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

«Допущено до захисту»
В.о. завідувача кафедри
_____
А.В.Дакал
«____»_____2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Виконала: студентка групи
ТУприч-8-24-М1ПУА(2.0здс)-В
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Комарчук Оксана Михайлівна
Керівник: PhD, доцент Кузьменко Г.О.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Комарчук Оксана Михайлівна. «Нормативно-правовий механізм управління кадровим забезпеченням у сфері охорони здоров'я України».

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «магістр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» – Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2026

У кваліфікаційній роботі визначено теоретико-методологічні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано нормативно-правову базу управління кадрами у сфері охорони здоров'я України. Розкрито напрями вдосконалення нормативно-правового механізму управління кадровим потенціалом.

Ключові слова: публічне управління, медичні працівники, кадрове забезпечення, нормативно-правова база, державні органи, інноваційні моделі управління.

SUMMARY

Komarchuk Oksana. "Regulatory and Legal Mechanism for Human Resources Management in the Healthcare Sector of Ukraine".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Management and Administration" – Interregional Academy of Personnel Management – Kyiv. 2026

The thesis defines the theoretical and methodological foundations of public administration in the healthcare sector. The regulatory and legal framework for human resources management in the healthcare sector of Ukraine is analyzed. The directions for improving the regulatory and legal mechanism for human resources potential management are disclosed.

Key words: public administration, medical workers, human resources, regulatory and legal framework, state bodies, innovative management models.

ЗМІСТ

ВСТУП 4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 7
1.1. Поняття і структура публічного управління у сфері охорони здоров'я 7
1.2. Історичний розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я . 12
1.3. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я 22
Висновки до першого розділу 42
РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УПРАВЛІННЯ КАДРАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 45
2.1. Аналіз законодавства щодо підготовки та працевлаштування медичних працівників 45
2.2. Повноваження державних органів у сфері кадрового забезпечення 47
2.3. Проблеми реалізації правового регулювання в умовах реформ 49
Висновки до другого розділу 51
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ 55
3.1. Оцінка ефективності чинної системи управління 55
3.2. Запровадження інноваційних моделей управління медичними кадрами . 57
3.3. Пропозиції щодо вдосконалення законодавства України 59
Висновки до третього розділу 62
ВИСНОВКИ 64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 70
ДОДАТКИ 82

ВСТУП

Актуальність теми. Стійкість і доступність медичної допомоги критично залежать від людських ресурсів: від того, як держава навчає, допускає до професії, розподіляє, мотивує та утримує медичних працівників. Для України це питання набуло особливої ваги через одночасну дію кількох факторів: триваючої трансформації фінансування системи охорони здоров'я, швидкої цифровізації процесів (eHealth), поглиблення регіональних диспропорцій, міграційних втрат та зростання навантаження на служби в умовах війни. У цих умовах саме нормативно-правова база стає головним «каркасом», який або дозволяє оперативно вирівнювати дефіцити та підвищувати якість, або – навпаки – консервує застарілі практики. Комплексний аналіз і вдосконалення правового регулювання управління медичними кадрами є тому не лише науковим, а й прикладним завданням державної політики.

Дослідження відповідає пріоритетам державної політики у сфері публічного управління охороною здоров'я, цілям стійкого розвитку, завданням післявоєнного відновлення та вимогам до кадрової спроможності закладів у межах програми медичних гарантій. Результати можуть бути використані центральними та місцевими органами виконавчої влади, закладами охорони здоров'я, медичними університетами, акредитаційними органами та професійними асоціаціями.

Проблематика регулювання кадрів охорони здоров'я активно розробляється у вітчизняній та міжнародній літературі: розглядаються моделі фінансування, кадрове планування, безперервний професійний розвиток (БПР), якість і безпека медичної допомоги, цифрова трансформація. Водночас інтегрований погляд на весь цикл «освіта – доступ до професії – працевлаштування – БПР – контроль якості» у зв'язку з договірною моделлю НСЗУ, інструментами eHealth та викликами воєнного часу досі представлений фрагментарно. Це обґрунтовує потребу в системному міждисциплінарному аналізі й нормативних пропозиціях.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати правове регулювання управління медичними кадрами в Україні та розробити практичні пропозиції щодо вдосконалення законодавства та підзаконних механізмів реалізації.

Завдання дослідження:

– розкрити структуру чинної нормативно-правової бази, що регулює підготовку, допуск до професії, працевлаштування, контроль якості діяльності медичних працівників;

– проаналізувати повноваження та взаємодію ключових інституцій (КМУ, МОЗ, МОН/НАЗЯВО, НСЗУ, інші органи контролю) у кадровій політиці;

– оцінити вплив договірної моделі фінансування та e-health на кадрову спроможність закладів (вимоги пакетів послуг, верифікація персоналу, дані й аналітика).

– виявити проблеми імплементації норм: державне замовлення, інтернатура/резидентура, атестація, ліцензійні вимоги, регіональні диспропорції.

– дослідити вплив війни та міграції на кадровий баланс і правові режими (спрощення процедур, мобільність, безпека та якість);

– порівняти українську модель із європейськими та міжнародними підходами до кадрового управління;

– розробити пропозиції щодо змін законів і підзаконних актів, а також управлінських інструментів реалізації (процедури, стандарти, дашборди, методичні пакети).

– окреслити механізми інституційної координації та підзвітності між центральними органами, регіонами й надавачами послуг.

Об’єкт дослідження – система управління людськими ресурсами охорони здоров’я в Україні.

Предмет дослідження – нормативно-правові механізми регулювання повного кадрового циклу (освіта, допуск, працевлаштування, БПР, контроль якості) та інституційна взаємодія суб’єктів реалізації цієї політики.

Теоретико-методологічна основа. Дослідження спирається на принципи публічного адміністрування та належного врядування (поділ повноважень,

підзвітність, участь стейкхолдерів), концепцію управління людськими ресурсами в охороні здоров'я (планування, розвиток компетентностей, мотивація та утримання), підходи "evidence-based policy" та регуляторного імпакт-аналізу, системний і інституційний аналіз, порівняльно-правовий підхід, "risk-based" регулювання якості та безпеки.

Методологія та методи дослідження: догматичний (правничий) аналіз норм Конституції, законів, постанов уряду та наказів центральних органів; порівняльно-правовий аналіз із практиками європейських країн та міжнародними рекомендаціями; політико-правовий та інституційний аналіз повноважень і взаємодій між органами влади та надавачами.

Нормативно-правова база дослідження. Використовуються Конституція України; базові акти у сфері охорони здоров'я; закони щодо державних фінансових гарантій; акти у сфері вищої освіти; урядові постанови щодо е-системи, договорів із державним платником і ліцензійних умов; накази МОЗ з питань інтернатури, атестації та БПР; типові вимоги до надавачів послуг; інші суміжні акти (телемедицина, фармацевтичне регулювання тощо).

Інформаційна база. Офіційні публікації центральних органів виконавчої влади, відкриті дані eHealth і НСЗУ (де доступні), звіти державних інституцій, аналітика наукових та міжнародних організацій, матеріали професійних асоціацій, результати опитувань/інтерв'ю (за наявності), судова практика з кадрових та ліцензійних спорів.

Апробація результатів і публікації. Основні положення планується представити на фахових семінарах і конференціях з публічного управління та охорони здоров'я; за результатами – підготовка тез для участі у конференції.

Структура та логіка роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Логіка побудови переходить від концептуальної рамки – до аналізу чинних норм – і далі до практичних рішень.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття і структура публічного управління у сфері охорони здоров'я

Сучасні виклики, з якими стикається Україна, висунули підвищені вимоги до системи охорони здоров'я як ключового елемента національної безпеки та суспільного добробуту. Повномасштабна війна загострила гуманітарні та медичні ризики, зробивши особливо очевидною потребу в ефективному публічному управлінні, здатному швидко адаптуватися, координувати різнорідних учасників і забезпечувати безперервність допомоги. У цих умовах публічне управління виступає не просто організацією надання медичних послуг, а цілісним циклом політики – від формування стратегічних пріоритетів і нормативно-правових засад до фінансування, контролю якості, моніторингу результатів і публічної підзвітності. За такого підходу результат досягається не монологом держави, а завдяки взаємодії державних і місцевих органів влади з приватним сектором та інститутами громадянського суспільства, що відбиває сучасну логіку співуправління та партнерства.

На думку М. Долгіх, публічне управління в цій сфері – це комплексний процес, що інтегрує дії влади різних рівнів, бізнесу та громадських організацій для координації рішень і реалізації базових демократичних принципів, зокрема верховенства права, поваги до гідності та рівності доступу до послуг [1].

Міжнародні підходи, зокрема в аналітиці Програми розвитку ООН, наголошують на внутрішній керованості публічних інституцій: контролі, плануванні, організаційному дизайні, керівництві та управлінні персоналом як системній основі ефективності й прозорості у сфері охорони здоров'я [2].

У цьому ж ключі О. Марухленко підкреслює, що публічне управління слід розуміти як діяльність різних груп, які взаємодіють задля досягнення спільних державних цілей, тобто поза межами вузького «державоцентричного» трактування, із акцентом на обов'язковій синергії між владою, приватним сектором і

громадськими організаціями в критично важливих галузях, включно зі здоров'ям [3].

Сутність публічного управління у сфері охорони здоров'я полягає у забезпеченні узгодженості та результативності дій усіх учасників системи – від центральних і регіональних органів до місцевого самоврядування, приватних провайдерів та неурядових структур. Ідеться про досягнення стратегічних цілей: підвищення якості й безпеки медичної допомоги, підтримання фінансової стійкості, розширення доступності послуг, зміцнення громадського здоров'я та готовності до криз. Порівняно з приватним управлінням, яке орієнтується на комерційну ефективність і задоволення індивідуального попиту, публічне управління має суспільну мету – гарантувати рівний доступ, захист прав пацієнтів і персоналу, епідеміологічну безпеку та справедливий розподіл ресурсів у масштабі всієї країни. У реальній практиці ці логіки необхідно збалансувати: держава задає стандарти і «правила гри», забезпечує контрактування та контроль якості, тоді як приватні надавачі йдуть уперед завдяки інноваціям, інвестиціям і конкуренції, доповнюючи спроможність публічного сектору.

З огляду на системний вимір охорони здоров'я – це сукупність взаємопов'язаних підсистем і рівнів надання допомоги, які працюють як єдиний організм. Українські дослідниці О. Бобровська та Д. Бондаренко розглядають галузь як мультискладну систему, орієнтовану на стратегічні цілі зміцнення соціального здоров'я, що охоплює первинну, спеціалізовану й високоспеціалізовану допомогу, екстрену медицину, реабілітацію, профілактику, громадське здоров'я та фармацевтичний сегмент, а також цифрові сервіси й інформаційні платформи; якість результату тут прямо залежить від інтеграції підсистем, їх узгодженості та безперервного моніторингу ефективності [4].

Важливою є і функціональна рамка суспільного сектору загалом: за підходом М. Шкільняк і Н. Кривокульської, він об'єднує організації публічного управління, соціальної безпеки, законності й правопорядку, освіти, охорони здоров'я, культурних і соціальних послуг, незалежно від форми власності та джерела

фінансування; відтак якість публічного управління безпосередньо корелює з якістю медичних послуг у складі єдиної системи надання послуг [5].

Дослідники інституційного та правового виміру – М. Васюк, Ю. Лепех, О. Стрельченко, Р. Черніховський, О. Сідєлковський – акцентують, що фундаментом працездатності медицини є чітка правова база і спроможні інституції, які забезпечують регулювання, контрактування, нагляд за якістю, захист прав пацієнтів і медиків, а також належні механізми підзвітності [6].

Інший блок праць, представлений І. Демченком, Д. Гавриченком, Б. Логвиненком, Л. Рудаковою, В. Михальчуком, О. Стахів та Ю. Сенюк, досліджує вплив органів публічної влади на інституційний розвиток галузі та формування «правил гри», підкреслюючи необхідність реформування структур, адаптивності до змін і забезпечення безперервності послуг у кризових умовах [7]. Поряд із цим С. Вовк, Н. Половян, Г. Козаченко, О. Сологуб, Д. Гавриченко, Т. Попова та Л. Сергієнко розкривають механізми управління розвитком сектору через поєднання адміністративних, економічних, інституційних, інформаційних, медичних, мотиваційних, організаційних, політичних, правових і соціальних інструментів, тобто підкреслюють потребу саме системного, міждисциплінарного підходу [8].

Структурно публічне управління охороною здоров’я функціонує як багаторівнева система з чітким розподілом ролей. На центральному рівні Міністерство охорони здоров’я формує політику, визначає національні пріоритети, розробляє стандарти й протоколи, організовує реалізацію стратегічних програм, координує взаємодію з іншими центральними органами влади та міжнародними партнерами, а в умовах війни – виконує функції антикризового центру, що перерозподіляє ресурси та підтримує заклади у зонах ризику [9]. Спеціалізовані державні органи забезпечують вузькі, але критичні елементи керованості: зокрема, Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками відповідає за якість, безпеку та обіг лікарських засобів і медичних виробів, ліцензування й нагляд, що прямо впливає на доступність терапії та безперервність лікування [10], тоді як Національна служба здоров’я України здійснює фінансування та контрактування медичних послуг, запроваджує вимоги до їх якості й проводить

моніторинг виконання договорів, перетворюючи публічні кошти на гарантований для пацієнта пакет допомоги [11].

На регіональному рівні обласні та районні адміністрації адаптують державну політику до локальних потреб, координують мережу закладів, відповідають за доступність і маршрутизацію пацієнтів, організовують ресурсне забезпечення, а під час надзвичайних подій – за евакуацію, розгортання додаткових потужностей і міжвідомчу взаємодію служб. На місцевому рівні органи самоврядування забезпечують щоденне функціонування установ, кадрову та матеріально-технічну спроможність, профілактичні програми, комунікацію з громадою та співпрацю з волонтерськими й неурядовими партнерами; саме тут ухвалюються оперативні рішення, від яких залежить фактична доступність допомоги для населення.

Ефективність цієї архітектури визначається не стільки нормативним розподілом повноважень, скільки якістю координації та обміну даними між рівнями. Слабкі місця зазвичай виникають через фрагментацію інформаційних систем, дублювання функцій, асиметрію інформації та розриви між центральними пріоритетами й місцевими реаліями. Подолати їх дозволяють узгоджені протоколи взаємодії, наскрізні стандарти даних і сумісні медичні інформаційні системи, спільні ситуаційні центри, регулярний міжвідомчий процес ухвалення рішень із чітко визначеними відповідальностями та показниками результативності. Війна лише підсилила потребу в таких інструментах, адже без оперативних каналів комунікації, прозорого моніторингу ресурсів, єдиних правил тріажу й медичної евакуації та швидких закупівельних процедур неможливо забезпечити безперервність допомоги.

Фінансова стійкість системи прямо пов’язана з прозорими механізмами контрактування та оплатою саме наданих послуг, ризик-орієнтованим плануванням бюджетів, створенням резервів на випадок надзвичайних ситуацій, надійною логістикою ліків і крові, а також незалежним аудитом ефективності витрат [11]. Кадрова політика має поєднувати оперативні відповіді – доукомплектування команд, релокацію персоналу, підтримку фахівців у прифронтових регіонах – із довгостроковими інвестиціями в компетентності реабілітації, психічного здоров’я,

телемедицини та управління інцидентами. Управління якістю охоплює єдині клінічні протоколи, показники процесу й результату, реєстрацію інцидентів із культурою «без покарання», внутрішній і зовнішній аудит та публічну звітність, а в умовах підвищених ризиків – плани безперервності діяльності, захист критичної інфраструктури та відпрацьовані маршрути медичної евакуації.

Окремого значення набуває громадське здоров'я: епідеміологічний нагляд, вакцинація, санітарний контроль, зрозуміла комунікація ризиків і інтеграція даних між лабораторіями, первинною ланкою та стаціонарами. Психічне здоров'я та реабілітація – ще один стратегічний пріоритет, що включає ранній скринінг, мультидисциплінарні команди, довгострокову підтримку військових і їхніх родин, навчання медиків психологічній першій допомозі. Роль громадянського суспільства й неурядових організацій у цих напрямках критична: вони підсилюють підзвітність та прозорість, виступають комунікаційним мостом між владою і населенням, пілотують інноваційні моделі послуг, здійснюють незалежний моніторинг політик і мобілізують додаткові ресурси; у воєнний час їхня участь стала не просто бажаною, а життєво необхідною для стійкості системи [8].

Таким чином, поняття публічного управління у сфері охорони здоров'я охоплює координований, заснований на праві та доказах вплив державних інституцій у взаємодії з приватними та громадськими суб'єктами, спрямований на забезпечення рівного доступу до якісних і безпечних послуг, підтримання фінансової та операційної стійкості, розбудову інституційних спроможностей і довіри. Його структура – це багаторівнева архітектура з чітким розподілом функцій між центральним, регіональним і місцевим рівнями, які поєднані єдиними стандартами даних, прозорими фінансовими механізмами, узгодженими протоколами дій і сталими каналами участі громадськості. Дослідницькі підходи в українській і міжнародній літературі сходяться на тому, що без системної інтеграції підсистем, інституційної спроможності, правового порядку та партнерства з громадянським суспільством забезпечити стійкість і результативність медичної допомоги, особливо в умовах війни, неможливо.

1.2. Історичний розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні має складну, багаторівневу й динамічну траєкторію, що віддзеркалює зміну політичних режимів, соціально-економічних циклів, технологічних укладів і ціннісних пріоритетів суспільства. Від перших форм інституційної опіки, які спиралися на церковні братства та благодійні фундації, до сучасної моделі, що поєднує державне регулювання, національні механізми фінансування, цифрові інструменти та партнерства з неурядовим сектором, – кожен історичний відтинок залишив структурний слід у тому, як в Україні розуміють, організовують і здійснюють публічне управління здоров'ям населення [1]. Саме в цій історичній еволюції виразно простежується перехід від розрізнених ініціатив до спроб побудови цілісної системи: зі стандартами, мережевою логікою, інтегрованими маршрутами пацієнта, підзвітністю й орієнтацією на результати.

Початкові контури української системи охорони здоров'я формувалися в умовах імперського права та станових відносин XVIII – першої половини XIX століття, коли провідними провайдерами медичної допомоги були церковні структури та благодійні спільноти. Ці інституції створювали лікарні при монастирях, шпиталі опіки, притулки, де допомога надавалася переважно найбільш уразливим групам. Управління відбувалося локально, кошти надходили від пожертвувань, а стандарти лікування спиралися на суміш традиційних практик і поступово запозичених наукових підходів європейської медицини [2]. Уже у XVIII столітті в окремих губерніях з'являються перші заклади, що набувають рис суспільної інфраструктури, зокрема Київська губернська лікарня (1789), яка стала не лише осередком лікування, а й майданчиком для накопичення практичних знань, обміну досвідом і зародження професійної медичної культури [3]. Показово, що паралельно виникають перші професійні спільноти, як-от Київське медичне товариство (1840), котрі виконували роль інтелектуальних центрів – формували стандарти, організовували допомогу під час епідемій, розвивали санітарну освіту,

підтримували комунікацію між лікарями різних закладів і територій [4]. На цьому етапі публічне управління, в сучасному значенні, лише кристалізувалося: бракувало централізованих правил гри, уніфікованих протоколів, сталої підзвітності; простір охорони здоров'я був фрагментований, нерівномірний якісно та територіально, а рішення ухвалювалися ситуативно й здебільшого з огляду на локальні можливості [5].

Друга половина XIX століття вносить важливі структурні новації: земська медицина стає своєрідним лабораторним майданчиком модерного самоврядування у сфері здоров'я. Саме земства, запроваджені як виборні органи місцевого управління, почали фінансувати сільські лікарні, фельдшерські пункти, амбулаторії, оплачувати працю медиків, організовувати щеплення, протиепідемічні заходи, санітарну просвіту, а також інвентаризувати потреби населення. З'являються перші елементи раціонального планування мережі та розуміння «публічної» відповідальності за здоров'я громади [6]. Попри вочевидь обмежені ресурси та суттєву диференціацію між повітами, земські практики заклали логіку спільного фінансування, базові механізми підзвітності та процесність рішень: оцінка потреб – планування – фінансування – виконання – контроль – корекція [7]. Водночас імперська правова рамка та станові ієрархії не дозволяли перетворити ці практики на повноцінну уніфіковану систему, а регіональна нерівність лишалася значною [8].

Початок XX століття, революції та становлення радянської влади радикально змінюють ідеологію та архітектуру управління охороною здоров'я. Формується централізована модель, у якій держава бере на себе відповідальність за організацію, фінансування та контроль медичної допомоги, декларуючи універсальність доступу й безоплатність базових послуг для населення. Парадигма «семашківської» системи означала вертикальне планування мережі, директивне визначення стандартів, домінування державної власності, загальносоюзні нормативи у підготовці кадрів і розподілі ресурсів [9]. Уже в 1920-х роках спостерігається стрімке розширення кадрової спроможності: зростає кількість лікарів, медсестер і фельдшерів, розбудовується мережа поліклінік, диспансерів,

санаторіїв, районних і міських лікарень, що дозволяє вийти на принципово інший масштаб охоплення населення медичною допомогою [10]. Поряд із цим у цей період закладаються контури системного протиепідемічного нагляду, санітарної служби, централізованих кампаній вакцинації, що мало вирішальне значення для приборкання інфекційних захворювань [11].

1950–1970-ті роки – час інтенсивної інституціоналізації та будівництва інфраструктури: зводяться нові лікарні, поліклініки, фельдшерсько-акушерські пункти, впроваджуються нові для того часу діагностичні технології (рентген, ультразвук, розширена лабораторна діагностика), формується мережа спеціалізованих центрів – кардіологічних, онкологічних, педіатричних [12]. Державна політика профілактики виходить на перший план: масові диспансерні огляди, санітарна освіта, планові щеплення, контроль умов праці та побуту. Водночас ідеологія універсальності доступу поступово наштовхується на структурні межі бюрократичної централізації: надмірна вертикалізація, обмежені стимули до інновацій, недосконалі механізми ресурсного розподілу, хронічний дефіцит обладнання, черги, недостатня чутливість до локальних потреб [13]. Наприкінці 1970-х – у 1980-х до цього додаються макроекономічні проблеми, що погіршують фінансування, призводять до стагнації інфраструктури, кадрового виснаження та технологічного відставання [14]. Вже тоді стає очевидною потреба у переосмисленні управлінських підходів, диверсифікації джерел фінансування, підвищенні автономії закладів і формуванні культури якості [15].

Незалежність України у 1991 році стає точкою відліку для глибокого інституційного переформатування. Молодій державі доводиться одночасно вирішувати завдання правового суверенітету, економічного транзиту й реновації публічних інституцій, серед яких охорона здоров’я – одна з найбільш чутливих сфер. У 1991–1992 роках запускаються перші кроки адміністративної реорганізації, що стосуються розмежування повноважень між центральним, регіональним і місцевим рівнями, спроби інвентаризації мережі, переосмислення стандартів і механізмів фінансування [16]. У середині 1990-х років на порядку денному з’являються ідеї змішаних моделей фінансування, розбудови страхових механізмів,

договірних відносин між платником і надавачем, посилення автономії закладів та підзвітності за результати, однак нестабільність макроекономіки, обмежені бюджети й слабкі інституції не дозволяють швидко закріпити нові правила гри [17]. Тим не менш, з'являються підходи до стандартизації, пробні моделі контрактування, розбудовуються регіональні програми зміцнення матеріально-технічної бази, починається професіоналізація управлінських кадрів у медицині [18].

Період 2000–2013 років характеризується поступовою модернізацією: збільшуються інвестиції у медичне обладнання, інфраструктурні проєкти, зростає увага до клінічних протоколів, технологій лікування, підвищення кваліфікації й перепідготовки медиків. На порядку денному вперше системно з'являється електронна охорона здоров'я: інформаційні системи для управління медичними даними, перші електронні реєстри, спроби уніфікації обміну даними між закладами. Таке технологічне підґрунтя створює потенціал для пізніших реформ, орієнтованих на прозорість, контроль якості й оплату за результат [19]. Законодавчо посилюється захист прав пацієнтів, а також закладаються підвалини для нових форматів фінансування, хоча їх масштабна імплементація відтерміновується з огляду на політичні й економічні цикли [20]. У цей же час формується розуміння, що без чіткої диференціації рівнів допомоги, зміцнення первинки, розвитку реабілітації, стандартизації маршрутів пацієнта й створення єдиних вимог до якості стійкого ефекту досягти неможливо [21].

Після 2014 року реформа охорони здоров'я виходить у публічний пріоритет завдяки поєднанню внутрішніх і зовнішніх стимулів. Починається переорієнтація фінансових потоків, підготовка до запуску національного платника, перезбірка інституційного ландшафту та впровадження елементів контрактування послуг, що має прив'язати бюджетні кошти до фактично наданої допомоги й індикаторів якості [22]. У цей період важливе місце займає реформування екстреної медичної допомоги, розгортання системи пріоритизації, дислокації бригад, удосконалення диспетчеризації та маршрутів госпіталізації, що вкупі з оновленням матеріально-технічної бази покликане скоротити час до лікування і зменшити летальність у

критичних станах [23]. Паралельно нарощуються елементи eHealth: електронні медичні записи, реєстри, електронний рецепт, що закладає інформаційну основу для прозорого фінансування, боротьби з фальсифікаціями та підвищення керованості [24]. Реформа первинної ланки з розгортанням центрів ПМД, укладанням декларацій і переходом до оплати за приписане населення та послуги створює нову логіку взаємин «пацієнт – лікар – держава» і перерозподіляє акценти з госпітального сегмента на профілактику, раннє виявлення, ведення хронічних станів [25].

2018–2020 роки означують системний зсув у фінансуванні: національний платник контрактує послуги у постачальників, встановлює вимоги, моніторить виконання, а гроші рухаються за пацієнтом. Освітлюється структура витрат, посилюється підзвітність, у закладів з'являються стимули до підвищення ефективності та якості. Паралельно запускаються програми відшкодування вартості окремих груп лікарських засобів, що наближає Україну до змішаних моделей фармацевтичного забезпечення, де поєднано державне фінансування пріоритетних нозологій і ринкову конкуренцію в інших сегментах [26]. Ці кроки підкріплюються цифровізацією: інтероперабельні регістри, ідентифікатори пацієнтів, оновлені медичні інформаційні системи, інструменти аналітики для прийняття рішень. Саме на стику прозорого контрактування і якісних даних формується сучасна управлінська спроможність системи [27]. Пандемія COVID-19 у 2020–2021 роках стає стрес-тестом: система вимушено розгортає інфекційні ліжка, кисневу інфраструктуру, лабораторні потужності, логістику тестування та вакцинації, відпрацьовує міжсекторальну координацію, протоколи лікування, а також масово впроваджує телемедичні практики, дистанційні консультації, цифрові сертифікати [28]. Паралельно вносяться зміни до фінансових механізмів, аби підтримати заклади, що втратили планові потоки пацієнтів, але несуть навантаження COVID-маршрутів [29].

Повномасштабна російська агресія з 2022 року радикально змінила операційний контекст публічного управління охороною здоров'я: руйнування інфраструктури, масові переміщення населення, додатковий тягар травматичних

уражень, зростання потреб у психічному здоров'ї та реабілітації, ускладнення логістики ліків і крові, перебої з енергопостачанням, кіберризики. Відповіддю стала воєнна адаптація системи: кризові штаби, оновлені протоколи тріажу та медичної евакуації, альтернативні маршрути постачання, резервні склади, розосередження критичних сервісів, інтеграція військово-медичних і цивільних ланцюгів, розгортання мобільних бригад, посилення фармаконагляду і простежуваності партій, значне нарощення міжвідомчої взаємодії з силовими структурами, ДСНС, місцевим самоврядуванням і гуманітарними організаціями [30]. Водночас пріоритет отримали реабілітація, протезування, психосоціальна підтримка ветеранів і цивільних, довгострокові програми ментального здоров'я, а також безпека пацієнта і персоналу, включно з планами безперервності діяльності, захистом критичної інфраструктури, резервними джерелами енергії й зв'язку [31]. Міжнародні партнери стали ключовим джерелом додаткових ресурсів, технологій і експертизи, що дозволило швидше відновлювати зруйновані заклади, підтримувати поставки, заповнювати прогалини у обладнанні та навчанні кадрів [32].

Крізь ці кризи продовжує вибудовуватися структурна логіка сучасного публічного управління у сфері охорони здоров'я. Його сутність полягає у скоординованому, заснованому на праві, даних і стандартах впливі, котрий держава здійснює у партнерстві з місцевим самоврядуванням, приватними надавачами та громадянським суспільством з метою забезпечити рівний доступ до якісних послуг, стійкість фінансування, безпеку пацієнта й персоналу, інтегровані маршрути допомоги та прозорість рішень [33]. Структурно ця логіка спирається на багаторівневу архітектуру. На центральному рівні Міністерство охорони здоров'я відповідає за політику, стандарти, стратегічні програми, міжвідомчу координацію та міжнародне партнерство; у кризах – за централізовану диспетчеризацію ресурсів і пріоритизацію потреб. Поруч діють спеціалізовані органи: регулятор якості та безпеки лікарських засобів і медичних виробів, що виконує функції ліцензування, нагляду, фармаконтролю та забезпечення простежуваності обороту; національний платник, який контрактує послуги, висуває вимоги, відстежує

виконання договорів і перетворює бюджетні кошти на гарантовані для пацієнтів послуги на всіх рівнях допомоги [34]. На регіональному рівні адміністрації адаптують політику до локальних особливостей, координують мережу, керують маршрутизацією пацієнтів і ресурсів, організовують евакуацію і резервування потужностей, підтримують ситуаційні центри та оперативну аналітику. На місцевому рівні самоврядування забезпечує щоденну працездатність закладів, кадрову та матеріально-технічну спроможність, реалізацію профілактичних програм, комунікацію з громадою, роботу із вразливими групами, а також тісну співпрацю з волонтерами та НУО, чиї інструменти часто дозволяють закривати «вузькі місця» швидше, ніж це можливо в межах державних процедур [35].

Ефективність багаторівневої моделі визначається якістю координації та даних. Якщо в попередні десятиліття слабкою ланкою була фрагментація інформаційних систем і дублювання повноважень, то сучасний курс – на інтероперабельність, уніфіковані реєстри, наскрізні ідентифікатори, спільні аналітичні панелі, стандартизовані формати обміну, механізми публічної підзвітності, де відкриті дані використовуються настільки, наскільки це безпечно для пацієнта і держави [36]. Саме завдяки якісним даним стає можливим справжнє управління за результатами: планування на основі потреб, таргетовані інтервенції, ризик-орієнтоване бюджетування, аудит ефективності, індикатори якості на рівні процесів і клінічних наслідків, відстеження інцидентів з акцентом на безпечну культуру навчання, а не покарання [37]. Фінансова архітектура, у свою чергу, повинна поєднувати контрактування послуг, резервні фонди на випадок НС, прозорі й швидкі процедури закупівель у кризі, механізми фармакоекономічної оцінки та відшкодування вартості пріоритетних лікарських засобів, а також інструменти вирівнювання для слабших територій, де ринкові стимули самі по собі не гарантують доступності [38]. Кадрова політика – ще один критичний вимір: короткостроково йдеться про доукомплектування бригад, релокацію персоналу, компенсацію ризиків, психологічну підтримку; довгостроково – про безперервний професійний розвиток, симуляційне навчання, мультидисциплінарні

компетентності у реабілітації, психічному здоров'ї, управлінні інцидентами та телемедицині [39].

Окремого значення набуває громадське здоров'я, яке є системоутворювальним каркасом стійкості: епідеміологічний нагляд, моніторинг води, санітарних умов, вакцинація дітей і дорослих, раннє виявлення та контроль факторів ризику неінфекційних захворювань, комунікація ризиків, підготовка до надзвичайних ситуацій і зміцнення готовності громад. Умови війни роблять ці компоненти ще важливішими через переселення населення, скупчення в укриттях і ППД, порушення інфраструктури, ризики спалахів інфекцій, психотравматичні наслідки, що потребують комплексної відповіді і на рівні політики, і на рівні практики [40]. Психічне здоров'я та реабілітація стають стратегічними лініями: від скринінгу на первинній ланці до довгострокових програм для ветеранів і сімей, від мультидисциплінарних команд до сучасних протоколів фізичної, когнітивної та соціальної реабілітації, від підготовки медиків до психологічної першої допомоги до створення мережі спільнотних сервісів підтримки [41]. Важливим елементом тут є співпраця з громадськими й волонтерськими організаціями, які доповнюють державні інструменти, забезпечують швидкість реагування, точкову допомогу, інноваційні пілоти та незалежний моніторинг політик, підвищуючи підзвітність і довіру [42].

Історична оптика дозволяє побачити, що розвиток публічного управління охороною здоров'я в Україні – це не лінійний рух, а послідовність хвиль інституційного «нарощення» і кризових корекцій. Перша хвиля – зародження інституцій і професійних спільнот у XVIII–XIX століттях, коли формувалася культура опіки, виникали локальні моделі солідарного фінансування і відповідальності. Друга – централізація радянського періоду з індустріальним масштабом, універсальним доступом і сильним профілактичним компонентом, але зі зростаючими обмеженнями бюрократичного управління. Третя – пострадянський транзит 1990-х з пошуком адекватних для ринку і демократії рішень, нестачею ресурсів, але з накопиченням досвіду реформ. Четверта – модернізація 2000-х з акцентом на інфраструктуру, стандарти й цифрову основу.

П’ята – реформа після 2014 року, що інституціалізувала національного платника, контрактування, електронні сервіси, первинку як «ворота системи» та поступ до оплати за результат. Шоста – воєнна адаптація після 2022 року, яка одночасно оголила вразливості й пришвидшила управлінські інновації, від тріажу та евакуації до кіберстійкості, резервування потужностей, реабілітації і міжвідомчої координації [43].

Узагальнюючи, сутність публічного управління в українській охороні здоров’я сьогодні – це здатність тримати баланс між нормотворчою вертикаллю і операційною гнучкістю «на землі»; між вимогою універсального доступу і потребою фокусувати ресурси, де від них найбільше вигоди; між автономією надавачів і підзвітністю платнику та громаді; між безпекою даних і прозорістю для публічного контролю; між негайними антикризовими діями і стратегічною інвестицією в людський капітал, технології та культуру якості [44]. Найкращі практики показують, що стійкість забезпечують три «несучі конструкції»: якісні дані як основа управлінських рішень, фінансова архітектура, що платить за послугу та результат, і інституційна екосистема, де кожен рівень – від міністерства до громади – має чіткий мандат, спільні правила взаємодії, зрозумілі індикатори і регулярний цикл моніторингу та корекції [45]. Саме таке поєднання дає шанс не лише пережити часи випробувань, а й вийти з них із системою, що краще захищає життя і здоров’я, справедливіше розподіляє можливості та витримує стандарти сучасної медицини.

У практичному вимірі це означає продовження розбудови електронної охорони здоров’я з фокусом на інтероперабельність і кібербезпеку; завершення формування повноцінних маршрутів пацієнта від первинки до реабілітації; поглиблення механізмів оплати за результат там, де це можливо, і використання глобальних бюджетів або резервних моделей там, де ринок не працює; розширення фармакоекономічних оцінок і програм відшкодування; інституційну підтримку регіональних ситуаційних центрів та єдиних дашбордів у кризах; системну роботу з кадрами – від утримання до розвитку компетентностей; підвищення ролі громадського здоров’я, психічного здоров’я та реабілітації; упорядкування

співпраці з неурядовими організаціями на основі прозорих, формалізованих рамок [46]. Рух у цьому напрямку потребує не лише коштів, а й послідовності в політиці, стабільності правил, комунікації з громадянами та професійною спільнотою, а головне – спільного бачення того, що здоров'я є інвестицією, а не витратою, і що модерна система охорони здоров'я – це передусім система добре організованого публічного управління [47].

Історія української охорони здоров'я – це історія поступової інституціоналізації піклування про життя та гідність. Вона тривала в різних формах – від братських шпиталів до цифрових реєстрів, від земських лікарів до мультидисциплінарних команд, від централізованих директив до контрактів і KPI. Кожен етап додав м'язів і досвіду, кожна криза – вимагала перегрупування, кожна реформа – відкривала нові горизонти і народжувала нові питання. Сьогодні, коли війна продовжує випробовувати стійкість суспільства та інституцій, саме публічне управління в охороні здоров'я – з його здатністю координувати, прогнозувати, балансувати, навчатися – є тим каркасом, який дозволяє системі діяти швидко і відповідально, зберігаючи людяність та орієнтацію на результат [48]. Саме в цій рамці набувають сенсу і зусилля з відновлення інфраструктури, і запуск довгострокових програм реабілітації, і розбудова психічного здоров'я, і глибока цифровізація, і модернізація фармацевтичної логістики, і створення стійких партнерств із громадами та міжнародними інституціями [49]. У підсумку багатовіковий шлях – від фрагментарних практик до системи, що спирається на право, дані, стандарти та партнерства, – окреслює стратегічну мету: охорона здоров'я має бути не лише доступною та якісною, а й керованою за принципами сучасного публічного менеджменту, де кожне рішення перевіряється ефектом для пацієнта, громади і держави [50].

Загалом, історичний розвиток системи охорони здоров'я в Україні свідчить про її здатність до адаптації та постійного вдосконалення. Від часу імперії до сучасності, кожен період вніс свої особливості, виклики та досягнення, які вплинули на формування сучасної системи охорони здоров'я. Незважаючи на численні виклики, включаючи економічні кризи, війни та пандемії, система

охорони здоров’я України демонструвала стійкість та здатність до реформування. Подальші реформи мають бути спрямовані на забезпечення сталого фінансування, підвищення кваліфікації медичних кадрів та рівномірний розвиток медичних послуг у всіх регіонах країни. Це дозволить створити більш ефективну, доступну та сучасну систему охорони здоров’я, яка відповідатиме потребам населення і забезпечуватиме високий рівень медичних послуг.

1.3. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров’я

Система охорони здоров’я є однією з ключових складових національної безпеки та добробуту будь-якої країни. Забезпечення доступності, якості та ефективності медичних послуг є пріоритетними завданнями для урядів усього світу. В умовах глобалізації та взаємозалежності національних економік обмін знаннями та досвідом між країнами набуває дедалі більшого значення. Дослідження зарубіжного досвіду у сфері охорони здоров’я допомагає знаходити інноваційні підходи та ефективні рішення для вдосконалення власних систем охорони здоров’я.

Варто зазначити, що аналіз закордонних моделей управління охороною здоров’я дозволить виявити найбільш успішні практики, які можуть бути адаптовані до українських реалій. Вивчаючи досвід різних країн, можна визначити, які підходи до фінансування, організації та надання медичних послуг варто впроваджувати в Україні для підвищення ефективності та якості медичної допомоги. Крім того, цей аналіз допоможе зрозуміти, які зміни та реформи необхідні для подолання поточних викликів української системи охорони здоров’я. Вивчення зарубіжного досвіду також відкриває можливості для міжнародної співпраці та залучення іноземних інвестицій у сферу охорони здоров’я. Це створює нові шанси для впровадження сучасних технологій, підвищення рівня підготовки медичних працівників та поліпшення умов надання медичних послуг. Таким чином, аналіз зарубіжного досвіду стає важливим інструментом для стратегічного планування та прийняття обґрунтованих рішень у сфері охорони здоров’я.

Особливо варто звернути увагу на регіони, такі як Північна Америка, зокрема США, а також Північно-Західна Європа, до якої належить Велика Британія. Не менш важливим є досвід країн Європейського Союзу, серед яких Німеччина, Франція, Швеція, Польща, Чехія, Угорщина та Словаччина. Слід зазначити, що цей досвід може бути надзвичайно корисним для України у розробці ефективних стратегій та впровадженні інноваційних рішень для покращення системи охорони здоров'я.

Так, зокрема слід звернути увагу на систему охорони здоров'я в США, яка є унікальною завдяки високому рівню приватного фінансування та значній ролі приватних структур. Вона відрізняється від багатьох інших систем у світі, оскільки більшість медичних послуг фінансуються через приватне медичне страхування, а не через державні програми. Управління системою охорони здоров'я в США здійснюється переважно через приватні страхові компанії, які пропонують різноманітні плани страхування, що покривають різні види медичних послуг. Це забезпечує високий рівень якості медичної допомоги для тих, хто може собі це дозволити, оскільки приватні лікарні та клініки часто мають найсучасніше обладнання та висококваліфікований персонал.

Водночас слід відмітити, що така структура системи охорони здоров'я призводить до значних соціальних нерівностей. Велика частина населення, яка не має достатніх фінансових ресурсів або доступу до якісного медичного страхування, стикається з труднощами в отриманні необхідної медичної допомоги. Це створює розрив у рівні медичних послуг між різними соціальними групами, що є серйозною проблемою для суспільства. З точки зору публічного управління, важливим завданням є пошук шляхів для зменшення цих нерівностей та забезпечення доступності медичних послуг для всіх громадян.

При цьому необхідно враховувати той факт, що основними викликами системи охорони здоров'я в США є доступність медичної допомоги та високі витрати на охорону здоров'я. Незважаючи на високий рівень медичних технологій та послуг, значна частина населення стикається з фінансовими бар'єрами у доступі до медичної допомоги. Високі витрати на медичне страхування та лікування

можуть призводити до фінансових труднощів навіть для середнього класу. Крім того, система охорони здоров’я в США характеризується складністю адміністративних процесів і значними витратами на управління, що також впливає на загальну ефективність та доступність медичних послуг.

Загалом, досвід США демонструє як переваги, так і виклики системи, що базується на приватному фінансуванні та страхуванні. Для України важливо врахувати ці аспекти, адаптуючи успішні практики та уникаючи потенційних проблем, пов'язаних з нерівним доступом до медичних послуг та високими витратами. Публічне управління повинно спрямовуватися на створення збалансованої системи, яка забезпечує ефективність та рівність у доступі до медичних послуг.

Не можна оминути досвід Великої Британії, зокрема Національної служби здоров’я (далі − NHS), яка є прикладом централізованої системи охорони здоров’я, що фінансується з державного бюджету. NHS була створена в 1948 році з метою надання безкоштовних медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього фінансового стану. Перш за все, необхідно відзначити, що NHS надає широкий спектр медичних послуг, включаючи первинну медичну допомогу, спеціалізоване лікування, хірургію, стоматологію та психічне здоров’я. Наступним важливим кроком є організація фінансування NHS, яке здійснюється переважно за рахунок загального оподаткування. Це дозволяє забезпечити стабільне та передбачуване фінансування медичних послуг, що сприяє плануванню та розвитку інфраструктури охорони здоров’я. Варто зазначити, що NHS також отримує додаткові кошти від національного страхування та деяких інших джерел, що допомагає покривати витрати на медичні послуги.

Нарешті, слід звернути увагу на те, що NHS забезпечує рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян Великої Британії. Це означає, що кожен має право на отримання медичних послуг незалежно від своїх доходів або соціального статусу. Такий підхід значно зменшує соціальні нерівності у сфері охорони здоров’я та сприяє підвищенню загального рівня здоров’я населення. Не менш важливим є те, що NHS стикається з певними викликами, які можуть впливати на

якість та ефективність медичних послуг. Водночас слід відмітити, що одним з основних викликів є бюрократія, яка може уповільнювати процес прийняття рішень та впровадження нових ініціатив. Бюрократичні процедури часто призводять до затримок у наданні медичних послуг, що може негативно позначатися на пацієнтах.

Додатково слід зауважити, що довгі черги на отримання медичних послуг є ще однією значною проблемою NHS. Це пов'язано з високим попитом на медичні послуги та обмеженими ресурсами системи. Пацієнти часто змушені чекати тижні або навіть місяці на консультації зі спеціалістами або на проведення необхідних процедур. Ця ситуація вимагає постійного вдосконалення процесів управління та розширення ресурсів NHS для зменшення черг та підвищення доступності медичних послуг.

Так, очевидним є те, що NHS у Великій Британії, попри свої виклики, залишається ефективною моделлю централізованої системи охорони здоров’я, яка забезпечує рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян. Досвід NHS може бути корисним для України в контексті розвитку національної системи охорони здоров’я, особливо в частині забезпечення доступності та рівності медичних послуг.

Цікавою також слід вважати, систему охорони здоров’я Німеччини, яка є прикладом моделі соціального страхування, що успішно поєднує державне та приватне фінансування. Основу системи складає обов'язкове медичне страхування, яке фінансується за рахунок внесків від роботодавців та працівників, а також державних субсидій. Перш за все, необхідно відзначити, що ця модель забезпечує високу якість медичних послуг та доступність для всіх верств населення. Наступним важливим кроком у публічному управлінні системою охорони здоров’я Німеччини є регулювання діяльності страхових компаній, які відіграють ключову роль у фінансуванні медичних послуг. Страхові фонди діють як незалежні організації, що забезпечують конкуренцію та ефективність, водночас під контролем держави. Це дозволяє підтримувати високу якість медичних послуг та запобігати монополізації ринку.

Не менш важливим аспектом є децентралізоване управління медичними закладами, що дозволяє ефективно розподіляти ресурси та враховувати місцеві потреби. Лікарні та медичні установи в Німеччині працюють на основі договорів зі страховими фондами, що забезпечує стабільне фінансування та високий рівень медичного обслуговування. Такий підхід сприяє підвищенню ефективності та якості медичних послуг. Необхідно підкреслити, що система охорони здоров’я Німеччини стикається з певними викликами. Одним з основних викликів є зростання витрат на медичні послуги, що пов'язано з демографічними змінами та старінням населення. Це вимагає постійного реформування та вдосконалення системи фінансування для забезпечення її стійкості та ефективності.

Таким чином, досвід Німеччини показує, що модель соціального страхування може бути ефективною та забезпечувати високу якість медичних послуг. Для України важливо врахувати цей досвід та адаптувати його до національних реалій, щоб створити стійку та ефективну систему охорони здоров’я, яка буде відповідати потребам та очікуванням громадян.

Поміж іншого, слід звернути увагу на Французьку систему охорони здоров’я, яка характеризується високим рівнем державного фінансування та активною роллю держави у регулюванні медичних послуг. Ця модель побудована на принципі універсального доступу до медичних послуг, що фінансуються переважно за рахунок обов'язкових страхових внесків та податків. Перш за все, необхідно відзначити, що французька система забезпечує високий рівень якості медичної допомоги для всіх громадян. Варто зазначити, що публічне управління системою охорони здоров’я у Франції характеризується централізованим регулюванням та плануванням. Держава відіграє ключову роль у визначенні тарифів на медичні послуги, регулюванні діяльності медичних закладів та забезпеченні рівного доступу до медичних послуг. Цей підхід сприяє зменшенню нерівностей у сфері охорони здоров’я та забезпечує стабільне фінансування системи.

Доцільно додати, що децентралізована система охорони здоров’я в Швеції іноді стикається з проблемами координації та управлінської ефективності. Одним з основних викликів є забезпечення однакової якості та доступності медичних

послуг у різних регіонах, що може вимагати додаткових зусиль у сфері координації та нагляду з боку центрального уряду. Загалом, досвід Швеції показує, що децентралізована модель може бути ефективною, але потребує належної координації та управління для забезпечення її стійкості.

Доречно також звернути увагу на досвід таких країн, як Польща, Чехія, Угорщина та Словаччина, щоб зрозуміти їхні підходи до адаптації систем охорони здоров’я до нових економічних і політичних реалій. Так, варто зосередити увагу на досвід Польщі, яка після вступу до Європейського Союзу у 2004 році, здійснила низку реформ у сфері охорони здоров’я. Основною метою було підвищення ефективності та якості медичних послуг відповідно до європейських стандартів. Реформи включали створення нових механізмів фінансування, модернізацію медичних закладів та впровадження інформаційних технологій у медичне обслуговування. Перш за все, Польща впровадила нові механізми фінансування системи охорони здоров'я, що базувалися на принципах соціального страхування. Це дозволило забезпечити стабільне та передбачуване фінансування медичних послуг. Зокрема, було створено Національний фонд здоров’я (далі − NFZ), який координує збір страхових внесків та розподіл фінансових ресурсів між медичними закладами. Внески до NFZ здійснюються як працівниками, так і роботодавцями, що забезпечує широке покриття та доступ до медичних послуг для більшості населення. Наступним важливим етапом реформ стало модернізація медичних закладів. Завдяки фінансовій підтримці Європейського Союзу, Польща змогла значно покращити інфраструктуру своїх лікарень та клінік. Це включало оновлення медичного обладнання, реконструкцію будівель та впровадження новітніх технологій у медичній практиці. Такі заходи сприяли підвищенню рівня медичного обслуговування та якості наданих послуг.

Не менш важливим кроком стало впровадження інформаційних технологій у систему охорони здоров’я. Польща запровадила електронні медичні записи, що дозволило значно спростити доступ до медичної інформації, покращити координацію між лікарями та пацієнтами, а також підвищити ефективність медичних процесів. Також було створено національний портал здоров’я, де

громадяни можуть отримувати інформацію про доступні медичні послуги та здійснювати онлайн-запис до лікаря.

Одним з успіхів реформ було значне підвищення доступності та якості медичних послуг. Польща змогла забезпечити своїх громадян широким спектром медичних послуг, що відповідають європейським стандартам. Однак, країна також зіткнулася з проблемами, пов'язаними з нестачею фінансування та кадрів. Незважаючи на збільшення фінансових ресурсів, система охорони здоров’я все ще потребує додаткових інвестицій для забезпечення стійкості та розвитку. Крім того, проблема дефіциту медичного персоналу залишається актуальною, що впливає на доступність та якість медичних послуг.

Досвід Польщі у реформуванні системи охорони здоров’я демонструє важливість комплексного підходу, який включає фінансування, модернізацію інфраструктури та впровадження інформаційних технологій. Для України цей досвід може бути корисним прикладом, як забезпечити ефективне управління системою охорони здоров’я, підвищити якість медичних послуг та відповідати європейським стандартам.

Цікавим також слід вважати досвід Чехії, яка впровадила модель обов'язкового медичного страхування, що забезпечує високу якість медичних послуг для населення. Ця система базується на принципі солідарності, де страхові фонди фінансуються за рахунок внесків від роботодавців і працівників, а також державних дотацій. Чеська модель охорони здоров'я передбачає обов'язкове медичне страхування для всіх громадян, що забезпечує рівний доступ до медичних послуг. Страхові фонди в Чехії діють як незалежні організації, які збирають внески та покривають витрати на медичні послуги. Внески здійснюються як працівниками, так і роботодавцями, що дозволяє створити стабільну фінансову основу для системи охорони здоров'я. Держава також надає дотації для покриття витрат на медичне обслуговування незахищених верств населення, таких як пенсіонери та безробітні.

Фінансування системи охорони здоров'я в Чехії здійснюється через кілька незалежних страхових фондів, які конкурують між собою за клієнтів, що стимулює

їх до підвищення якості послуг. Основними джерелами фінансування є внески працівників та роботодавців, що становлять значну частину бюджету страхових фондів. Державні дотації доповнюють ці внески, забезпечуючи фінансову стабільність системи. Адміністрування системи охорони здоров'я в Чехії є складним процесом, що потребує постійного моніторингу і регулювання. Держава контролює діяльність страхових фондів, встановлює стандарти якості та тарифи на медичні послуги. Це забезпечує високу якість медичного обслуговування та ефективне використання фінансових ресурсів.

Варто підкреслити, що досягнення чеської системи охорони здоров'я включають високий рівень медичної допомоги та добре розвинену інфраструктуру охорони здоров’я. Завдяки обов'язковому медичному страхуванню, всі громадяни мають доступ до широкого спектра медичних послуг, включаючи первинну та спеціалізовану медичну допомогу, хірургічні втручання, стоматологічні послуги та багато інших.

Проте, основними викликами цієї системи є складність адміністрування та необхідність постійного моніторингу і регулювання. Конкуренція між страховими фондами, хоча і сприяє підвищенню якості послуг, може призводити до надмірної бюрократизації та ускладнень у взаємодії між різними організаціями. Також важливо забезпечити ефективне використання фінансових ресурсів та запобігти зловживанням з боку постачальників медичних послуг. Загалом, досвід Чехії у впровадженні моделі обов'язкового медичного страхування демонструє, як система, що базується на принципах солідарності та конкуренції, може забезпечити високу якість медичних послуг для населення. Для України цей досвід може бути корисним прикладом того, як можна створити стійку та ефективну систему охорони здоров’я, яка забезпечить доступність та високу якість медичних послуг для всіх громадян, водночас зберігаючи фінансову стабільність і ефективність управління.

В свою чергу, Угорщина після соціалістичного періоду зіткнулася з необхідністю кардинальних змін у системі охорони здоров’я. Реформи були спрямовані на децентралізацію управління, покращення фінансування та

модернізацію медичних закладів. Перш за все, угорський уряд зосередився на децентралізації системи охорони здоров’я. Відбувся перехід від централізованої до більш автономної моделі управління, де регіональні та місцеві органи влади отримали більше повноважень щодо прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Це дозволило враховувати місцеві потреби та забезпечувати більш ефективне управління ресурсами. Наступним важливим кроком було покращення фінансування системи охорони здоров'я. Уряд запровадив нові механізми фінансування, які включали збільшення державних витрат на охорону здоров'я, а також стимулювання приватних інвестицій у медичну галузь. Було створено систему соціального страхування, яка фінансується за рахунок внесків роботодавців та працівників. Це забезпечило більш стабільне та передбачуване фінансування медичних послуг.

Важливою частиною реформ стала модернізація медичних закладів. Завдяки фінансовій підтримці з боку Європейського Союзу, Угорщина змогла здійснити значні інвестиції у реконструкцію лікарень, оновлення медичного обладнання та впровадження сучасних технологій у медичну практику. Це сприяло підвищенню якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів. Основними досягненнями реформ стало підвищення якості медичних послуг та покращення доступності до медичної допомоги. Децентралізація управління та модернізація медичних закладів дозволили забезпечити більш ефективне використання ресурсів та кращу організацію медичних послуг на місцевому рівні.

Однак, незважаючи на досягнення, Угорщина стикається з певними викликами. Однією з головних проблем є нерівномірний розподіл ресурсів між різними регіонами країни. Деякі регіони мають значно кращі умови для надання медичних послуг, ніж інші, що створює дисбаланс у доступності медичної допомоги. Крім того, проблема нестачі медичних працівників залишається актуальною, що впливає на якість та своєчасність надання медичних послуг. Принагідно відмітити, що досвід Угорщини у реформуванні системи охорони здоров'я демонструє важливість комплексного підходу, що включає децентралізацію управління, покращення фінансування та модернізацію медичних

закладів. Для України цей досвід може бути корисним у контексті розробки стратегій, спрямованих на підвищення ефективності та якості медичних послуг, забезпечення доступності медичної допомоги та оптимізації використання ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Не варто забувати також досвід Словаччини, яка після розпаду Чехословаччини впровадила власну систему охорони здоров'я, що поєднує елементи державного та приватного фінансування. Система охорони здоров'я у Словаччині базується на принципах соціального страхування, що фінансується за рахунок внесків від роботодавців, працівників та державних дотацій. Це дозволяє забезпечити широкий доступ до медичних послуг для всіх верств населення.

Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється через декілька страхових фондів, які конкурують між собою за клієнтів. Це стимулює підвищення якості медичних послуг, однак також створює виклики для забезпечення фінансової стабільності системи. Державні дотації доповнюють фінансування, забезпечуючи додаткову підтримку для незахищених верств населення. Управління системою охорони здоров'я здійснюється як на національному, так і на регіональному рівнях. Державні органи встановлюють стандарти якості та регулюють діяльність медичних закладів, тоді як регіональні органи влади відповідають за організацію та координацію медичних послуг у своїх регіонах. Перш за все, необхідно звернути увагу на те, що у Бразилії система охорони здоров'я (далі − SUS) є одним з наймасштабніших прикладів державної системи охорони здоров'я у країнах, що розвиваються. SUS надає безкоштовні медичні послуги всім громадянам, фінансується за рахунок податків та має децентралізовану структуру управління, що включає федеральний, регіональний та місцевий рівні. Система SUS має децентралізовану структуру управління, що дозволяє ефективно реагувати на потреби населення на різних рівнях. Федеральний уряд встановлює основні політики та стандарти, регіональні органи відповідають за координацію та підтримку, а місцеві органи влади здійснюють безпосереднє управління медичними закладами та надання послуг. Таке багаторівневе управління дозволяє враховувати специфічні потреби різних регіонів країни.

Фінансування SUS здійснюється переважно за рахунок податків, що забезпечує безкоштовний доступ до медичних послуг для всіх громадян. Державні витрати на охорону здоров’я постійно зростають, але ресурси все ще залишаються обмеженими для повного покриття всіх потреб населення. Одним з основних досягнень системи SUS є значне підвищення доступності медичних послуг та покращення здоров’я населення, особливо у віддалених та бідних регіонах. SUS забезпечує широкий спектр медичних послуг, включаючи первинну та спеціалізовану медичну допомогу, профілактику захворювань, вакцинацію, хірургічні втручання та стоматологічні послуги. Завдяки SUS, мільйони бразильців отримали доступ до медичних послуг, які раніше були недоступні через фінансові або географічні бар'єри.

Проте система SUS стикається з численними викликами. Однією з головних проблем є недостатнє фінансування, що призводить до перевантаження медичних закладів та нерівномірного розподілу ресурсів. Незважаючи на зростання державних витрат на охорону здоров’я, система все ще потребує додаткових фінансових ресурсів для забезпечення повного спектру послуг та покращення інфраструктури. Перевантаження медичних закладів є ще однією серйозною проблемою. Через високий попит на безкоштовні медичні послуги, лікарні та клініки часто працюють на межі своїх можливостей, що призводить до довгих черг та затримок у наданні медичної допомоги. Це особливо актуально у великих містах та густонаселених регіонах. Нерівномірний розподіл ресурсів також залишається значною проблемою для SUS. Віддалені та сільські регіони часто мають обмежений доступ до медичних послуг через нестачу медичних працівників, обладнання та інфраструктури. Це створює дисбаланс у доступності та якості медичних послуг між різними частинами країни.

Так, можна сказати, що досвід Бразилії у впровадженні системи SUS демонструє важливість децентралізованого підходу та державного фінансування для забезпечення доступності медичних послуг у країнах, що розвиваються. Для України цей досвід може бути корисним у контексті розробки стратегій, спрямованих на покращення доступності та якості медичних послуг, особливо для

віддалених та малозабезпечених регіонів. Незважаючи на численні виклики, система SUS показала, що навіть у країнах з обмеженими ресурсами можна створити ефективну та доступну систему охорони здоров’я, що охоплює все населення.

Заслуговує на увагу також досвід Індії, яка має багаторівневу систему охорони здоров’я, що включає державний та приватний сектори. Державна система охорони здоров’я надає основні медичні послуги безкоштовно або за низькими цінами, тоді як приватний сектор забезпечує високоякісні послуги для тих, хто може собі це дозволити. Система охорони здоров'я в Індії складається з двох основних рівнів: державного та приватного. Державна система охорони здоров'я включає центральний уряд, штатні уряди та місцеві органи влади, які забезпечують медичні послуги через мережу державних лікарень, клінік та центрів первинної медичної допомоги. Ці послуги надаються безкоштовно або за дуже низькими цінами, що робить їх доступними для більшості населення. Приватний сектор, з іншого боку, складається з приватних лікарень, клінік та лікарів, які надають високоякісні медичні послуги. Ці послуги, однак, є дорогими та доступні лише тим, хто може собі це дозволити. Приватний сектор відіграє важливу роль у медичному обслуговуванні, особливо у міських районах, де зосереджена значна частина приватних медичних закладів.

Одним з основних досягнень індійської системи охорони здоров'я є покращення доступності первинної медичної допомоги. Державна система охорони здоров'я забезпечує надання базових медичних послуг у всіх регіонах країни, включаючи віддалені та сільські райони. Це сприяє зниженню рівня захворюваності та підвищенню загального рівня здоров'я населення. Значним досягненням є також зниження дитячої смертності. Завдяки впровадженню програм вакцинації, поліпшенню умов пологів та медичного догляду за дітьми, Індія змогла значно зменшити рівень дитячої смертності за останні десятиліття. Це є важливим кроком у підвищенні якості життя та добробуту населення.

Проте Індія стикається з серйозними проблемами у сфері охорони здоров'я. Однією з головних проблем є нерівний доступ до медичних послуг. У міських

районах, де зосереджені приватні медичні заклади, рівень медичного обслуговування значно вищий, ніж у сільських районах, де державна система часто не може забезпечити належний рівень послуг через нестачу ресурсів та персоналу. Це створює значний розрив у доступності та якості медичних послуг між різними регіонами країни.

Іншою важливою проблемою є недостатнє фінансування державної системи охорони здоров'я. Хоча державні медичні послуги надаються безкоштовно або за низькими цінами, їх фінансування часто є недостатнім для забезпечення всіх потреб населення. Це призводить до перевантаження медичних закладів, дефіциту медичного обладнання та медикаментів, а також низької оплати праці медичних працівників, що впливає на якість медичного обслуговування.

В цілому, досвід Індії у розвитку багаторівневої системи охорони здоров'я демонструє важливість забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення. Для України цей досвід може бути корисним у контексті розробки стратегій, спрямованих на покращення доступності та якості медичних послуг у сільських та віддалених районах, а також на забезпечення належного фінансування державної системи охорони здоров’я. Незважаючи на численні виклики, Індія показала, що комплексний підхід та інтеграція державного та приватного секторів можуть забезпечити покращення здоров'я населення навіть у країнах з обмеженими ресурсами.

Заслуговує на увагу також досвід Японії, яка використовує гібридну систему охорони здоров’я, що поєднує державне та приватне фінансування. Це дозволяє забезпечити високу якість та доступність медичних послуг для всіх верств населення. Перш за все, необхідно зауважити, що в Японії діє обов'язкове медичне страхування, яке охоплює всіх громадян і фінансується за рахунок внесків від роботодавців, працівників та держави. Наступним ключовим етапом є інтеграція приватного сектору в систему охорони здоров’я. Приватні лікарні та клініки працюють у тісній співпраці з державними установами, що забезпечує широкий спектр медичних послуг і високу якість обслуговування. Ця співпраця також сприяє інноваціям та впровадженню сучасних технологій у медичну практику.

Принагідно підкреслити, що регулювання системи охорони здоров'я, яке здійснюється як державними, так і приватними структурами, відіграє ключову роль у забезпеченні ефективного функціонування системи. Держава встановлює основні стандарти та вимоги до якості медичних послуг, а приватний сектор доповнює ці зусилля, забезпечуючи конкуренцію та ефективність. Це дозволяє підтримувати баланс між державними та приватними інтересами, забезпечуючи високу якість та доступність медичних послуг.

Однак, необхідно загострити свою увагу на те, що основними викликами гібридної системи охорони здоров'я Японії є складність регулювання та необхідність постійного балансу між державними та приватними інтересами. З одного боку, важливо забезпечити ефективне управління та контроль з боку держави, а з іншого – стимулювати розвиток приватного сектора та інновацій. Таким чином, досвід Японії показує, що гібридна модель може бути ефективною, але потребує ретельного планування та регулювання для досягнення стійкості та ефективності.

Не можна також оминути досвід Південної Африки, де існують дві паралельні системи охорони здоров'я: державна та приватна. Державна система надає базові медичні послуги більшості населення, тоді як приватна система обслуговує меншу, але заможнішу частину населення, пропонуючи високоякісні медичні послуги. Південна Африка має дві основні системи охорони здоров'я, які функціонують паралельно. Державна система охорони здоров'я забезпечує надання базових медичних послуг для більшості населення. Ці послуги фінансуються за рахунок податків і є доступними для всіх громадян, незалежно від їхнього фінансового стану. Основна мета державної системи – забезпечити основні медичні потреби населення, особливо в бідних та віддалених регіонах.

Приватна система охорони здоров'я обслуговує заможніші верстви населення, пропонуючи широкий спектр високоякісних медичних послуг. Приватні лікарні та клініки обладнані найсучаснішою медичною технікою і часто мають кращі умови для лікування, ніж державні заклади. Приватне медичне страхування дозволяє отримувати доступ до цих послуг, але воно є дорогим і доступним лише

для невеликої частини населення. Основними викликами для Південної Африки є подолання нерівностей у доступі до медичних послуг. Існування двох паралельних систем створює значний розрив у якості та доступності медичних послуг між різними соціальними групами. Це особливо відчутно у сільських та бідних регіонах, де доступ до медичних послуг обмежений через нестачу ресурсів і персоналу.

Реформування державної системи охорони здоров'я для підвищення її ефективності та якості також є важливим завданням. Державна система часто стикається з проблемами перевантаження, недостатнього фінансування та дефіциту медичних працівників. Це призводить до низької якості обслуговування та тривалих черг на отримання медичної допомоги. Боротьба з епідеміями, такими як ВІЛ/СНІД та туберкульоз, є ще одним значним викликом для Південної Африки. Країна має один з найвищих показників поширення ВІЛ/СНІД у світі, що створює значне навантаження на систему охорони здоров'я. Профілактика, лікування та підтримка людей, які живуть з ВІЛ, є ключовими напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я.

Одним з основних досягнень Південної Африки є значні зусилля у боротьбі з епідеміями. Програми з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД, а також кампанії з вакцинації та медичної освіти допомогли зменшити поширення цих захворювань та покращити якість життя пацієнтів. Боротьба з туберкульозом також є важливою складовою стратегії охорони здоров'я, зокрема через впровадження програм ранньої діагностики та доступу до ефективного лікування. Іншим досягненням є покращення доступу до основних медичних послуг для найвразливіших верств населення. Державна система охорони здоров'я забезпечує безкоштовний доступ до основних медичних послуг, включаючи вакцинацію, лікування інфекційних захворювань, медичну допомогу під час вагітності та пологів. Це допомагає зменшити рівень захворюваності та смертності серед населення, особливо серед дітей та жінок.

Загалом, досвід Південної Африки у створенні двох паралельних систем охорони здоров'я демонструє важливість забезпечення доступності медичних

послуг для всіх верств населення. Для України цей досвід може бути корисним у розробці стратегій, спрямованих на подолання нерівностей у доступі до медичних послуг та підвищення ефективності державної системи охорони здоров'я. Важливо забезпечити фінансову стабільність системи та розробити ефективні програми боротьби з епідеміями, враховуючи особливості національного контексту та потреби населення. Для глибшого розуміння досягнень у сфері охорони здоров'я країн, таких як Бразилія, Індія, Південна Африка та Японія, доцільно звернути увагу на рис. 1.5, який ілюструє їхні підходи та практики. Варто підкреслити що ці країни пропонують унікальні методи організації та фінансування систем охорони здоров'я, враховуючи специфічні національні умови та виклики. Аналіз їхніх моделей допоможе зрозуміти, як ефективно інтегрувати державне та приватне фінансування, забезпечити доступність медичних послуг для різних верств населення, а також впроваджувати сучасні технології та інновації у медичну практику.

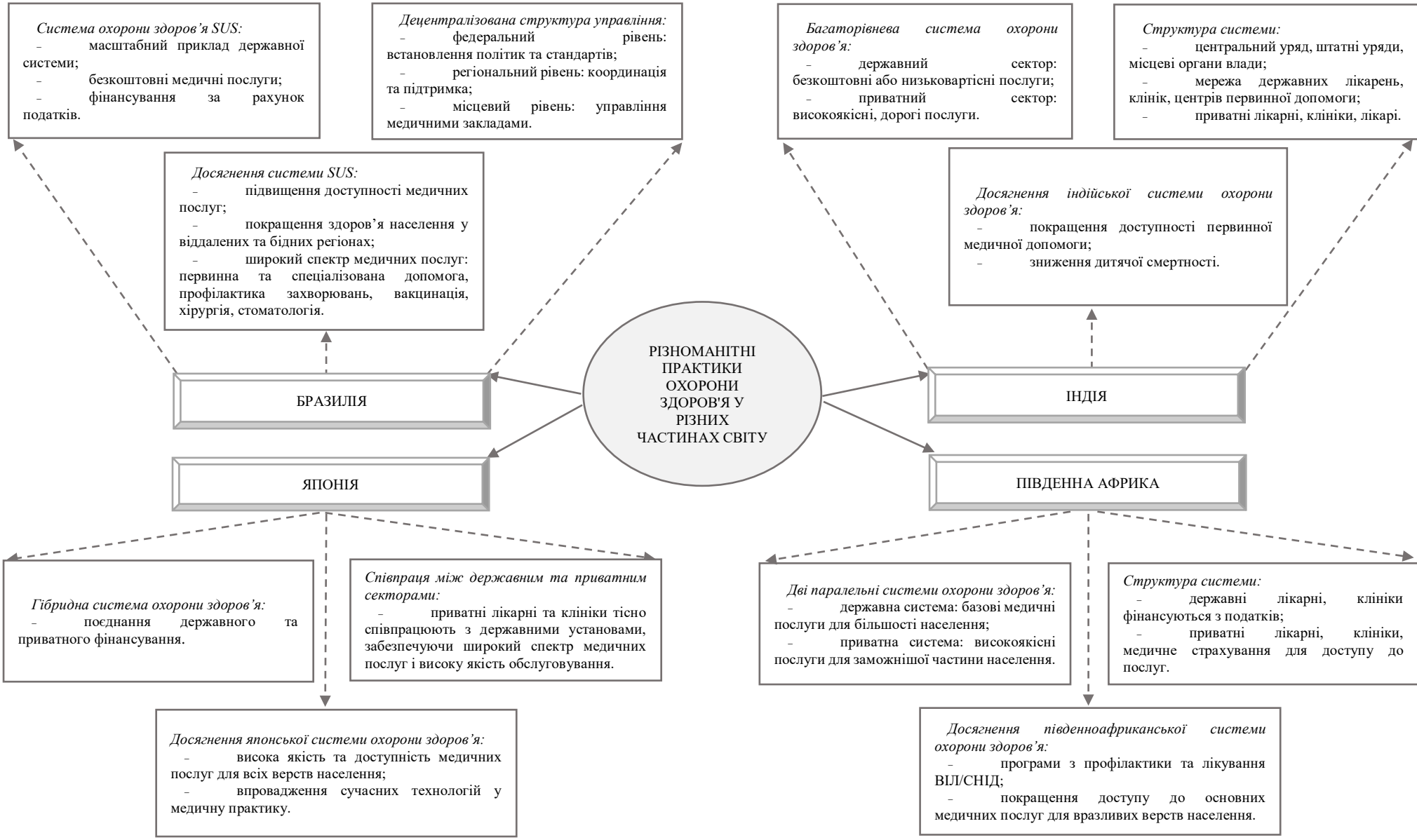


Рис. 1.5. Досвід систем охорони здоров'я в регіонах: Південна Америка, Південна Азія, Східна Азія та Африка.

Джерело: розроблено автором.

Підсумовуючи з рис. 1.5, можна сказати, що досвід вищезазначених країн демонструє важливість комплексного підходу та адаптації до специфічних умов кожної країни. В цілому, аналіз досвіду таких країн, як США, Велика Британія, Німеччина, Франція, Швеція, Польща, Чехія, Угорщина, Словаччина, Бразилія, Індія, Японія та Південна Африка, надає цінну інформацію для вдосконалення національних систем охорони здоров'я. Однак, окрім національних ініціатив, важливу роль у розвитку систем охорони здоров'я відіграють міжнародні організації, які надають підтримку, консультації та фінансову допомогу. Дві з найбільш впливових міжнародних організацій у цій сфері – це Всесвітня організація охорони здоров'я (далі − ВООЗ) та Європейський Союз (далі − ЄС).

Доцільно зауважити, що Всесвітня організація охорони здоров'я є ключовим гравцем на міжнародній арені, який впливає на формування політики охорони здоров'я в багатьох країнах світу. ВООЗ розробляє глобальні стандарти та рекомендації, проводить дослідження та надає технічну допомогу урядам у розробці та впровадженні національних стратегій охорони здоров'я. Одним із успішних прикладів діяльності ВООЗ є програма боротьби з малярією, яка значно знизила рівень захворюваності та смертності від цієї хвороби в багатьох країнах Африки. Програма включає масове розповсюдження протималярійних засобів, вакцинацію та навчання місцевих медичних працівників. Завдяки цим зусиллям, багато країн досягли значного прогресу у контролі та запобіганні малярії.

Ще одним важливим напрямом роботи ВООЗ є боротьба з тютюнопалінням. ВООЗ допомогла багатьом країнам запровадити ефективні заходи для зниження рівня куріння серед населення, включаючи законодавчі ініціативи, обмеження реклами тютюнових виробів та інформаційні кампанії. В результаті, багато країн змогли знизити рівень тютюнопаління та покращити загальний стан здоров'я населення.

Необхідно зауважити, що Європейський Союз також відіграє важливу роль у розвитку систем охорони здоров'я своїх членів та країн-сусідів. Політика ЄС у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня здоров'я населення, зниження соціальних нерівностей у доступі до медичних послуг та забезпечення

високих стандартів медичної допомоги. ЄС надає фінансові інструменти та програми підтримки, такі як Horizon 2020 та Європейський соціальний фонд, які фінансують дослідження, інновації та проекти у сфері охорони здоров’я. Програма Horizon 2020, зокрема, підтримує наукові дослідження та інновації, спрямовані на розробку нових методів лікування та профілактики захворювань, а також на покращення існуючих медичних технологій.

Одним з успішних прикладів діяльності ЄС є програма боротьби з антибіотикорезистентністю, яка об'єднує зусилля країн-членів для зменшення використання антибіотиків та підвищення контролю за їх призначенням. Ця програма включає наукові дослідження, розробку нових лікарських засобів та заходи з підвищення обізнаності населення про небезпеку надмірного використання антибіотиків. ЄС також підтримує розвиток систем охорони здоров’я в сусідніх країнах, включаючи фінансову допомогу та технічну підтримку для впровадження реформ у сфері охорони здоров’я. Це сприяє підвищенню якості медичних послуг, покращенню інфраструктури та підготовці медичного персоналу в цих країнах.

Так, можна констатувати, що роль міжнародних організацій у розвитку систем охорони здоров’я є надзвичайно важливою. ВООЗ та ЄС надають значну підтримку країнам у розробці та впровадженні ефективних стратегій охорони здоров’я, що сприяє покращенню загального стану здоров'я населення. Для України досвід співпраці з цими організаціями може бути корисним у контексті вдосконалення національної системи охорони здоров’я, підвищення якості медичних послуг та забезпечення їх доступності для всіх верств населення.

В цілому, враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що досвід перелічених країн може надати цінні уроки для реформування та вдосконалення системи охорони здоров’я в Україні. Це особливо актуально з огляду на виклики, з якими країна зіткнулася після повномасштабного вторгнення Росії 24 лютого 2022 року. Перш за все, Україні слід зосередитися на розширенні державного фінансування охорони здоров’я, враховуючи досвід таких країн, як Німеччина та Франція. Це включає збільшення бюджетних видатків на охорону здоров’я,

створення стабільної системи соціального страхування та залучення приватних інвестицій. Наприклад, модернізація медичних закладів за допомогою фінансової підтримки з боку держави та міжнародних організацій, таких як ЄС, допоможе покращити інфраструктуру та підвищити якість медичних послуг.

Наступним важливим кроком є децентралізація управління системою охорони здоров’я та врахування місцевих потреб, як це успішно реалізовано в Швеції. Україна повинна передати більше повноважень місцевим органам влади для забезпечення ефективнішого управління медичними закладами та врахування місцевих потреб. Це включає надання автономії місцевим органам влади у прийнятті рішень щодо розподілу ресурсів та організації медичних послуг, що сприятиме підвищенню ефективності управління та якості обслуговування.

Інтеграція приватного сектору в систему охорони здоров’я є ще однією важливою рекомендацією, що випливає з досвіду США та Японії. Україна має активно залучати приватний сектор до надання медичних послуг, що підвищить конкуренцію та якість обслуговування. Це можна досягти через розробку законодавства, яке сприятиме залученню приватних інвестицій у медичну сферу, та створення умов для співпраці між державними та приватними медичними закладами. Покращення доступності медичних послуг у віддалених та сільських регіонах є критично важливим завданням, особливо у світлі досвіду Бразилії та Індії. Україна повинна зосередитися на розвитку мережі первинної медичної допомоги та мобільних медичних бригад, що дозволить забезпечити медичну допомогу у найвіддаленіших куточках країни. Це сприятиме зниженню рівня захворюваності та підвищенню загального рівня здоров'я населення, особливо серед найуразливіших груп.

Також важливо забезпечити належне фінансування та модернізацію інфраструктури, беручи до уваги досвід Південної Африки. Україна повинна зосередитися на подоланні нерівностей у доступі до медичних послуг, реформуванні державної системи охорони здоров’я для підвищення її ефективності та якості, а також боротьбі з епідеміями, такими як ВІЛ/СНІД та туберкульоз. Це можна досягти через підвищення рівня фінансування державної системи,

покращення умов праці медичних працівників та впровадження сучасних технологій у медичну практику.

Загалом, досвід зарубіжних країн показує, що ефективне управління системою охорони здоров'я вимагає комплексного підходу, що включає розширення фінансування, децентралізацію управління, залучення приватного сектору та покращення доступності медичних послуг. Для України цей досвід може бути корисним у контексті розробки стратегій, спрямованих на підвищення ефективності та якості медичних послуг, забезпечення їх доступності для всіх верств населення та створення стійкої та ефективної системи охорони здоров'я.

Висновки до першого розділу

1. Публічне управління у сфері охорони здоров'я є комплексною системою, яка об'єднує діяльність державних і місцевих органів влади, приватного сектору та громадських організацій. Основна мета цієї системи полягає у забезпеченні доступу населення до якісних медичних послуг, координації зусиль усіх учасників системи та реалізації стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я. Визначено, що центральний рівень управління, який включає Міністерство охорони здоров'я та державні агентства, займається розробкою національної політики, нормативно-правовим регулюванням та контролем за її виконанням, формуючи стратегії та стандарти медичних послуг. Регіональний рівень, через обласні та районні адміністрації, реалізує державну політику на місцях, забезпечує координацію діяльності медичних закладів та контроль за якістю наданих послуг, особливо в умовах війни, відіграючи ключову роль у забезпеченні безпеки та доступності медичної допомоги. 2. Кожен період, від часів імперії до сучасності, вніс свій вклад у формування нинішньої системи охорони здоров'я. Початковий етап (XVIII – початок XX століття) характеризується наданням медичних послуг через церковні та благодійні організації. Радянський період (з 1917 року) впровадив централізовану систему з безкоштовним медичним обслуговуванням. Після незалежності (1991-2000 роки) відбулася кардинальна реорганізація, зосереджена

на створенні нових адміністративних структур та системи обов'язкового медичного страхування. У 2000-2014 роках увага приділялась модернізації медичних закладів та впровадженню нових технологій. Після 2014 року реформи спрямовані на децентралізацію та підвищення прозорості медичних послуг. Військовий конфлікт і пандемія COVID-19 внесли додаткові виклики, що вимагали швидкої адаптації системи охорони здоров’я. З 2022 року, в умовах повномасштабного вторгнення Росії, основними завданнями стали забезпечення медичної допомоги постраждалим від війни, евакуація поранених і підтримка медичних закладів. На 2024 рік система охорони здоров’я продовжує адаптуватися, впроваджуючи інноваційні рішення та нові технології для покращення управління медичними послугами, підтримки фінансової стійкості та забезпечення ефективного медичного обслуговування.

3. Аналіз зарубіжного досвіду виявив, що для успішного функціонування систем охорони здоров’я за кордоном важливими є комплексний підхід до управління, адекватне фінансування, модернізація інфраструктури та впровадження сучасних технологій. Вивчення досвіду різних країн показало, що багато аспектів їх систем можуть бути корисними для України. Заслуговує на увагу досвід США, де високий рівень приватного фінансування та значна роль страхових компаній можуть бути використані для покращення якості та доступності медичних послуг. Україна може впровадити приватне медичне страхування та розширити можливості для приватних медичних установ. Вартий уваги досвід Великої Британії, з її централізованою системою охорони здоров’я NHS, що фінансується з державного бюджету та може сприяти зменшенню соціальної нерівності у доступі до медичних послуг. Це можна реалізувати через збільшення державного фінансування та забезпечення безкоштовного базового медичного обслуговування для всіх громадян. Досвід Німеччини демонструє ефективність моделі соціального страхування, яка може допомогти Україні створити стійку та ефективну систему фінансування охорони здоров’я. Україна може створити змішану систему фінансування, об'єднуючи державне та приватне страхування. Франція пропонує приклад високого рівня державного фінансування та

централізованого регулювання, що може забезпечити стабільність та передбачуваність системи охорони здоров'я в Україні. Це можна досягти через централізоване регулювання медичних тарифів та збільшення державних інвестицій у медичну сферу. Швеція успішно реалізувала децентралізовану систему, де фінансування та управління здійснюються місцевими органами влади, що може підвищити ефективність управління на місцевому рівні в Україні. Україна може надати більше автономії місцевим органам влади у прийнятті рішень щодо управління та фінансування медичних закладів. Досвід Польщі, Чехії, Угорщини та Словаччини демонструє успішні адаптації до нових економічних і політичних умов, включаючи реформування фінансових механізмів, модернізацію медичних закладів та впровадження інформаційних технологій, що може бути корисним для України. Це можна реалізувати через проведення реформ у фінансовій системі охорони здоров'я та модернізацію медичної інфраструктури. Важливим є досвід Бразилії, де державна система охорони здоров'я SUS забезпечує безкоштовні медичні послуги, що може підвищити доступність медичних послуг в Україні. Україна може створити масштабні державні програми, що забезпечують безкоштовні базові медичні послуги. Індія демонструє важливість забезпечення доступності первинної медичної допомоги та зниження дитячої смертності, що може бути корисним для покращення первинної медичної допомоги в Україні. Це можна реалізувати через розширення мережі первинної медичної допомоги та впровадження програм зниження дитячої смертності. Японія пропонує гібридну систему охорони здоров'я, що поєднує державне та приватне фінансування, яка може бути адаптована в Україні для створення стійкої системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УПРАВЛІННЯ КАДРАМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Аналіз законодавства щодо підготовки та працевлаштування медичних працівників

Нормативне поле, що визначає цикл «освіта – доступ до професії – працевлаштування – Нормативне поле, що визначає цикл «освіта – доступ до професії – працевлаштування – підтримка кваліфікації» для медичних працівників в Україні, склалося як комбінація базових законів, урядових постанов і відомчих актів МОЗ, а з 2017 року – ще й договірної архітектури програми медичних гарантій. В основі лежать «Основи законодавства України про охорону здоров'я», які окреслюють принципи організації медичної допомоги, права пацієнтів і обов'язки персоналу, а також визнання державою спеціального статусу медичного працівника як суб'єкта, від дій якого безпосередньо залежить безпека життя та здоров'я людини. Саме цей акт формує рамку для похідних нормативів у частині професійних стандартів, етики, атестації та відповідальності [47].

Блок освітнього регулювання визначається рамковими приписами щодо вищої освіти та стратегічними документами розвитку галузі: вони задають рівні підготовки, акредитацію програм, автономію ЗВО і механізми державного замовлення. Для медичних спеціальностей це означає можливість відкривати програми підготовки лікарів і фармацевтів, встановлювати результати навчання, інтегруватися до міжнародних мереж акредитації, а також отримувати бюджетні місця відповідно до прогнозних потреб держави. Механізм формування державного замовлення деталізується рішеннями уряду і секторальними стратегіями, які регламентують планування та розміщення замовлення між ЗВО з урахуванням демографічних і регіональних диспропорцій [9].

Порогом входу в самостійну практику є інтернатура – інституційно окрема, але функціонально невідривна ланка післядипломної освіти. Сучасні підходи до інтернатури й резидентури закріплюються у відомчих наказах МОЗ із періодичним

оновленням переліку спеціальностей, тривалості, вимог до баз стажування, порядку зарахування і підсумкової атестації; у кризові періоди МОЗ оперативно ухвалює зміни для безперервності підготовки, що продемонстровано в 2022–2024 роках (переміщення баз інтернатури, особливі порядки оцінювання тощо) [41; 55].

Ключовою політикою останніх років стало перезавантаження безперервного професійного розвитку (БПР, CPD): поступовий перехід від формально-годинного до компетентнісного обліку результатів навчання, уніфікація вимог до провайдерів, цифровізація обліку балів і інтеграція БПР до атестаційних процедур. Відповідні рішення і методичні роз'яснення публікуються МОЗ та Центром реформ МОЗ; акцент робиться на мультиформатність БПР (курси, стажування, симуляційні тренінги, участь у наукових подіях) та прозорість обліку через е-системи [41].

Працевлаштування та кар'єрний шлях лікаря нині залежать не лише від загального трудового законодавства, а й від контрактної моделі фінансування з Національною службою здоров'я України за Законом № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Саме цей закон запровадив програму медичних гарантій і можливість для закладів – незалежно від форми власності – укладати договори з НСЗУ, отримуючи оплату «за послугу». Для працівника це опосередковано означає інші принципи формування штатів, нову роль клінічних маршрутів у плануванні робочого часу, індикатори якості та продуктивності, а для роботодавця – зобов'язання підтримувати кадрову спроможність під вимоги пакета послуг. Пов'язані постанови уряду щодо умов договорів із НСЗУ та вимог до надавачів послуг забезпечили юридичні інструменти укладання договорів, верифікації персоналу і ведення електронних реєстрів медичних працівників/закладів [44].

Ліцензування медичної практики як господарської діяльності прямо пов'язане з кадровими вимогами. Вимоги до надавача послуг включають наявність у закладу підтвердженого штату фахівців відповідних спеціальностей і кваліфікацій, підтверджених документально, а також дотримання вимог до освітнього рівня, атестації й БПР. На практиці саме перевірка кадрових вимог є

однією з найчастіших причин зауважень під час договірного і постдоговірного контролю [59].

Роль державного замовлення – міст між освітньою та ринковою підсистемами – стратегічна. Порядок формування замовлення має враховувати прогнозні потреби у медичних кадрах за спеціальностями й регіонами, однак відсутність повноцінного національного контуру «облік – прогноз – замовлення – моніторинг» тривалий час призводила до дисбалансів (надлишковість/дефіцит за спеціальностями, різні «коефіцієнти дефіциту» між містом і селом). Останні кроки – прив'язка обсягів підготовки до аналітики НСЗУ та е-систем, розвиток цифрових реєстрів і дашбордів – рух у бік evidence-based планування, який потребує подальшої розбудови реєстрів компетентностей та кар'єрного трекінгу випускників [26; 109].

Узгодження національних правил із глобальними підходами відбувається під впливом рамкових документів ВООЗ та європейських аналітичних платформ: увага до міграції кадрів, вигорання, старіння персоналу, етичного рекрутингу, національних рахунків кадрів охорони здоров'я (NHWA). Українські рішення щодо БПР, цифрового обліку, прогнозування потреб та етичних стандартів рекрутингу поступово зближуються з цими орієнтирами, що важливо на тлі масштабної мобільності фахівців у Європі [122;96].

Сукупно ці норми формують цілісний, хоча й динамічний контур: базові закони задають принципи, освітні акти – правила входу в професію, накази МОЗ – деталізують маршрути інтернатури/атестації/БПР, а фінансово-договірна архітектура НСЗУ визначає запит на компетентності та об'єктивізує кадрові рішення через електронні дані. Війна стала каталізатором гнучкості, але водночас підсвітила вузькі місця – недостатній аналітичний контур прогнозування, нерівномірний розподіл спеціальностей і територіальні дисбаланси – які нині намагаються долати нормативними змінами і цифровими реєстрами [6;41].

2.2. Повноваження державних органів у сфері кадрового забезпечення

Центральним суб'єктом у кадровій політиці є Міністерство охорони здоров'я України: воно формує державну політику в охороні здоров'я, встановлює стандарти і вимоги до професійної кваліфікації, затверджує номенклатуру спеціальностей, правила інтернатури, атестації та БПР, веде відомчі реєстри і ініціює зміни до освітніх стандартів для медичних спеціальностей. У кризові періоди саме МОЗ уповноважене оперативно адаптувати правила підготовки (переміщення баз інтернатури, особливі порядки оцінювання тощо) [41;9].

Національна служба здоров'я України виконує функції державного замовника медичних послуг і оператора програми медичних гарантій: укладає договори з надавачами, оплачує послуги, контролює дотримання умов договорів і взаємодіє з електронною системою охорони здоров'я. У кадровому вимірі це означає, що НСЗУ через вимоги до пакетів фактично «кодифікує» мінімальні кадрові спроможності (перелік спеціалістів, графіки, чергування, атестації та БПР), перевіряє відповідність команди задекларованому обсягу/якості допомоги і опосередковано впливає на моделі оплати праці [11].

Кабінет Міністрів як вищий орган виконавчої влади задає політичний курс і приймає системні постанови: затверджує положення про центральні органи, правила функціонування е-систем, умови договорів із НСЗУ, вимоги до надавачів послуг, а також фінансові рамки програми медичних гарантій у щорічному бюджетному процесі. Через ці рішення уряд закладає «архітектуру» впливу на кадрові потоки – від входу в професію до закріплення кадрів у конкретних послугах і територіях, з'єднуючи освіту, ринок праці та фінансування в єдину політику [11; 62].

Електронна система охорони здоров'я – спільна інфраструктура обліку пацієнтів, закладів, лікарів і договорів – забезпечує верифікацію професійного статусу лікаря, підтвердження його ролей у закладі, відповідність до умов пакетів послуг і прозорість для НСЗУ. Регуляторні й методичні підвалини цифровізації (включно з телемедициною) визначаються наказами МОЗ та урядовими рішеннями; вони створюють передумови для побудови аналітики кадрових спроможностей і відкритої звітності [109].

Освітній компонент реалізують МОН і НАЗЯВО в межах загального законодавства про вищу освіту: акредитують програми, встановлюють рамки стандартів, а через механізм державного замовлення впливають на обсяг підготовки. Для медичних спеціальностей МОЗ виступає методичним «архітектором»: узгоджує зміст кваліфікаційних вимог, перелік компетентностей інтернів і вимоги до баз стажування, гармонізуючи освітні стандарти з клінічними. Уповноважені заклади післядипломної освіти виконують прикладні функції організації інтернатури, резидентури та БПР [9].

Контроль якості і допуск до практики включають взаємодію МОЗ (як органу ліцензування/контролю вимог до надавачів), НСЗУ (договірний і постдоговірний контроль), а також інших контролюючих інституцій. Для кадрової політики це означає перевірку відповідності персоналу кваліфікаційним вимогам спеціальності, проходження атестацій, підтвердження БПР. Порушення кадрових вимог – підстава для приписів, корекцій договорів або санкцій [59].

Національна кадрова політика має коригуватися міжнародними рамками. ВООЗ та європейські аналітичні інституції системно звертають увагу на дефіцит кадрів, внутрішньорегіональну міграцію та вигорання; державні органи інтегрують ці рекомендації у дорожні карти – від етичного рекрутингу до національних рахунків кадрів і підсилення БПР [109].

Таким чином, повноваження розподілені так, щоб політика була наскрізною: МОЗ формує стандарти, МОН/НАЗЯВО – освітню якість, КМУ – системні правила гри, НСЗУ – фінансові сигнали й контроль спроможностей, е-система – дані та прозорість. Від злагодженості цієї «четвірки» залежить, чи перетвориться нормативна база на дієвий інструмент подолання дефіциту кадрів [41;44].

2.3. Проблеми реалізації правового регулювання в умовах реформ

Попри прогрес у кодифікації правил, кадрова політика у медицині стикається з системними бар’єрами реалізації. Перший – асиметрія між сучасною «буквою» нормативів і фактичними даними, на яких мають ґрунтуватися управлінські

рішення. Регулювання цифрових процесів створило передумови для повного обліку, однак практична інтеграція реєстрів і культура «життя за даними» ще розвиваються: звідси – різнобій у профілях кадрів між закладами, труднощі з прогнозуванням і неточності в державному замовленні [44].

Другий – динаміка реформ БПР і атестації. Оновлення процедур прибрало частину бюрократичних елементів і додало гнучкості провайдерам, але імплементація потребує зрозумілої цифрової екосистеми обліку балів, рівноправного доступу для регіональних закладів і чіткої відповідальності за якість контенту. Різна готовність на місцях породжує «острівці» успіху і «білі плями»; для уникнення нерівностей потрібні методичні пакети, навчання адміністраторів і відкриті реєстри провайдерів БПР [41].

Третій – відповідність кадровим вимогам у контексті договірної моделі НСЗУ. Заклади інколи формально виконують вимоги до штатів при укладанні договорів, але не забезпечують фактичної наявності фахівців у потрібні зміни чи з належними компетентностями, що виявляється під час аудитів або інцидентів якості. Узгодженість між вимогами до надавачів і пакетами НСЗУ має працювати не лише «на папері», а й у щоденній практиці – через дисципліну е-обліку ролей, внутрішні регламенти та прозорі графіки [44].

Четвертий – вплив війни та міграції. ВООЗ для Європейського регіону фіксує зростання мобільності медичних кадрів і конкуренцію за фахівців; для України це означає втрату частини лікарів/медсестер, «перекроювання» регіональної мапи дефіцитів, підвищене навантаження на первинку, екстрену та реабілітаційну допомогу. Надзвичайні правові рішення (спрощені переводи інтернів, дистанційні формати БПР, гнучкі графіки) були необхідними, але потребують довгострокового закріплення через національні рахунки кадрів, пакети утримання і цільові програми для критично дефіцитних спеціальностей [6; 96].

П’ятий – «шов» між освітою та службою. Без єдиного, даними підкріпленого прогнозу потреб і спільних із МОЗ/НСЗУ компетентнісних профілів випускників, ЗВО ризикують готувати «не тих і не там». Інструменти вирівнювання – контрактні вимоги НСЗУ, спільні стандарти results of learning, участь стейкхолдерів у

акредитації – уже існують, однак їх слід системно поєднувати з держзамовленням і локальними програмами громад/областей [9].

Шостий – інституційна координація. Формально повноваження МОЗ, МОН, НСЗУ і КМУ розмежовані, але часто бракує сталих міжвідомчих механізмів: спільних робочих груп із мандатом ухвалювати рішення, регулярних циклів спільного планування і відкритих звітів про прогрес. Варто закріпити в підзаконних актах обов'язковість публічних кадрових дашбордів (на основі е-систем і даних НСЗУ) з метриками дефіциту/надлишку, вікової структури, навантаження та виконання БПР – це швидко підвищить управлінську якість рішень без зміни законів [44].

Сьомий – гармонізація з європейськими підходами. Аналітика ЄС і ВООЗ прямо вказує на потребу в доказовій політиці, етичному рекрутингу, механізмах утримання кадрів. Українські оновлення БПР і цифровізації рухаються у правильному напрямі, однак лімітуючим фактором лишаються фінанси й умови праці. Тому юридичні норми потребують підкріплення фінансовими стимулами (надбавки для дефіцитних спеціальностей і «важких» територій, гранти на БПР, житлові програми), інакше правові інновації не дадуть очікуваного ефекту на місцях [87; 109].

У підсумку, проблематика реалізації регулювання – не стільки «у відсутності норм», скільки у спроможності системи їх виконати: дані, координація, фінансування, менеджмент змін. Вирішення потребує одночасно «технічних» кроків (очищення реєстрів, інтеграція аналітики е-систем у планування замовлення, методична підтримка впровадження БПР) і «політичних» (сталий бюджет ПМГ, пакети утримання кадрів, узгодженість МОН – МОЗ – НСЗУ). В умовах війни ця повістка – питання не лише якості медичної допомоги, а й національної стійкості [62].

Висновки до другого розділу

У підсумку розділу можна констатувати, що в Україні сформовано цілісний, багаторівневий контур правового регулювання кадрового забезпечення охорони здоров’я, який з’єднує базові норми галузевого права з договірною моделлю фінансування послуг. «Основи законодавства України про охорону здоров’я» визначають принципи доступу до професії, підвищену відповідальність медичного працівника та делегують МОЗ повноваження деталізувати стандарти й процедури, а Закон про державні фінансові гарантії перетворює кадрові вимоги на умови договору і предмет фінансово-правового контролю через НСЗУ. Таким чином, право, організація і фінанси зведені в єдину систему, де якість і безпека послуг безпосередньо залежать від підтвердженої кваліфікації й наявності персоналу.

Ключовою ознакою сучасного етапу є зміщення акценту з формальних атестаційних процедур до компетентнісної логіки підготовки: інтернатура та післядипломна освіта набули чітко регламентованих вимог до баз стажування, наставництва і підсумкового оцінювання, а система безперервного професійного розвитку перейшла на електронний облік результатів, мультиформат навчання і прив’язку до реального допуску до практики. Воєнні умови прискорили адаптацію цих механізмів: від переміщення баз інтернатури до особливих порядків оцінювання, що дозволило утримати безперервність підготовки та не знижувати планку безпеки пацієнта.

Інституційний розподіл повноважень вибудувано за принципом «політика – правила – фінанси – дані – якість»: МОЗ визначає стандарти і професійні вимоги, МОН/НАЗЯВО забезпечують академічну якість та акредитацію, КМУ закріплює системні рамки і ресурсні параметри, НСЗУ задає фінансові сигнали та контролює спроможність, а електронна система охорони здоров’я забезпечує верифікацію ролей і прозорість рішень. Саме цифрова інфраструктура перетворює кадрові норми на вимірювані показники доступності та якості, роблячи можливими управлінські дашборди й оперативний контроль.

Ліцензування медичної практики та договірний нагляд із боку НСЗУ створюють подвійний запобіжник якості: заклад або ФОП повинні мати підтверджений штат фахівців потрібних спеціальностей і кваліфікацій, а їхня

фактична присутність і графіки мають відповідати вимогам конкретних пакетів послуг. Невідповідність кадровим критеріям стає підставою для приписів, коригування договорів і, за потреби, санкцій, адже безпосередньо впливає на безпеку пацієнтів.

Водночас реалізація норм стикається з низкою системних бар'єрів. Найсуттєвіші з них – нерівномірна якість і інтегрованість даних у реєстрах, що ускладнює доказове планування держзамовлення; різна готовність закладів до нової моделі БПР і доступу до якісних програм у регіонах; а також «паперове» виконання кадрових вимог без фактичного покриття змін. Без очищення даних, стандартизації показників і дисципліни е-обліку ролей ефективність правових механізмів не розкривається.

Воєнна агресія і посилена міграція кадрів загострили структурні дефіцити: змінилася регіональна карта потреб, зросло навантаження на первинну, екстрену та реабілітаційну допомогу, а конкуренція за фахівців у Європейському регіоні посилилася. Тимчасові спрощення (гнучкі ротації, дистанційний БПР, особливі порядки інтернатури) виконали стабілізаційну функцію, але потребують системного продовження у вигляді національних рахунків кадрів, прозорого прогнозування, пакетів утримання персоналу і програм реінтеграції медиків.

Гармонізація з європейськими орієнтирами ВООЗ та ЄС рухається в правильному напрямі – цифровізація, компетентнісний БПР, етичний рекрутинг – однак правові норми мають бути підсилені фінансово-організаційними інструментами: цільовими надбавками для дефіцитних спеціальностей і «важких» територій, грантами на БПР, житловими програмами та механізмами співфінансування підготовки «під потреби громади». Без цього ризик «формальності» реформ зберігатиметься.

З огляду на викладене, сильна сторона нормативної бази полягає у внутрішній логіці «право – дані – контракт», яка дає змогу узгоджувати освіту, доступ до професії, допуск до практики і фінансування послуг у єдиному циклі. Визначальні умови її результативності – якісні дані та аналітика, міжвідомча координація, стабільне ресурсне підкріплення і професійний менеджмент змін на

рівні закладів та регіонів. Саме ці компоненти перетворюють норми на кадрову спроможність, здатну витримати виклики війни та забезпечити безперервну, безпечну і доступну медичну допомогу населенню.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ КАДРОВИМ ПОТЕНЦІАЛОМ

3.1. Оцінка ефективності чинної системи управління

Оцінювання ефективності нинішньої системи управління медичними кадрами доцільно починати з того, що вона вже має чітко окреслене правове поле, визначеного державного платника за програмою медичних гарантій, розбудовану електронну інфраструктуру обліку та процеси безперервного професійного розвитку. Саме ця «архітектура» забезпечила перехід від утримання закладів до оплати за надану послугу, спрямувала управлінську логіку на вимірюваність результатів і створила можливість підв’язати кадрові рішення до реального попиту. У базових параметрах це дало помітний прогрес: зросла керованість потоків на первинній ланці, з’явилися прозорі кадрові вимоги усередині пакетів послуг, а цифрові реєстри зробили персонал і його ролі видимими для держави та для громад. На практиці це виражається у кращій верифікації спеціальностей, скороченні простору для фіктивної зайнятості, підвищенні відповідальності керівників за складання графіків і чергувань відповідно до умов договорів, а також у можливості швидше закривати дефекти у компетентностях через таргетоване навчання.

Водночас оцінка ефективності потребує погляду на «вузькі місця», без усунення яких система не досягне стійкої рівноваги. Насамперед ідеться про нерівномірність кадрового забезпечення між регіонами та рівнями допомоги: первинка, екстрена й реабілітаційна служби продовжують відчувати дефіцит у громадах із низькою щільністю населення та в прифронтових зонах, а частина вузьких спеціальностей зосереджена у великих містах, що збільшує час очікування та погіршує показники доступності. Існує також розрив між декларативними вимогами до спроможності закладу й фактичним виконанням цих вимог у щоденному режимі роботи: складаючи штатний розпис під контракт, закладам інколи важко підтримувати реальну присутність потрібних фахівців у вечірні та нічні зміни, забезпечити належний рівень чергувань та швидко закривати вакансії,

якщо ринок локально «тонкий». Не у всіх організаціях достатня культура використання даних: аналітика кадрових дашбордів і рутинна робота з індикаторами вигорання, плинності кадрів, відпусток і замін часто поступається в пріоритеті «гасінню пожеж» і ручному адмініструванню.

Окрема ділянка ризику – прогнозування потреб і зв'язок між освітніми квотами, маршрутом інтернатури та реальним попитом, який формує державний платник. Хоч інструменти для даних уже є, але цикл «облік – прогноз – держзамовлення – моніторинг – корекція» не працює як безперервна система. Освітні програми охоче відкриваються під популярні спеціальності, тоді як дефіцитні – особливо на рівні сестринства, сімейної медицини, анестезіології, реабілітації, психіатрії, громадського здоров'я – лишаються менш привабливими без відчутних фінансових і кар'єрних стимулів. Атестаційні процедури та безперервний професійний розвиток у цілому рухаються до компетентнісної моделі, однак якість провайдингу, рівний доступ до симуляційного навчання, менторства та практикоорієнтованих програм у громадах ще не набули обов'язкового мінімального стандарту для всієї країни.

Суттєвий фактор впливу – війна, що змінила демографію, логістику, очікування пацієнтів і безпекові вимоги до персоналу. Міграція фахівців, переміщення закладів, пікові навантаження в екстрених ситуаціях і хронічний стрес створюють постійний фон для вигорання. У такому контексті формальні норми самі по собі не гарантують якості: потрібні механізми психологічної підтримки колективів, безпечні графіки, резервні кадрові пулі, мобільні команди, чіткі маршрути евакуації та розосередження навантаження. На рівні управління це означає, що ефективність слід оцінювати не тільки через відповідність «букві» вимог, а й через реальну готовність системи виконувати їх у кризових умовах без втрати якості.

Для коректної оцінки доцільно користуватися зрозумілою рамкою: чи є спроможність планувати (наявність витягнутих з е-систем даних, прогнозні моделі, узгодженість зі стейкхолдерами), чи є спроможність залучати (кошти, програми стипендій і житла, швидкі процедури рекрутингу), чи є спроможність розподіляти

(гнучкі механізми переїздів, подвійні ставки з різних джерел, міжлікарняні ротації), чи є спроможність утримувати (конкурентна оплата, кар'єрні сходинки, менторство, БПР), та чи є спроможність розвивати (симуляційні центри, інституційна пам'ять, аналіз інцидентів якості). Якщо вимірювати за цією шкалою, нинішня система виглядає зрілою у нормативній частині та частково зрілою в частині даних і фінансових сигналів, але потребує підсилення в операційній координації, кадровій гнучкості, інституційній підтримці персоналу і в механізмах швидкої адаптації освітніх квот до реального попиту.

У підсумку стан можна визначити як «керований перехід»: ключові інструменти створені, вони довели свою дієздатність навіть у стресових умовах, але для сталого ефекту потрібна інтеграція циклів даних з бюджетним і освітнім плануванням, посилення інституційної координації та пакет стимулів, який робить роботу у дефіцитних спеціальностях і складних територіях реально привабливою.

3.2. Запровадження інноваційних моделей управління медичними кадрами

Подальший рух неможливий без переходу від «обліку людей у штаті» до управління компетентностями, навантаженням і мотивацією в режимі реального часу. Інноваційні моделі тут ґрунтуються на трьох опорах: дані, гнучкість, ціннісна пропозиція для працівника. Дані означають не просто реєстр посад і сертифікатів, а передусім прогностичну аналітику: візуалізації дефіцитів по спеціальностях і територіях, моделі попиту на послуги, сценарії чергувань, які мінімізують ризик помилки та вигорання, трекінг кар'єрних траєкторій випускників. Гнучкість – це сучасні формати зайнятості та розподілу часу: е-розклад із можливістю швидкого перекроювання зміни, пул взаємодопомоги між закладами в межах госпітального округу, міжвідомчі ротації, комбіновані контракти, у яких частина навантаження оплачується за тарифами програми гарантій, а частина – як стимул за якість, складність випадків, наставництво чи роботу в сільській місцевості. Ціннісна пропозиція – це не тільки ставка, а повний пакет: житло або компенсація оренди,

підвищені добові у відрядженнях, персональні плани БПР з оплачуваним навчальним часом, доступ до симуляційних тренінгів, психологічна допомога, страхування від професійних ризиків.

Важлива зміна – переорієнтація на skill-mix і таск-шифтинг. Там, де це безпечно, завдання можна перерозподіляти між лікарями, медсестрами розширеної практики, фельдшерами, реабілітологами, психологами, фармацевтами-клініцистами, менеджерами випадку. Це зменшує вузькі місця, вивільняє час лікаря для складних рішень і підвищує загальну пропускну спроможність без зниження стандартів. Для цього потрібні чіткі клінічні протоколи, модулі підготовки та правове визнання розширених ролей, а також коректне відображення цих ролей в оплаті праці.

На рівні підготовки інтернів і молодих лікарів працює модель керованого входу до професії: національний розподіл місць у резидентурі, прозорі пріоритети для дефіцитних напрямів, гарантовані бази стажування з реальною наставницькою підтримкою, симуляційні модулі як обов'язковий щабель перед допуском до самостійних маніпуляцій. На рівні БПР – індивідуальні освітні плани з обов'язковими симуляційними сесіями, мікросертифікації за компетентностями, визнання навчання на робочому місці, відкрита біржа провайдерів із вбудованим е-обліком балів і внутрішнім аудитом якості.

Цифровізація має перейти від «обов'язкової звітності» до реальної підтримки рішень. Електронні інструменти планування зміни, модулі прогнозу навантаження, підказки щодо оптимальної укомплектованості бригад з урахуванням складності випадків і ризиків, трекери вигорання та відновлення – все це складові операційної безпеки. Розумні підказки в е-медкарті, алгоритми виявлення небезпечних комбінацій препаратів, автоматичні сповіщення про прострочені сертифікати чи недостатню кількість годин БПР додають якості без додаткових паперів.

Окреме поле інновацій – регіональні кадрові мережі. Госпітальні округи можуть створювати спільні кадрові центри, що керують пулом сумісників, формують графіки ротацій, адмініструють житлові програми та підйомні. У межах таких мереж простіше налаштовувати «маршрути» пацієнта відповідно до реальної

спроможності команд і рівня складності випадку, а не лише до географії закладів. Для дефіцитних напрямів – телемедичні консиліуми, «хмарні» бригади експертів, регіональні виїзні дні вузьких спеціалістів, коли команда за заздалегідь погодженим графіком приїздить у громаду на інтенсивний прийом.

Ще одна важлива новація – програми «Stay & Return»: стипендії й гранти за умови відпрацювання в конкретній громаді, підтримка тих, хто повертається з-за кордону, спрощене визнання періодів роботи та навчання, персональні траєкторії БПР для швидкого добору необхідних компетентностей під локальні потреби. У пакеті з цим працюють міжсекторальні інструменти: муніципальне житло або довгі кредити під низький відсоток, дитячі садочки із пріоритетом для родин медиків, програми працевлаштування партнера, додаткові гарантії безпеки на робочому місці й у дорозі.

Культура якості й безпеки – невід'ємна частина будь-якої інноваційної моделі. Командні розбори інцидентів без пошуку «винних», наставництво як оплачувана функція, регулярні симуляційні тренінги та психологічні дебрифінги після важких змін зменшують ризики і втрати. Лідерство середньої ланки потрібно розвивати так само системно, як клінічні навички: менеджер відділення має вміти планувати навантаження, вести команду, працювати з конфліктами і даними, а не лише вирішувати організаційні дрібниці.

Усі ці рішення не замінюють одне одного – вони працюють як набір модулів, які кожен регіон і заклад комбінує під свою карту ризиків. Ключове – аби будь-яка інновація була «прив'язана» до вимірюваних результатів: часу очікування, кількості незакритих змін, плинності кадрів, індикаторів якості, задоволеності пацієнтів і персоналу, фінансової стійкості підрозділу.

3.3. Пропозиції щодо вдосконалення законодавства України

Законодавчі зміни мають підсилити рівно ті ділянки, де сьогодні бракує операційної спроможності. Насамперед варто закріпити в базовому законі про охорону здоров'я сучасну дефініцію управління кадровими ресурсами із прямим

посиланням на національні рахунки кадрів, у яких визначаються єдині набори показників, стандарти обміну даними, періодичність публічного звітування та відповідальність за недостовірність. На рівні підзаконних актів доцільно обов'язково запровадити відкриті регіональні дашборди з дефіцитами/надлишками по спеціальностях, віковою пірамідою, вакансіями, середнім часом закриття позиції, відсотком виконання планів БПР, навантаженням на ставку і ключовими індикаторами якості.

Для закону про державні фінансові гарантії корисно чітко легалізувати «кадрові стимулюючі пакети» як невід'ємну частину тарифної політики: доплати за дефіцитність спеціальності, роботу у важкодоступних громадах, наставництво, нічні та екстрені зміни, високий рівень складності випадків; водночас встановити стандарт прозорості внутрішнього розподілу таких доплат у закладі через колективні угоди й публічні локальні акти. В окремій нормі бажано передбачити можливість багатосторонніх контрактів і ротацій у межах госпітального округу, щоб заклади могли законно ділитися кадровим ресурсом і спільно будувати графіки.

Освітній блок потребує двох ключових рішень. Перше – запровадження національного розподілу місць у резидентурі та прозорих правил пріоритизації дефіцитних спеціальностей і територій, щоб держзамовлення автоматично «тягнуло» за собою маршрути інтернатури та перше працевлаштування з гарантіями супроводу і наставництва. Друге – правове визнання розширених ролей медсестри, фельдшера, реабілітолога, психолога та інших фахівців із можливістю таск-шифтингу, де це дозволяють протоколи та симуляційне навчання, зі змінами до класифікатора професій, описів посад і тарифікації. У законі про вищу освіту доцільно закріпити обов'язковість узгодження результатів навчання медичних програм з компетентнісними профілями, що затверджуються профільним органом охорони здоров'я, та передбачити спільне управління симуляційною інфраструктурою на рівні регіонів.

Ліцензійні вимоги варто доповнити чіткими цифровими критеріями кадрової спроможності: не тільки «наявність у штаті», а підтверджені ролі в електронній

системі, мінімальні відсотки укомплектованості в пікові години, відсоток персоналу з актуальними мікросертифікаціями з критичних компетентностей, індикатори стабільності графіків і планів наступності. Разом із цим слід спростити процедури для мобільних і виїзних форм допомоги, дозволивши закладам легально формувати спільні бригади на основі міжзакладних угод із прозорим розподілом відповідальності, даних і фінансів.

Окремий блок – законодавчі основи добробуту персоналу. Потрібні норми, які роблять обов'язковими політики профілактики вигорання, оплачуваний навчальний час, доступ до психологічної підтримки, стандарт мінімальної «безпекової» укомплектованості зміни, а також гарантії страхового захисту на випадок професійних ризиків. Доцільно закріпити право на гнучку зайнятість у межах клінічної безпеки: суміщення, дистанційні консультації, гнучкі графіки, часткові ставки для батьків малих дітей або працівників у догляді за родичами, якщо це не шкодить безперервності допомоги.

Для громад і регіонів варто надати безпосередні законні інструменти стимулювання: муніципальні програми житла, підйомні, компенсації оренди та комунальних послуг, транспортні пакети для віддалених сіл, спільне з бізнесом створення соціальної інфраструктури. Такі інструменти мають бути інтегровані в договори, щоб працівник розумів реальну цінність місця роботи, а громада – отримувала гарантію відпрацювання. Для тих, хто повертається з міграції або змінює регіон, потрібні прискорені процедури визнання досвіду, гнучкі мости для добору бракуючих компетентностей і супровід менторів на перший рік.

Нарешті, у блоці телемедицини та цифрових прав варто уніфікувати кросрегіональну акредитацію для дистанційних послуг, юридично закріпити еквівалентність цифрових сертифікатів і мікросертифікацій, адекватно описати роль алгоритмів підтримки рішень як допоміжного інструмента лікаря та визначити вимоги до захисту даних персоналу поряд із даними пацієнтів. Це не про «додаткову звітність», а про створення середовища, де сучасні інструменти справді підсилюють команду й зменшують ризики.

Усі запропоновані зміни матимуть ефект лише за умови, що вони синхронізовані між собою й підкріплені ресурсами. Тому до законодавчих новацій логічно одразу додати механізм перехідних періодів, пілотів у вибраних регіонах, незалежної оцінки результатів і масштабування в разі успіху. Закон має задавати напрям і стандарти, а реалізація – відбуватися через співпрацю держави, громад і професійних спільнот.

Висновки до третього розділу

Поточна система управління кадрами в охороні здоров'я пройшла довгий шлях від нормативної невизначеності до керованого переходу, у якому створено платника, правила гри та цифровий контур. Це зробило можливими прозору оплату за послугу, верифікований облік персоналу, формування мінімальних вимог до команди в кожному пакеті допомоги та зміщення фокусу на результат. Разом із тим зберігаються «вузькі місця» – нерівномірність розподілу спеціалістів, слабке прогнозування, розрив між освітою і попитом, перевтома й вигорання, обмежена гнучкість у ротаціях і рішенні про залучення, неоднакова якість БПР. Війна лише підсилила ці виклики, оголивши потребу в операційній стійкості та людяній кадровій політиці.

Відповідь на ці виклики лежить у площині інноваційних моделей, що поєднують дані, гнучкість і сильну ціннісну пропозицію для працівника. Прогностична аналітика, е-розклади, кадрові пулі та міжзакладні ротації, розширення ролей і таск-шифтинг, симуляційні центри й наставництво, телемедичні консиліуми, програми «Stay & Return», пакети добробуту та психологічної підтримки – весь цей набір має працювати як цілісний, вимірюваний механізм під відповідальність керівників і з прозорою участю професійних спільнот. Кінцева мета – не заповнити табелі, а стабільно забезпечувати безпечну, своєчасну та якісну допомогу в кожній громаді.

Законодавство при цьому повинно не лише «оформлювати» існуючі практики, а й відкривати можливості: закріпити національні рахунки кадрів і

публічні дашборди, унести в тарифну політику кадрові стимулюючі доплати, визнати розширені ролі та мікросертифікації, спростити міжзакладні ротації, уніфікувати телемедичну акредитацію, забезпечити правові гарантії добробуту персоналу і розширити інструменти громад для залучення та утримання фахівців. Лише синхронізовані кроки держави, регіонів, закладів і освітнього сектору зможуть перетворити наявну нормативну «архітектуру» на живу, стійку систему, яка витримує навантаження війни, утримує таланти і розвиває професійну гідність медичних працівників.

ВИСНОВКИ

1. Структура чинної нормативно-правової бази у сфері кадрового забезпечення охорони здоров’я в Україні сформована як послідовний і взаємопов’язаний цикл, у якому кожна ланка – від освіти до контролю якості – має чітко визначені правові регулятори та процедурні інструменти. На фундаментальному рівні діють базові акти галузевого права, що задають принципи організації медичної допомоги, статус медичного працівника, права пацієнта й етичні рамки професії. На освітньому рівні діє загальне законодавство про вищу освіту та підзаконні стандарти для медичних спеціальностей: воно визначає рівні підготовки, результати навчання, процедури акредитації програм і зовнішнього контролю якості, а також автономію ЗВО у формуванні курикулумів за умови дотримання визначених компетентнісних результатів. На етапі входу в професію ключову роль відіграють відомчі нормативи щодо інтернатури/резидентури: вони регламентують вимоги до баз стажування, наставництва, обсягів практичних компетентностей і підсумкової атестації, забезпечуючи перехід від теорії до клінічної практики без втрати якості. Подальше підтримання допуску до практики відбувається через безперервний професійний розвиток із цифровим обліком результатів і прив’язкою до атестацій, що юридично закріплює необхідність постійного оновлення компетентностей. Працевлаштування та організація праці інтегровані з договірною моделлю фінансування: кадрові вимоги стають умовою договорів на надання послуг і предметом контролю, що забезпечує матеріалізацію правових норм у staffing-рішеннях закладів. Контроль якості та безпеки включає ліцензування медичної практики, індикатори відповідності кадровим стандартам, зовнішні аудити й механізми реагування на порушення. У підсумку ця багаторівнева система працює як єдиний контур «право – освіта – допуск – БПР – фінанси – контроль», де кожен елемент підсилює інший, а якість і безпека медичної допомоги безпосередньо пов’язуються з підтвердженою кваліфікацією і належною кадровою спроможністю надавача.

2. Розподіл повноважень між КМУ, МОЗ, МОН/НАЗЯВО, НСЗУ та органами контролю утворює логічний ланцюг «політика – правила – фінанси – дані – якість», де кожна інституція має власну, але взаємодоповнювальну роль. Кабінет Міністрів задає стратегічний курс, визначає бюджетні параметри й ухвалює системні постанови, що формують архітектуру кадрових процесів. МОЗ виступає галузевим лідером: встановлює професійні стандарти, номенклатуру спеціальностей, правила інтернатури/резидентури, атестації та БПР, а також ліцензійні вимоги для надавачів послуг. МОН та НАЗЯВО забезпечують академічну якість і зовнішню валідацію програм, формують рамку для державного замовлення й гарантують, що випускник отримує компетентності, сумірні з вимогами клінічної практики. НСЗУ перетворює нормативні вимоги на економічні сигнали: через умови договорів і вимоги пакетів послуг вона фактично кодифікує мінімальні кадрові профілі, контролює відповідність і впливає на структуру штатів та мотивацію персоналу. Електронна система охорони здоров'я забезпечує верифікацію професійного статусу, облік ролей і можливість аналітики в реальному часі, що посилює підзвітність. Взаємодія цих суб'єктів у найкращому виконанні – циклічна й даноцентрична: спільні робочі плани, використання єдиних індикаторів, узгодження державного замовлення з реальними потребами, публічні HR-дашборди та узаконені механізми корекції. Критичним чинником результативності є не стільки наявність повноважень, скільки наявність постійних міжвідомчих форматів ухвалення рішень і прозорої підзвітності за їх виконання.

1. Договірна модель фінансування кардинально змінила логіку формування кадрових ресурсів, перевівши питання у практичну площину «які компетентності потрібні, щоб надавати оплачувану послугу з потрібною якістю і вчасно». Вимоги пакетів послуг стали фактичними мінімальними кадровими стандартами: вони визначають перелік спеціалістів, кваліфікаційні критерії, графіки роботи й доступність, з якими заклад має відповідати для укладення договору та отримання оплати. Такий підхід стимулює оптимізацію штатів, інвестування в БПР, розгортання мультидисциплінарних команд і внутрішній контроль якості. Електронна система охорони здоров'я додала вимірюваності: реєстр фахівців і

їхніх ролей у конкретних підрозділах, електронні маршрути пацієнта, журнали подій та інтегровані дашборди дають змогу НСЗУ й самому закладу бачити відповідність кадровим вимогам у динаміці, відслідковувати навантаження й вчасно коригувати графіки. Верифікація персоналу через eHealth зменшує простір для формальних «паперових» відповідностей і підвищує довіру до даних, на яких базується фінансування. Сукупний ефект – більша прозорість рішень, швидше виявлення дефіцитів, адресні інвестиції у компетентності й матеріалізація регуляторних норм у повсякденні процеси. Водночас така модель висуває нові вимоги: дисципліна даних, управлінська спроможність аналізувати показники, здатність швидко перекроювати розклад і маршрути на підставі фактичного попиту. Ті заклади, що вибудували внутрішню аналітику й культуру управління за індикаторами, демонструють кращу кадрову стабільність і якість послуг.

2. Головні бар'єри реалізації правових норм зосереджені у «швах» між підсистемами та в якості даних, що підживлюють управлінські рішення. Державне замовлення тривалий час формувалося з обмеженою аналітичною базою, що породжувало дефіцити за одними спеціальностями й надлишок – за іншими, а також центр-периферійні диспропорції. Інтернатура й резидентура стикаються з нерівномірною якістю баз, неоднаковим доступом до наставництва й симуляційної інфраструктури, що позначається на готовності молодих фахівців до самостійної практики. Атестація та БПР формально модернізовані, але в регіонах існує різний доступ до якісних провайдерів і нерівномірна оцифрованість процесів, через що виникають «білі плями» у фіксації результатів. Ліцензійні кадрові вимоги інколи виконуються номінально – з «покриттям» штатів на папері, але без фактичної присутності потрібних компетентностей у конкретних змінах. Регіональні диспропорції посилюються умовами праці, житловими питаннями й віддаленістю територій. Коренева причина більшості проблем – недостатня інтеграція реєстрів, фрагментовані показники та відсутність сталої практики ухвалення рішень «за даними». Розв'язання вимагає одночасно технічних і організаційних кроків: очищення та зшивання реєстрів, уніфікації індикаторів, обов'язкових публічних

HR-дашбордів, методичної підтримки адміністраторів інтернатури/БПР і жорсткішого нагляду за фактичним виконанням кадрових критеріїв у договорах.

3. Повномасштабна війна стала стрес-тестом для кадрової політики: вона одночасно підсилила попит на певні спеціальності (екстрена, реабілітаційна, травматологія, психічне здоров'я, трансфузіологія) і спричинила переміщення та втрату частини персоналу. Регіональна карта потреб змінилася: прифронтові й деокуповані території зіткнулися з гострим дефіцитом, тоді як частина кадрів релокувалася у відносно безпечніші регіони чи за кордон. У відповідь запроваджувалися спрощені правові режими: гнучкі ротації, дистанційні формати БПР, особливі порядки інтернатури, прискорені процедури переміщення баз і перерозподілу навантаження. Ці заходи вберегли систему від зупинки, але засвідчили потребу в інституціоналізації кризового управління кадрами: національні рахунки кадрів із регулярною звітністю, інтегровані карти дефіцитів, заздалегідь затверджені плани кадрової евакуації/підсилення, пакети утримання (надбавки, житло, підтримка сімей), а також програми реінтеграції повернених фахівців. Паралельно посилилася конкуренція за медиків у Європейському регіоні, що вимагає етичного підходу до рекрутингу й двосторонніх механізмів взаємного визнання/повернення. Ключовий висновок: воєнні спрощення мають стати частиною постійної «архітектури готовності» – без зниження стандартів безпеки і якості, але з чіткими алгоритмами мобільності, цифровою верифікацією й прозорою підзвітністю за результат.

4. Українська модель у своїх засадничих рисах сумісна з європейськими та міжнародними орієнтирами: компетентнісна логіка підготовки, безперервний професійний розвиток, цифрова верифікація персоналу, договірна модель фінансування, орієнтація на індикатори якості й безпеки. Водночас практичне зближення потребує подальшої конвергенції з рамками на кшталт NHWA (національні рахунки кадрів), етичного рекрутингу, розвитку таск-шифтингу й ролей розширеної практики (особливо для медсестер, фахівців із реабілітації, фельдшерів/парамедиків), стандартизації телемедицини та міжпрофесійної співпраці. Європейська практика демонструє вищий рівень використання даних

для планування держзамовлення, розгалужені retention-політики (фінансові й нефінансові стимули, житлові програми, підтримка кар'єрного росту), а також інституційно закріплені механізми участі професійних спільнот у політиці якості. Перевага України – швидкість цифрової трансформації та здатність до кризової адаптації; зона розвитку – стабільні фінансові пакети для «важких» локацій і дефіцитних спеціальностей, повна інтероперабельність реєстрів, системний таск-шифтинг і масштабні програми БПР із рівним доступом для регіонів. Загальна траєкторія – від формальної сумісності до практичної конвергенції через дані, стандарти, інституційні гарантії й сталі стимули.

5. Оптимізація правового поля має рухатися у двох паралельних площинах – нормативній і управлінській. На рівні законів доцільно закріпити обов'язкову регулярну звітність за методологією національних рахунків кадрів, уточнити компетентнісні вимоги випускників і ув'язати їх із кадровими профілями пакетів послуг, унормувати телемедицину та розширені ролі, удосконалити фінансування резидентури (у тому числі конкурентні місця за пріоритетними спеціальностями і регіонами). Підзаконний рівень має забезпечити уніфікацію мінімальних кадрових стандартів для пакетів, стандарти е-верифікації персоналу й цифрового обліку БПР, типові регламенти наставництва в інтернатурі, а також методичні пакети для адміністраторів закладів і баз стажування. З управлінських інструментів ключовими є національні HR-дашборди з картами дефіцитів і прогнозом, регулярні спільні аудити НСЗУ–МОЗ–регіонів, механізми швидкої корекції держзамовлення на підставі даних, а також адресні стимули утримання (надбавки, житло, транспорт, соцпакети) для критично важливих спеціальностей і територій. В основі реалізації – культура «життя за даними», професійний менеджмент змін, прозора підзвітність і залучення професійних спільнот.

6. Ефективна кадрова політика потребує постійно діючої, формалізованої координації. Доцільним є створення міжвідомчої ради під егідою КМУ з участю МОЗ, МОН/НАЗЯВО, НСЗУ, регіонів і представників професійної спільноти з мандатом на затвердження щорічних кадрових планів, погодження держзамовлення, публікацію стандартизованих звітів і ініціювання коригувань. На

національному рівні слід узаконити цикл спільного планування «дані – прогноз – замовлення – моніторинг – корекція», забезпечивши інтероперабельність реєстрів і єдині індикатори. На регіональному рівні варто розгорнути HR-офіси підтримки закладів, що надаватимуть методичну допомогу з е-обліку, БПР, планування змін і розвитку компетентностей; додатково – запровадити публічні карти дефіцитів і програми утримання кадрів, співфінансовані з місцевих бюджетів. На рівні закладів – інституціоналізувати кадрові комітети з повноваженнями коригувати графіки, маршрутизацію пацієнтів і програму БПР відповідно до вимог пакетів і фактичного попиту, а також запровадити регулярні внутрішні звіти за узгодженими KPI. Підзвітність має бути двосторонньою: центр відповідає за своєчасне фінансування, стандарти та дані, регіони – за виконання планів і прозорість, надавачі – за фактичну відповідність кадрів вимогам і результати якості. Така багаторівнева, але єдина у даних і критеріях система створює умови, за яких нормативні вимоги конвертуються у сталу кадрову спроможність, а громадяни отримують безпечну, доступну й якісну медичну допомогу навіть за умов високої турбулентності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони*. Серія Державне управління. 2014. Вип. 2. С. 89-95.

2. Ажажа М. В. Механізми, органи, методи та стилі публічного адміністрування. URL: http://www.zgia.zp.ua/gazeta/monodrupradmin_166.pdf

3. Акимова И., Максимчук М. Медицинская реформа: шаг к успеху или разочарованию. Еженедельник Аптека. 2017. 30 октября (№42 (1113))

4. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». К.: НІСД, 2017. С. 388–392

5. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров‘я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті* № 25 (1059), червень 2020 р. URL: http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html

6. Віктор Ляшко: як працює медицина у воєнний час. https://www.youtube.com/watch?v=EjGgYEiLtB4.

7. Гончарова О. Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? *Права Людини в Україні*. Інформаційний портал Харківської правозахисної групи. URL: http://khpg.org/index.php?id=1484060362

8. Гринчук Ю. С., Шемігон О. І., Вихор М. В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування. *Ефективна економіка*. 2019. № 4. URL: http://ojs.dsau.dp.ua/index.php/efektyvnaekonomika/article/view/1898

9. Державне управління охороною здоров’я в Україні: ґенеза і перспективи розвитку : колективна монографія / за заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ, 2013. С. 14

10. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11.

11. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410.

12. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410

13. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров’я. 2017. № 1(5). С. 148–155. URL: //nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_5

14. Закон № 1053-IX від 03.12.2020 Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я https://zakononline.com.ua/documents/show/491614___696962?from=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F

15. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801- 12

16. Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" https://ips.ligazakon.net/document/view/t012586?an=&ed=2009_04_16&dtm=

17. Закон України “Про систему громадського здоров’я”, Закон № 2573-IX від 06.09.2022. https://zakononline.com.ua/documents/show/508903___698645?from=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F

18. Закон України Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення" https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-VI#Text

19. Закон України Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення https://ips.ligazakon.net/document/T400400

20. Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text

21. Закон України Про лікарські засоби http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/zak02?opendocument

22. Закон України Про психіатричну допомогу. https://rivnesoc.gov.ua/wp-content/uploads/2019/12/zakon_pro_psyhiatrychnu_dopomogu-1.htm

23. Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва: Організаційно-правові аспекти охорони здоров'я в Європі - http://iph.mk.gov.ua/publikatsiji/om-marzejev/organizatsijno-pravovi-aspekti-okhoroni-zdorovya-v-yevropi.html

24. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Реформування охорони здоров'я в Україні - https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/reformuvannya-okhoroni-zdorovya-v-ukrayini/

25. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Роль громадськості в охороні здоров'я: європейський досвід - https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/rol-gromads-kosti-v-okhoroni-zdorovya-yevropejskij-dosvid/

26. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Стратегія розвитку системи охорони здоров'я в Україні на 2021-2030 роки - https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/strategiya-rozvitku-sistemi-okhoroni-zdorovya-v-ukrayini-na-2021-2030-roki/

27. Інститут законодавства Верховної Ради України: Державне регулювання у сфері охорони здоров'я в європейських країнах - https://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/zbirnuk/nauk-visn-n30/21.pdf

28. Інформаційні технології у сфері охорони здоров’я. Монографія. Л.Б. Ліщинська, С.А. Яремко, К.В. Копняк, І.О. Гулівата, Л.П. Гусак; за заг. ред. Л. Ліщинської. Вінниця : видавничоредакційний відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2018. 240 с.

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

30. Конституція України Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96 ВР. Редакція від 30.09.2016 р.

31. Конституція України поточна редакція від 01 січня 2020 р., № 27-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

32. Конституція України.

33. Котляр А. “Війна та схеми в медицині”. https://zn.ua/SOCIUM/vojna-i-skhemy-v-meditsine.html

34. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров’я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра.* 2013. № 4. С. 99.

35. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров’я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров’я нації. 2015.* №3 (спецвипуск). С. 67-86. https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf

36. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров’я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January,* № 4 (52), 2018 2007. С.5-15.

37. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров’я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January,* № 4 (52), 2018 2007. С.5-15.

38. Марта Бот. https://martabot.pro/

39. Медікіт. https://medikit.ua/patient_consultations?viberRedirect=true&referralSource=GoogleAds_LikarDoctorOnline&gclid=CjwKCAiAjPyfBhBMEiwAB2CCIqnppUZhcMtapteGOweu5ID-TkNz8Op2eaqJmkANDwTEc_Is4NCl6hoCGQgQAvD_BwE

40. **Медстар Солюшенс**. https://medstar.ua/pro-nas-3/

41. Міністерство охорони здоров'я України - https://moz.gov.ua/

42. Міністерство охорони здоров'я України перезапустило чатбота про COVID-19. https://www.slovoidilo.ua/2020/04/17/novyna/suspilstvo/likar-ivan-mask-volontery-stvoryly-chatbota-moz

43. МОЗ: Відновлення медичної інфраструктури оцінюється щонайменше у понад 6 млрд дол. https: //www.kmu.gov.ua/news/moz-vidnovlennia-medychnoi-infrastruktury-otsiniuietsia-shchonaimenshe-u-ponad-6-mlrd-dol#:~:text.

44. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). https://nszu.gov.ua/pro-nszu

45. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015–2020 року. https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf

46. Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України:Проблеми та перспективи реформування охорони здоров'я в Україні - http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/problemi_ta_perspektivi_reformuvannya_ohoroni_zdorov_ya_v_ukraini.pdf

47. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон України від 19.11.1992 р. №2801 в редакції від 10.03.2018 р.

48. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров’я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.

49. Поліклініка без черг. https://global.newmedicine.com.ua/

50. Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#n19.

51. Постанова КМУ “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення”, № 391 від 28 березня 2018 року. https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-vimog-do-nadavacha-poslug-z-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya-z-yakim-golovnimi-rozporyadnikami-byudzhetnih-koshtiv-ukladayutsya-dogovori-pro-medichne-obslugovuvannya-naselennya

52. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII.

53. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427.

54. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427.

55. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751 Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.

56. Про Державний бюджет України на 2015 рік : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80-VIII.

57. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII.

58. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII.

59. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391.

60. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407.

61. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 р. №3612- VI. https://ips.ligazakon.net/document/T113612?an=126

62. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101.

63. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. 87 с. URL: https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838

64. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення

частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ v010p710-02

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

66. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров’я в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. 22 с.

67. Сенюта І. Медична реформа: To be or not to be? Електронне видання Юрист і закон № 9 2018 рік. URL: https://uz.ligazakon.ua/ua/magazine_article/EA011320

68. Стратегія сталого розвитку "Україна - 2020" https://ips.ligazakon.net/document/U005_15?an=13

69. Телемед 24. https://telemed24.ua/

70. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього 25 жовтня 2019 р. URL: https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/

71. ТСН. Стартувала медична реформа: яких кардинальних змін чекати 2018 року: https://tsn.ua/ukrayina/startuvala-medichna-reforma-yakih-kardinalnih-zmin-chekati-2018-roku1075060.html

72. У рамках генеральної асамблеї ООН пройде п'ять зустрічей високого рівня https://www.ukrainepravo.com/international_law/public_international_law/u-ramkakh-generalnoyi-asambleyi-oon-proyde-p-yat-zustrichey-vysokogo-rivnya/?month=01&year=2021

73. Указ президента України №722/2019 Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року. https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825

74. Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка: Перехід від охорони здоров'я до системи охорони здоров'я в Україні -

https://ukraine.fes.de/fileadmin/user_upload/EVI_Publikationen/2015/141221_Yaremenko_ua.pdf

75. Центр економічних та політичних досліджень у галузі охорони здоров'я: Реформування охорони здоров'я в Україні: досвід та виклики - https://cepr.health/en/reforms/

76. Центр реформ Міністерства охорони здоров'я України: Реформа системи охорони здоров'я в Україні - https://reform.health.gov.ua/

77. Цілі у сфері сталого розвитку. https://www.iso.org/ru/sdgs.html

78. Шегедин Я.Ю. Державна політика в галузі медсестринства: структурно-функціональний аспект. Науковий вісник «Демократичне врядування». 2017. Вип. 18/19. URL: http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnyk18_19/fail/Shegedyn.pdf

79. "Digital Health and the COVID-19 Pandemic" - European Commissionhttps://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/digital-health-and-covid-19-pandemic

80. "Health in All Policies in the European Union: The Promises of Collaboration" - International Journal of Health Policy and Managementhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7339479/

81. "Health in All Policies: Prospects and Potentials" - European Observatory on Health Systems and Policieshttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5646153/

82. "Health Systems and Health Reforms in Europe: An Introduction to Key Concepts, Issues and Debates" - European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315942/

83. "Innovations in Healthcare Delivery: Insights for Organization Theory" - Academy of Management Annalshttps://journals.aom.org/doi/full/10.5465/annals.2019.0127

84. "Innovative Healthcare Delivery Models - Evidence from Europe" - European Observatory on Health Systems and Policieshttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534308/

85. "Intersectoral Action for Health: A Primer" - World Health Organizationhttps://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf

86. "Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, Actions and Experiences" - European Observatory on Health Systems and Policieshttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6726093/

87. "The European Union and Health Services" - European Commissionhttps://ec.europa.eu/health/overview/policy/healthcare_services_en

88. "The Role of Intersectoral Action in Primary Health Care: A Systematic Review" - World Health Organizationhttps://www.who.int/healthsystems/hss_hf_2005_2.pdf

89. Borrell C, Palencia L, Muntaner C, Urquia M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. Epidemiol Rev. 2014;36(1):31-48. doi:10.1093/epirev/mxt009

90. Cabinet of Ministers of Ukraine (2011), "The Concept of the National Program "Health 2020: Ukrainian Dimension", available at: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787.

91. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

92. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

93. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

94. Commonwealth Fund: Health System Performance Comparison: Lessons from Nine Countries - https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/may/health-system-performance-comparison-lessons-nine-countries

95. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

96. European Observatory on Health Systems and Policies: Health System Performance Assessment: A Tool for Health Governance in the European Union - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327067/

97. Harvard Business Review: Managing Health Care Costs in the United States: The Role of Public-Private Collaboration - https://hbr.org/2017/11/managing-health-care-costs-in-the-united-states-the-role-of-public-private-collaboration

98. Health Affairs: The Role of Governance in Implementing Multisectoral Approaches to Addressing the Social Determinants of Health - https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.05044

99. Journal of Health Politics, Policy and Law: Governance and Health System Strengthening in Pakistan: Bridging the Gap Between Evidence and Policy - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272901/

100. Journal of Public Health Policy: Integrated Health Systems: What Promises and What Pitfalls? - https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-020-00256-3

101. Labonte R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). Global Health. 2007;3(5):1-11.

102. Mackenbach JP, Kulhanova I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Wojtyniak B, Östergren O, Lundberg O. Trends in inequalities in mortality amenable to health care in 17 European countries. Health Aff (Millwood). 2017;36(6):1110-1118. doi:10.1377/hlthaff.2016.1650

103. Mackenbach JP, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. Eur J Public Health. 2013 Jun;23(3):195-201.

104. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: University College London; 2010.

http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf

105. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6

106. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social Determinants of Health. Oxford University Press; 2006.

107. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 Nov 5-11;366(9494):1099-104.

108. Ministry of Healthcare of Ukraine (2015), Order "On Approval of Regulatory Documents on the Application of Telemedicine in the Health Care", available at: https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15.

109. OECD Health Policy Studies: Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies - https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-health-sector-efficiency_9789264266414-en

110. Ollila, Baum et al. (2013), адаптировано из рабочих определений ВОЗ для 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, Хельсинки, 10–14 июня 2013 г.

111. Public Administration Review: Collaborative Governance in the Public Sector: Lessons Learned and Future Directions - https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/puar.13002

112. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

113. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

114. Solar O, Irwin A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforanalysisandactiononSDH_eng.pdf

115. The Lancet: Public leadership for public health in the era of COVID-19 - https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31199-7/fulltext

116. The Social Determinants of Health: Key Concepts and Recommended Actions for Policy-Makers. Policy Brief. World Health Organization, 2011. https://www.who.int/sdhconference/resources/PolicyBrief_English.pdf

117. The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/

118. The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/.

119. Vovk S. M. A prerequisite for modernization of the medical aid system in Ukraine. International Scientific Conference Innovative Potential of SocioEconomic Systems: the Challenges of the Global World, Part II, December 22th, 2017. Lisbon, Portugal. Baltija Publishing. 128 pages.

120. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet. 2001;358:833-836.

121. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. J Epidemiol Community Health. 2007;61(6):473-478. doi:10.1136/jech.2005.037242

122. World Health Organization (Who) https://www.unbrussels.org/world-health-organization-who/

123. World Health Organization. Social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/en/

124. World Health Organization. Social determinants of health: key concepts. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Узагальнена таблиця нормативно-правової бази кадрового забезпечення охорони здоров’я

Рівень регулювання	Нормативний акт / блок	Етап циклу (освіта–допуск–працевлаштування–БПР–контроль)	Ключові положення	Вплив на кадрову спроможність	Відповідальні інституції	Статус / оновлення
Закон	Основи законодавства України про охорону здоров’я	Допуск, етика, відповідальність, права пацієнта	Принципи організації допомоги; статус медпрацівника; етичні засади; вимоги до якості та безпеки	Встановлює базові вимоги до компетентностей і поведінкових стандартів персоналу	ВРУ, КМУ, МОЗ	Постійні зміни та уточнення
Закон	Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення	Працевлаштування, контроль	Програма медичних гарантій; договори з НСЗУ; оплата «за послугу»	Перетворює кадрові вимоги на договірні умови та предмет фінансового контролю	ВРУ, КМУ, МОЗ, НСЗУ	Щорічна актуалізація умов ПМГ
Закон / підзаконні акти	Про вищу освіту; акти щодо акредитації	Освіта	Рівні підготовки; акредитація програм; результати навчання; автономія ЗВО	Забезпечує якість підготовки, задає рамку для держзамовлення	ВРУ, МОН, НАЗЯВО, МОЗ	Регулярні оновлення стандартів
Постанова КМУ	Порядок формування державного замовлення	Освіта → ринок праці	Методика прогнозу потреб; розподіл місць між ЗВО	Узгоджує випуск із потребами системи та регіонів	КМУ, МОН, МОЗ, Мінфін	Щорічне затвердження
Постанова КМУ	Ліцензійні умови провадження госпдіяльності з медичної практики	Допуск, контроль	Кадрові, матеріально-технічні та організаційні вимоги до надавачів	Забезпечує мінімальний обов’язковий штат і кваліфікацію	КМУ, МОЗ	Періодичні перегляди
Накази МОЗ	Порядок інтернатури/резидентури	Допуск (післядипломний), освіта	Перелік спеціальностей; тривалість; вимоги до баз; наставництво; атестація	Гарантує набуття практичних компетентностей перед самостійною практикою	МОЗ, бази стажування, ЗВО	Оновлення за потреби, включно з кризовими режимами

Накази МОЗ	Безперервний професійний розвиток (БПР) та атестація	БПР, контроль	Е-облік балів; вимоги до провайдерів; валідація результатів	Спрямовує персонал на постійне оновлення компетентностей	МОЗ, провайдери БПР, заклади	Регулярне вдосконалення
Постанова/наказ	Функціонування е-системи охорони здоров'я (ЕСОЗ)	Працевлаштування, контроль	Верифікація ролей і сертифікатів; реєстри фахівців і закладів; інтероперабельність	Робить кадрові вимоги вимірюваними; дає дані для аудиту та планування	КМУ, МОЗ, НСЗУ, адміністратор ЕСОЗ	Безперервні релізи і доопрацювання
Умови договорів НСЗУ	Вимоги пакетів послуг	Працевлаштування, контроль	Мінімальні кадрові профілі; графіки; доступність; індикатори якості	Синхронізує штат і розклад із оплачуваним обсягом послуг	НСЗУ, надавачі послуг, МОЗ	Щорічна актуалізація
Закон	Про екстрену медичну допомогу	Освіта, допуск, контроль	Ролі бригад; диспетчеризація; стандарти часів реагування	Впливає на розрахунок кадрів екстреної допомоги та їхню підготовку	ВРУ, МОЗ, Центри ЕМД	Актуалізація за потреби
Накази/стандарти	Безпека пацієнта, ІКК, охорона праці	БПР, контроль	Обов'язкові протоколи і навчання; інцидент-репортинг	Підвищує вимоги до компетентностей і тренінгів персоналу	МОЗ, Держпраці, заклади	Регулярні оновлення
Міжнародні рамки	ВООЗ NHWA, Кодекс етичного рекрутингу, європейські настанови	Порівняльні орієнтири	Планування кадрів; етичний підбір; retention-політики	Спрямовують гармонізацію національних підходів	МОЗ, МЗС, партнери	Добровільна імплементація, адаптація

ДОДАТОК Б

Матриця індикаторів і джерел даних для моніторингу кадрової спроможності

Напрям	**Ключовий індикатор**	**Одиниця**	**Джерело даних**	**Як використовується в управлінні**
Укомплектованість	Заповненість штатних посад за спеціальностями	%	ЕСОЗ, кадрова система закладу	Планування набору/перерозподілу
Дефіцити	Кількість вакантних ставок (критичні спеціальності)	од.	Кадровий облік, НСЗУ	Тригери для стимулів і ротацій
Стабільність	Плинність кадрів за 12 міс.	%	Кадровий облік	Програми утримання, перегляд умов
Досвід	Середній вік/стаж персоналу	років	Кадровий облік	Наставництво, план наступництва
Кваліфікація	Частка персоналу з чинною атестацією	%	Реєстр атестацій, ЕСОЗ	Допуск до практики, ризик-контроль
БПР	Середня кількість балів БПР на одного фахівця/рік	бали	Портал БПР/ЕСОЗ	Фінансування навчання, аудит якості
Доступність	Покриття змін (частка змін, де всі ролі укомплектовані)	%	Розклад/ЕСОЗ	Корекція графіків, підсилення
Навантаження	Амбулаторні відвідування на 1 лікаря/місяць	од.	ЕСОЗ, НСЗУ	Перерозподіл потоків, маршрути
Якість	Інциденти, пов’язані з кадровим дефіцитом	од./1000 послуг	Внутр. звітність, комітет якості	Коригувальні дії, навчання
Час очікування	Середній час до консультації/процедури	дні/хв	ЕСОЗ, кол-центр	Оптимізація розкладів, підсилення
Реабілітація/ветеран. напрям	Частка мультидисциплінарних кейс-консиліумів	% кейсів	ЕСОЗ/внутр. журнали	Командна робота, навчання
Е-готовність	Частка персоналу, верифікованого в ЕСОЗ	%	ЕСОЗ	Доступ до пакетів, аудит ролей
Телемедицина	Частка консультацій дистанційно (де дозволено)	%	ЕСОЗ	Доступність у віддалених громадах
Фінанси БПР	Витрати на БПР на 1 працівника/рік	грн	Фінзвітність закладу	Бюджетування навчання
Утримання	Частка персоналу, що отримує локальні стимули (житло/транспорт)	%	Кадровий облік	Програми retention для «важких» локацій
Закриття вакансій	Середній час закриття критичної вакансії	днів	HR-облік	Прискорення процедур рекрутингу
Безпека	Частка персоналу, що пройшов ІКК/БПП тренінги	%	Навчальні журнали	План тренінгів, допуск до робіт