий вісник: *Державне управління*. 2022. №2 (12). С. 38-52.

22. Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/ed19960628#Text

23. 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). с. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

24. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46-48 URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

25. Криворучко І. В. Публічне управління в умовах війни: виклики та перспективи. *Теорія та практика державного управління.* 2023. Вип. 2 (77). С. 38–53. URL: https://doi.org/10.26565/1727-6667-2023-2-03

26. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління.* Том 9 № 2. 2021. С. 86-100. URL: file:///C:/Users/1/Downloads/871-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-1299-1-10-20210527.pdf

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

28. Лепех Ю. Органи публічного управління та їх роль в адміністративній правотворчості. Наукові праці МАУП. *Серія Юридичні науки*. Вип. № 55(1). 2018. с. 19-25. URL: https://journals.maup.com.ua/index.php/law/article/view/847/1365

29. Лізаковська С. В. Зворотній зв'язок між органами публічної влади та громадянським суспільством: до аналізу питання. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 8. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1736

30. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: зовнішня та внутрішня організаційні складові. *Порівняльно-аналітичне право*. Вип. № 5. 2017. С. 233-235. URL: https://pap-journal.in.ua/wp-content/uploads/2020/08/5_2017.pdf#page=233

31. Марухленко О. В. Дискусії щодо поняття "публічне управління". Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. *Серія: Державне управління.* Том 30 (69) № 4. 2019. С. 9-13. URL: https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/4_2019/4.pdf

32. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія; За заг. ред. М. М. Білинської, Н. О. Басюк, О. Д. Фірсової. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.

33. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. Вісник економіки. 2022. Вип. № 2. С. 111-127. URL: file:///C:/Users/1/Downloads/admin,+11%20(3).pdf

34. Мельниченко О. А., Овчарова Ж. М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень. Таврійський науковий вісник. *Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 4. С. 40-46. DOI: https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2022.4.5

35. Механізми державного управління: сутність і зміст. За ред. М.Д. Лесечка. Рівне: ЛРІДУ НАДУ, 2015. 28 с.

36. Миколенко О. М. Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. *Правова держава*. 2019. № 35. С. 44-53.

37. Миколюк А. В. Публічне управління в умовах військового стану: питання ефективності. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. № 29. С. 45–48. URL: https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2022.29.8

38. Міністерство охорони здоров'я України. *Офіційний веб-сайт*. URL: https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya

39. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на 2022-2025 роки. URL: https://moz.gov.ua

40. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я кол. монографія за наук. ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

41. Національна служба здоров'я України: Офіційний веб-сайт. URL: https://nszu.gov.ua/

42. Обушна Н. Публічне управління як нова модель організації державного управління в Україні: теоретичний аспект. *Ефективність державного управління*: Зб. наук. праць. 2015. Вип. 44. С. 53–63.

43. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05 липня 2012 року № 5081-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17/ed20120705#Text

44. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19/ed20171019#Text

45. Радиш Я. Державне управління охороною здоров’я в Україні: конституційно-правові засади. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2004. № 1. С. 165-168.

46. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров‘я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник. Вип. № 3(57), 2019, с. 163. URL: http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-

47. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. Вип. № 8. 2021. С. 105-112. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2021/19.pdf

48. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров’я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020 р., № 2. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf.

49. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала, Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. *Здоров'я нації*. Вип. № 3. 2017. С. 24-31.

50. Солоненко І., Сабліна Л., Єна А. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров‘я. Збірник наукових праць НАДУ. Випуск 2/2020. С. 100-109.

51. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров‘я. Часопис Київського університету права. 2018/9 № 2. С. 168–173. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf

52. Тихончук Л. Х. Інституційно-економічні засади державного регулювання міжнародної діяльності корпорацій. Рівне. Волинськи обереги, 2018. 308 с.

53. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному

управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. *Серія: Державне управління*. 2017. № 3. С. 95–102 URL: file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/vnaddy_2017_3_16.pdf

54. Хижняк М. І. Здоров'я людини та екологія : навч. посіб. М.І. Хижняк, А.М. Нагорна. К. : Здоров'я, 1995. 230 с.

55. Черніховський Р. І. Публічне управління в сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. Вип. № 6. 2023. С. 277-282. URL: https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/551/499

56. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування*, 2022. Вип. № (4 (32). С. 80-86. https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-11

57. Шевчук Р. В. Аналіз проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. *Серія: Публічне управління та адміністрування.* Том 33 (72) № 6 2022. С. 178-183. URL: https://pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/6_2022/28.pdf

58. Шевчук, Р. В. До проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні. Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління. 2023. Вип. № 2(26), С. 61-66. URL: https://doi.org/10.32689/2617-9660-2023-2(26)-61-66

59. Шкільняк М., Кривокульська Н. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Вип. № 2 (84). 2020. С. 22-30.

60. Шпекторенко І. В. Методологія публічного управління: навч. посібник. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2018. 120 с.