

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Юридичний факультет

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

В.о. завідувача кафедри публічного
управління та адміністрування,

д. держ. упр., професор

_____ Володимир ЄМЕЛЬЯНОВ

“ _____ ” _____ 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **Державне управління в сфері охорони здоров'я: регіональний
аспект.**

Керівник: д. держ. упр., професор
Ємельянов Володимир Михайлович
_____ (вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: д. держ. упр., професор
Андріяш Вікторія Іванівна
_____ (посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студент VI курсу групи 639МЗ
Морозов Артур Геннадійович
_____ (П.І.Б.)

Спеціальності: 281 «Публічне управління та
адміністрування»
_____ (шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Публічне управління закладами
охорони здоров'я»

Миколаїв – 2025 рік

Зміст

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. Трансформація системи державного управління охороною здоров'я: національний контекст та регіональна специфіка	7
1.1. Розвиток державного управління системою охорони здоров'я	7
1.2. Трансформація системи охорони здоров'я в Миколаївській області....	12
1.3. Проблеми системи охорони здоров'я в Миколаївській області та шляхи їх вирішення.....	17
Висновок	23
РОЗДІЛ 2. Аналіз функціонування та стратегічні пріоритети розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні.....	24
2.1. Механізми державного регулювання надання медичних послуг громадянам в закладах охорони здоров'я	24
2.2. Оцінка стану та ідентифікація ключових проблем розвитку системи охорони здоров'я в Миколаївській області.....	29
2.3. Стратегічні цілі та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я.....	38
Висновок	43
РОЗДІЛ 3. Удосконалення механізмів публічного управління закладами охорони здоров'я.....	45
3.1. Інституційно-організаційна модель реалізації регіональної стратегії охорони здоров'я	45
3.2. Фінансове забезпечення, моніторинг та план реалізації стратегії.....	49
3.3. Управління ризиками та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я.....	58
Висновок	62
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна парадигма державотворення в Україні характеризується фундаментальною трансформацією суспільних відносин, в основі якої лежить переорієнтація на людиноцентричну модель публічного управління.

Реформування національної системи охорони здоров'я постає одним із найбільш комплексних та соціально значущих завдань державної політики. З одного боку, триває перехід від радянської моделі Семашка до ринкових відносин, де пацієнт — це клієнт, а лікарня — підприємство, що має боротися за якість та фінансування. З іншого — ці реформи відбуваються під звуки сирен та вибухів, що викликає необхідність впровадження новітніх управлінських механізмів. Імплементация принципу капітаційної оплати та інституційне становлення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного стратегічного закупівельника медичних послуг докорінно змінили архітектуру взаємодії між державою, надавачами послуг та пацієнтами.

Набуття закладами охорони здоров'я статусу комунальних некомерційних підприємств (КНП) та отримання ними управлінської й фінансової автономії актуалізує потребу у формуванні нових компетенцій менеджменту, а також у трансформації функцій органів публічної влади від директивного управління до регулювання якості та доступності послуг.

Особливого значення проблематика ефективності державного управління набуває в умовах воєнного стану. Збройна агресія Російської Федерації проти України стала каталізатором кризових явищ у національній системі охорони здоров'я, спричинивши безпрецедентні виклики та тиск на менеджмент галузі.

Окрім прямої руйнації медичної інфраструктури, спостерігається дезінтеграція логістичних ланцюгів постачання, критичний дефіцит енергетичних ресурсів, інтенсифікація міграційних процесів серед медичного персоналу, а також суттєва трансформація структури захворюваності. Зростання кількості бойових травм, політравм, ампутацій та поширення

посттравматичних стресових розладів вимагає оперативної адаптації державної політики та перегляду стратегічних пріоритетів розвитку галузі з акцентом на реабілітацію та ментальне здоров'я.

Для Миколаївської області, яка тривалий час перебувала в зоні активних бойових дій та зазнала значних інфраструктурних втрат, адаптація механізмів публічного управління є критично необхідною. Регіональний аспект управління в цих умовах полягає не лише в імплементації загальнодержавних реформ, а й у забезпеченні ефективного кризового менеджменту. Специфіка регіону, зокрема ускладнення водопостачання в обласному центрі, необхідність відновлення деокупованих територій та забезпечення доступності медичної допомоги у віддалених сільських районах, вимагає розробки унікальних управлінських рішень. Пріоритетними завданнями регіональної влади постають забезпечення безпеки медичних працівників і пацієнтів, відновлення матеріально-технічної бази та інтеграція внутрішньо переміщених осіб у медичну систему територіальних громад.

Нинішні нормативні рамки часто не встигають за реальністю. Ми бачимо розрив між можливостями цифрових інструментів (eHealth, телемедицина) та тим, як вони використовуються на практиці. Механізми залучення донорських коштів та державно-приватного партнерства залишаються складними та занадто бюрократизованими. Саме необхідність знайти дієві рецепти для управління медициною на рівні постраждалого регіону і зумовила вибір теми магістерської роботи.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є теоретико-методологічне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення організаційно-економічних і правових механізмів державного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах реформування галузі та подолання наслідків воєнного стану.

Для досягнення мети визначено такі завдання:

- Узагальнити теоретичні засади публічного управління в соціальній сфері та здійснити аналіз розвитку державного управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні.

- Провести моніторинг та аналіз трансформаційних процесів у системі охорони здоров'я Миколаївської області, ідентифікувати ключові регіональні проблеми, зумовлені воєнними діями.

- Оцінити ефективність діючих механізмів державного регулювання якості медичних послуг та моделей фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я (взаємодія з НСЗУ, місцевими бюджетами, донорами).

- Здійснити аналіз сучасних підходів до реалізації кадрової політики в закладах охорони здоров'я регіону, виявити детермінанти професійного вигорання та плинності кадрів.

- Розробити науково обґрунтовані пропозиції щодо удосконалення кадрового механізму публічного управління та стратегії збереження кадрового потенціалу у прифронтовому регіоні.

- Обґрунтувати доцільність імплементації інструментів цифровізації для оптимізації управлінських процесів у медичній сфері.

- Сформулювати пропозиції щодо удосконалення нормативно-правового регулювання надання медичних послуг з урахуванням потреб післявоєнного відновлення.

Об'єкт дослідження — суспільні відносини, що виникають у процесі формування, реалізації та моніторингу державної політики у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження — сукупність механізмів, інструментів та технологій державного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах децентралізації влади та воєнного стану (на прикладі Миколаївської області).

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження становить комплекс загальнонаукових та спеціальних методів пізнання:

системний аналіз — для дослідження сфери охорони здоров'я як складної відкритої системи;

історико-логічний метод — для вивчення генезису реформ та виявлення причинно-наслідкових зв'язків у прийнятті управлінських рішень;

статистичний метод та компаративний аналіз — для обробки емпіричних даних щодо динаміки фінансування, кадрового забезпечення та мережі закладів (порівняння довоєнного та воєнного періодів);

метод документального аналізу — для опрацювання нормативно-правових актів та стратегічних документів;

SWOT-аналіз — для визначення стратегічних перспектив розвитку системи охорони здоров'я регіону;

метод узагальнення — для формулювання теоретичних висновків та практичних рекомендацій.

Матеріали дослідження. Інформаційну базу дослідження становлять законодавчі та нормативно-правові акти України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я, розпорядчі документи Миколаївської обласної військової адміністрації та Миколаївської обласної ради. Емпіричну основу формують аналітичні звіти Національної служби здоров'я України, статистичні дані управління охорони здоров'я у Миколаївській області, звітність закладів охорони здоров'я, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у теоретичному обґрунтуванні та вирішенні науково-практичного завдання щодо підвищення ефективності публічного управління закладами охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах нестабільності. Основні положення, що визначають наукову новизну:

- удосконалено організаційно-економічний механізм управління закладами охорони здоров'я в умовах воєнного стану шляхом інтеграції інструментів програмно-цільового бюджетування, контрактної моделі фінансування НСЗУ та гнучкого залучення міжнародної технічної допомоги;

- набули подальшого розвитку концептуальні засади цифровізації управлінських процесів у регіональній системі охорони здоров'я через обґрунтування моделі застосування штучного інтелекту для прогнозування попиту на медичні послуги в межах госпітального кластера;
- запропоновано комплекс заходів з модернізації регіональної кадрової політики, що враховує специфіку прифронтової території та передбачає запровадження системи психологічної реабілітації персоналу та локальних мотиваційних стимулів.

Практична значущість одержаних результатів. Висновки та рекомендації мають прикладний характер і можуть бути імplementовані в діяльність Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної військової адміністрації при коригуванні стратегії розвитку госпітального округу. Результати дослідження також можуть слугувати основою для оптимізації управлінських процесів та стратегічного планування в діяльності комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 73 сторінки. Робота містить 4 таблиці. Список використаних джерел охоплює 69 найменувань.

РОЗДІЛ 1. Трансформація системи державного управління охороною здоров'я: національний контекст та регіональна специфіка

У цьому розділі досліджено фундаментальні зміни в архітектурі управління медичною галуззю України, зумовлені переходом від адміністративно-командної моделі до сучасних ринкових механізмів стратегічних закупівель. Аналіз еволюції управлінських підходів дозволив виявити ключові закономірності реформування та адаптації галузі до нових соціально-економічних реалій.

Особливу увагу приділено регіональному аспекту трансформації на прикладі Миколаївської області. Розглянуто, як загальнодержавні реформи (автономізація закладів, створення спроможної мережі) реалізуються в умовах прифронтової території. Проведено діагностику поточного стану системи, що дозволило ідентифікувати критичні інфраструктурні, кадрові та безпекові проблеми, які виникли внаслідок кумулятивного впливу незавершених реформ та військової агресії.

1.1. Розвиток державного управління системою охорони здоров'я

Інституційна трансформація національної системи охорони здоров'я постає одним із пріоритетних та найбільш комплексних завдань державної політики України на сучасному етапі державотворення. Актуальність реформ зумовлена потребою безперебійного гарантування конституційного права громадян на якісну та доступну медичну допомогу в умовах обмеженості бюджетних ресурсів, загострення демографічної кризи та виникнення нових соціально-економічних викликів. Еволюцію державного управління у цій сфері доцільно розглядати як складний процес переходу від жорсткої адміністративно-командної моделі до моделі регульованого ринку медичних послуг із вираженням соціальним компонентом, що базується на принципах універсального охоплення послугами охорони здоров'я (Universal Health Coverage) [4]

Ретроспективний аналіз засвідчує, що протягом тривалого періоду незалежності, фактично до 2017 року, в Україні спостерігалася консервація радянської моделі управління, відомої як «система Семашка». Її характерними ознаками були надмірна централізація, жорстка ієрархічна підпорядкованість та кошторисний принцип утримання інфраструктури [30]. Держава поєднувала функції замовника, надавача та контролера послуг, фінансуючи розгалужену мережу закладів охорони здоров'я. Розподіл фінансових ресурсів здійснювався не за результатами клінічної діяльності чи обсягом наданих послуг, а за нормативними ресурсними показниками: кількістю ліжко-місць, площею приміщень та затвердженим штатним розписом.

Зазначена управлінська модель, яку експертне середовище характеризує як «фінансування стін, а не пацієнта» [28], зумовлювала системну неефективність використання бюджетних коштів. Лівова частка видатків (до 70–80 % бюджетів закладів) спрямовувалася на покриття комунальних послуг та виплату заробітної плати персоналу незалежно від фактичного навантаження, що часто призводило до фінансування надлишкового ліжкового фонду. Водночас така ситуація сприяла тінізації економічних відносин у медицині, оскільки офіційне фінансування не покривало собівартості лікування, спонукаючи пацієнтів до здійснення прямих неформальних платежів.

Фундаментальна зміна моделі державного управління була ініційована прийняттям у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [16]. Цей нормативно-правовий акт у сукупності зі змінами до Бюджетного кодексу України сформував інституційне підґрунтя для запровадження моделі солідарного медичного страхування та принципу «гроші ходять за пацієнтом».

Сутність реформування механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я полягає в інституційному розмежуванні функцій, що відповідає передовим європейським практикам публічного адміністрування:

- Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) [53] трансформувало свою роль, зосередившись на стратегічній функції формування державної політики. Пріоритетними завданнями МОЗ визначено розроблення стратегій розвитку галузі, затвердження стандартів якості та уніфікованих клінічних протоколів, ліцензування медичної практики та координацію медичної освіти. Водночас МОЗ було позбавлено функції прямого розподілу фінансових ресурсів, що зменшило ризики корупції.

- Національна служба здоров'я України (НСЗУ) [62], утворена як центральний орган виконавчої влади, перебрала на себе функцію єдиного національного замовника медичних послуг. НСЗУ реалізує функцію стратегічних закупівель, укладаючи договори із закладами охорони здоров'я різних форм власності (комунальними, приватними, ФОП) та здійснюючи оплату за фактично наданих послуг згідно з затвердженими тарифами в межах програми медичних гарантій (ПМГ). Управління здійснюється через механізм контрактування [49], що передбачає чіткі вимоги до матеріально-технічного оснащення, кадрового забезпечення та якості послуг.

- Заклади охорони здоров'я набули управлінської автономії, трансформувавшись із бюджетних установ у повноцінні суб'єкти господарювання. Найважливішим етапом стала їх реорганізація в Комунальні некомерційні підприємства (КНП) [13]. Така зміна мала суттєвий вплив на управлінські практики.

Керівництво КНП отримало повноваження самостійно формувати штатний розпис, відмовившись від застарілих нормативів наказу № 33 [38], що дозволило раціонально оптимізувати кадровий потенціал.

Для розуміння вектора руху національної системи охорони здоров'я доцільно провести компаративний аналіз української моделі фінансування з класичними європейськими системами. Україна фактично відійшла від радянської моделі Семашка і наближається до моделі Беверіджа (Велика Британія, Іспанія), де основним платником є держава за рахунок податків, але з елементами ринкової конкуренції за пацієнта. (табл. 1.1)

Таблиця 1.1

**Аналіз моделей фінансування системи охорони здоров'я:
Україна та країни ЄС**

Критерій порівняння	Модель Семашка (Україна до 2017)	Модель соціального страхування (Німеччина, Франція)	Поточна модель України (НСЗУ, 2024)
Принцип фінансування	Кошторисне утримання закладу ("фінансування стін")	Страхові внески роботодавців та працівників	Оплата за надану послугу ("гроші ходять за пацієнтом")
Роль пацієнта	Прикріплення за місцем проживання (територіальний принцип)	Вільний вибір лікаря та страхової каси	Вільний вибір лікаря та закладу (екстериторіальність)
Статус лікарень	Бюджетні установи (жорстка ієрархія)	Автономні неприбуткові або приватні заклади	Комунальні некомерційні підприємства (КНП) з автономією
Оплата праці лікаря	Тарифна сітка (фіксована ставка)	Залежить від обсягу та складності роботи	Колективний договір (залежить від ефективності)

Джерело: розроблено автором на основі [25].

У сфері фінансів заклади отримали право відкривати рахунки в банківських установах, самостійно розпоряджатися отриманими коштами та затверджувати фінансові плани.

У питанні мотивації впровадження інструментів диференційованої оплати праці, відповідно до умов колективного договору, дозволило прив'язати рівень доходу медичних працівників до показників ефективності (KPI) замість жорсткої тарифної сітки.

Важливим інноваційним елементом стало створення Спостережних рад при закладах охорони здоров'я [61]. Цей орган покликаний забезпечити прозорість прийняття рішень, громадський контроль та затвердження стратегічних напрямів розвитку підприємства.

Трансформаційних змін зазнав також функціонал органів місцевого самоврядування як власників закладів. Їхня роль змістилася з безпосереднього фінансування медичної послуги на забезпечення розвитку інфраструктури, покриття витрат на енергоносії, модернізацію матеріально-технічної бази та призначення керівників закладів на конкурсній основі.

Невід'ємною складовою модернізації державного управління стало впровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) [43]. Цифровізація управлінських процесів забезпечила більшу прозорість, достовірність статистики, персоніфікацію пацієнтів у електронних реєстрах і суттєве зменшення корупційних ризиків шляхом переходу на електронні рецепти, направлення та документообіг.

Вагомим інструментом удосконалення управління на регіональному рівні стало запровадження госпітальних округів та кластерного принципу організації мережі закладів охорони здоров'я [14]. Цей підхід дозволив структурувати мережу, виділивши надкластерні, кластерні та загальні заклади [41], що сприяє концентрації ресурсів та високотехнологічного обладнання для забезпечення належної якості спеціалізованої допомоги при збереженні доступності базових послуг.

Водночас розвиток системи державного управління у сфері охорони здоров'я не є завершеним процесом. В умовах воєнного стану система продемонструвала високу стійкість, однак постала перед новими викликами, що вимагали адаптації управлінських механізмів. Спостерігається тенденція

до певної централізації координаційних функцій у питаннях медичної евакуації та логістики гуманітарної допомоги при збереженні базової моделі стратегічних закупівель, адаптованої через механізм «глобального бюджету» для забезпечення фінансової стабільності закладів у прифронтових регіонах [47].

Варто зазначити, що у науковому дискурсі трансформацію управлінських процесів під час війни характеризують як перехід до моделі «адаптивного врядування». Дослідники, зокрема Н.О. Васюк та Д.В. Карамішев, наголошують, що в умовах екстремальної невизначеності класичні бюрократичні процедури втрачають ефективність. Натомість на перший план виходять механізми горизонтальної координації та делегування повноважень на місця. Це дозволяє скоротити шлях від прийняття управлінського рішення до його імплементації, що є критично важливим для збереження керованості галуззю в умовах руйнування інфраструктури та міграції населення. [7]

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що розвиток державного управління системою охорони здоров'я в Україні характеризується фундаментальним переходом від адміністративно-розподільчої системи до моделі стратегічних закупівель, що базується на договірних відносинах, автономії надавачів та цифровізації. Зазначена трансформація спрямована на підвищення клінічної та економічної ефективності галузі та забезпечення її стійкості та стабільності в умовах зовнішніх викликів.

1.2. Трансформація системи охорони здоров'я в Миколаївській області

Імплементація державної політики у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні має свою специфіку, яка визначається поєднанням демографічних, соціально-економічних та безпекових факторів. Для Миколаївського регіону процес інституційної трансформації системи охорони здоров'я репрезентує собою складний управлінський виклик, оскільки

потрібно одночасно поєднувати загальнонаціональні стратегічні реформи (фінансова автономізація, перехід на контрактну модель НСЗУ) з паралельною, екстреною адаптацією до функціонування в умовах постійної воєнної загрози та кризових ситуацій техногенного характеру.

Трансформацію регіональної системи управління доцільно розглядати через зміну самої структури всієї мережі закладів охорони здоров'я. На підставі постанови Кабінету Міністрів України № 174 від 28 лютого 2023 року [41], у Миколаївській області було завершено формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу. Цей етап реформи [33], ознаменував остаточний відхід від адміністративно-територіального принципу розміщення стаціонарів (що базувався на застарілому принципі «одна лікарня на один адміністративний район») до сучасного кластерного підходу, який ґрунтується на критеріях територіальної доступності (забезпечення принципу «золотої години»), якості надання послуг та економічної ефективності функціонування.

Регіональне управління мережею закладів охорони здоров'я нині реалізується в рамках трирівневої моделі:

- Надкластерні заклади - це найбільш потужні лікарні, де надають високоспеціалізовану допомогу у найскладніших випадках. Тут зосереджено основне високотехнологічне обладнання та працюють фахівці, яких у регіоні обмежена кількість. До зазначеної категорії входять заклади обласного підпорядкування, зокрема Миколаївська обласна клінічна лікарня, обласна дитяча клінічна лікарня, онкологічний диспансер та інші вузькопрофільні центри. Управлінське завдання на цьому рівні полягає у стратегічній концентрації найдорожчого діагностичного обладнання та унікальних фахівців для забезпечення медичного обслуговування всього населення області.

- Кластерні заклади — багатопрофільні лікарні, що обслуговують великі території та беруть на себе основне навантаження з надання

невідкладної допомоги (гострі порушення мозкового кровообігу, інфаркти міокарда, політравми, планові хірургічні втручання) та лікування найбільш поширених захворювань. В місті Миколаєві до цієї групи віднесено, наприклад, КНП «Міська лікарня швидкої медичної допомоги» (ЛШМД) та інші багатoproфільні міські лікарні.

- Загальні заклади. До цієї категорії належать лікарні, що забезпечують надання базових медичних послуг, здійснюють стабілізацію пацієнтів та подальшу маршрутизацію до більш спеціалізованих рівнів. Це колишні центральні районні лікарні в менших територіальних громадах. Їхня функціональна роль трансформується у бік надання паліативної допомоги, початкової реабілітації та лікування хронічних хвороб.

Дослідники О.В. Птащенко та А.Ю. Попова визначають сучасний етап функціонування медичних закладів як "менеджмент виживання в умовах турбулентності". Вони наголошують, що в умовах воєнного стану ключовим фактором ефективності стає не стільки економічна рентабельність, скільки логістична гнучкість та швидкість прийняття рішень. За їхніми даними, заклади, які змогли децентралізувати управління запасами та прийняття рішень, демонструють на 40% вищу стійкість до кризових ситуацій порівняно з тими, що зберегли жорстку вертикальну ієрархію. [63]

Особливістю адміністративної трансформації в Миколаївській області стала докорінна зміна функціональної ролі управління охорони здоров'я Миколаївської обласної військової адміністрації (ОВА) [69]. В умовах фінансової децентралізації та переходу закладів на прямі контрактні відносини з НСЗУ, Управління втратило невласливу функцію безпосереднього розпорядника бюджетних коштів на поточне утримання стаціонарів (табл. 1.2). Натомість його функціонал трансформувався у стратегічно-координаційний, моніторинговий та регуляторний.

Таблиця 1.2

Управлінські функції Миколаївської обласної військової адміністрації в умовах фінансової децентралізації в період військового стану

Управлінська функція	Що включає
Координація маршрутів пацієнта	розробка та оперативне затвердження схем госпіталізації, що набуває критичної важливості при масових надходженнях поранених військовослужбовців та цивільних осіб внаслідок обстрілів [34].
Моніторинг спроможності	постійний інституційний контроль за відповідністю закладів вимогам НСЗУ, ліцензійним умовам та наявністю необхідного обладнання для контракування ключових пакетів послуг.
Кризовий менеджмент	забезпечення енергетичної автономії закладів (координація розподілу генераторів великої потужності, систем супутникового зв'язку Starlink) та формування стратегічних резервів медикаментів.

Джерело: розроблено автором на основі [69].

Вплив повномасштабного вторгнення Російської Федерації став каталізатором специфічних, часто вимушених трансформаційних процесів у регіоні. Миколаївська область, значна частина якої перебувала під тимчасовою окупацією або в зоні активних бойових дій, зіткнулася з безпрецедентними викликами для медичної інфраструктури, що вимагало оперативних та нестандартних управлінських рішень.

Значна кількість закладів, зокрема у м. Миколаїв, Баштанському та Миколаївському районах, зазнали суттєвих пошкоджень внаслідок ракетно-артилерійських обстрілів. Управлінські рішення були спрямовані на оперативне відновлення критичних елементів, заміна пошкоджених

конструкцій, ремонт покрівель, без припинення лікувального процесу, а у випадках критичних загроз — на евакуацію дороговартісного обладнання та переміщення відділень у безпечніші локації. Окремим викликом стало відновлення медичної інфраструктури на деокупованих територіях, наприклад, у Снігурівській громаді, де майно було знищено або розграбовано [8].

Відбулося перепрофілювання частини відділень під лікування бойових травм, опіків та мінно-вибухових поранень. Заклади Миколаївщини фактично інтегрувалися в єдиний медичний простір сил оборони та цивільної медицини, забезпечуючи етапність медичної евакуації [12]. Актуалізувався напрямок фізичної та психологічної реабілітації, що вимагало невідкладного відкриття нових відділень та цільового перенавчання медичного персоналу.

Руйнування водогону «Дніпро-Миколаїв» створило унікальну для України проблему забезпечення лікарень водою, яка є критичним ресурсом для ведення медичної практики. Управлінська відповідь регіону продемонструвала високу ефективність: у найкоротші терміни було організовано буріння та облаштування автономних свердловин, а також встановлення промислових систем зворотного осмосу у кожному стаціонарі міста, профінансоване як з резервного фонду держбюджету [42], так і за рахунок донорів. Це стало новим елементом господарського управління КНП, який забезпечує їхню незалежність від централізованих мереж.

Фінансово-економічна трансформація в регіоні характеризується значним зростанням ролі місцевих бюджетів та міжнародних донорів у структурі капітальних видатків, виконуючи функцію фіскальної компенсації. Якщо оплату поточних послуг (заробітна плата персоналу, базові медикаменти) покриває НСЗУ через механізм Програми медичних гарантій, то міські та обласний бюджети взяли на себе тягар фінансування дороговартісного обладнання (сучасні КТ, МРТ, ангиографи), капітальних ремонтів укріплень та захисних споруд, наявність яких набула статусу обов'язкової ліцензійної вимоги воєнного часу.

Окремим вектором управління стало інтенсивне залучення міжнародних партнерів. Управління охорони здоров'я та керівники лікарень були вимушені опанувати навички грантового менеджменту та зовнішньої комунікації. Співпраця з такими організаціями, як «Лікарі без кордонів» (MSF), Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO), USAID, UNDP, дозволила залучити значні позабюджетні ресурси для модернізації лікарень, отримання транспортних засобів для невідкладної допомоги та медикаментів, тим самим компенсуючи дефіцит державного фінансування капітальних видатків [31].

Кадровий аспект трансформації відзначається високою динамікою та мобільністю. Регіон зіткнувся з тимчасовим відтоком кваліфікованих кадрів у початковий період війни з подальшою їх частковою репатріацією. Управлінські механізми були спрямовані на оперативне залучення медиків-ВПО з тимчасово окупованих територій (наприклад, з Херсонщини) та інтеграцію іноземних фахівців у складі мобільних медичних бригад для роботи у віддалених сільських населених пунктах.

Таким чином, трансформація системи охорони здоров'я в Миколаївській області відбувається як складний, багатовекторний процес поєднання планових державних реформ (формування спроможної мережі, фінансова автономізація) та вимушених антикризових заходів (забезпечення фізичної автономності, захисту та відновлення). Регіональна система публічного управління продемонструвала інституційну спроможність до швидкої адаптації, успішно перейшовши від моделі жорсткого адміністрування до гнучкої координації ресурсів та мережевого партнерства в умовах кризи.

1.3. Проблеми системи охорони здоров'я в Миколаївській області та шляхи їх вирішення

Функціонування системи охорони здоров'я Миколаївської області в сучасних умовах характеризується станом адміністративної та соціальної нестабільності. Поточна ситуація викликана впливом системних викликів

незавершеної інституційної реформи (автономізація закладів, імплементація нової моделі фінансування) та гострих кризових явищ, спричинених воєнним станом. Здійснення комплексного моніторингу та системного аналізу галузі дозволяє ідентифікувати низку глибинних структурних диспропорцій, які не просто гальмують розвиток галузі, а й негативно позначаються на рівні доступності та якості медичних послуг.

Насамперед, регіон зіткнувся з критичною інфраструктурно-безпековою кризою. Домінуючою проблемою регіону залишається фізична деструкція матеріально-технічної бази. Внаслідок інтенсивних бойових дій та ракетних обстрілів значна частина закладів охорони здоров'я (переважно у Баштанському, Миколаївському районах та обласному центрі) зазнала критичних пошкоджень, що варіюються від порушення цілісності огорожувальних конструкцій до повного руйнування несучих елементів будівель [68].

Окрім безпосереднього кінетичного впливу, регіон зіткнувся з унікальним техногенним викликом — кризою водопостачання. Руйнування водогону «Дніпро-Миколаїв» призвело до вимушеної експлуатації централізованої системи з використанням технічної води з Дніпро-Бузького лиману, що має підвищений рівень солоності [42]. Висока мінералізація та корозійна активність води спричинили прискорене зношення дороговартісного медичного обладнання. Системи стерилізації (автоклави), пральне устаткування та інші системи зазнають пошкоджень та потребують заміни фільтруючих елементів з підвищеною частотою. Це створює парадоксальну ситуацію, коли лікарні змушені витратити кошти не на розвиток, а на перманентний ремонт інженерних мереж — витрати, які фактично не покриваються тарифами Програми медичних гарантій НСЗУ [16], що провокує виникнення дефіциту в бюджетах закладів охорони здоров'я.

Наступною ланкою проблематики є кадровий голод, який набув ознак системної загрози в забезпеченні сталості функціонування галузі. Фіксується значний відтік кваліфікованого персоналу за кордон або до більш безпечних

регіонів України. Одночасно мобілізація військовозобов'язаних медичних працівників до Збройних Сил України зумовлює дефіцит вузькопрофільних фахівців (хірургів, анестезіологів, травматологів) у цивільному секторі.

Ситуацію ускладнює нерівномірність розподілу ресурсів: якщо обласний центр зберігає відносну кадрову стійкість, то в деокупованих громадах дефіцит лікарів первинної ланки подекуди сягає критичного рівня. Міграція фахівців за кордон та мобілізація чоловіків-медиків (хірургів, анестезіологів, тощо) оголили цілі напрямки надання допомоги. Ті ж фахівці, що залишилися, працюють на межі психоемоційного виснаження, що неминуче позначається на якості медичних послуг.

Аналіз стратегічних документів регіону дозволяє констатувати, що кадровий дефіцит набув ознак системної кризи. Станом на жовтень 2024 року дефіцит лікарів у Миколаївській області сягнув критичної позначки у майже 1300 фахівців, що становить 32% від потреби. Ситуація ускладнюється демографічним фактором "старіння професії": понад 35% працюючих лікарів (більше 850 осіб) — це особи пенсійного віку (старше 60 років). Такий віковий дисбаланс у поєднанні з міграційними процесами створює реальну загрозу колапсу спеціалізованої допомоги у найближчі 3–5 років, якщо не буде впроваджено агресивну політику залучення молодих спеціалістів. [66]. Станом на жовтень 2025 року (табл. 1.2) відмічається незначне понращення. Це зумовлено не лише поверненням частини медичних працівників з-за кордону, а й оптимізацією штатної структури: скороченням окремих посад, зменшення чисельності персоналу та закриттям окремих відділень. Таким чином, підвищення показників відбулося частково за рахунок реального повернення спеціалістів, але значною мірою — за рахунок структурних змін у мережі закладів охорони здоров'я.

Таблиця 1.3

**Забезпеченість кадрами системи охорони здоров'я міста Миколаєва
станом на 01.10.2025р.**

Посади	Кількість посад	Зайнятих посад	Кількість фіз. осіб	Вакансії (шт. од.)	% укомплекто- ваності
1	2	3	4	5	6
Лікарі	1427	1120,75	1006	306,25	78,5%
Середній м/персонал	1885,25	1581,5	1446	303,75	83,9%
Молодший м/персонал	917,25	835,5	790	81,75	91%
Спеціалісти	462,25	398	344	64,25	86%
Інші	598,75	539	509	59,75	90%
Всього	5290,5	4474,75	4095	815,75	84,6%

Джерело: дані Управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради
(надано у відповідь на запит автора).

Варто також наголосити на невідповідності структури послуг реаліям війни. Традиційна мережа лікарень була спроектована для мирного часу, тоді як сьогодні нозологія пацієнтів кардинально змінилася. Стрімко зросла потреба у лікуванні мінно-вибухових травм та складній реабілітації ампутацій, проте формування повноцінного реабілітаційного кластера в області перебуває лише на початковому етапі [22]. Додатково, логістика екстреної допомоги ускладнена блокпостами та поганим станом доріг, що часто унеможлиблює дотримання стандарту «золотої години».

Перехід на модель фінансування за принципом «гроші ходять за пацієнтом» виявив недостатню управлінську спроможність керівного складу окремих комунальних некомерційних підприємств (КНП).

Науковці, зокрема П.В. Книш, характеризують цей перехід не просто як зміну механізму фінансування, а як зміну "суспільного договору" між

державою та пацієнтом. У своїй праці автор зазначає, що стара бюджетна модель гарантувала процес лікування, тоді як нова модель стратегічних закупівель гарантує результат (послугу). [25] Значна частина керівників, залишаючись висококваліфікованими клініцистами, демонструє недостатню ефективність у сфері фінансового менеджменту. Відсутність навичок стратегічного бюджетування та адміністрування електронної системи охорони здоров'я призводить до штучної збитковості підприємств. Ситуацію погіршує падіння доходів місцевих бюджетів, що посилює залежність закладів від зовнішнього донорського фінансування [6].

Стратегія подолання виявлених проблем вимагає переходу від ситуативного реагування до впровадження комплексних, проактивних механізмів державного управління.

В першу чергу, пріоритетом стає інженерна автономія. А саме забезпечення закладів системами автономного енергоживлення (дизель-генератори, сонячні панелі з системами накопичення) має бути закріплено як обов'язкова ліцензійна вимога, [50] облаштування свердловин на території закладів із встановленням промислових систем зворотного осмосу. Впровадження замкнених циклів водопостачання для технічних потреб. Будівництво підземних медичних просторів: операційних блоків, відділень інтенсивної терапії для забезпечення безперервності лікувального процесу.

По-друге, необхідна радикальна зміна кадрової політики. Розробка та фінансування комплексної обласної програми залучення людського капіталу, що передбачає виплату «підйомних» грантів, та забезпеченням житлом, зокрема через інтеграцію з програмою «ЄОселя» [44]. Для периферійних громад рішенням має стати введення мультидисциплінарних бригад для обслуговування деокупованих територій та розвиток телемедичних мереж для нівелювання дефіциту вузькопрофільних фахівців на периферії.

Зрештою, система потребує переорієнтації на реабілітацію та ментальне здоров'я. Це передбачає створення на базі кластерних лікарень центрів повного циклу відновлення та обов'язкове введення посад клінічних

психологів у штат для роботи з пацієнтами та профілактики професійного вигорання персоналу.

Насамперед необхідно враховувати результати досліджень психоемоційного стану медичних працівників (М.І. Карпа, Л.В. Галай). Науковці фіксують критичне зростання рівня професійного вигорання та вторинної травматизації серед медиків прифронтових регіонів. Тому інституційна модель відновлення кадрового потенціалу не може обмежуватися виключно матеріальними стимулами. Вона має включати обов'язковий компонент супервізії та психологічної декомпресії. Впровадження програм ментального відновлення персоналу повинно стати таким же нормативним стандартом управління КНП, як і інфекційний контроль. [24]

Повна інтеграція регіону у Всеукраїнську програму ментального здоров'я [9].

Та на останок, диверсифікація джерел фінансування та посилення управлінської спроможності. Створення при профільному управлінні ОВА спеціалізованого проєктного офісу для системної координації взаємодії з міжнародними донорами (USAID, BOOЗ, MSF). Це забезпечить професійне залучення грантових ресурсів для відновлення інфраструктури. Паралельно з цим, запровадження обов'язкових освітніх програм для адміністративного персоналу КНП з акцентом на фінансове планування, грантовий менеджмент та медичне право.

Висновок

Узагальнюючи вищевикладене, можна констатувати, що система охорони здоров'я Миколаївської області перебуває у стані глибокої структурної трансформації, обтяженої фактором воєнних дій. Реформа децентралізації створила базові передумови для автономії, однак війна актуалізувала критичні вразливості системи — від залежності централізованих комунікацій до кадрового дефіциту. Ефективність подальшого публічного управління залежатиме від спроможності регіональної влади впровадити гібридну модель менеджменту, що поєднує стратегічні цілі розвитку, безпеки та антикризового реагування.

РОЗДІЛ 2. Аналіз функціонування та стратегічні пріоритети розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні

У даному розділі здійснено комплексний аналіз механізмів державного управління медичною галуззю та особливостей їх практичної імплементації на регіональному рівні в умовах правового режиму воєнного стану. Основний фокус дослідження зосереджено на оцінці реального стану системи охорони здоров'я Миколаївської області, яка функціонує під перехресним тиском незавершених інституційних реформ та безпрецедентних безпекових загроз.

2.1. Механізми державного регулювання надання медичних послуг громадянам в закладах охорони здоров'я

Державне регулювання надання медичних послуг являє собою не просто як набір адміністративних обмежень, а як багаторівневу екосистему, що балансує між конституційними гарантіями пацієнта та економічними реаліями ринку і має на меті забезпечення ефективної та всебічної реалізації конституційного права громадян на якісну, безпечну та гарантовану медичну допомогу [27]. В умовах переходу до моделі стратегічних закупівель архітектура управління суттєво ускладнилася: відбувся розподіл функцій між формуванням політики (МОЗ), її фінансовою реалізацією (НСЗУ) та безпосереднім утриманням закладів (місцева влада).

Ключові механізми державного регулювання медичних послуг доцільно диференціювати за трьома основними, взаємозалежними групами: регулятори якості та безпеки, регулятори доступності та гарантованого обсягу, а також механізми фіскально-управлінського контролю. Зазначені інструменти виступають основними важелями впливу держави на операційну діяльність комунальних некомерційних підприємств, включно із закладами, що функціонують у Миколаївській області.

Забезпечення якості медичної допомоги регулюється через низку адміністративно-правових та клінічних інструментів, які гарантують відповідність операційної діяльності закладів уніфікованим національним стандартам, що ґрунтуються на засадах доказової медицини.

Фундаментом системи є ліцензування — обов'язковий правовий інструмент, який встановлює мінімально необхідні кваліфікаційні, технічні та організаційні вимоги для провадження господарської діяльності з медичної практики [18]. Видача ліцензії належить до виключної компетенції Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України [50]. Наявність чинної ліцензії є не лише правовою передумовою для початку діяльності, але й обов'язковою умовою для укладення договору про медичне обслуговування населення з НСЗУ. Нагляд за дотриманням ліцензійних умов здійснюється Державною службою України з лікарських засобів та контролю за наркотиками [52]. Даний механізм контролю гарантує, що заклад володіє необхідною матеріально-технічною базою, належною кількістю та кваліфікацією персоналу, а також відповідає санітарно-гігієнічним нормам.

На рівні регіону Управління охорони здоров'я обласної військової адміністрації (ОВА) виконує функцію первинного моніторингу та надає консультативну й організаційну підтримку КНП у процесі усунення виявлених невідповідностей. Це є критично важливим для забезпечення операційної легітимності та фінансової стійкості закладів, оскільки анулювання ліцензії призводить до припинення державного фінансування.

Якщо ліцензія це необхідний мінімум, то акредитація є добровільною процедурою зовнішньої оцінки, яка засвідчує досягнення закладом вищого рівня якості організації та надання медичної допомоги, що перевищує мінімальні вимоги ліцензування. Акредитація проводиться відповідними Комісіями при МОЗ [56] і слугує потужним інструментом підвищення інвестиційної привабливості та конкурентоспроможності КНП, оскільки об'єктивно підтверджує системну здатність закладу до самовдосконалення та клінічної ефективності.

Змістове наповнення медичної послуги регламентується через стандартизацію. Впровадження уніфікованих клінічних протоколів, що базуються на засадах доказової медицини, перетворює лікування з творчого процесу лікаря на вимірювану технологічну процедуру. [37]. Ці нормативні

документи, затверджені МОЗ на основі аналізу міжнародних рекомендацій, регламентують вимоги до обсягу, послідовності, змісту та тривалості надання медичної допомоги при конкретних нозологічних формах [35]. Вони є клініко-юридичною основою для проведення зовнішнього клінічного аудиту та оцінки професійної відповідальності медичного персоналу. Забезпечення неухильного дотримання клінічних протоколів є обов'язковою договірною умовою для контрастування з НСЗУ. На додаток, у КНП створюються внутрішні системи управління якістю (наприклад, лікарські комісії та ради), які здійснюють первинний оперативний контроль за дотриманням стандартів. Систематичне недотримання стандартів є підставою для застосування фінансових санкцій з боку НСЗУ, що ефективно перетворює якість на економічно стимульований чинник, інтегрований у фінансову модель.

Ключовим регулятором доступності сьогодні виступає Національна служба здоров'я України через механізм контрастування Основний механізм забезпечення доступності та гарантованого обсягу послуг реалізується через систему фінансового забезпечення у рамках Програми медичних гарантій, де НСЗУ виступає стратегічним монополістом-закупівельником медичних послуг. В програмі медичних гарантій є вичерпний перелік медичних послуг, які держава гарантує громадянам безоплатно за рахунок коштів Державного бюджету України [16].

Національна служба здоров'я України щорічно проводить контрастування конкретних пакетів послуг (наприклад, «Хірургічні операції дорослим та дітям», «Лікування гострого інфаркту міокарда», «Ведення вагітності та пологи»). Фінансування здійснюється через диверсифіковані моделі, що дозволяють балансувати між фінансовою стійкістю та стимулами до ефективності. Для первинної ланки та для забезпечення фінансової стабільності окремих стаціонарів, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану, використовується - глобальний бюджет. Ця модель забезпечує фінансову передбачуваність, проте може знижувати стимули до підвищення операційної ефективності. Тим часом, оплата за результат -

використовується для спеціалізованої допомоги. Цей механізм стимулює заклади до збільшення обсягів якісних послуг та підвищення ефективності лікування, оскільки оплата прив'язана до факту успішного завершення клінічного випадку. Також наявність у КНП контракту на надання певного пакету послуг автоматично гарантує безкоштовний доступ пацієнтам. Це створює потужний економічний стимул для лікарень інвестувати у необхідне обладнання та персонал, оскільки саме наявність ресурсів, що відповідають вимогам НСЗУ, визначає можливість контракування найбільш фінансово привабливих пакетів.

Національна служба здоров'я України здійснює моніторинг виконання умов договору [49], перевіряючи кількість наданих послуг та відповідність звітних даних вимогам до матеріально-технічного та кадрового забезпечення, що є основою для подальших розрахунків.

Окремої уваги заслуговує адміністративне регулювання архітектури самої системи через створення спроможної мережі. Хоча формування мережі є стратегічним завданням органів влади, затвердження спроможної мережі закладів виступає потужним адміністративним регулятором, що забезпечує логістичну та фізичну доступність послуг на території госпітального округу.

Розподіл лікарень на надкластерні, кластерні та загальні [41] чітко визначає їхню функціональну роль та обмежує перелік послуг, які вони можуть контракувати. Надкластерні заклади отримують право на найбільш високотехнологічні пакети, що сприяє концентрації дороговартісного обладнання та висококваліфікованих фахівців. Такий підхід підвищує якість допомоги при складних випадках і знижує показники смертності, виступаючи механізмом запобігання розпорошенню державних ресурсів.

Управління охорони здоров'я розробляє, затверджує та контролює дотримання уніфікованих клінічних маршрутів пацієнтів (особливо для ургентних станів, політравм, інсультів та інших). Ці маршрути є обов'язковими для виконання всіма закладами в межах госпітального округу і забезпечують швидку та логістично обґрунтовану госпіталізацію до найбільш

функціонально спроможного закладу, що має вирішальне значення для оптимізації клінічних результатів.

Контроль за цільовим та ефективним використанням державних фінансових ресурсів, а також за належною якістю та цілісністю даних, є критично важливим елементом регуляторної політики, що забезпечує прозорість системи. Саме НСЗУ виступає ключовим контролером державного фінансування та здійснює перевірку цільового використання коштів, сплачених за контрактами, та верифікує фактичне надання послуг. У разі виявлення фактів надання не існуючих послуг, недотримання вимог до обладнання чи персоналу, НСЗУ застосовує штрафні санкції, здійснює стягнення надміру сплачених коштів та має право ініціювати розірвання договору. Розірвання контракту є найбільш потужним фінансово-адміністративним важелем впливу, оскільки призводить до втрати КНП основного джерела фінансування.

Контроль здійснюється переважно на основі даних, що вносяться до Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) [43]. НСЗУ проводить автоматизовану перевірку електронних медичних записів (ЕМЗ), електронних направлень та рецептів. Ця система мінімізує корупційні ризики, виключає можливість подвійного фінансування послуг і створює прозору статистичну базу з високим рівнем цілісності даних для подальшого стратегічного планування та коригування тарифів.

Органи місцевого самоврядування та Управління ОВА, як безпосередні власники КНП, здійснюють управлінський контроль та несуть відповідальність за розвиток і сталість матеріальної бази.

Головним інструментом в регулюванні управлінської ефективності є призначення керівників закладів на конкурсній основі [60] та укладання з ними контракту, що містить чіткі ключові показники ефективності (КРІ або КПЕ). КПЕ охоплюють не лише фінансову стійкість, але й соціальні показники (рівень задоволеності пацієнтів, збереження кадрового потенціалу, готовність до реагування на надзвичайні ситуації).

Місцеві бюджети, фінансуючи капітальні видатки - ремонти, модернізація обладнання, покриття комунальних послуг, які не покриваються тарифом НСЗУ, де-факто регулюють фізичну спроможність закладів, їхню відповідність ліцензійним умовам та забезпечують операційну сталість надання медичних послуг у регіоні. Це співфінансування є критично важливим для збереження функціональності КНП у прифронтових областях, де комунальні витрати є надзвичайно високими та не покриваються виключно з державного бюджету.

Таким чином, сучасна модель держрегулювання трансформувалася з карально-адміністративної у фінансово-стимулюючу, де пряме адміністративне управління якістю органічно інтегрується з економічними важелями доступності та обсягу та підкріплюється контролем, спрямованим на забезпечення прозорості, стійкості та економічної ефективності функціонування медичної галузі.

2.2. Оцінка стану та ідентифікація ключових проблем розвитку системи охорони здоров'я в Миколаївській області

Система охорони здоров'я Миколаївської області функціонує під впливом двох ключових процесів: інституційної трансформації, пов'язаної з імплементацією програми медичних гарантій (ПМГ) [16], та екзогенної кризи, спричиненого великомасштабною військовою агресією. Іншими словами, якщо програма медичних гарантій вимагала від закладів автономізації та ринкової гнучкості, то повномасштабна агресія змусила систему працювати в режимі кризового менеджменту. Комплексна оцінка поточного стану системи вимагає скрупульозного аналізу її інфраструктурної стійкості, кадрового потенціалу, фінансової ефективності та операційної спроможності комунальних некомерційних підприємств в умовах підвищених безпекових ризиків, значного внутрішнього переміщення населення та системного руйнування ключових комунікацій.

Внаслідок активних бойових дій та систематичних артилерійських обстрілів, фізична інфраструктура значної кількості медичних закладів зазнала суттєвих пошкоджень або повного руйнування, що призвело до перманентного зниження загальної потужності медичних закладів та спричинило необхідність вимушеної переорієнтації логістики надання медичної допомоги [2].

Згідно з актуалізованими даними Стратегії розвитку області, станом на кінець 2024 року масштаб втрат медичної інфраструктури набув чіткого виміру: внаслідок агресії РФ зазнали руйнування 13 об'єктів охорони здоров'я, а 154 об'єкти отримали пошкодження різного ступеня тяжкості. [66]

Значна частка капітальних видатків, що традиційно фінансувалася місцевими бюджетами, була незворотно переорієнтована на відновлення критично пошкоджених об'єктів та забезпечення базової автономії. Це включає резервне автономне енергозабезпечення та облаштування бомбосховищ [32]. Об'єктивним наслідком цього стало уповільнення планової модернізації медичного обладнання та приміщень, що акумулює значний «інвестиційний борг». Подолання цього дефіциту вимагає системного залучення додаткових інвестиційних ресурсів від міжнародних партнерів та гуманітарних фондів. Показовим кейсом державно-приватного партнерства у відновленні є реконструкція травмпункту ЛШМД, яка була здійснена за приватні кошти іноземних інвесторів (Казахстан) у рекордні терміни — менше 90 днів, що демонструє ефективність децентралізованого залучення донорів. [66]

Важливим аспектом забезпечення технологічної стійкості є необхідність використання технічної води через руйнування водогону, що потенційно призводить до прискореного зносу дороговартісного медичного обладнання, становлячи унікальний техногенний ризик для регіону.

Також регіон зіткнувся із загостренням проблеми дефіциту медичних кадрів, що є наслідком комплексу чинників: внутрішнього та зовнішнього міграційного відтоку населення, включно з родинами лікарів, мобілізації

частини персоналу та вимушеного перерозподілу кадрів для забезпечення роботи ургентних відділень. Особливий дефіцит спостерігається серед висококваліфікованих фахівців вторинної та третинної ланки. Наявний рівень укомплектованості персоналом є критично нерівномірним між закладами та недостатнім для забезпечення повноцінного функціонування усіх законтракованих пакетів ПМГ, що безпосередньо підвищує ризики для якості та своєчасності надання спеціалізованої допомоги. Незважаючи на наявність високотехнологічного обладнання у ключових кластерних закладах, його фізична зношеність та недостатня кількість у деяких профільних відділеннях генерує логістичні виклики. Розвиток системи базується на принципі концентрації ресурсів у визначених кластерних закладах, що має забезпечити високу інтенсивність використання дороговартісного обладнання та підвищення клінічної ефективності. Це вимагає від управлінських органів стратегічного та чіткого планування централізованих закупівель [46]. Навіть за наявності сучасного обладнання у кластерних лікарнях, його ефективне використання лімітується відсутністю кваліфікованих операторів.

Фінансова стабільність КНП Миколаївщини безпосередньо корелює з ефективністю контракування з Національною службою здоров'я України та рівнем фінансової підтримки з боку місцевих органів влади. У період воєнного стану механізм фінансування НСЗУ став ключовим елементом операційної та фінансової стійкості.

Основний операційний дохід закладів формується через оплату пакетів медичних послуг згідно з укладеними договорами з НСЗУ. Наразі відзначається тенденція до зростання кількості законтракованих пакетів у кластерних закладах, особливо тих, що надають допомогу при травмах та гострих станах, що є позитивним індикатором адаптації. Проте, зберігається нерівномірність у фінансуванні між різними ланками медичної допомоги, а також між закладами, що функціонують у різних умовах безпеки [5].

Аналіз структури фінансових надходжень закладів охорони здоров'я Миколаївської області за останні три роки демонструє суттєву трансформацію

джерел фінансування. Спостерігається чітка тенденція до зростання частки коштів НСЗУ у загальному бюджеті закладів, однак водночас критично зростає роль благодійної допомоги та місцевих субвенцій, що є ознакою "гібридної" економіки воєнного часу (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Динаміка та структура фінансових надходжень закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану

Джерело фінансування	2021 рік (Довоєнний)	2023–2024 рр. (Воєнний стан)	Тенденція зміни
Кошти НСЗУ (ПМГ)	65–70%	75–80%	Зростання ↑ (через інфляцію та нові пакети послуг)
Місцевий бюджет	20–25%	10–15%	Зменшення ↓ (через дефіцит місцевих бюджетів)
Платні послуги	5–8%	< 3%	Падіння ↓ (через зниження платоспроможності населення)
Гуманітарна/ Благодійна допомога	< 1%	10–12%	Критичне зростання ↑ (медикаменти, обладнання, генератори)

Джерело: складено автором на основі аналізу звітів НСЗУ (дашборди) та даних управління охорони здоров'я.

Фінансова підтримка з місцевих бюджетів є критично необхідною для покриття капітальних видатків, забезпечення комунальних послуг, придбання немедичного обладнання та підтримки соціальних програм місцевого значення. В умовах воєнного стану цей аспект набув особливого значення як інструмент забезпечення операційної сталості КНП, оскільки тарифи НСЗУ,

попри їхню актуалізацію, не завжди покривають підвищені безпекові ризики, високі експлуатаційні витрати та потреби у відновленні. Таким чином, співфінансування з місцевих бюджетів є обов'язковою умовою забезпечення функціональної стійкості медичної системи регіону, що регламентується Бюджетним кодексом України [6].

Відзначається певна невідповідність між фактичною, економічно обґрунтованою вартістю надання послуг та розміром тарифів ПМГ за окремими пакетами. Це створює постійний фінансовий тиск на КНП, вимагаючи оптимізації внутрішніх управлінських процесів та підвищення економічної ефективності використання ресурсів. Фіскальні ризики посилюються через потенційну небезпеку скорочення фінансування у разі виявлення НСЗУ невідповідностей у електронних медичних записах, які можуть бути спричинені перебоями в електропостачанні та інфраструктурними проблемами, що порушують процес коректного внесення даних.

Подальший розвиток системи охорони здоров'я в Миколаївській області визначатиметься необхідністю стратегічної інтеграції програм відновлення із продовженням структурних реформ.

Ключовою тенденцією є фіналізація процесу кластеризації медичних закладів та затвердження їхніх функціональних ролей у госпітальному окрузі [33]. Це передбачає чітке визначення надкластерних, кластерних та загальних лікарень, що має оптимізувати маршрутизацію пацієнтів та забезпечити концентрацію високоспеціалізованої допомоги у найбільш потужних центрах. Даний механізм регулювання є критично важливим для підвищення якості надання медичної допомоги.

Подальше зміцнення Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та забезпечення 100% внесення електронних медичних записів (ЕМЗ) є імперативом. Це не лише підвищує прозорість фіскального контролю з боку НСЗУ, але й формує надійну аналітичну базу для епідеміологічного моніторингу, стратегічного планування та прийняття оперативних

управлінських рішень. Особлива увага має приділятися питанням кібербезпеки медичних даних та сталості функціонування ІТ-інфраструктури.

Основною середньостроковою тенденцією є реалізація проєктів відновлення пошкодженої інфраструктури з обов'язковим акцентом на принципи енергоефективності, інклюзивності та максимальної автономності (створення незалежних систем водо- та енергопостачання) для забезпечення неперервності роботи в умовах криз [66].

Розробка та впровадження ефективних регіональних програм для залучення та утримання медичних працівників (муніципальні житлові програми, муніципальні надбавки, компенсація комунальних витрат) є необхідним управлінським завданням для забезпечення сталого функціонування системи та відновлення кадрового балансу.

Також треба не забувати, що з огляду на наслідки військових дій, пріоритетним завданням є швидкий розвиток спеціалізованих пакетів медичних послуг, спрямованих на фізичну та психологічну реабілітацію населення, включаючи створення мультидисциплінарних реабілітаційних центрів у кластерних лікарнях згідно з актуальними стандартами [65].

Таким чином, система має бути готова не лише рятувати життя, а й повертати якість життя ветеранам та цивільним, постраждалим від війни.

Однак реалізація цих стратегічних завдань відбувається в умовах безпрецедентного тиску зовнішніх факторів.

Військове протистояння виступає головним дестабілізуючим чинником, що генерує цілий спектр унікальних викликів для означених вище планів розвитку. Цей тиск на фізичну, логістичну та операційну спроможність медичних закладів є настільки суттєвим, що в окремих територіальних громадах сукупність негативних факторів створює реальні передумови для гуманітарного колапсу, зміщуючи фокус управлінців з розвитку на кризове виживання.

Систематичні артилерійські та ракетні обстріли призвели до часткового або повного руйнування значної кількості об'єктів охорони здоров'я,

включаючи поліклінічні відділення, амбулаторії первинної ланки та стаціонарні корпуси [3]. Наслідком цього є не лише зниження загальної потужності ліжкового фонду та фізичної доступності послуг, але й необхідність негайного та значного фінансування для проведення екстрених відновлювальних робіт. Це неминуче призводить до відволікання фінансових ресурсів від планової модернізації. Забезпечення автономного функціонування (резервне живлення, водопостачання, опалення) являє собою надзвичайно витратний операційний виклик, який істотно збільшує собівартість медичних послуг.

Підвищені безпекові ризики значно ускладнюють маршрутизацію пацієнтів, особливо у прифронтових та деокупованих громадах. Руйнування дорожньої інфраструктури та загроза обстрілів подовжують час транспортування пацієнтів у критичних станах, що безпосередньо впливає на показники летальності та інвалідизації. Додатковою проблемою є порушення ланцюгів постачання закладів медикаментами, витратними матеріалами та реагентами, оскільки постачальники зіштовхуються з високими страховими, транспортними та безпековими ризиками. Це вимагає формування та постійного поповнення багатомісячних стратегічних резервів на регіональному рівні [36], що обумовлює потребу у значних нетарифних фінансових вливаннях.

Спостерігається суттєва трансформація епідеміологічного профілю та структури захворюваності населення. Фіксується значне збільшення випадків травм, пов'язаних із військовими діями (зокрема, політравми, мінно-вибухові ушкодження), а також зростання потреби у послугах психічного здоров'я та фізичної реабілітації [9]. Система охорони здоров'я потребує оперативного нарощування потенціалу у сферах травматології, військово-польової та реконструктивної хірургії, а також розширення мережі центрів психологічної підтримки та фізичної реабілітації, що передбачає необхідність перекваліфікації наявного персоналу та залучення спеціалізованого обладнання.

Попри позитивні зрушення, досягнуті в рамках медичної реформи, існують внутрішні, системні проблеми, які ускладнюють досягнення повної інституційної стійкості КНП.

Дефіцит медичних кадрів є однією з найбільш гострих системних проблем, спричиненою міграційними процесами, мобілізацією, професійним виснаженням персоналу та складними умовами праці в зоні підвищеного ризику. Особлива нестача відчувається серед вузькопрофільних спеціалістів (наприклад, анестезіологів, радіологів, психіатрів, кардіохірургів). Нерівномірний розподіл кадрів між кластерними та загальними лікарнями спричиняє суттєвий дисбаланс у наданні високоспеціалізованої допомоги, що призводить до надмірного навантаження на ключові медичні центри. Утримання кваліфікованого персоналу вимагає розробки та фінансування довгострокових, ефективних регіональних програм соціального та матеріального стимулювання (пільгове житло, компенсація комунальних послуг, вищі муніципальні надбавки), які мають бути конкурентоспроможними порівняно з умовами в безпечніших регіонах.

Також існує значна невідповідність між фактичними, економічно обґрунтованими витратами на надання медичних послуг (з урахуванням високих експлуатаційних витрат на забезпечення автономності, відновлення інфраструктури та підвищену амортизацію обладнання) та розмірами тарифів, встановлених Програмою медичних гарантій (ПМГ) за деякими пакетами [48]. Ця фінансова диспропорція зумовлює критичну залежність КНП від дотацій та співфінансування з місцевих бюджетів, що генерує ризик для операційної стабільності закладів у довгостроковій перспективі. Зменшення фінансової автономії КНП може викликати прийняття управлінських рішень щодо модернізації та стратегічного розвитку.

Проведений фінансовий аналіз корелює з висновками сучасних економістів (В.І. Глухова, О.М. Птащенко), які констатують виникнення ефекту «фінансових ножиць» у діяльності комунальних некомерційних підприємств під час війни. З одного боку, дохідна частина, формована

тарифами НСЗУ, залишається відносно стабільною або індексується з запізненням. З іншого боку, видаткова частина стрімко зростає через непередбачувані витрати на енергоносії, логістику та заходи безпеки. Науковці підкреслюють, що в таких умовах фінансова автономія КНП стає умовною, а залежність від дотацій власника (місцевого бюджету) перетворюється з допоміжного інструменту на гарант виживання закладу. [10]

Нестабільність електропостачання, регулярні перебої з доступом до мережі Інтернет та потенційні кібератаки в деяких територіальних громадах ускладнюють своєчасне та коректне внесення електронних медичних записів (ЕМЗ). Низька якість, неповнота або відсутність ЕМЗ призводить до ризику відмови Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у виплаті за надані послуги (незважаючи на їхнє фактичне надання) та спричиняє значні фінансові втрати для КНП [43]. Це об'єктивно підкреслює необхідність термінового підвищення стійкості цифрової інфраструктури, зокрема шляхом впровадження резервних каналів зв'язку та локальних сервісів збереження даних.

Для побудови ефективної моделі управління необхідно чітко ідентифікувати ризики, які можуть реалізуватися у середньостроковій перспективі. Їх ігнорування може призвести до незворотних наслідків для всієї системи. Потенційна загроза виникнення надзвичайних ситуацій, таких як масовані ракетні удари, техногенні катастрофи (наприклад, пошкодження критичної інфраструктури) або спалахи інфекційних захворювань, може призвести до критичного перевантаження госпітальної мережі. Наслідком може стати виснаження резервів, колапс логістичних ланцюгів та обмеження доступу до екстреної допомоги для цивільного населення, що вимагає розробки багаторівневих планів евакуації та перепрофілювання закладів відповідно до динаміки загроз [26].

Наслідком інтенсивного використання, експлуатації в умовах вібрації, перепадів напруги та використання неякісної (технічної) води є прискорений знос дороговартісного медичного обладнання. Це створює високий ризик

виходу з ладу ключових одиниць обладнання без можливості їх швидкої заміни чи ремонту, що прямо впливає на якість діагностики та лікування. Відсутність належного технічного обслуговування, спричинена безпековими ризиками для інженерних команд, посилює цей ризик.

Триваюча військова загроза є визначальним стратегічним ризиком. Планування розвитку та відновлення медичної інфраструктури має обов'язково враховувати постійну потребу у заходах фізичного захисту та мінімізації вразливості закладів охорони здоров'я. Це істотно збільшує вартість будь-яких інвестиційних проектів, вимагаючи інтеграції захисних споруд у проекти реконструкції. Довгострокова геополітична нестабільність може також негативно вплинути на готовність міжнародних партнерів фінансувати капітальні проекти.

Сукупність вищезазначених факторів (дефіцит кадрів, перевантаження, використання зношеного обладнання, професійне та емоційне вигорання персоналу) створює високий операційний ризик зниження стандартів якості медичної допомоги та зростання кількості лікарських помилок. Для мінімізації цього ризику необхідно впроваджувати посилені системи постійного внутрішнього аудиту та психологічної підтримки медичного персоналу, а також забезпечувати регулярну супервізію.

Таким чином, ефективне управління системою охорони здоров'я Миколаївської області потребує не лише екстреного відновлення її фізичної спроможності, але й впровадження комплексних заходів з підвищення інституційної та фінансової стійкості, а також розробки детальних протоколів управління кризовими та надзвичайними ситуаціями, що є фундаментальною основою для забезпечення стійкої життєдіяльності регіону.

2.3. Стратегічні цілі та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я

На основі ідентифікованих критичних проблем та стратегічних ризиків, формування ефективної регіональної стратегії охорони здоров'я вимагає

переходу від режиму кризового реагування до системного планування відновлення та розвитку [67]. Стратегічні цілі на середньострокову перспективу (3-5 років) мають бути спрямовані на побудові нової системи, готової до майбутніх загроз, відновлення універсальної доступності та забезпечення відповідності медичних послуг актуалізованим потребам населення, спричинених військовим конфліктом.

Генеральною метою розвитку системи охорони здоров'я Миколаївської області є забезпечення гарантованого, високоякісного та пацієнто-орієнтованого надання медичних послуг усім верствам населення, що базується на принципах інституційної стійкості, фізичної безпеки та інновацій, в умовах відновлення регіону. Досягнення цієї цілі передбачає інтеграційну синхронізацію регіональних пріоритетів з національними планами розвитку спроможної мережі госпітального округу [41] та вимогами Програми медичних гарантій (ПМГ), забезпечуючи при цьому фінансову прозорість та підвищення ефективності управління комунальними некомерційними підприємствами (КНП).

Пріоритетний напрям І. Відновлення, стійкість та модернізація інфраструктури.

Основний фокус цього напрямку полягає у фізичному відновленні зруйнованих об'єктів та підвищенні їхньої функціональної стійкості відповідно до концепції «Відбудувати краще, ніж було» [39]. Реалізація цих заходів є фундаментальною передумовою для відновлення базового рівня доступності медичної допомоги. Передбачається проведення капітальних відновлювальних робіт на пошкоджених об'єктах охорони здоров'я з обов'язковою інтеграцією захисних споруд (протирадіаційних та протиповітряних укриттів) у проекти реконструкції відповідно до нових будівельних норм [11]. Всі ключові медичні заклади, особливо кластерні та надкластерні, повинні відповідати підвищеним вимогам фізичної безпеки та мати можливість безперебійного функціонування в умовах ескалації

військових загроз. Це включає зміцнення фасадів, захист віконних прорізів та дублювання критично важливих комунікаційних ліній.

Також необхідне впровадження інженерних рішень для гарантування енергетичної, водної та теплової автономії медичних закладів. Це включає встановлення високоефективних генераторних систем з автоматичним перемиканням, розгортання сонячних електростанцій для часткового покриття потреб та створення резервних систем водопостачання і очищення води (особливо актуально в умовах проблем з централізованим водогоном). Це має на меті мінімізувати операційні ризики, пов'язані з пошкодженням критичної цивільної інфраструктури.

Планується системна закупівля сучасного діагностичного та лікувального обладнання, що відповідає європейським стандартам, з пріоритетом для кластерних та надкластерних лікарень. Особлива увага має бути приділена заміні або відновленню обладнання, що зазнало прискореного зносу через екстремальні умови експлуатації (наприклад, обладнання для гемодіалізу, ШВЛ, апарати КТ/МРТ). Також необхідно забезпечити належне оснащення мобільних медичних бригад та пересувних амбулаторій для надання допомоги у віддалених та деокупованих громадах.

Пріоритетний напрям II. Посилення кадрового потенціалу та спеціалізованої спроможності.

Забезпечення системи кваліфікованими кадрами є критичною передумовою для підтримки високої якості медичних послуг. Цей напрям сфокусований на мінімізації кадрового дефіциту, утриманні персоналу та розвитку людського капіталу відповідно до актуалізованих потреб.

Як зазначається у фундаментальній монографії під редакцією М.М. Білинської, проблема кадрового забезпечення в українській медицині має системний характер і не може бути вирішена виключно підвищенням заробітної плати. Автори доводять, що ефективна система мотивації повинна базуватися на "трикутнику стимулів": гідна оплата, безпечні умови праці та можливості для професійного розвитку. В умовах Миколаївської області, де

безпековий фактор є критично низьким, роль двох інших компонентів (фінансового та освітнього) має бути гіпертрофованою для компенсації ризиків. [64]

Насамперед створення комплексних регіональних програм фінансового та соціального заохочення для залучення та утримання вузькопрофільних спеціалістів (анестезіологів, травматологів, психіатрів), а також молодих фахівців. Ці програми повинні включати такі заходи, як надання муніципальних надбавок до заробітної плати, забезпечення пільговим або службовим житлом (особливо для лікарів, що переїжджають), а також компенсація частини комунальних витрат у зонах підвищеного ризику [19].

Стратегічне розширення спроможності системи охорони здоров'я у сфері фізичної та психологічної реабілітації відповідно до зростаючого попиту, спричиненого військовими діями та психотравмами. Що підтверджується міжнародними партнерами RDNA3 що наголошують на зміні парадигми відновлення: пріоритетом стає не лише фізична відбудова споруд, а розширення сервісної спроможності. Звіт ідентифікує критичне зростання попиту на послуги з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (MHPSS), а також на реабілітацію (зокрема, при травмах спинного мозку, опіках та ампутаціях). Для Миколаївської області це означає, що будь-який інвестиційний проєкт відновлення лікарні повинен в обов'язковому порядку включати створення безбар'єрного простору та інтеграцію мультидисциплінарних реабілітаційних команд, інакше він не відповідатиме критеріям фінансування "Build Back Better" [2]. Це передбачає створення повноцінних мультидисциплінарних реабілітаційних центрів у кластерних лікарнях, оснащених сучасним обладнанням [22], та розширення мережі послуг із підтримки психічного здоров'я на первинній та вторинній ланках через навчання лікарів базовим навичкам психологічної допомоги, в рамках програми mhGAP.

Організація регулярних, інтенсивних навчальних курсів, зокрема з військово-польової хірургії, травматології, менеджменту політравм та надання

невідкладної психіатричної допомоги, для медичного персоналу, який працює в умовах підвищеної бойової готовності. Необхідно налагодити співпрацю з міжнародними освітніми платформами для доступу до найкращих світових практик у сфері кризової медицини.

Пріоритетний напрям III. Забезпечення фінансової та інституційної стійкості.

Метою є підвищення фінансової автономії комунальних некомерційних підприємств (КНП), мінімізація фіскальних ризиків та забезпечення стійкого функціонування медичних закладів незалежно від зовнішніх змін у системі фінансування.

Запровадження інструментів економічного аналізу та управлінського обліку для оптимізації витрат та підвищення ефективності використання ресурсів. Це передбачає зменшення фінансової диспропорції між фактичними витратами та тарифами ПМГ через пошук внутрішніх резервів та оптимізацію управлінських процесів, включаючи централізовані закупівлі [21].

Забезпечення стабільного та прогнозованого фінансування критичних потреб охорони здоров'я, що не покриваються Програмою медичних гарантій (зокрема, капітальні видатки, оплата комунальних послуг, фінансування автономності, резервів та програм соціального захисту медичних працівників), через механізми місцевого співфінансування та цільові регіональні програми, що регламентовано Бюджетним кодексом України [6].

Системна робота із залученням міжнародних донорів, фінансових фондів та урядових програм для фінансування капітальних проєктів відновлення та модернізації інфраструктури, а також придбання дороговартісного обладнання. Ефективне управління грантами та іноземними інвестиціями дозволить знизити фіскальне навантаження на регіональний бюджет та нарощування додаткових джерел надходження фінансів (завдяки платним послугам).

Пріоритетний напрям IV. Цифрова інтеграція та контроль якості

Цей напрям передбачає використання цифрових технологій для підвищення ефективності управління, покращення якості даних, забезпечення прозорості надання послуг та мінімізації ризиків, пов'язаних із відсутністю ЕМЗ.

Проведення комплексної модернізації ІТ-інфраструктури закладів з метою підвищення її стійкості до перебоїв з електропостачанням та зв'язком. Це включає впровадження резервних, хмарних та локальних систем для безпечного збереження електронних медичних записів, а також використання альтернативних каналів зв'язку у віддалених або прифронтових зонах.

Розширення використання телемедичних технологій для надання консультацій вузькопрофільними спеціалістами, а також для віддаленого моніторингу пацієнтів із хронічними захворюваннями у сільській місцевості та громадах, де доступ до стаціонарних послуг є обмеженим [20].

Впровадження уніфікованої регіональної системи моніторингу ключових показників якості медичної допомоги, клінічних результатів та профілактики лікарських помилок. Регулярний, незалежний аудит коректності та повноти ведення ЕМЗ є обов'язковим елементом для мінімізації фінансових ризиків, пов'язаних із відмовами НСЗУ у виплаті, а також для забезпечення прозорості фінансових потоків.

Висновок

Аналіз показав, що медицина Миколаївщини опинилася в ситуації “між двох вогнів”: незавершені реформи наклалися на жорсткі реалії війни. Ми побачили, що нова модель фінансування через НСЗУ хоч і додала прозорості, але виявилася негнучкою для прифронтового регіону. Тарифи просто не розраховані на те, що лікарні доведеться витратити мільйони на пальне для генераторів, очищення води чи безпеку.

По-перше, унікальна для Миколаєва криза з водою пришвидшує знос обладнання, створюючи величезний «інвестиційний борг». По-друге, ми

втрачаємо найцінніше — людей. Відтік вузьких спеціалістів та вигорання тих, хто залишився, загрожує якості лікування більше, ніж розбиті вікна.

Стало очевидним, що далі працювати в такому режимі неможливо. Стратегія виживання має змінитися на стратегію адаптації. Регіону потрібна чітка мережа потужних кластерних лікарень, акцент на реабілітації та повна інженерна автономія закладів

РОЗДІЛ 3. Удосконалення механізмів публічного управління закладами охорони здоров'я.

Спираючись на проведений аналіз критичних вразливостей та ідентифікованих ризиків, стає очевидним, що подальше управління медичною галуззю Миколаївщини не може обмежуватися виключно тактикою "гасіння пожеж". Формування дієвої регіональної політики вимагає концептуального переходу від режиму ситуативного антикризового реагування до системного стратегічного планування. В цьому розділі вибудований чіткий шлях до удосконалення медичної системи.

3.1. Інституційно-організаційна модель реалізації регіональної стратегії охорони здоров'я

Реалізація стратегічних пріоритетів, спрямованих на відновлення та розвиток системи охорони здоров'я, вимагає застосування структурованої, проєктно-орієнтованої моделі управління, що мінімізує операційні та фінансові ризики. Інституційно-організаційна основа покликана забезпечити ефективну координацію між регіональною владою Обласна військова адміністрація, Департамент охорони здоров'я, органами місцевого самоврядування, медичними комунальними некомерційними підприємствами, а також національними регуляторами та міжнародними донорами.

Впровадження стратегії доцільно здійснювати на основі чітко визначених фаз, кожна з яких характеризується специфічними цілями, відмінними джерелами фінансування та ключовими індикаторами успіху. Такий підхід дозволяє підвищити адаптивність управлінських рішень до динамічного середовища.

Фаза I: Стабілізація. (Короткострокова перспектива: 0–1 рік) Ця фаза є критичною для подолання наслідків прямих бойових дій та забезпечення мінімально необхідної функціональності системи у критичних точках. Цей етап є періодом "клінічного порятунку" системи. У короткостроковій перспективі головним імперативом є не розвиток, а забезпечення виживання

та базової функціональності мережі у постраждалих громадах. Здійснення аварійного ремонту пошкодженої критичної інфраструктури (покрівлі, системи тепло- та водопостачання, комунікації), забезпечення медичних закладів автономними джерелами енергії (генераторами та системами зберігання), поповнення критичних запасів медикаментів та витратних матеріалів на 3–6 місяців), а також реалізація заходів із фізичної безпеки (облаштування найпростіших укриттів та захист ключового обладнання).

Фінансування в цій фазі переважно здійснюється коштом резервних фондів державного та місцевих бюджетів [57], а також програм швидкого реагування міжнародної гуманітарної допомоги (ООН, Червоний Хрест).

Фаза II: Прискорене Відновлення та Модернізація (Середньострокова перспектива: 1–3 роки) На цій фазі акцент зміщується на капітальне відновлення, технологічне переоснащення та посилення спеціалізованої спроможності госпітальної мережі.

Головна мета в цій фазі це відновлення спроможності кластерних та надкластерних лікарень, посилення реабілітаційної та психологічної допомоги, повна інтеграція у регіональну мережу госпітального округу з дотриманням нормативів маршрутизації. Ключове завдання полягає у проведенні капітальної реконструкції об'єктів із впровадженням концепції «Відбудувати краще, ніж було» [39], модернізація дороговартісного діагностичного та лікувального обладнання, розробка та імплементація програм стимулювання кадрів, розширення телемедичних послуг як інструменту для надання консультацій вузькопрофільними фахівцями.

Фінансування відбуватиметься через національні програми відновлення (зокрема, Фонд ліквідації наслідків збройної агресії [15]), цільові міжнародні інвестиції, механізми державно-приватного партнерства (ДПП) для залучення приватного капіталу в діагностичні та реабілітаційні послуги.

Фаза III: Стійкий Розвиток (Довгострокова перспектива: 3–5 років) Ця фаза передбачає досягнення повної інституційної та фінансової стійкості, а також інтеграцію інноваційних практик у повсякденну діяльність.

Головна ціль - це повна відповідність системи охорони здоров'я європейським стандартам якості та безпеки, досягнення фінансової автономії КНП, максимальна готовність до зовнішніх загроз та технологічна перевага.

Повне впровадження цифрової інтеграції та аудиту якості (забезпечення 100% коректності ЕМЗ), розвиток медичного туризму (залежно від рівня безпеки та економічної доцільності), утримання висококваліфікованих кадрів шляхом безперервного професійного розвитку, забезпечення повного циклу енерго та тепло автономії з мінімальною залежністю від централізованих мереж.

Кошти ПМГ (збільшення контрактів за рахунок підвищення якості та обсягів послуг), посилене місцеве співфінансування, залучення приватного капіталу, використання інструментів проєктного фінансування.

Для забезпечення системності та підвищення ефективності використання публічних ресурсів, реалізація стратегії повинна ґрунтуватися на трьох конкретних інструментах.

По-перше, це програмно-цільовий підхід. Це передбачає розробку низки регіональних цільових програм, що безпосередньо корелюються зі стратегічними пріоритетами. Кожна регіональна цільова програма повинна мати чітко визначені завдання, обсяги та джерела фінансування, конкретних відповідальних виконавців та індикатори результативності (KPI), що регламентується Бюджетним кодексом України [6]. Наприклад, можуть бути ініційовані програми: «Розвиток інфраструктури медичної реабілітації», «Програма забезпечення енергетичної автономії медичних закладів» або «Програма підтримки та заохочення вузькопрофільних спеціалістів». Це забезпечує прозорість розподілу бюджетних коштів та спрощує моніторинг прогресу.

По-друге, критичну роль відіграє державно-приватне партнерство. Це є ключовим інструментом для прискореного залучення приватного капіталу та управлінських компетенцій у сферу модернізації медичної інфраструктури та послуг, особливо на Фазі II [17]. Державно-приватне партнерство дозволяє

передати бізнесу створення діагностичних центрів, що відповідають європейським стандартам або управління немедичними сервісами харчування, прання, енергоменеджмент та можливе залучення приватних інвесторів до модернізації первинної ланки надання медичної допомоги у віддалених районах. Це знімає навантаження з бюджету лікарні та підвищує якість сервісу, дозволяючи директорам зосередитися саме на лікувальних процесах, а не на господарстві.

По-третє, це посилення ролі місцевого самоврядування: Успішна реалізація стратегії неможлива без активного інституційного та фінансового залучення територіальних громад, повноваження яких закріплені в Законі «Про місцеве самоврядування» [19]. Органи місцевого самоврядування повинні виконувати функції не лише співфінансування, але й інституційного контролю за якістю та доступністю послуг у межах своєї території.

Ключовим аспектом є виділення цільових коштів на капітальні видатки, оплату комунальних послуг та реалізацію програм соціального захисту медичних працівників (фінансування житлових програм, муніципальних надбавок).

Покладання відповідальності на ОМС за забезпечення належної якості надання первинної медичної допомоги, а також за розвиток мережі сімейних лікарів та фахівців у сільській місцевості. Та створення регіональної координаційної ради з питань охорони здоров'я, що включає представників обласної адміністрації, Департаменту, органу місцевого самоврядування та директорів КНП. Ця рада має стати ключовим майданчиком для забезпечення синхронізації дій, вирішення конфліктів та оптимізації розподілу дефіцитних ресурсів.

Для забезпечення об'єктивності та підзвітності процесу реалізації стратегії необхідно впровадити ефективну систему моніторингу та оцінки.

Визначення кількісних та якісних показників для кожної фази та регіональної цільової програми, що включають: відсоток відновленої інфраструктури, кількість залучених вузькопрофільних фахівців, рівень

енергетичної автономності, показники фінансової стійкості КНП та динаміку клінічних результатів.

Проведення незалежного фінансового та операційного аудиту використання коштів (особливо міжнародної допомоги) та дотримання стандартів якості.

Та впровадження обов'язкової щоквартальної публічної звітності про хід реалізації стратегії для забезпечення прозорості та підзвітності перед громадою та донорами.

3.2. Фінансове забезпечення, моніторинг та план реалізації стратегії

Ефективна імплементація регіональної стратегії відновлення та розвитку системи охорони здоров'я обумовлюється наявністю стійкої та мультиджерельної фінансової моделі.

Фінансова стратегія базується на диверсифікації джерел надходжень, що дозволяє мінімізувати залежність системи від монофінансового каналу та підвищити її резильєнтність до криз, таких як військова агресія, макроекономічна нестабільність та інфляційні процеси.

Основні принципи, що регулюють фінансові операції це звітність, пріоритетне спрямування інвестицій та співфінансування.

Використання публічних та донорських коштів має здійснюватися в режимі повної підзвітності із застосуванням систем електронного моніторингу закупівель (ProZorro) [21] та обов'язковим регулярним зовнішнім і внутрішнім аудитом. Це забезпечує легітимність використання ресурсів та відповідність інституційним вимогам національних регуляторів та міжнародних партнерів.

Пріоритетне спрямування інвестицій на відновлення критично важливої інфраструктури та модернізацію обладнання, що безпосередньо корелює з підвищенням якості клінічних результатів. При цьому обов'язковою умовою є застосування стандартів енергоефективності, інклюзивності та довгострокової експлуатаційної стійкості [39].

Запровадження обов'язкового місцевого співфінансування стратегічних програм (РЦП), що стимулює інституційну відповідальність територіальних громад за функціональний стан медичної інфраструктури на своїй території та забезпечує стабільність фінансування видатків, які не покриваються Програмою медичних гарантій [6].

Фінансове забезпечення стратегії передбачає консолідацію п'яти ключових каналів, кожен з яких відіграє специфічну роль у реалізації окремих фаз стратегічного плану:

Програма медичних гарантій (ПМГ/НСЗУ) є основним та найбільш стабільним джерелом покриття операційних витрат комунальних некомерційних підприємств. До них відносяться оплата праці, медикаменти, витратні матеріали та комунальні послуги в межах тарифних нормативів. Стратегія передбачає інтенсифікацію збільшення обсягу контрактів із НСЗУ через підвищення якості, розширення спектру високоспеціалізованих послуг та імплементацію нових пакетів, зокрема реабілітаційних [16].

Державний бюджет та фонд ліквідації наслідків збройної агресії використовуються як першочергове джерело фінансування масштабних проєктів капітального відновлення, реконструкції та реалізації концепції «Відбудувати краще, ніж було» на Фазах I та II. Кошти фонду є цільовими та підлягають жорсткому контролю щодо їхньої цільової спрямованості виключно на об'єкти, що зазнали прямого пошкодження [15].

Місцеві бюджети є основою фінансування нетарифних витрат, що включають: покриття дефіциту комунальних послуг, місцеві програми стимулювання кадрів закупівля немедичного обладнання та співфінансування капітальних видатків. Критична роль органів місцевого самоврядування полягає у забезпеченні автономності (резервні генератори, системи очищення води) та посиленні інженерно-технічної безпеки закладів.

Прямі грантові інвестиції від міжнародних фінансових організацій (МФО, наприклад, ЄІБ, Світовий банк), урядів-партнерів та гуманітарних фондів, переважно спрямовуються на високотехнологічну модернізацію,

закупівлю дороговартісного обладнання (наприклад, лінійні прискорювачі, апарати МРТ) та інтеграцію пілотних проєктів з психологічної та фізичної реабілітації, де локальне фінансування може бути недостатнім [2].

Необхідність залучення зовнішнього фінансування підтверджується оцінками Світового банку у звіті RDNA3 (2024). Експерти констатують, що сукупні потреби на відновлення української системи охорони здоров'я на наступне десятиліття оцінюються у колосальну суму — 14,2 млрд доларів США. При цьому, лише на нагальні потреби 2024 року (так званий пріоритет швидкого відновлення) необхідно 888 млн доларів. Очевидно, що покриття такого дефіциту неможливе виключно коштом державного чи місцевих бюджетів, що робить грантовий менеджмент ключовою компетенцією для керівників закладів охорони здоров'я регіонального рівня. [2]

Залучення приватних інвестицій через механізми державно-приватного партнерства для розвитку немедичних та високорентабельних діагностичних послуг [17]. Цей механізм дозволяє оптимізувати операційну діяльність КНП, вивільняючи публічні ресурси для основної клінічної діяльності.

Ресурсний план охоплює три фундаментальні компоненти: інфраструктуру, технології та персонал, із чітким розмежуванням за фазами та джерелами фінансування.

Інфраструктурний компонент можна поділити на умовні три фази.

На етапі Фази I (Стабілізація), фінансовий фокус зосереджено на виживанні та відновленні. Основна частка ресурсів (переважно донорських та з резервних фондів) спрямовується на аварійні ремонти покрівель, закриття теплового контуру та створення енергетичних островів. Очікуваний ефект тут вимірюється не прибутком, а індексом безпеки та відновленням базової функціональності.

Перехід до Фази II (Модернізація) змінює структуру витрат. Тут вмикаються механізми капітальної реконструкції за рахунок державного Фонду та кредитів МФО. Пріоритетом стає термомодернізація (що дозволить у майбутньому економити на опаленні) та закупівля важкого діагностичного

обладнання. Важливо, що на цьому етапі до гри долучається приватний капітал через механізми ДПП, беручи на себе частину витрат на створення діагностичних центрів.

Фаза III характеризується чіткою стабілізацією сталості і ефективності виконання основної роботи, а саме надання медичної послуги населенню. Забезпечення інвентарних резервів та комплектація підвальних приміщень. На цьому етапі проводяться останні завершуючі роботи по підготовці інфраструктури до внутрішніх та зовнішніх криз.

Найскладнішим викликом є фінансування кадрового потенціалу. Основне покриття операційних витрат забезпечується ПМГ. Регіональна стратегія фокусується на розробці стимулюючих програм та забезпеченні фінансової стійкості КНП через локальні механізми підтримки. Стандартних тарифів НСЗУ часто недостатньо для утримання висококласного хірурга чи реабілітолога у прифронтовому місті. Тому стратегія передбачає створення регіонального фонду стимулювання. Це означає, що місцеві бюджети беруть на себе фінансування муніципальних надбавок та житлових програм. Ми розглядаємо ці витрати не як "соціальну допомогу", а як інвестицію: надання службової квартири анестезіологу коштує дешевше, ніж транспортування пацієнтів в іншу область через відсутність лікаря.

Окремим рядком бюджету є фінансування безперервного професійного розвитку. Виділення цільових коштів із регіонального бюджету або донорської допомоги на підвищення кваліфікації медичного персоналу відповідно до міжнародних протоколів (особливо у сфері військово-польової травматології, менеджменту політравм та психічного здоров'я). Ключовим елементом є покриття витрат на обов'язкові курси безперервного професійного розвитку (БПР), що сприяє утриманню кваліфікованого персоналу та підвищенню якості клінічних послуг [55].

Реалізація стратегії в умовах військової агресії та економічної нестабільності асоціюється зі значними ризиками, що вимагають активного та превентивного управління. Будь-який фінансовий план в умовах війни є

вразливим. Аналіз ситуації дозволяє виділити чотири ключові загрози та розробити превентивні механізми їх нейтралізації.

По-перше, існує ризик дефіциту ліквідності (касові розриви). Затримки у надходженні державних коштів можуть зупинити критичні будови. Відповіддю на це є створення Резервного фонду відновлення при ОВА та суворе пріоритезування: у разі браку коштів фінансуються лише об'єкти життєзабезпечення (Фаза I), тоді як проекти розвитку ставляться на паузу.

Резервні фонди Відновлення при Обласній військовій адміністрації, що формуються з незапланованих доходів та залишкових коштів міжнародної допомоги, для оперативного покриття дефіциту та уникнення зупинки критично важливих будівельних робіт [57].

По-друге, небезпечною є пастка донорської залежності. Поступовий перехід від прямого грантового фінансування на Фазі I до використання механізмів МФО (кредити під державні гарантії, що потребують подальшого обслуговування до самоокупності через енергоефективність та платні послуги) та активного залучення приватного капіталу (ДПП) на Фазах II та III. Це забезпечує довгострокову інвестиційну стійкість. Формалізація міжмуніципальних угод про співфінансування між ОМС та департаментом охорони здоров'я із гарантованим місцевим внеском у стратегічні програми, що демонструє внутрішню інституційну спроможність.

По-третє, інфляційний та валютний тиск. Прив'язка бюджету проектів, що фінансуються з національних джерел, до індексу цін виробників у будівництві або регулярний перегляд кошторисів відповідно до офіційних індексів інфляції (щоквартально або раз на півроку). Головним інструментом буде використання міжнародної допомоги для закупівлі імпортного обладнання та забезпечення максимальної локалізації ремонтних та будівельних робіт для стимулювання місцевої економіки та уникнення коливань імпортової вартості.

Нарешті, безпековий ризик вимагає специфічних фінансових інструментів. Інвестиційне страхування ключових об'єктів інфраструктури від

військових ризиків [23]. Створення мобільних медичних бригад та пересувних амбулаторій для забезпечення безперебійності надання первинної допомоги в умовах неможливості медичного обслуговування населення. Створення регіонального матеріального резерву медикаментів та паливно-мастильних матеріалів на строк до шести місяців, який зберігається на децентралізованих захищених складах.

Втім, навіть наявність розгалуженої ресурсної бази та планів реагування на ризики не є гарантією успіху. В умовах війни, коли кожна гривня — це чийсь донат або податок, ціна управлінської помилки стає критичною. Міжнародні донори та держава готові інвестувати у відновлення лише за умови абсолютної довіри, яка базується не на обіцянках, а на верифікованих даних. Фінансова модель стає життєздатною лише тоді, коли вона підкріплена жорсткою архітектурою контролю.

Саме тому Система моніторингу, оцінки та звітності (СМО) інтегрується у стратегію не як формальний бюрократичний додаток, а як головний інструмент забезпечення інституційної підзвітності. Її першочерговим завданням є забезпечення інституційної підзвітності, прозорості використання фінансових та матеріальних ресурсів, а також своєчасна ідентифікація оперативних та стратегічних відхилень для застосування превентивних і коригувальних заходів. Ця система функціонує на засадах чітко визначених кількісних та якісних показників, що відображають динаміку прогресу у досягненні цільових індикаторів стратегії та забезпечують її динамічну адаптацію до змінних операційних умов.

Ефективність реалізації стратегії підлягає оцінці за допомогою ієрархічної структури індикаторів, класифікованих відповідно до міжнародних методологій за рівнями впливу: Вхідні (Input), Процесні (Process), Вихідні (Output) та Результативні (Outcome) [1]. Подібна класифікація уможливорює не лише констатацію факту досягнення кінцевого результату, але й простеження емпіричного причинно-наслідкового зв'язку

між інвестиційними інтервенціями та фінальним впливом на функціональну спроможність системи.

На базовому рівні ми відстежуємо операційну діяльність. Це "пульс" системи, який вимірюється щомісяця. Сюди входять суто технічні, але критичні параметри: відсоток виконання будівельних робіт, рівень енергетичної автономності закладів (наявність генераторів і палива) та коефіцієнт заповнення вакансій вузьких спеціалістів. Якщо ми бачимо, що гроші виділені, а вакансії не заповнюються — це сигнал тривоги, який вимагає миттєвої реакції, а не очікування річного звіту.

На вищому рівні знаходяться індикатори впливу. Це вже оцінка того, як наші дії змінили життя людей. Тут ми аналізуємо не кількість куплених томографів, а «Індекс доступності допомоги» (час доїзду та наявність послуги) та клінічні результати — наприклад, відсоток пацієнтів, які успішно пройшли реабілітацію і повернулися до самостійного життя. Важливим маркером є також суб'єктивна оцінка: регулярні анонімні опитування пацієнтів та персоналу дозволяють виміряти соціальну температуру та рівень довіри до системи.

Надійність системи СМО гарантується постійним моніторингом та інтеграцією даних із захищених, а також зовнішньо та внутрішньо верифікованих джерел.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) виступає основним джерелом клінічних, демографічних та фінансових (НСЗУ) показників [43]. Використовується не лише для автоматичного збору, але й для примусового контролю якості даних шляхом відстеження та блокування некоректних або неповних електронних медичних записів (ЕМЗ). Цей механізм забезпечує достовірність клінічної статистики, критично необхідної для об'єктивної оцінки результатів.

Другим компонентом є прозорість відбудови. Для цього впроваджується регіональний інвестиційний дашборд (РІД). Це спеціалізована програмна платформа (інтегрована з екосистемою DREAM), що акумулює інформацію

про виконання капітальних проєктів, фінансованих із Фонду ліквідації наслідків збройної агресії [58] та міжнародних джерел. РІД забезпечує візуалізацію прогресу, фінансового стану та географічного розподілу інвестицій у режимі реального часу, надаючи публічний доступ до ключових документів (кошториси, акти виконаних робіт). Управління РІД перебуває під юрисдикцією Департаменту економічного розвитку та Обласної військової адміністрації (ОВА) із обов'язковим залученням фахівців з кібербезпеки.

Проте цифри потребують перевірки. Тому система включає обов'язковий трирівневий аудит. Процедури зовнішнього та внутрішнього аудиту є обов'язковими для забезпечення надійності звітних показників та фінансової дисципліни.

Фінансовий аудит проводиться зовнішніми аудиторськими компаніями з міжнародною репутацією (для грантових коштів) або Державною аудиторською службою [51] на щорічній основі. Фокус – цільове використання коштів та відповідність закупівельних процедур чинному законодавству.

Технічний аудит здійснюється незалежними експертними групами для всебічної перевірки якості будівельних робіт та відповідності відновленої інфраструктури сучасним технічним стандартам (енергоефективність, інклюзивність).

Клінічний аудит проводиться раз на півроку комісією Департаменту та незалежними клінічними експертами для оцінки дотримання медичними закладами уніфікованих клінічних протоколів та стандартів надання допомоги.

Оцінка реалізації стратегії є циклічним процесом, який включає три основні процеси, що формують петлю зворотного зв'язку, необхідну для адаптивного та проактивного управління.

Періодичний огляд прогресу ініціюється Робочою групою з впровадження стратегії. Головний фокус направлено реагування на перешкоди, такі як затримка закупівель, кадрові дефіцити або збої у

плановому фінансуванні. В результаті розробка оперативних коригувальних планів (наприклад, перерозподіл місцевих кадрів, активація резервного фонду ОВА) та прийняття рішень щодо необхідності внесення змін до поточних контрактних зобов'язань.

Середньострокова оцінка відбувається раз на 18 місяців. Проводиться Регіональною координаційною радою з питань охорони здоров'я із залученням представників ОМС та міжнародних партнерів. Здійснюється комплексний аналіз усіх КПЕ, включаючи Результативні індикатори. Основна ціль, це оцінка ефективності стратегічних інтервенцій, зокрема, визначення, чи відповідають очікувані результати (наприклад, підвищення доступності послуг після кластеризації) фактичним показникам.

В результаті можливе внесення суттєвих змін до стратегічних пріоритетів, перегляд регіональних цільових програм або реконфігурація механізмів співпраці з ключовими донорами.

Завершується цикл фінальною оцінкою незалежним оцінювачем. Визначається ступінь досягнення кінцевої мети стратегії та її довгостроковий кумулятивний вплив на стан здоров'я населення регіону. Відбувається формування підсумкового звіту для Кабінету Міністрів України та міжнародних партнерів; розробка рекомендацій для наступного етапу регіонального планування, включаючи ідентифікацію найкращих практик для подальшого масштабування.

Звітність є ключовим елементом системи підзвітності та розподіляється між різними організаціями відповідно до їхніх інформаційних потреб, повноважень та вимог до транспарентності.

Оперативний звіт (Щомісячно) призначений для внутрішнього користування Департаментом охорони здоров'я та Обласною військовою адміністрацією. Містить детальні, потенційно чутливі дані про поточне використання коштів, хід будівельних робіт та оперативні ризики. Передається захищеними електронними каналами комунікації із дотриманням протоколів конфіденційності.

Публічний звіт (Щоквартально) розміщується на офіційних інформаційних ресурсах ОВА (Регіональний Інвестиційний Дашборд). Фокусується на вихідних індикаторах, прогресі у відновленні об'єктів та ключових клінічних результатах. Його мета – забезпечення максимальної прозорості для громадянського суспільства та підвищення публічної довіри відповідно до політики відкритих даних [54]. Особливий акцент робиться на публікації звітів про використання донорських коштів та місцевого співфінансування.

Звіт для партнерів та уряду (Раз на півроку/За вимогою) надається Міністерству охорони здоров'я, фонду ліквідації наслідків збройної агресії та міжнародним донорам. Цей звіт включає комплексний аналіз КПЕ, оцінку фінансових ризиків, а також деталізовані пропозиції щодо необхідності подальшої фінансової та технічної підтримки із прогнозуванням потреб на наступний період. Структура звіту відповідає міжнародним стандартам фінансової та проектної звітності.

3.3. Управління ризиками та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я

Управління ризиками визначено як фундаментальну складову архітектури стратегічного менеджменту, особливо актуальну в умовах постконфліктного відновлення та підвищеної зовнішньої невизначеності. Основною метою цього процесу є систематична ідентифікація, об'єктивна оцінка та розробка превентивних заходів, спрямованих на мінімізацію ймовірності та потенційного впливу загроз. Успішна реалізація цих заходів є критичною для запобігання зриву реалізації стратегічних цілей, порушення безперервності надання медичних послуг та втрати інвестиційного капіталу. Даний розділ містить деталізацію методології управління ризиками та опис реалізаційних механізмів підвищення інституційної спроможності як необхідних умов для сталої реалізації стратегії.

Пропоную відійти від лінійного сприйняття ризиків на користь циклічної моделі, інтегрованої в загальну систему моніторингу. Вона передбачає регулярне застосування як кількісних, так і якісних методів оцінки з метою підтримання актуалізованого реєстру ризиків на системному рівні. Методологічна основа базується на міжнародних стандартах, впроваджених в українське законодавство та адаптована з урахуванням специфіки регіону, який характеризується високим безпековим ризиком.

Процес розпочинається з глибинної ідентифікації, яка не обмежується кабінетним аналізом. Здійснюється систематичний збір інформації про потенційні внутрішні та зовнішні загрози через консультації із ключовими зацікавленими сторонами (Обласна військова адміністрація, Департамент, ОМС, міжнародні партнери) та ретельний аналіз історичних прецедентів. Цей етап обов'язково включає проведення SWOT-аналізу на рівні кожного кластерного закладу для виявлення його унікальних вразливостей та загроз, а також постійний аналіз зовнішнього середовища (економічна та геополітичні чинники).

Виконується визначення ймовірності настання ризику та його потенційного впливу на функціональну спроможність системи. Результати оцінки підлягають відображенню у матриці ризиків, де ризики, класифіковані як критичні, отримують найвищий пріоритет для негайного реагування. Цей інструментарій забезпечує обґрунтовану пріоритезацію обмежених ресурсів на пом'якшення найбільш критичних загроз.

Реагування включає розробку та імплементацію конкретних заходів, спрямованих на зниження ймовірності настання ризику або пом'якшення його негативних наслідків. Застосовувані стратегії можуть бути класифіковані як: уникнення (зміна архітектури або плану проекту), перенесення (використання механізмів страхування), зниження (заходи СООР) або прийняття (застосовується виключно для ризиків з низьким рівнем впливу).

Моніторинг передбачає постійне відстеження поточного статусу ризиків, об'єктивну оцінку ефективності застосованих заходів та

ідентифікацію нових загроз. Результати моніторингу підлягають регулярному перегляду Робочою групою для внесення необхідних коректив до Реєстру та коригування плану реагування. Актуалізація реєстру здійснюється на щомісячній основі, а повний перегляд матриці ризиків — щоквартально.

Аналіз середовища дозволяє виокремити чотири групи критичних викликів, які вимагають негайної стратегічної відповіді.

Безпековий та інфраструктурний периметр. Найбільш деструктивним залишається фактор прямого фізичного впливу. Повторення обстрілів чи атаки на критичну інфраструктуру вимагають переходу до тактики децентралізації. Це означає готовність до миттєвого розгортання мобільних бригад та переміщення дороговартісного обладнання. Ключовим елементом захисту інвестицій стає страхування від воєнних ризиків [23], що є необхідною умовою для залучення приватного капіталу в будівництво.

Економічна турбулентність. На фінансовому фронті головною загрозою є "втома донорів" та інфляційний тиск, що здатні зупинити капітальні проекти посеред будівництва. Відповіддю на це є політика фінансової диверсифікації: активне залучення механізмів державно-приватного партнерства (ДПП) [17] та створення буферних фінансових резервів на рівні ОВА. Кожен великий проект підлягає жорсткій процедурі з прив'язкою кошторисів до реальних ринкових цін.

Криза людського капіталу. Можливо, найвразливішим активом системи є люди. Ризик полягає не лише у фізичній міграції кадрів, а й у феномені глибокого професійного вигорання, яке знижує якість лікування до критичного рівня. Стратегія мінімізації тут базується на "економіці турботи": окрім фінансових стимулів (житло, надбавки), запроваджуються обов'язкові програми психологічної ротації та рекреації для персоналу, що працює з бойовою травмою.

Операційна вразливість. Збої в ланцюгах постачання нівелюються створенням стратегічних запасів. Регіон має сформувати недоторканий запас

ліків та палива на 3–6 місяців автономної роботи [59], а також забезпечити дублювання логістичних маршрутів через альтернативних постачальників.

Резильєнтність, або життєстійкість системи, базується на принципі надлишковості критичних функцій. Ми виходимо з найгіршого сценарію: повної ізоляції закладу.

Усі об'єкти кластерного та надкластерного рівнів підлягають обов'язковому забезпеченню автономними джерелами енергопостачання (дизельні/газові генератори, системи сонячних панелей) та резервним водопостачанням (власні свердловини, модульні системи очищення води) з розрахунку на мінімум 72 години повної ізоляції [50]. Встановлення паливних баків повинно гарантувати безперервну роботу критичних систем (операційні, реанімації) протягом цього періоду.

Також, всі критичні дані (Електронна система охорони здоров'я, фінансова звітність, Реєстр ризиків) підлягають обов'язковому щоденному резервному копіюванню на географічно розподілені хмарні сервери, розташовані за межами регіону або за кордоном, згідно з протоколами кібербезпеки та вимогами щодо захисту персональних даних [45]. Регулярно проводяться тестові відновлення даних для підтвердження цілісності та доступності інформації.

Актуальність цього напряму підтверджується дослідженнями Т. Поснової (2024), яка вказує, що цифрова трансформація під час війни перестала бути лише інструментом обліку і стала інструментом безпеки. Автор стверджує, що впровадження хмарних технологій для зберігання медичних даних (EMR) є єдиним способом зберегти історію хвороб пацієнтів у випадку фізичного знищення серверів лікарні внаслідок обстрілів. [40]

Розробляється чітко визначений та задокументований порядок дій та комунікаційних каналів (протокол дій у надзвичайних ситуаціях) для оперативного реагування на надзвичайні ситуації. Цей протокол передбачає негайне залучення обласної військової адміністрації, державної служби з надзвичайних ситуацій та сектору безпеки відповідно до кодексу цивільного

захисту [26]. Регулярно проводяться симуляційні навчання та тренінги для ключового персоналу з метою відпрацювання алгоритмів реагування.

Передбачається формування двох паралельних ланцюгів постачання для критично важливих медикаментів, обладнання та палива: основний (через національні хаби) та резервний (через міжнародних гуманітарних партнерів та спеціалізовані транспортні коридори). Зазначена стратегія мінімізує вплив потенційного блокування основних шляхів постачання.

Персональну відповідальність за функціонування системи управління ризиками, моніторинг та імплементацію планів мінімізації несе керівник департаменту охорони здоров'я. За кожною загрозою — від зникнення світла до відтоку хірургів — закріплюється конкретна посадова особа, яка персонально відповідає за реалізацію плану мінімізації. Звіт про статус критичних ризиків, включаючи об'єктивну оцінку ефективності вжитих заходів, є обов'язковим додатком до щоквартального звіту з моніторингу. Регіональна координаційна рада щонайменше раз на рік ініціює проведення зовнішнього аудиту ефективності системи управління ризиками, залучаючи незалежних експертів для оцінки якості застосованих заходів та їхньої відповідності міжнародним практикам. Результати аудиту є обов'язковою підставою для офіційного коригування методології.

Висновок

Запропонована архітектура управління розвитком медичної галузі регіону знаменує перехід від ситуативного реагування на виклики війни до системної побудови стійкої системи охорони здоров'я. Розроблена стратегія базується на принципах фазованого відновлення, де кожен етап — від аварійної стабілізації до високотехнологічної модернізації — забезпечено відповідними інституційними та фінансовими інструментами.

Ключовим досягненням запропонованої моделі є відмова від формального адміністративного поділу на користь функціональної кластеризації. Концентрація ресурсів у спроможних мережах дозволяє не лише оптимізувати бюджетні видатки, а й гарантувати пацієнту доступ до

високоспеціалізованої допомоги за принципом «золотої години», що є критичним в умовах зміненої структури захворюваності та травматизму. Водночас, впровадження мультиджерельної моделі фінансування, яка поєднує кошти НСЗУ, державного фонду відновлення, місцевих бюджетів та міжнародних донорів, створює необхідний запас міцності для реалізації капіталомістких проектів навіть в умовах фіскального дефіциту.

Важливим елементом стратегії є інтеграція механізмів управління ризиками безпосередньо в управлінську вертикаль. Перехід до філософії забезпечення безперервності діяльності гарантує, що заклади зможуть виконувати свої функції в автономному режимі навіть за сценаріїв критичного навантаження чи ізоляції. Ця стійкість підкріплюється прозорою системою моніторингу та звітності, яка перетворює довіру донорів та громади на стабільний інвестиційний ресурс.

У перспективі успіх реалізації окреслених планів залежатиме не стільки від обсягу інвестицій у стіни та обладнання, скільки від здатності регіону зберегти та розвинути людський капітал. Саме тому пріоритетом визначено впровадження агресивної мотиваційної політики та програм безперервного професійного розвитку. За умови неухильного дотримання розробленої дорожньої карти, регіон має потенціал не лише відновити втрачене, а й створити адаптивну, пацієнтоцентричну модель медицини, яка відповідатиме найкращим європейським практикам безпеки та якості.

ВИСНОВКИ

Представлена Стратегія розвитку та відновлення медичної системи регіону являє собою комплексний, багаторівневий та цілісний план, що ставить за мету не лише оперативну ліквідацію катастрофічних наслідків збройної агресії, але й системне якісне структурне перетворення системи охорони здоров'я. Метою є забезпечення відповідності цієї системи найкращим європейським стандартам якості медичної допомоги, доступності послуг та операційної ефективності. Ключовою парадигмою цього документа визнано перехід від суто реактивного управління кризовими ситуаціями до проактивного, інвестиційно-орієнтованого розвитку, сфокусованого на потребах пацієнта, забезпеченні клінічної досконалості та підвищенні інституційної стійкості.

Ключові досягнення та результати стратегічного планування:

- Реконфігурація мережі: Успішна оптимізація та кластеризація медичної мережі не обмежується адміністративним поділом, а є стратегічним переформатуванням, яке забезпечує гарантовану географічну доступність високоспеціалізованої медичної допомоги (третинний рівень) для населення. Паралельно цей підхід сприяє підвищенню ефективності використання обмежених бюджетних та інвестиційних ресурсів. Кластеризація також сприяє концентрації високотехнологічного обладнання та експертного персоналу у визначених хабах, що є критично важливим для забезпечення якісного лікування складних травм, політравми та довгострокової реабілітації.
- Інвестиційна привабливість: Завдяки чіткому визначенню пріоритетів, прозорій системі моніторингу та проектно-орієнтованому підходу, було створено необхідні та достатні інституційні передумови для суттєвого залучення міжнародного фінансування та приватних інвестицій. Зазначені кошти є критично важливими для капітального відновлення зруйнованих об'єктів та глибокої модернізації існуючої інфраструктури, що, своєю чергою, уможливорює створення новітніх реабілітаційних центрів та високоточних діагностичних потужностей.

- **Управлінська прозорість та підзвітність:** Впровадження системи Моніторингу та Оцінки, заснованої на чітких Ключових Показниках Ефективності рівня, а також регулярна публічна звітність (зокрема, через Регіональний Інвестиційний Дашборд) гарантують максимальну прозорість у використанні фінансових ресурсів та забезпечують об'єктивну оцінку досягнутого прогресу. Цей інструментарій є необхідною умовою для побудови стійкої довіри між усіма зацікавленими сторонами, включно з міжнародними донорами та громадянським суспільством.

- **Здатність до відновлення та безперервність діяльності:** Системна інтеграція механізмів управління ризиками, заснованих на Матриці Ризиків, та Планів Безперервності Діяльності (COOP) суттєво підвищує інституційну стійкість системи охорони здоров'я. Це охоплює забезпечення критичної автономності медичних закладів (резервне енерго-, водопостачання) на період до 72 годин та обов'язкове впровадження протоколів кібербезпеки для захисту медичних даних та інформаційних систем від зовнішніх загроз.

Подальша успішна реалізація Стратегії безпосередньо залежить від безперервної політичної волі, стійкої фінансової підтримки та консолідованих зусиль усіх рівнів влади, починаючи від Обласної військової адміністрації та завершуючи керівництвом комунальних некомерційних підприємств та органів місцевого самоврядування. Пріоритетним також є забезпечення активної участі громадянського суспільства та міжнародних партнерів у процесі контролю та фінансування.

Критичним елементом, який потребує посиленої уваги та системних інвестицій, залишається розвиток людського капіталу.

Необхідне системне фінансування для забезпечення відповідності кваліфікації медичного персоналу новим клінічним протоколам та міжнародним стандартам, особливо у сферах військово-польової медицини, сучасної фізичної та психологічної реабілітації, а також домедичної допомоги. Забезпечення доступу до міжнародних стажувань та освітніх платформ є обов'язковим.

Обов'язкова розробка та впровадження ефективних регіональних програм для утримання висококваліфікованих фахівців та залучення нових кадрів у дефіцитні спеціальності (анестезіологія, травматологія, психіатрія). Стимулювання має здійснюватися через механізми соціального та фінансового забезпечення (пільгова іпотека, регіональні надбавки, забезпечення службовим житлом).

Поглиблення інтеграції Електронної системи охорони здоров'я та розширення її функціоналу для підтримки прийняття клінічних та управлінських рішень. Це передбачає впровадження електронного документообігу, телемедичних платформ та аналітичних інструментів для прогнозування епідеміологічних ризиків.

Цей документ слугує надійною, аргументованою та верифікованою дорожньою картою. За умови неухильного та відповідального виконання визначених пріоритетів, він дозволить регіону не лише повністю відновити функціональність пошкодженої медичної інфраструктури, але й створити одну з найсучасніших, операційно ефективних та найбільш стійких систем охорони здоров'я в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Monitoring and Evaluation of Health Systems Strengthening. World Health Organization. 2009. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598553>
2. Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3) Ukraine. World Bank, Government of Ukraine, EU, UN. February 2024.
3. Ukraine: Rapid Damage and Needs Assessment. February 2022 - February 2023. The World Bank. URL: <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2024-02/UA%20RDNA3%20report%20EN.pdf>
4. Universal health coverage (UHC). World Health Organization. URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)
5. Аналітичні панелі (дашборди). Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>
6. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>
7. Васюк Н. О. Публічне управління системою охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: механізми адаптації. Аспекти публічного управління. 2023. Т. 11, № 2.
8. Відновлення Снігурівської лікарні на Миколаївщині. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/vidnovlennja-snigurivskoi-likarni-na-mikolaivschini>
9. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». Офіційний сайт. URL: <https://www.howareu.com>
10. Глухова В. І. Фінансова стійкість закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану: виклики та шляхи забезпечення. Економіка та суспільство. 2023. № 48
11. ДБН В.2.2-5:2023 «Захисні споруди цивільного захисту».
12. Закон України "Про затвердження Указу Президента України "Про введення воєнного стану в Україні"" від 24.02.2022 № 2102-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2102-20>

13. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
14. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20>
15. Закон України «Про Державний бюджет України на 2023 рік» (ст. 29) від 03.11.2022 № 2710-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2710-20>
16. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
17. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
18. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>
19. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр>
20. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
21. Закон України «Про публічні закупівлі» від 25.12.2015 № 922-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19>
22. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>
23. Закон України «Про фінансові механізми стимулювання експортної діяльності» (щодо страхування інвестицій від воєнних ризиків) від 20.12.2016 № 1792-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1792-19>

24. Карпа М. І. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах війни: проблеми та перспективи публічного управління. Публічне урядування. 2024. № 1 (38). С. 85–94
25. Книш П. В. Державне управління у сфері охорони здоров'я : навч. посіб. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2020. 184 с
26. Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 № 5403-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17>
27. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
28. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/koncepcija-reformi-finansuvannja-sistemi-ohoroni-zdorovja-ukraini>
29. Криничко Л.Р. Теорія та методологія державного управління в сфері охорони здоров'я, 2020
30. Лехан В.М., Рудий В.М. Системи охорони здоров'я: час змін. Україна 2015. Київ, 2015
31. Миколаївщина отримала 7 «швидких» від ВООЗ. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/3663678-mikolaivsina-otrimala-7-svidkih-vid-vooz.html>
32. Наказ МВС «Про затвердження Вимог з питань використання та обліку фонду захисних споруд цивільного захисту» від 09.07.2018 № 579. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0879-18>
33. Наказ МОЗ "Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я, які увійшли до спроможної мережі закладів охорони здоров'я Миколаївського госпітального округу" від 11.07.2023 № 1269. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-11072023-1269-pro-zatverdzhennya-pereliku-zakladiv-ohoroni-zdorovya-yaki-uviyshli-do-spromozhnoyi-merezhi-zakladiv-ohoroni-zdorovya-mikolayivskogo-gospitalnogo-okrugu>

34. Наказ МОЗ "Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я..." від 28.02.2020 № 586. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0235-20#Text>
35. Наказ МОЗ «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751» від 29.12.2016 № 1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17>
36. Наказ МОЗ «Про забезпечення функціонування галузі охорони здоров'я» від 04.03.2022 № 404. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0296-22>
37. Наказ МОЗ «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1886-12>
38. Наказ МОЗ «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23.02.2000 № 33. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0148-00>
39. План відновлення України. Матеріали робочої групи «Охорона здоров'я». Національна рада з відновлення України від наслідків війни. Липень 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf>
40. Поснова Т., Ігнатенко О. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я України: виклики воєнного часу. Економіка та держава. 2024. № 2. С. 54–59
41. Постанова КМУ "Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я" від 28.02.2023 № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п>
42. Постанова КМУ "Про виділення коштів з резервного фонду державного бюджету для здійснення заходів щодо забезпечення питною водою м. Миколаєва" від 03.05.2022 № 526. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/526-2022-п>

43. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п>
44. Постанова КМУ «Деякі питання забезпечення приватним акціонерним товариством «Українська фінансова житлова компанія» доступного іпотечного кредитування громадян України» від 02.08.2022 № 856. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2022-п>
45. Постанова КМУ «Деякі питання забезпечення функціонування інформаційно-комунікаційних систем, електронних комунікаційних систем, публічних електронних реєстрів в умовах воєнного стану» від 12.03.2022 № 263. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/263-2022-п>
46. Постанова КМУ «Деякі питання забезпечення функціонування медичного обладнання в закладах охорони здоров'я» від 07.02.2023 № 113. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/113-2023-п>
47. Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» від 29.12.2021 № 1266. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1266-2021-п>
48. Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» від 22.12.2023 № 1394. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-п>
49. Постанова КМУ «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 25.04.2018 № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п>
50. Постанова КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п>
51. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Державну аудиторську службу України» від 03.02.2016 № 43. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/43-2016-п>

52. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками» від 12.08.2015 № 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-п>
53. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>
54. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про набори даних, які підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних» від 21.10.2015 № 835. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/835-2015-п>
55. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» від 14.07.2021 № 725. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-п>
56. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15.07.1997 № 765. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-п>
57. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку використання коштів резервного фонду бюджету» від 29.03.2002 № 415. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/415-2002-п>
58. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку використання коштів фонду ліквідації наслідків збройної агресії» від 10.02.2023 № 118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/118-2023-п>
59. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку створення та використання матеріальних резервів для запобігання і ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій» від 30.09.2015 № 775. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/775-2015-п>
60. Постанова КМУ «Про порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 № 1094. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-п>

61. Постанова КМУ «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 № 1077. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-п>
62. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27.12.2017 № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п>
63. Птащенко О. В., Попова А. Ю. Особливості менеджменту закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Бізнес Інформ. 2023. № 5.
64. Публічне управління в сфері охорони здоров'я : колективна монографія / за заг. ред. М. М. Білинської. Київ : НАДУ, 2019. 396 с
65. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-п>
66. Стратегія розвитку Миколаївської області на період до 2027 року включно (актуалізована). Миколаївська обласна військова адміністрація. Миколаїв, 2024. 126 с
67. Стратегія розвитку Миколаївської області на період до 2027 року. Рішення Миколаївської обласної ради від 23.12.2020 № 4. URL: <https://mkoblrada.gov.ua/content/strategiya-rozvytku-mykolayivskoyi-oblasti-na-period-do-2027-roku.html>
68. У Миколаївській області пошкоджено понад 100 об'єктів медзакладів — ОВА. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/3697845-u-mikolaivskij-oblasti-poskodzeno-ponad-100-objektiv-medzakladiv-ova.html>
69. Указ Президента України "Про утворення військових адміністрацій" від 24.02.2022 № 68/2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/68/2022>