

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЛОМАКІН АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ

УДК 342.95:614.2](477):124.5](043)

ДИСЕРТАЦІЯ
АКСІОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО
МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В
УКРАЇНІ

28 Публічне управління та адміністрування

281 Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ А.М. Ломакін

Науковий керівник: ФАЛЬКОВСЬКИЙ Андрій Олександрович, кандидат юридичних наук, доцент

ОДЕСА-2025

АНОТАЦІЯ

Ломакін А.М. Аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Національний університет «Одеська політехніка» МОН України, Одеса, 2025.

Дисертацію присвячено дослідженню аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні.

У дисертації здійснено комплексне наукове дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні в умовах глибоких соціально-політичних, інституційних та гуманітарних трансформацій, спричинених зокрема війною, цифровізацією, реформуванням публічного управління і процесами європейської інтеграції. Формування сучасної моделі управління у сфері охорони здоров'я потребує не лише інституційного та технологічного оновлення, але й переосмислення її ціннісного фундаменту.

Наукове значення дослідження обумовлене необхідністю системного осмислення й концептуального оновлення публічної політики в медичній сфері на основі аксіологічного підходу. Право на охорону здоров'я, яке закріплене як у Конституції України, так і в низці міжнародних документів, має реалізовуватися не лише через формальні управлінські структури, а й через механізми, що інтегрують у свою основу цінності гідності, справедливості, соціальної рівності, солідарності та автономії особи.

Дисертаційне дослідження спрямоване на визначення, систематизацію та обґрунтування аксіологічних засад як фундаменту організаційно-правового механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я. Особлива увага приділяється структурним, функціональним, інституційним, нормативно-

правовим і ціннісним характеристикам механізму, а також пошуку ефективних шляхів його трансформації в умовах сучасних викликів. Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі формування та реалізації організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я з урахуванням аксіологічного виміру. Предмет дослідження – аксіологічні засади цього механізму в контексті забезпечення прав людини, гуманізації публічного управління, впровадження європейських стандартів і цифрових рішень.

У роботі визначено мету дослідження як обґрунтування теоретичних засад і формування практичних рекомендацій щодо вдосконалення аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні. Дисертація складається з трьох розділів, кожен із яких послідовно розкриває методологічну, структурно-функціональну та інноваційно-прогностичну складову дослідження, надаючи як теоретичну інтерпретацію проблематики, так і прикладні рекомендації щодо модернізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

У першому розділі дисертації зосереджено увагу на теоретико-методологічних аспектах дослідження аксіологічного підходу до публічного управління сферою охорони здоров'я. Обґрунтовано доцільність використання цілісної методологічного фундаменту, що поєднує системний, діалектичний, герменевтичний, інституціональний, порівняльний і прогностичний підходи. Такий міждисциплінарний підхід дозволив розглядати сферу охорони здоров'я не лише як об'єкт публічного управління, але й як соціальну систему, функціонування якої залежить від відповідності управлінських рішень базовим людським цінностям.

У межах цього розділу здійснено аналіз понятійно-категоріального апарату, що охоплює ключові дефініції: «аксіологічні засади», «організаційно-правовий механізм», «публічне управління у сфері охорони здоров'я», «ціннісна політика», «етичне врядування». Висвітлено процес становлення

аксіологічного підходу в науковому дискурсі, починаючи з гуманітарно-філософських інтерпретацій і завершуючи сучасними управлінськими парадигмами, що базуються на принципах прав людини, доброчесності, прозорості та солідарності.

Сформульовано авторське визначення аксіологічного підходу до організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я як концептуальної системи нормативних, інституційних, адміністративних та комунікативних рішень, що реалізуються з урахуванням базових суспільних цінностей, таких як гідність, рівність, доступність і справедливість. Уперше доведено, що ці цінності не є зовнішніми орієнтирами чи декларативними гаслами, а становлять внутрішній стрижень публічного управління, який визначає легітимність, ефективність і гуманітарну цінність ухвалених рішень.

У цьому ж розділі обґрунтовано, що без ціннісного підґрунтя жодна реформа медичної галузі не може бути повною і сталою. Показано, що аксіологічна компонента надає нормативному полю управління сенс і моральну легітимність, сприяє формуванню довіри населення до влади, підвищує якість послуг, а також закладає основи для сталого розвитку. Окремо підкреслено значення узгодженості аксіологічного підходу з європейськими принципами, що визначають охорону здоров'я як право, а не привілей, і як інструмент соціальної інтеграції, а не лише клінічного втручання.

У другому розділі дисертації досліджено структуру, функціональні зв'язки та аксіологічні основи організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні. Визначено, що сучасна система управління у медичній галузі характеризується багаторівневістю, розгалуженістю суб'єктного складу, нормативною фрагментарністю та недостатньою скоординованістю дій між центральними, регіональними та місцевими органами влади.

Розкрито аксіологічний потенціал основних моделей управління охороною здоров'я – державної, контрактної, ринкової, змішаної – і доведено,

що в умовах України найбільш ефективною є модель, яка поєднує елементи централізованого стратегічного планування, децентралізованого адміністрування та участі громадянського суспільства. Така модель дозволяє реалізувати баланс між національними інтересами, етичною легітимністю та ефективністю прийняття рішень.

Окрему увагу приділено проблематиці збереження людського капіталу як стратегічного ресурсу сталого розвитку держави. Обґрунтовано, що організаційно-правовий механізм управління охороною здоров'я має не лише гарантувати доступ до послуг, але й створювати умови для розвитку здорового, освіченого, працездатного населення – ключового індикатора життєздатності будь-якої держави. На цьому тлі визначено, що аксіологічна інтеграція у зміст регулювання сприяє посиленню уваги до профілактики, гуманізації медичних практик, соціальної справедливості в розподілі ресурсів.

Здійснено докладний аналіз нормативно-правового регулювання медичної сфери, виявлено відсутність єдиної системної аксіологічної концепції в правових актах. Обґрунтовано необхідність гармонізації законодавства із ціннісними стандартами Європейського Союзу, зокрема щодо гідності пацієнтів, участі у прийнятті рішень, прозорості адміністративних процедур і гарантій справедливого доступу до послуг. Звернено увагу на важливість врахування рішень Європейського суду з прав людини як джерела аксіологічної інтерпретації управлінських зобов'язань держави.

У межах аналізу суб'єктів управління визначено ключові ролі Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України, органів місцевого самоврядування, медичних установ, організацій, професійних асоціацій, а також нових цифрових акторів – платформ зворотного зв'язку, моніторингових сервісів і етичних комітетів. Підкреслено, що ефективність механізму значною мірою залежить від якості координації

між цими структурами, прозорості їхньої діяльності та здатності до спільної реалізації ціннісних орієнтирів у щоденній практиці управління.

Виявлено, що аксіологічні принципи – прозорість, підзвітність, доступність, гідність, участь – мають бути не лише проголошені, але й інституалізовані через конкретні механізми реалізації: публічні звіти, етичні кодекси, механізми звернення громадян, незалежні аудити та консультаційні ради при медичних установах.

Третій розділ дисертації присвячено дослідженню перспективних напрямів розвитку аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я в умовах цифрової трансформації, глобальних викликів і зростаючих очікувань суспільства щодо справедливості, відкритості та етичності медичної політики. Обґрунтовано, що подальше вдосконалення управлінських рішень у сфері охорони здоров'я в Україні має базуватися на інституційному впровадженні аксіологічних принципів у нормативну та управлінську практику.

У роботі окреслено стратегічні вектори модернізації механізму управління, які включають: по-перше, імплементацію європейських правових актів у національну правову систему з урахуванням аксіологічних орієнтирів (Європейська хартія прав пацієнтів, Директива 2011/24/ЄС, рішення ЄСПЛ); по-друге, розвиток інституційних механізмів, що гарантують реалізацію прав пацієнтів, включаючи цифрову звітність, інструменти публічного моніторингу, незалежний етичний нагляд; по-третє, посилення ролі освіти, професійної етики та управлінської компетентності.

У контексті цифрової трансформації доведено, що інструменти eHealth, smart-інфраструктура, системи штучного інтелекту, аналітика великих даних мають розглядатися не лише як технологічні інновації, а як простори реалізації базових цінностей у публічному управлінні. Автор наголошує, що запровадження цифрових рішень без аксіологічного супроводу несе ризики виникнення нових форм нерівності, цифрової дискримінації, втрати контролю

за персональними даними, відчуження пацієнтів від процесів прийняття рішень.

Проаналізовано сучасний стан нормативно-правової бази цифрової трансформації в медичній сфері та встановлено її фрагментарність, недостатню етичну спрямованість і слабку відповідність міжнародним стандартам. Запропоновано шляхи її вдосконалення з акцентом на забезпеченні інформованої згоди, права на відмову, прозорості алгоритмів, права на доступ до цифрових інструментів усіма категоріями населення.

На основі аналізу європейського досвіду управління охороною здоров'я сформульовано практичні рекомендації щодо адаптації успішних механізмів до українських реалій. Ідеться про створення національної етичної стратегії цифрового врядування у сфері охорони здоров'я, впровадження цифрових омбудсменів, індикаторів прозорості в управлінні, механізмів громадського аудиту, а також платформ для постійного зворотного зв'язку з пацієнтами.

У дисертації отримано низку нових наукових результатів, що становлять суттєвий внесок у розвиток теорії публічного управління медичною сферою в аксіологічному контексті. Вперше обґрунтовано цілісну концепцію аксіологічного підходу до організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я, що інтегрує філософсько-правові, нормативні, інституційні та управлінські компоненти. Доведено, що аксіологічні принципи – гідність, солідарність, рівність, прозорість, участь – не можуть бути факультативними чи декларативними, а повинні становити обов'язковий зміст нормативно-правових актів, управлінських процедур і систем публічного моніторингу.

Сформульовано авторське визначення аксіологічного підходу як інтегрованої системи правових, організаційних і етичних механізмів, які функціонують з метою реалізації публічного блага в умовах гуманітарних викликів і соціальних трансформацій. Удосконалено наукове розуміння організаційно-правового механізму як багаторівневої взаємодії суб'єктів

управління, в основі якої лежить ціннісна спрямованість політики охорони здоров'я. Подальшого розвитку набули ідеї гармонізації національного законодавства зі стандартами ЄС, з урахуванням не лише юридичних, а й аксіологічних аспектів інтеграції.

Практичне значення дослідження полягає у розробці рекомендацій щодо вдосконалення законодавчої бази, зокрема через інституалізацію етичних стандартів і створення механізмів відповідальності в цифровому середовищі. Запропоновано інструменти посилення прозорості та участі – етичні комітети, цифрові платформи зворотного зв'язку, публічні звіти та омбудсменські функції. Результати можуть бути використані в нормотворчій діяльності, при розробці освітніх програм для фахівців публічного управління та охорони здоров'я, а також у практиці оцінювання якості медичних послуг і реалізації прав пацієнтів.

Одержані положення дослідження були апробовані на низці міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференцій, зокрема в рамках дискусій щодо ефективності державної політики в умовах війни, цифрової трансформації та гуманітарної нестабільності. Основні результати оприлюднено в шести наукових статтях, з яких п'ять надруковано у фахових виданнях України, та одній – у міжнародному виданні за кордоном. Також чотири доповіді були включені до збірників матеріалів наукових конференцій, що підтверджує широкий науковий і практичний інтерес до теми.

Структурно дисертація складається зі вступу, трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У вступі визначено актуальність теми, сформульовано мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження, обґрунтовано методологію та наукову новизну. У першому розділі – розкрито методологічні та теоретичні підвалини, у другому – проаналізовано структуру і зміст механізму управління, у третьому – обґрунтовано перспективи розвитку на основі європейських стандартів, цифрових рішень і аксіологічної переорієнтації. Висновки підсумовують

основні результати дослідження та пропонують стратегічні напрями подальшої трансформації управління охороною здоров'я в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, аксіологічні засади, організаційно-правовий механізм, публічне управління, етика, гідність, прозорість, цифровізація, медичне право, права людини, управлінські рішення, нормативно-правове регулювання, Європейський Союз, координація, етична відповідальність.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Ломакін А.М. Організаційно-правові засади фінансування протезування: проблеми та перспективи // Публічне управління та адміністрування в Україні. №33, 2023. С. 86-90. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.33.15>.
2. Ломакін А.М. Забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг як чинник розвитку людського капіталу в Україні: управлінський аспект // Держава та регіони. №1, 2024. С. 68-74. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.11>
3. Ломакін А.М. Стратегія конвергенції діяльності ЄС у сфері політики охорони здоров'я та медичного права // Право та державне управління. №28. 2023. С. 190-196. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.1.26>
4. Ломакін А.М. Аксіологічні засади організаційно-правового механізму конвергенції діяльності ЄС у сфері політики охорони здоров'я // Публічне урядування №2. 2024. С. 41-46. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2\(39\)-5](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2(39)-5)

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

1. Ломакін А.М. Організаційно-правові засади доступу до медичних послуг належної якості в світлі рішень Європейського суду з прав людини // VĚDA A PERSPEKTIVY. 2023. С. 81-90. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-5\(36\)-81-90](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-5(36)-81-90)
2. А. О. Фальковський, А. М. Ломакін, Аксіо-нормативні основи публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні в світлі біоетичних декларацій юнеско / «Право та державне управління» № 3, 2024. С. 110-114. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.3.15>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Ломакін А.М. Організаційно-правове забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг як чинник розвитку людського капіталу в Україні // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Providing sustainability of public authority and administration systems in the conditions of special governance modes and recovery of Ukraine», 17 травня 2024 року. URL op.edu.ua/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf
2. Ломакін А.М. Право на медичну послугу // Всеукраїнська науково-практична конференція «Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України», 18 травня 2023 року. URL op.edu.ua/zabezpechennya_stiykosti_systemy_publichnoyi_vlady.pdf
3. Lomakin Andriy. Legal Regulation of Financing of the Medical Industry in Ukraine // Methods of solving complex problems in science. ISG conference. 2023. DOI <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.1.16>
4. Lomakin Andriy. Financial Mechanism of State Regulation of the Provision of Medical Services: The Experience of the State of Israel // Information activity as a component of science development. ISG conference. 2023. DOI <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.1.13>

ABSTRACT

Lomakin A.M. Axiological principles of the organizational and legal mechanism of healthcare management in Ukraine. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 281 “Public Management and Administration”. – National University “Odesa Polytechnic” of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Odesa, 2025.

The dissertation is devoted to the study of the axiological principles of the organizational and legal mechanism of healthcare management in Ukraine.

The dissertation presents a comprehensive academic study of the axiological principles of the organizational and legal mechanism for healthcare management in Ukraine amid profound socio-political, institutional, and humanitarian transformations caused by, inter alia, the war, digitalization, reform of public administration, and European integration processes. The formation of a modern healthcare management model requires not only institutional and technological renewal but also the rethinking of its value foundations.

The scientific relevance of the research lies in the necessity for systematic reflection and conceptual updating of public policy in the healthcare sector based on an axiological approach. The right to healthcare, enshrined both in the Constitution of Ukraine and in a number of international legal instruments, must be implemented not only through formal administrative structures but also through mechanisms that integrate core human values—dignity, justice, social equality, solidarity, and personal autonomy—into their operation.

The dissertation aims to define, systematize, and substantiate the axiological principles as the foundation of the organizational and legal mechanism of public governance in the healthcare field. Special attention is paid to the structural, functional, institutional, legal, and value characteristics of the mechanism, as well as to the search for effective paths of its transformation under modern conditions. The object of the study is the system of social relations that arise in the process of

forming and implementing the organizational and legal mechanism of healthcare management in Ukraine in its axiological dimension. The subject of the study is the axiological principles of this mechanism in the context of ensuring human rights, humanizing public administration, and incorporating European standards and digital tools.

The stated research goal is to substantiate the theoretical foundations and develop practical recommendations for improving the axiologically oriented organizational and legal mechanism of healthcare management in Ukraine. The dissertation consists of three chapters, each of which logically and consistently reveals the methodological, structural-functional, and innovation-oriented components of the research, providing both a theoretical interpretation of the problem and applied proposals for the modernization of public policy in the field of healthcare.

The first chapter of the dissertation focuses on the theoretical and methodological dimensions of the axiological approach to public healthcare management. It substantiates the relevance of a comprehensive methodological base that integrates systemic, dialectical, hermeneutic, institutional, comparative, and prognostic methods. This interdisciplinary approach enables the healthcare sector to be considered not only as an object of administrative regulation but also as a sensitive social system whose functionality depends on legitimacy, public trust, and the alignment of governance with fundamental human values.

Within this chapter, a thorough analysis of the conceptual and categorical apparatus is carried out, covering key definitions such as "axiological principles," "organizational and legal mechanism," "public healthcare governance," "value-based policy," and "ethical governance." The dissertation traces the development of the axiological approach in academic discourse, from philosophical and legal interpretations to contemporary governance paradigms based on human rights, integrity, transparency, and solidarity.

The author formulates a unique definition of the axiological approach to the organizational and legal mechanism of healthcare governance as a conceptual system of legal, institutional, administrative, and communicative decisions grounded in societal values—such as dignity, equality, accessibility, and fairness. It is demonstrated, for the first time, that these values are not merely declarative ideals but the internal core of public governance, defining the legitimacy, efficiency, and moral dimension of state decisions.

This chapter further argues that no healthcare reform can be sustainable or effective without a strong axiological foundation. The value component is shown to imbue legal regulation with normative meaning and moral legitimacy, foster public trust in governance, improve the quality of medical services, and lay the groundwork for sustainable societal development. Special emphasis is placed on the alignment of the axiological approach with European principles that define healthcare as a right—not a privilege—and as a tool for social cohesion, not merely clinical intervention.

The second chapter of the dissertation is devoted to examining the structure, functional interrelations, and axiological foundations of the organizational and legal mechanism for healthcare management in Ukraine. It identifies that the current system is characterized by multi-level governance, a dispersed network of actors, regulatory fragmentation, and insufficient coordination among national, regional, and local authorities.

The axiological potential of prevailing healthcare governance models—state-centric, contractual, market-based, and hybrid—is explored, and the study concludes that a model blending elements of centralized strategic planning, decentralized administration, and civic participation is most effective for Ukraine. This mixed model is argued to provide a viable balance between national interest, ethical legitimacy, and administrative efficiency.

Special emphasis is placed on the role of the healthcare system in preserving and developing human capital – a vital resource for Ukraine’s sustainable future.

The research demonstrates that the organizational and legal mechanism must go beyond service provision to actively support the creation of conditions that foster a healthy, educated, and productive population. In this context, axiological integration is presented as a catalyst for enhancing preventive care, humanizing medical practices, and promoting equitable resource distribution.

A comprehensive analysis of existing healthcare legislation reveals the lack of a unified axiological framework within regulatory documents. The dissertation stresses the importance of harmonizing national laws with European Union legal acts and value-based standards—particularly those enshrined in the EU Charter of Fundamental Rights and the European Charter of Patients’ Rights—prioritizing dignity, safety, participation, and fair access to medical services. Reference is also made to the case law of the European Court of Human Rights as a source of axiological interpretation in public healthcare obligations.

The study maps the ecosystem of governance actors, including the Ministry of Health, the National Health Service of Ukraine, local governments, healthcare institutions, civil society organizations, professional associations, and new digital stakeholders—such as feedback platforms, monitoring services, and ethics committees. The effectiveness of the governance mechanism is found to depend heavily on the quality of coordination between these entities, the transparency of their operations, and their capacity to implement value-driven policies in practice.

Furthermore, the dissertation identifies specific axiological principles—transparency, accountability, accessibility, dignity, and participation—that must not only be declared but institutionalized. This should be achieved through public reporting, ethical codes, citizen engagement tools, independent audits, and consultative bodies at medical institutions.

The third chapter of the dissertation addresses the future-oriented transformation of the organizational and legal mechanism for healthcare governance in Ukraine, with a focus on digitalization, humanitarian challenges, and the increasing societal demand for justice, openness, and ethical policy. The study

argues that the further development of governance in this field must rely on institutional mechanisms for implementing value-based principles across regulatory and administrative practices.

Strategic directions for modernization are outlined, including: (1) the implementation of European legal acts into the national framework with an emphasis on axiological alignment (such as the European Charter of Patients' Rights, Directive 2011/24/EU, and ECtHR case law); (2) the institutionalization of mechanisms to safeguard patient rights, including digital reporting systems, public monitoring tools, and independent ethical oversight; (3) the strengthening of value-based managerial education and professional ethics.

In the context of digital transformation, the dissertation highlights that eHealth technologies, smart infrastructure, artificial intelligence, and big data systems must be considered not merely as technological innovations, but as platforms for realizing fundamental values in public administration. The author underscores that without an axiological framework, digital tools may introduce new risks—such as digital exclusion, algorithmic discrimination, breaches of data privacy, and a growing disconnect between healthcare providers and patients.

The analysis of the current regulatory and legal support for digitalization in healthcare reveals systemic fragmentation, insufficient ethical oversight, and limited compliance with international human rights standards. The study proposes pathways for improvement that prioritize informed consent, the right to opt out, algorithmic transparency, and equitable access to digital healthcare for all population groups.

Drawing on European experience, the dissertation formulates practical recommendations for adapting successful governance mechanisms to Ukrainian realities. These include the development of a national ethical strategy for digital healthcare governance, the introduction of digital ombudsmen, public accountability tools, transparency indicators, and mechanisms for regular citizen feedback.

The dissertation produces a set of original scientific results that make a substantial contribution to the theory and practice of public healthcare governance

from an axiological perspective. For the first time, a comprehensive concept of the axiological approach to the organizational and legal mechanism of healthcare management is substantiated, integrating philosophical-legal, regulatory, institutional, and managerial dimensions. It is demonstrated that core axiological principles—dignity, solidarity, justice, transparency, participation—should not be viewed as secondary or declarative elements, but as integral to the content of legal acts, management procedures, and public monitoring systems.

A unique definition of the axiological approach is formulated, describing it as an integrated system of legal, organizational, and ethical instruments aimed at delivering public value in the face of humanitarian challenges and societal transformations. The dissertation refines the scientific understanding of the governance mechanism as a multilayered interaction among diverse actors, with axiological orientation serving as a determinant of legitimacy, effectiveness, and long-term sustainability. The study advances the harmonization of Ukrainian legislation with EU standards, not only in legal terms, but in axiological substance.

The practical significance of the research lies in the development of specific recommendations for reforming the legal framework by institutionalizing ethical standards and introducing accountability mechanisms in digital governance. Tools are proposed to enhance transparency and participation—such as ethical committees, digital feedback platforms, public reports, and ombudsman functions. The results can be used in legislative drafting, administrative reform, the development of educational programs for public administrators and healthcare professionals, as well as in assessing the quality of medical services and protecting patients' rights.

The main findings of the dissertation have been tested and validated through participation in a number of international and national academic conferences, especially in the context of discussions on wartime governance, digital modernization, and humanitarian resilience. The research results are reflected in six scholarly articles, five of which are published in professional journals listed by the Ministry of Education and Science of Ukraine, and one in an international academic

publication. Additionally, four abstracts were published in conference proceedings, confirming the relevance and scholarly interest in the topic.

Structurally, the dissertation includes an introduction, three chapters, nine subsections, conclusions, a bibliography, and appendices. The introduction outlines the research relevance, goal, objectives, subject and object, methodology, and novelty. Chapter One covers methodological and theoretical foundations; Chapter Two analyzes the structure and operation of the governance mechanism; Chapter Three explores future directions for reform based on European standards, digital tools, and axiological reorientation. The conclusions summarize the core findings and propose strategic directions for transforming the healthcare governance model in Ukraine.

Keywords: healthcare, axiological principles, organizational and legal mechanism, public administration, ethics, dignity, transparency, digitalization, medical law, human rights, management decisions, regulatory and legal regulation, European Union, coordination, ethical responsibility.

LIST OF PUBLISHED PAPERS ON THE TOPICS OF THE DISSERTATION

Scientific works in which the main results of the dissertation are published:

1. Lomakin A.M. Organizational and Legal Foundations of Prosthetics Financing: Problems and Prospects // Public Administration and Administration in Ukraine. No. 33, 2023. P. 86–90. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.33.15>
2. Lomakin A.M. Ensuring Accessibility and Timeliness of Medical Services as a Factor in the Development of Human Capital in Ukraine: Managerial Aspect // State and Regions. No. 1, 2024. P. 68–74. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.11>
3. Lomakin A.M. Strategy for the Convergence of EU Activities in Health Policy and Medical Law // Law and Public Administration. No. 28, 2023. P. 190–196. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.1.26>
4. Lomakin A.M. Axiological Foundations of the Organizational and Legal Mechanism for the Convergence of EU Activities in Health Policy // Public Governance. No. 2, 2024. P. 41–46. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2\(39\)-5](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2(39)-5)

Scientific works that additionally reflect the results of the dissertation:

1. Lomakin A.M. Organizational and Legal Foundations for Access to Quality Medical Services in the Light of the European Court of Human Rights' Decisions // VĚDA A PERSPEKTIVY. 2023. P. 81–90. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-5\(36\)-81-90](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-5(36)-81-90)
2. Falkovskyi A.O., Lomakin A.M. Axio-Normative Foundations of Public Administration in the Healthcare Sector of Ukraine in the Light of UNESCO Bioethics Declarations // Law and Public Administration. No. 3, 2024. P. 110–114. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.3.15>

Scientific works that confirm the approval of the dissertation materials:

1. Lomakin A.M. Organizational and legal provision of accessibility and timeliness of medical services as a factor in the development of human capital in Ukraine // Materials of the international scientific and practical conference "Providing sustainability of public authority and administration systems in the conditions of special governance modes and recovery of Ukraine", May 17, 2024. URL op.edu.ua/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf
2. Lomakin A.M. The right to medical services // All-Ukrainian scientific and practical conference "Ensuring the sustainability of the public authority and administration system in the conditions of martial law and the recovery of Ukraine", May 18, 2023. URL op.edu.ua/zabezpechennya_stiykosti_systemy_publichnoyi_vlady.pdf
3. Lomakin Andriy. Legal Regulation of Financing of the Medical Industry in Ukraine // Methods of solving complex problems in science. ISG conference. 2023. DOI <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.1.16>
4. Lomakin Andriy. Financial Mechanism of State Regulation of the Provision of Medical Services: The Experience of the State of Israel // Information activity as a component of scientific development. ISG conference. 2023. DOI <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.1.13>

ЗМІСТ

ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ АКСІОЛОГІЧНИХ ЗАСАД ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	37
1.1. Методологічні підходи в дослідженні аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні.....	37
1.2. Понятійно-категоріальний апарат дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні	52
1.3. Сучасний стан дослідження моделі управління сферою охорони здоров'я в Україні.....	69
Висновки до розділу 1.....	85
РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ЦІННІСНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	91
2.1. Основні моделі управління сферою охорони здоров'я: аксіологічний вимір	91
2.2. Структура та аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я України в світлі збереження людського капіталу України	108
2.3. Організаційно-правовий механізм забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг в Україні	120
Висновки до розділу 2.....	149
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В АКСІОЛОГІЧНОМУ КОНТЕКСТІ.....	155

3.1. Адаптація європейських стандартів до національного законодавства у сфері охорони здоров'я: аксіологічний вимір.....	155
3.2. Інституційні механізми реалізації аксіологічних принципів управління у сфері охорони здоров'я.....	170
3.3. Інноваційні підходи та цифрова трансформація в удосконаленні управління охороною здоров'я та реалізації аксіологічних принципів.....	184
Висновки до розділу 3.....	209
ВИСНОВКИ.....	215
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	226
ДОДАТКИ.....	248

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я людини визнається однією з основних соціальних і правових цінностей демократичного суспільства. Забезпечення права на охорону здоров'я є не лише конституційним обов'язком держави, а й ключовим чинником стабільності, безпеки та сталого розвитку. Охорона здоров'я охоплює всі аспекти життєдіяльності особи: від доступу до медичних послуг до формування умов гідного існування, і в сучасному правовому полі постає як міждисциплінарна сфера, в якій зосереджуються зусилля правової, адміністративної, соціальної та етичної політики держави. Відтак формування ефективного організаційно-правового механізму управління цією сферою є стратегічним завданням публічного управління.

Актуальність дослідження зростає в умовах широкомасштабного вторгнення російської федерації в Україну, яке супроводжується системною руйнацією медичної інфраструктури, порушенням доступу до медичної допомоги, втратою кадрового потенціалу, дефіцитом ліків та ресурсів, а також порушенням основоположних прав людини, серед яких – право на життя, на охорону здоров'я, на безпечне середовище. Екстремальні умови війни загострюють потребу в ефективному функціонуванні системи охорони здоров'я, що здатна не лише реагувати на загрози, а й залишатися гуманістичною, правовою та ціннісно орієнтованою.

Водночас сучасна модель управління охороною здоров'я в Україні демонструє ознаки функціонального виснаження, нормативної фрагментарності та інституційної неузгодженості. В умовах постійного реформування зберігається брак цілісної аксіологічної концепції, яка б слугувала основою для розробки нормативних актів, організаційних моделей, фінансових механізмів і цифрових рішень. Відсутність ціннісної інтеграції в управлінські процеси призводить до зниження ефективності політики охорони

здоров'я, фрагментації відповідальності між суб'єктами управління та зростання недовіри населення до системи.

Визначальним викликом стає не лише модернізація матеріальної та адміністративної складової системи охорони здоров'я, а передусім – осмислення її аксіологічної основи: гідності, справедливості, солідарності, рівності, участі. Саме ці принципи мають стати орієнтирами побудови оновленого організаційно-правового механізму, який здатен забезпечити баланс між ефективністю управління і дотриманням прав людини, між технологічними інноваціями і етичною легітимністю, між національними інтересами та міжнародними зобов'язаннями.

У таких умовах дослідження аксіологічних засад управління охороною здоров'я є не лише науково значущим, а й суспільно необхідним. Саме формування цілісного, правового, етично обґрунтованого та ціннісно зорієнтованого механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я є передумовою для забезпечення гідного рівня життя, соціальної єдності та утвердження України як гуманістичної правової держави. Таке оновлення не тільки відповідає цілям демократичної трансформації, а й відкриває новий етап українського державотворення в післявоєнний період.

Стан наукової розробки. У сучасному українському та зарубіжному науковому дискурсі значну увагу приділено дослідженню окремих аспектів організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, зокрема його інституційної структури, нормативного наповнення, еволюції правового регулювання, цифрових трансформацій, а також функціональної ефективності державної політики у медичній галузі. Вагоме місце в наукових розвідках посідають дослідження ролі публічної влади в забезпеченні доступу до медичних послуг, утвердження прав людини на охорону здоров'я та запровадження інноваційних підходів до адміністрування у цій чутливій сфері.

Серед вчених ґрунтовні позиції щодо модернізації системи управління охороною здоров'я, її інституційної адаптації до викликів воєнного часу,

євроінтеграції та ціннісної трансформації відображені у працях М.А. Аніщенка, А.Г. Алшерііфа, М.М. Бабенка, Л.Б. Баранник, А.В. Баска, А.І. Бобака, О.В. Бригади, Н.О. Брюшкової, Т.Є. Бутурлим, О.А. Гавви, Д.Г. Гавриченка, О.В. Гомоляка, Д.А. Горбаня, О.А. Грішнкової, Л.О. Демінської, І.З. Держка, Р.О. Дьоміна, О.М. Заліської, С.І. Зварича, Н.С. Зенченко, І.М. Зуба, О.В. Іванюка, П.В. Іванчова, Є.В. Івашева, В.В. Кавецького, А.В. Кавецької, Л.Р. Катинської, А.С. Качура, І.Т. Кисіля, І.Т. Кіщака, Г.В. Козаченка, С.М. Кожем'якіної, М.М. Колядича, Н.І. Костенюк, Ю.Ю. Кравчика, В.В. Крутя, А.В. Крижевського, А.Є. Кубка, В.В. Лагодієнка, О.В. Лесик, А.П. Ливака, Л.П. Ловінської, І.А. Ломачинської, Л.П. Лондар, О.П. Лондар, І.Г. Лук'яненка, М.М. Мамчина, О.О. Мазуренка, Ю.С. Мазуренка, О.А. Мельниченка, А.Г. Миронова, М.І. Мойсеєнка, Н.В. Мороз, А.О. Мумладзе, В.М. Назаркіної, З.О. Надюк, Ю.В. Назарка, А.Є. Нечитайла, А.С. Немченка, О.В. Ніголюк, Л.Р. Нікогосян, О.Ю. Оболенського, Ж.М. Овчарової, Г.М. Пазєєвої, Т.В. Павлуші, О.Б. Піняжка, І.А. Попової, Т.О. Попової, В.П. Прасола, Л.Л. Приходченко, С.О. Пушкарєнка, О.П. Радченка, А.П. Рачинського, І.П. Саваріної, Д.О. Самофалова, Г.М. Сарибасєвої, Л.В. Сергієнко, О.І. Сизи, О.А. Скрипника, О.В. Сологуб, І.М. Солоненка, О.В. Стахіва, В.П. Суворова, Л.В. Туровської, А.О. Фальковського, М.М. Фенни, І.І. Фуртак, С.В. Хижняка, І.І. Хомутовської, Б.М. Цимбала, В.П. Чередниченка, Н.І. Шабранської, Д.В. Шевченка, Р.В. Шевчука, В.С. Шишкіна, М.Ю. Щирби, І.І. Яремка, В.П. Якобчука, Н.В. Ярославцевої, Л.С. Ярошевич, Н.І. Яценко.

Значний внесок у дослідження глобальних трендів розвитку медичної політики, ціннісного виміру охорони здоров'я та цифрової трансформації управління зробили зарубіжні дослідники, зокрема Губайш А., Джайн Р., Кескіночак П., Кутупіс А.Г., Кулешер Р., Лі Мін, Лі Інгер, Плумпіс І.С., Райх Сава Н., Салман Т., Тео С.Ю., Танасас Г.Л., Таці К., Вікрасасінгхе Н., Золаварі М.

Попри наявність значної кількості досліджень, переважна більшість з них зосереджена на окремих питаннях медичного права, адміністративної спроможності, етики або цифрової модернізації системи охорони здоров'я. Проблематика ж інтеграції аксіологічних засад (принципів) в організаційно-правовий механізм публічного управління медичною сферою потребує подальшого розвитку, насамперед у частині побудови цілісної моделі, яка б поєднувала гуманістичні орієнтири з управлінською ефективністю, нормативною визначеністю та інституційною сталістю в умовах трансформацій сучасного суспільства.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в межах науково-дослідної роботи Національного університету «Одеська політехніка» за темою: «Правове регулювання державотворення соціально-економічних відносин в Україні (2022–2025 рр.)» (ДР №0122U002193), у якій автор як виконавець здійснив дослідження організаційно-правових основ управління сферою охорони здоров'я в контексті забезпечення прав людини, з урахуванням ціннісних підходів та європейських стандартів публічного адміністрування.

У межах цієї наукової тематики було досліджено правові засади функціонування механізмів публічного управління в медичній сфері, окреслено напрями вдосконалення нормативного регулювання та інституційного забезпечення охорони здоров'я, а також розроблено авторські рекомендації щодо впровадження аксіологічно спрямованих засад (принципів) у систему охорони здоров'я України. Особливу увагу приділено питанням цифровізації, євроінтеграційних орієнтирів, правової відповідальності держави в умовах воєнного стану та гуманітарних викликів, що дозволило поглибити теоретико-правові засади досліджуваної проблематики у рамках затвердженої науково-дослідної програми.

Метою дисертаційного дослідження є обґрунтування теоретичних засад і формування практичних рекомендацій щодо вдосконалення аксіологічно

орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних соціально-політичних та інституційних трансформацій.

Досягнення цієї мети передбачає комплексне розуміння ціннісних основ публічного управління у сфері охорони здоров'я, виявлення проблем у нормативно-правовому регулюванні та інституційній структурі, аналіз національних і міжнародних підходів до реалізації права на здоров'я, а також розробку науково обґрунтованих пропозицій щодо інтеграції аксіологічних принципів у правову політику держави в медичній сфері.

Особливий акцент зроблено на необхідності адаптації європейських стандартів управління та прав людини до умов українського законодавства, з урахуванням цілей євроінтеграції, потреб гуманітарної безпеки та забезпечення правової стійкості медичної системи в умовах воєнного стану. У межах реалізації поставленої мети розглядається також роль органів державної влади, місцевого самоврядування, громадянського суспільства, професійних об'єднань та цифрових платформ як суб'єктів, відповідальних за формування етично обґрунтованої системи медичних рішень.

Для досягнення окресленої мети обґрунтовані наступні **завдання**:

- проаналізувати генезу аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, визначити їхню сутність, значення та специфіку в умовах сучасних викликів.

- дослідити стан наукової розробки проблематики аксіологічного підходу до управління сферою охорони здоров'я в Україні та за кордоном.

- розкрити методологічні засади дослідження аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я.

- сформулювати авторське визначення аксіологічного підходу до організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я та визначити його ключові елементи.

- з'ясувати нормативно-правові засади, що регулюють функціонування організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, та запропонувати шляхи їх удосконалення.

- охарактеризувати систему суб'єктів, задіяних у реалізації організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, та визначити їхню взаємодію.

- виявити особливості реалізації аксіологічних принципів у процесі управління сферою охорони здоров'я, враховуючи сучасні соціально-економічні та правові реалії України.

- проаналізувати зарубіжний досвід управління сферою охорони здоров'я, акцентуючи увагу на аксіологічних засадах, та запропонувати можливості його адаптації до національних умов.

- визначити перспективні напрями удосконалення організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні з урахуванням аксіологічного підходу, зокрема в контексті євроінтеграційних процесів.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі втілення аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Методологія дослідження. Теоретичною основою дисертаційного дослідження стали праці українських і зарубіжних науковців у галузі публічного управління, медичного права, філософії медицини та прав людини, в яких висвітлено проблематику управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я, зокрема через призму аксіологічного підходу, ціннісно-орієнтованого правового регулювання, європейських стандартів охорони здоров'я та публічної етики.

Методологічну основу дисертаційного дослідження становить сукупність загальнонаукових і спеціальних методів, які дозволили комплексно розкрити сутність, зміст та динаміку розвитку аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні. Застосування діалектичного методу дало змогу виявити суперечності й трансформаційні процеси, пов'язані з осмисленням цінностей, які лежать в основі медичного управління. За допомогою герменевтичного методу проаналізовано нормативно-правові джерела, що регламентують діяльність органів публічної влади у сфері охорони здоров'я та визначають рамки реалізації права на здоров'я в етичному й правовому вимірі.

Системний метод застосовано для вивчення структури організаційно-правового механізму, його функціональних зв'язків і ролі окремих суб'єктів – від державних інституцій до громадянського суспільства. Метод абстрагування та узагальнення дозволив виокремити ключові елементи аксіологічного підходу, сформулювати авторське визначення поняття аксіологічного механізму управління охороною здоров'я, а також обґрунтувати стратегічні напрями вдосконалення правової моделі.

Застосування методу аналізу та синтезу дало можливість реконструювати генезу наукової думки щодо проблематики охорони здоров'я як публічної функції держави, оцінити наявні наукові концепції, інтегрувати ціннісні виміри у публічне адміністрування та визначити теоретико-методологічні орієнтири дисертації. Структурно-функціональний метод використано для з'ясування логіки функціонування управлінських інституцій та нормативних процедур в умовах цифрової трансформації, європейської інтеграції та підвищеного суспільного запиту на гуманність у політиці охорони здоров'я.

Важливу роль відіграв компаративістський метод, що дозволив здійснити порівняльно-правовий аналіз зарубіжного досвіду управління сферою охорони здоров'я на основі аксіологічних засад та визначити

можливості його адаптації до українських умов, з урахуванням правових, інституційних і культурних відмінностей.

Інформаційно-фактологічною базою дослідження стали міжнародні та національні нормативно-правові акти, стратегічні документи у сфері охорони здоров'я, аналітичні матеріали Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України, звіти міжнародних організацій (ВООЗ, ЄС, Світового банку), позиції громадських об'єднань, а також статистичні дані, офіційна звітність та матеріали засобів масової інформації.

Наукова новизна полягає в тому, що у дисертації отримано нові результати щодо теоретичних і прикладних аспектів формування, структурування та вдосконалення аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні. Сукупність отриманих результатів спрямована на вирішення актуального наукового завдання – формування ціннісно обґрунтованої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я, орієнтованої на забезпечення права людини на здоров'я.

уперше:

- з'ясовано, що формування аксіологічних засад управління сферою охорони здоров'я в Україні бере початок із поступового усвідомлення суспільством пріоритету людських цінностей у реалізації права на медичну допомогу, що відображено як у трансформації публічної управлінні, так і в нормативно-правовому полі охорони здоров'я;

- встановлено, що аксіологічні принципи управління охороною здоров'я – гідність, солідарність, рівність, справедливість – виступають не зовнішніми критеріями оцінки, а внутрішнім функціональним ядром публічного управління у цій сфері, що забезпечує її стратегічну орієнтацію на підвищення якості та доступності медичних послуг;

- сформульовано авторське визначення аксіологічного підходу до організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я як інтегрованої системи принципів, інструментів і методів правового впливу, що ґрунтуються на домінантах гуманізму, соціальної справедливості, поваги до гідності особи, й спрямовані на гарантування реалізації права на здоров'я;

- обґрунтовано специфічні властивості аксіологічно орієнтованого механізму управління: нормативна визначеність, ціннісно обґрунтована управлінська діяльність, системна координація суб'єктів, прозорість процедур, відкритість для участі громадськості та підзвітність державних рішень;

- аргументовано, що аксіологічна основа публічного управління медичною сферою виступає ключовим чинником збалансованого поєднання соціальних, економічних та етичних інтересів у процесі реалізації політики охорони здоров'я в умовах реформування.

удосконалено:

- розуміння аксіологічних засад як невід'ємного елементу організаційно-правового механізму, що має враховувати як національні конституційно-правові традиції, так і імперативи міжнародного права в галузі прав людини, адаптовані до сучасних викликів охорони здоров'я;

- підходи до імплементації європейських стандартів у національну систему охорони здоров'я через призму аксіологічної адаптації управлінських рішень, що дозволяє зміцнити легітимність нормативної політики та правову сталість інституційної структури.

набуло подальшого розвитку:

- концепція аксіологічного підходу до публічного управління охороною здоров'я, яка базується на принципах гуманізму, гідності, соціальної рівності, солідарності та прозорості як базових детермінант ефективної та легітимної медичної політики;

- обґрунтування значення аксіологічного виміру в контексті європейської інтеграції, що дозволяє не лише узгодити українське

законодавство зі стандартами ЄС, а й переорієнтувати зміст управлінської діяльності на реалізацію публічного блага, забезпечення прав і потреб людини.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості їх застосування для вдосконалення організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні на основі аксіологічного підходу. Основні положення та висновки, сформульовані у дисертації, спрямовані на вирішення актуальних завдань державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпечення її ефективності, прозорості, гуманістичної спрямованості та відповідності європейським стандартам у галузі прав людини.

Одержані результати можуть бути використані:

- **у нормотворчій діяльності** – для вдосконалення нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я шляхом розроблення та оновлення законодавчих і підзаконних актів, які регулюють функціонування медичної системи з урахуванням аксіологічних принципів (гідності, солідарності, рівності, автономії, справедливості);

- **у діяльності органів публічного управління** – як інструмент для підвищення ефективності реалізації управлінських функцій, зокрема в аспектах стратегічного планування, формування політики, організації публічного моніторингу та забезпечення відповідальності суб'єктів управління за прийняті рішення;

- **у системі професійної підготовки та підвищення кваліфікації** – як концептуальне підґрунтя для створення спеціалізованих освітніх програм, тренінгів і методичних матеріалів для фахівців сфери публічного управління, охорони здоров'я, юридичної та медико-адміністративної практики, з акцентом на ціннісні аспекти управлінської діяльності;

- **у практиці роботи медичних установ** – для впровадження аксіологічно обґрунтованих підходів у процес надання медичних послуг,

підвищення стандартів обслуговування, реалізації прав пацієнтів, створення етичного середовища в закладах охорони здоров'я;

– у контексті **євроінтеграції України** – як основа для гармонізації національного законодавства із правовими актами Європейського Союзу, включаючи адаптацію норм щодо прав пацієнтів, управління якістю медичної допомоги, етики медичних послуг та участі громадськості в управлінні сферою охорони здоров'я.

Окремі положення, висновки, практичні рекомендації, основні результати дисертації використано:

– Медичним центром «Експерт Хелс» (м. Одеса) результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича використано як концептуальну та методичну основу для вдосконалення внутрішніх управлінських процедур, формування політик, орієнтованих на права пацієнтів, а також підвищення якості надання медичних послуг. Висновки враховано під час модернізації локальних регламентів, оптимізації взаємодії з органами державного регулювання та розроблення програм професійного розвитку персоналу медичного закладу;

– Медичним закладом ФОП Григор'єва Вікторія Ігорівна (м. Одеса) результати дисертації Ломакіна А.М. були використані для удосконалення управлінської діяльності, зокрема в частині адаптації внутрішніх процедур до сучасних етичних, правових та професійних стандартів сфери охорони здоров'я. Напрацювання впроваджено під час оновлення регламентів, налагодження комунікації з державними органами та підвищення управлінської спроможності закладу (довідка від 25.04.2025 № 2505);

– У ТОВ «Сімейна клініка психічного здоров'я» Рехаб Фемелі Україна результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича використано як концептуальну та методичну основу для вдосконалення управлінських процедур і політик, орієнтованих на права пацієнтів у сфері надання психіатричної та медико-соціальної допомоги. Напрацювання автора

впроваджено під час модернізації внутрішніх регламентів, оптимізації взаємодії з органами державного регулювання та розроблення програм розвитку персоналу. Застосування висновків дисертації сприяло посиленню управлінської ефективності закладу та приведенню його діяльності у відповідність до сучасних професійних стандартів охорони психічного здоров'я;

– У КНП «ЦПМСД № 5» Одеської міської ради результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича були використані як концептуальна та методична база для удосконалення внутрішніх управлінських процесів, орієнтованих на права пацієнтів та підвищення якості медичного обслуговування. Напрацьовані в дисертації підходи застосовано під час модернізації локальних регламентів, оптимізації співпраці з органами державного регулювання та впровадження програм розвитку персоналу. Отримані результати сприяли посиленню управлінської спроможності закладу й приведенню його діяльності у відповідність до сучасних етичних, правових і професійних стандартів сфери охорони здоров'я;

– У науково-дослідній діяльності кафедри державознавства, прав людини та європейської інтеграції Інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича були використані в межах виконання теми «Правове регулювання державотворення соціально-економічних відносин в Україні (2022–2025 рр.)». Напрацювання здобувача були включені до звітних матеріалів кафедри та використані для вдосконалення теоретичних засад публічного управління в медичній сфері, зокрема в частині формування аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, а також при підготовці рекомендацій щодо впровадження ціннісно спрямованої державної політики у галузі охорони здоров'я України (довідка від 22.05.2024 № 483/148-07).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійно виконаним науковим дослідженням, яке здійснено автором протягом 2022–2025 рр. Усі теоретичні положення, висновки, практичні рекомендації та пропозиції, представлені у дисертації, сформульовані здобувачем самостійно на основі власного аналізу наукових джерел, нормативно-правових актів, практики публічного управління у сфері охорони здоров'я, а також узагальнення національного та міжнародного досвіду.

У співавторських публікаціях використано виключно ті результати, які є особистим науковим напрацюванням здобувача, що стосується визначення аксіологічних підходів, аналізу організаційно-правового механізму, обґрунтування напрямів його вдосконалення та пропозицій щодо адаптації європейських стандартів у національну практику.

Концептуальні засади дослідження, його структура та логіка, постановка наукової проблеми, вибір методології, інтерпретація й узагальнення отриманих результатів, а також формулювання наукових і прикладних висновків – є результатом особистої роботи автора. Думки, висновки, концепції інших учених, використані в тексті дисертації, мають належні бібліографічні посилання та відповідним чином відображені в списку використаних джерел.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові положення, висновки та практичні рекомендації, сформульовані в дисертаційному дослідженні, були апробовані під час участі автора в наукових заходах, зокрема на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях. Результати дослідження оприлюднено на таких наукових форумах: Information activity as a component of science development: the 13th International scientific and practical conference (April 04-07, 2023, Edmonton, Canada). International Science Group. 2023. Р. 124–127; Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції

(17 травня 2024 року, м. Одеса). Одеса: Одеська політехніка. 2024. С. 512-514; XV International Human Rights Conference «Criteria for assessing the effectiveness of national and international systems of human rights protection» on the occasion of the 70th anniversary of the entry into force of the European Convention on Human Rights. Апробація результатів дослідження дозволила отримати конструктивні зауваження та пропозиції, які були враховані в процесі доопрацювання дисертаційного тексту, що підтверджує актуальність тематики, наукову новизну положень і їх значущість для розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Публікації. Висновки та основні положення дисертаційного дослідження висвітлені в шести наукових статтях, у тому числі п'яти, опублікованих у наукових фахових виданнях України, включених до переліку, затвердженого Міністерством освіти і науки України, та одній публікації за кордоном. Крім того, результати дослідження апробовані у чотирьох тезах виступів, оприлюднених у збірниках матеріалів міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференцій.

Публікації відображають ключові наукові позиції дисертації, зокрема авторське бачення аксіологічного підходу до управління охороною здоров'я, аналіз нормативно-правових механізмів, оцінку європейського досвіду, розроблені рекомендації щодо адаптації публічної політики до сучасних трансформаційних викликів і вимог євроінтеграції.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, що містять дев'ять підрозділів, висновків, списку використаних джерел (179 найменування на 23 сторінках), додатків. Загальний обсяг роботи складає 257 сторінки. Основний текст викладено на 204 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ АКСІОЛОГІЧНИХ ЗАСАД ОРГАНІЗАЦІЙНО- ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Методологічні підходи в дослідженні аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні

Аналіз сучасного наукового дискурсу з проблем публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я в Україні дозволяє виокремити цілу низку методологічних підходів, які стали основою як фундаментальних досліджень, так і прикладних розробок. У праці О.А. Мельниченка та Ж.М. Овчарової наголошено, що системний, міждисциплінарний і багаторівневий аналіз цієї тематики є необхідною передумовою для формування ефективного організаційно-правового механізму, зорієнтованого на цінності людського життя, гідності, справедливості та рівного доступу до медичних послуг. Зокрема, автори підкреслюють значення застосування комплексного методологічного підходу до вивчення сфери публічного управління в охороні здоров'я, який поєднує інструменти порівняльного аналізу, інституціонального моделювання, правового нормування, соціологічного оцінювання та аксіологічної рефлексії. Таке поєднання дає змогу виявити не лише структурні особливості механізму управління, а й його внутрішні ціннісні орієнтири, що формують основу сучасної державної політики в медичній сфері [60,с.41].

Отже, методологія дослідження управління в охороні здоров'я дедалі більше тяжіє до інтегративних підходів, які дозволяють не лише описати явища, а й осмислити їх з позиції гуманітарного контексту. Саме такий підхід

забезпечує розуміння ціннісної спрямованості управлінських дій, їх відповідності публічним очікуванням та соціальній справедливості.

У цьому аспекті особливого значення набуває формулювання авторського визначення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я як відкритого впливу органів публічної влади на взаємодію суб'єктів цієї сфери з метою узгодження інтересів і максимізації вигод – визначення, що містить ознаки ціннісно орієнтованого підходу до публічного управління. Це, своєю чергою, створює підґрунтя для формування нової парадигми управління, в основі якої – пріоритет гідності людини як вищої суспільної цінності [60,с.45].

Аналіз сучасного етапу розвитку наукової думки свідчить про поступову зміну методологічного вектору дослідження публічного управління у сфері охорони здоров'я. Зокрема, у дослідженні О.А. Мельниченка визначено, що зростає значення саме аксіологічного виміру наукового осмислення організаційно-правових механізмів. Дослідник звертає увагу на необхідність урахування суспільних очікувань, соціальних стандартів та ціннісних орієнтирів при формуванні механізмів публічного управління розвитком медичної сфери [60,с.42].

Методологічна основа запропонованого підходу включає абстрактно-логічний, порівняльно-аналітичний, інституціональний та емпіричний методи. Цей інструментарій дозволяє комплексно оцінювати як саму структуру управлінських механізмів, так і їхню відповідність базовим цінностям, що лежать в основі публічної політики в умовах демократичного суспільства. Автор наголошує, що аксіологічне підґрунтя повинно стати не лише філософською засадою, а реальною основою для побудови ефективного, гуманного й орієнтованого на результат управління охороною здоров'я.

У цьому контексті важливою стає не тільки здатність органів публічного управління ефективно координувати дії та розподіляти ресурси, але й рівень довіри з боку громадян, сприйняття політики охорони здоров'я як

справедливої, прозорої та такої, що відповідає реальним потребам людей. Саме тому методологічний підхід до дослідження аксіологічних засад має ґрунтуватися на міждисциплінарному аналізі, що поєднує етику, правознавство, соціологію, політологію та управлінські науки [59].

У сучасному публічному управлінні сферою охорони здоров'я аксіологічні засади набувають все більшої ваги, оскільки спрямовані не лише на регламентацію функціонування системи, але й на формування ціннісно орієнтованих механізмів впливу. Управлінські практики, що не враховують аксіологічний вимір, здебільшого не здатні забезпечити ані ефективне, ані сталий розвиток галузі, адже ігнорують соціокультурний контекст функціонування медичних установ. Таким чином, вивчення методологічних підходів до аналізу аксіологічних засад має слугувати ключем до формування новітньої парадигми публічного управління в охороні здоров'я.

Одним із важливих завдань є осмислення методологічного інструментарію, який дозволяє досліджувати аксіологічний зміст норм, що регламентують організаційно-правові засади управління у сфері охорони здоров'я. Переважаючою є думка про те, що системне дослідження цього феномену неможливе без інтеграції міждисциплінарного підходу, який об'єднує правознавство, філософію, соціологію, медицину та менеджмент. Це дозволяє здійснити не лише юридичний аналіз змісту норм, але й з'ясувати реальні механізми їх впливу на цінності, потреби та очікування громадян, що користуються послугами медичних закладів.

Так, сучасна теорія та методологія публічного управління передбачає використання системного підходу, що передбачає розгляд сфери охорони здоров'я як складної відкритої системи, в межах якої діють правові, управлінські, соціальні та ціннісні фактори. У поєднанні з структурно-функціональним підходом це дозволяє виявити внутрішні зв'язки між організаційно-правовими механізмами управління та відповідними

аксіологічними конструктами, що є основою для формування політик у сфері охорони здоров'я.

Окрему увагу заслуговує положення про те, що аксіологічні орієнтири організаційно-правового механізму мають бути тісно пов'язані з гуманістичними принципами, передбаченими Конституцією України та міжнародними актами, такими як Загальна декларація прав людини та Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. Водночас, ці орієнтири мають бути конкретизовані в управлінській практиці через застосування механізмів, спрямованих на підвищення якості медичних послуг, доступності, рівності та захисту прав пацієнтів, особливо в умовах реформування сфери охорони здоров'я.

Наукове осмислення аксіологічних засад управління сферою охорони здоров'я дедалі більше акцентується на необхідності поєднання нормативно-правового аналізу з філософськими і соціологічними підходами, що дозволяє оцінити не лише зміст нормативних актів, але й рівень їх легітимності, сприйняття і внутрішнього прийняття в суспільстві. Саме це і є підґрунтям для формування нової управлінської культури, орієнтованої на цінності та потреби людини, а не лише на інституційну ефективність.

У дисертаційному дослідженні О.В. Стахіва обґрунтовано доцільність застосування концептуально розширеного методологічного підходу, який базується на структурному декомпонуванні понять «системний розвиток» та «інституційне забезпечення» з урахуванням соціальної відповідальності, конкурентоспроможності та організаційної резилентності закладів охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє не тільки осмислити багатовимірність управлінських процесів, але й врахувати аксіологічний потенціал кожної складової: ресурсної, функціональної та стратегічної [130].

У процесі становлення та функціонування організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні важливе значення має застосування методологічних підходів, які дозволяють не лише дослідити

його внутрішню структуру, але й забезпечити аксіологічну наповненість кожного з його елементів. Отже, необхідне гармонійного поєднання управлінської ефективності з орієнтацією на людську гідність, безпеку, доступність медичних послуг та реалізацію базових прав людини. У цьому контексті методологія дослідження механізмів публічного управління повинна враховувати багаторівневу природу управлінських відносин, наявність різноманітних акторів (державних, комунальних і приватних суб'єктів), а також нормативно-правову основу, яка забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я.

Як засвідчує проведене дослідження, доцільним є застосування системного підходу, який дозволяє розглядати управлінський механізм не як сукупність ізольованих інструментів чи заходів, а як цілісну, внутрішньо узгоджену систему. Цей підхід дозволяє виявити структурні елементи механізмів управління, такі як правові, організаційні, інформаційні, фінансові та інституційні складові, а також прослідкувати взаємозв'язки між ними. Водночас системний підхід дозволяє охопити аксіологічний вимір – тобто розгляд механізму управління як засобу забезпечення суспільного блага, орієнтованого на потреби людини, її здоров'я та безпеку. Саме системне мислення стало ключовим підґрунтям для впровадження медичної реформи, яка передбачає злагоджену дію таких механізмів, як фінансування, цифровізація, інформатизація, захист прав пацієнтів, а також організація надання послуг у межах гібридної моделі охорони здоров'я, яка формується в Україні на основі поєднання елементів державної та ринкової моделей [39].

Методологічний інструментарій, що використовується для вивчення організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, має ґрунтуватися не лише на правовій доктрині, а й на системному аналізі ролі ключових суб'єктів, залучених до процесу управління. У роботі А. Миронова обґрунтовано необхідність врахування багатовекторності впливу різних інституцій, що здійснюють державний контроль у цій сфері, і визначено, що

саме через призму їхньої взаємодії слід формувати аксіологічну основу дослідження. Автор виділяє як виконавчі, так і консультативні суб'єкти державного контролю, підкреслюючи, що всі вони є невід'ємними елементами державної політики, орієнтованої на захист здоров'я людини.

Означене вимагає відповідної методологічної бази – зокрема, використання аксіологічного підходу, що дозволяє оцінити не лише формальну ефективність дій контролюючих суб'єктів, але й їхню відповідність основоположним цінностям, таким як право на життя, доступ до медичної допомоги та соціальну справедливість. У межах цього підходу також актуальним є застосування порівняльного аналізу, який дозволяє зіставити українські практики з міжнародними стандартами і виявити аксіологічні розриви, що потребують корекції в системі управління.

У цьому контексті, як зазначає дослідник, суттєвим є не лише розуміння ієрархії суб'єктів контролю, а й усвідомлення ступеня їх відповідальності перед суспільством у процесі реалізації реформ. Аксіологічна спрямованість державного контролю в галузі охорони здоров'я є, за словами автора, одним із найважливіших критеріїв його легітимності та соціального схвалення [61].

Проблематика дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я на сучасному етапі потребує чіткого методологічного підґрунтя, що дозволяє комплексно осмислити як ціннісну природу об'єкта дослідження, так і інструментарій його практичної реалізації. Аксіологічний підхід у поєднанні з організаційно-правовим аналізом дає змогу визначити внутрішню логіку функціонування системи охорони здоров'я, її ціннісні орієнтири, а також механізми їх впровадження у нормативну та інституційну площину публічного управління.

У сучасних умовах трансформації суспільства, що супроводжується не лише зовнішніми викликами, а й внутрішніми потребами у підвищенні ефективності охорони здоров'я, особливої актуальності набуває вивчення саме аксіологічного підґрунтя механізмів управління. Утверджується необхідність

переорієнтації управлінських процесів на цінності людського життя, гідності, права на доступ до якісної медичної допомоги, соціальної справедливості та солідарності. Такі цінності, у свою чергу, мають бути інтегровані в структуру правових норм, управлінських стратегій та практик функціонування галузі охорони здоров'я.

Методологія дослідження в цьому контексті не може обмежуватись лише традиційними інструментами правового аналізу або адміністративного моделювання. Вона потребує синтезу декількох підходів, зокрема системного, аксіологічного, герменевтичного, інституціонального, порівняльного та прогностичного. Такий підхід дозволяє врахувати багаторівневу природу управління охороною здоров'я – від стратегічного бачення до конкретних адміністративних дій.

Ціннісна основа дослідження зумовлює звернення до філософських, етичних, соціологічних джерел, які розкривають зміст понять «цінність», «людська гідність», «соціальна солідарність», «здоров'я як право» тощо. У правовій науці це реалізується через категорії «прав людини», «соціальні права», «права пацієнта», що формалізуються в національному законодавстві та міжнародних актах. Водночас, інституційний аспект аксіологічного механізму передбачає аналіз ролі інституцій охорони здоров'я, зокрема органів публічної влади, медичних установ, страхових компаній, громадських організацій, втілюючих у практику цінності, задекларовані у правових нормах.

У зв'язку з цим методологічна основа повинна передбачати не лише інтерпретацію норм, а й аналіз практик їх реалізації, ступеня відповідності інституційної поведінки ціннісним орієнтирам. Наприклад, важливо дослідити, наскільки на практиці в Україні дотримуються принципи справедливого розподілу медичних ресурсів, рівного доступу до медичних послуг, інформованої згоди пацієнта та конфіденційності.

Певну евристичну цінність у цьому аспекті має досвід дослідження інституційного механізму захисту прав людини, який був представлений у

дисертації С.О. Пушкаренка. У його праці запропоновано авторське визначення інституційного механізму як «цілісної організаційно-функціональної системи органів державної влади, місцевого самоврядування та інших суб'єктів, задіяних у процесі формування і реалізації державної політики у сфері захисту прав людини», що застосовно й до сфери охорони здоров'я в межах публічного управління [117].

Методологічне підґрунтя дослідження аксіологічних засад у сфері охорони здоров'я не може ігнорувати філософсько-правовий вимір права людини на охорону здоров'я як фундаментального ціннісного орієнтира. Ю.В. Назарко у своїй дисертаційній роботі підкреслює, що в умовах демократичного розвитку українського суспільства аксіологія права на здоров'я має бути осмислена не лише як сукупність юридичних норм, а як багатоаспектне соціальне благо, інтегроване у систему публічного управління. Авторка обґрунтовує, що право на охорону здоров'я виступає природним, невід'ємним і первинним щодо інших прав, а отже, його забезпечення має визначати архітекτονіку всіх організаційно-правових механізмів, які застосовуються у цій сфері.

Важливо, що Ю.В. Назарко застосовує міждисциплінарний методологічний підхід, який поєднує філософську аксіологію, правову герменевтику, системно-структурний аналіз та емпіричне дослідження судової практики, зокрема рішень Європейського суду з прав людини. Вона вказує на актуальність удосконалення правового регулювання через прийняття Медичного кодексу, законодавче закріплення гарантій прав пацієнтів, розробку механізмів громадського нагляду та функціонування посади Уповноваженого з прав пацієнтів. Усі ці пропозиції мають на меті інституціоналізацію аксіологічного потенціалу права на охорону здоров'я в системі публічного управління. Такий підхід дозволяє розглядати зазначене право не як декларацію, а як реальний, структурно оформлений і функціонально реалізований інститут правового порядку в Україні [69].

Узагальнення сучасного наукового підходу до осмислення організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні показує, що аксіологічний контекст дедалі більше виходить на перший план. Зміна управлінських парадигм у цій сфері вимагає не лише оновлення нормативно-правової бази, а передусім переосмислення ціннісних орієнтирів, які визначають стратегічні цілі державної політики. У своїй статті Н.І. Костенюк наголошує, що цінності, такі як людиноцентризм, соціальна справедливість, ефективність, прозорість, гуманізм – є не лише декларативними складовими реформ, а повинні стати внутрішніми регуляторами усіх управлінських рішень.

Актуальність такого підходу в умовах воєнного стану та обмежених ресурсів лише посилюється: реформи без аксіологічного підґрунтя можуть виявитися неефективними або навіть деструктивними. Тому гуманізація управлінських стратегій, активне залучення громадськості, забезпечення прозорості та підзвітності, розвиток професійного лідерства – усе це не лише інструменти, а й прояви ціннісної орієнтації публічного управління, яка має стати основою для подолання системних криз і забезпечення гідного рівня медичного обслуговування [45].

У сучасній парадигмі публічного управління охороною здоров'я все частіше акцентується необхідність системного підходу до прийняття управлінських рішень, що ґрунтуються на доказовій базі. Особливої актуальності в цьому контексті набуває методологія оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ), яка, за визначенням європейської мережі EUnetHTA, є міждисциплінарним процесом, що об'єднує медичні, економічні, соціальні, правові та етичні аспекти використання медичних технологій. У публікації О.Б. Піняжка та О.М. Заліської детально розкрито адаптацію європейської Базової моделі (HTA Core Model®) до українських реалій, зокрема в контексті лікування ендометріозу. Автори доводять, що впровадження цієї моделі дозволяє не лише уніфікувати процедури ОТОЗ, а й надати управлінцям у

сфері охорони здоров'я об'єктивну інформацію для прийняття стратегічних рішень.

Зазначена методика є особливо цінною з огляду на її аксіологічну орієнтацію: вона дозволяє оцінювати не лише ефективність та економічність медичних втручань, а й їхню відповідність морально-етичним нормам, соціальній справедливості та правовим стандартам. Методика передбачає вивчення таких параметрів, як клінічна ефективність, побічні ефекти, економічна доцільність, соціальні наслідки, правові аспекти використання тієї чи іншої технології. Таке поєднання кількісних і якісних критеріїв сприяє формуванню виваженої й збалансованої державної політики в галузі охорони здоров'я, заснованої на повазі до гідності пацієнта, ефективному використанні ресурсів та правовій визначеності [76].

Сучасні дослідження публічного управління в галузі охорони здоров'я підтверджують, що методологія стратегічного планування відіграє важливу роль не лише як технічний інструмент управлінського процесу, а як форма реалізації аксіологічного бачення розвитку медичних установ. А. Мельник та Л. Радзивілюк у своїй роботі переконливо доводять, що запровадження стратегічного планування в практику діяльності медичних закладів сприяє підвищенню рівня ціннісної узгодженості між завданнями закладу, очікуваннями пацієнтів, політиками держави та міжнародними стандартами. Стратегічне управління при цьому виступає не лише як інструмент досягнення цілей, а як механізм втілення таких цінностей, як якість, безперервність, доступність та гуманність медичної допомоги.

Автори підкреслюють, що ефективне стратегічне планування можливе лише за умови використання міждисциплінарних методологічних підходів, які враховують як економічні та управлінські, так і правові та етичні вимоги. Вони також акцентують увагу на значенні врахування ціннісної позиції безпосередніх учасників процесу, управлінців, лікарів, пацієнтів – при розробці місії, бачення та стратегічних пріоритетів медичного закладу.

Запропонована авторами концепція вимагає включення аксіологічного аналізу як обов'язкового етапу при оцінці ефективності реалізованих управлінських стратегій.

Таким чином, стратегічне планування в охороні здоров'я не повинне розглядатися як виключно технократичний інструмент управління. Це цілісна методологія, що поєднує довгострокове бачення розвитку галузі з втіленням цінностей, таких як гідність, справедливість, прозорість, доступність і якість послуг. Її ефективна реалізація може стати дієвим засобом впровадження аксіологічних орієнтирів у практику організаційно-правового механізму публічного управління [58].

У сучасному науковому дискурсі спостерігається поступове розширення підходів до осмислення методології дослідження організаційно-правового механізму управління у сфері охорони здоров'я. Особливої актуальності набуває аксіологічний підхід, який дає змогу глибше зрозуміти взаємозв'язок між ціннісними орієнтирами управління, ефективністю діяльності медичних закладів та загальною якістю суспільного здоров'я. Проблематика аксіологічних засад охоплює аналіз гуманістичних, соціально-етичних, правових і економічних цінностей, що лежать в основі функціонування системи охорони здоров'я. На цьому ґрунтується потреба у побудові такої системи управління, яка не лише забезпечує ефективність у вузькому адміністративному сенсі, але й гарантує реалізацію суспільно значущих цілей, зокрема збереження гідності, безпеки й доступу до якісної медичної допомоги для всіх верств населення.

Згідно з дослідженням І.І. Яремка, сучасна система управління закладами охорони здоров'я потребує впровадження адаптивної моделі, заснованої на координації державних і внутрішньогосподарських механізмів. Важливим є те, що така модель повинна інтегрувати не лише адміністративні та фінансові інструменти, але й принципи аксіологічного спрямування, орієнтацію на соціальну ефективність, забезпечення прав пацієнтів та

розвиток партнерських відносин між державними і приватними структурами. У статті обґрунтовується необхідність трансформації управлінських підходів відповідно до нових економічних, соціальних та етичних реалій функціонування медичної галузі. Зокрема, акцент робиться на важливості поєднання економічної доцільності з дотриманням етичних норм і правових гарантій, що в комплексі створює базу для формування ефективного управлінського середовища у сфері охорони здоров'я [149].

Важливою складовою аксіологічної методології в контексті публічного управління охороною здоров'я є вивчення ролі комунікацій між владою та громадськістю. У дослідженні Д.О. Самофалова наголошено, що незважаючи на наявність законодавчих механізмів залучення громадськості до обговорення управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, їхня практична реалізація залишається декларативною. Участь громадян, як правило, обмежується формальним публікуванням проєктів рішень в Інтернеті, без подальшого урахування висловлених пропозицій. Така ситуація свідчить про відсутність дієвого правового механізму громадських консультацій та брак довіри між владою й суспільством, що є серйозною загрозою для реалізації аксіологічних орієнтирів публічного управління.

Д.О. Самофалов підкреслює, що позитивний зарубіжний досвід демонструє ефективність структурованих, відкритих і інституційно забезпечених консультацій з громадськістю, зокрема у Великобританії, Канаді, Швеції та Ізраїлі. Така практика ґрунтується на концепції символічної репрезентації соціуму в органах дорадчого характеру, які включають представників усіх соціальних верств населення. Це дозволяє не лише враховувати громадську думку, а й легітимізувати політичні та адміністративні рішення, формуючи довіру до системи охорони здоров'я як до суспільного інституту.

Отже, у методологічному аспекті дослідження аксіологічних основ управління охороною здоров'я потребує інтеграції комунікативного підходу,

що передбачає аналіз як змісту інформаційної взаємодії, так і її інституційних форм. На думку автора, саме розвиток таких форм, як публічні слухання, форуми пацієнтів, онлайн-опитування та участь експертних спільнот, може стати запорукою якісного реформування галузі, заснованого на принципах відкритості, прозорості, справедливості та взаємної відповідальності [126].

В умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні все більше зростає значення аксіо-нормативного підходу як методологічного інструменту, що дозволяє поєднати правову регламентацію з визнанням і закріпленням базових людських цінностей у сфері публічного управління. Такий підхід ґрунтується на визнанні цінностей людської гідності, автономії, солідарності, справедливості як не лише моральних орієнтирів, але й нормативних категорій, що мають визначати зміст державної політики у сфері охорони здоров'я. Зокрема, аксіологічний вимір отримує конкретну правову форму через імплементацію міжнародних біоетичних стандартів, закріплених у деклараціях ЮНЕСКО, які виступають орієнтиром для гармонізації національного законодавства з етичними вимогами до медичної практики, надання послуг та захисту прав пацієнтів [139].

У процесі формування методологічної основи дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні важливо враховувати сучасні теоретико-методологічні підходи, що розкривають природу цінностей у системі публічного управління. Ціннісні орієнтири відіграють роль своєрідного методологічного фільтру, через який слід оцінювати ефективність управлінських рішень у сфері охорони здоров'я. Саме тому особливої уваги заслуговують концептуальні моделі, що інтегрують правові, соціальні та гуманітарні виміри оцінювання результативності державної політики у сфері медицини. Ці моделі базуються на міждисциплінарному підході, що поєднує правові конструкції з категоріями етики, прав людини, соціальної справедливості, довіри до інституцій та легітимності управлінських дій.

У межах наукової статті Сарибасєвої Г.М., присвяченої доктринальним дослідженням державного управління в галузі охорони здоров'я, обґрунтовано доцільність опори на міжгалузеві методологічні орієнтири. Авторка наголошує, що в умовах трансформації публічного управління значно зростає роль гуманітарного фактору, який визначає ціннісні пріоритети в управлінських рішеннях. Особливої ваги набуває орієнтація на потреби громадянина як ключового адресата послуг у сфері охорони здоров'я, що є основою для формування ефективного механізму правового регулювання у відповідній сфері [127].

Сучасні трансформації у сфері охорони здоров'я неможливо розглядати без урахування цифрових технологій, які стали не лише інструментом оптимізації управлінських процесів, а й чинником зміни аксіологічних засад самого публічного управління. У цьому контексті важливою є методологічна орієнтація на цифрову парадигму охорони здоров'я, де e-Health виступає не просто як інструмент комунікації, а як простір формування нових ціннісних взаємин між державою, медичними закладами, фахівцями та пацієнтами. Запровадження системи електронного здоров'я дозволяє не лише забезпечити оперативність обміну даними та прозорість управлінських рішень, а й зміцнити довіру громадян до публічної влади, що є критично важливим у сфері, заснованій на міжособистісному та суспільному етичному контексті [125].

Актуальність методологічного осмислення аксіологічних засад управління у сфері охорони здоров'я значно зростає в умовах, коли переорієнтація системи на пацієнтоцентричну модель супроводжується необхідністю трансформації підходів до організації та ресурсного забезпечення. Ефективна управлінська діяльність у цій сфері дедалі частіше базується не лише на принципах адміністративної доцільності чи фінансової ефективності, а й на нормативно ціннісних підходах, що інтегрують соціальні, моральні та правові вимоги. Особливої ваги набуває логістичний підхід до управління, який, вийшовши за межі технічної категорії, набуває функції

інструмента реалізації справедливого й раціонального розподілу медичних ресурсів, що безпосередньо впливає на доступність і якість допомоги, а отже – на дотримання прав пацієнтів. Такий підхід не лише сприяє підвищенню ефективності, а й формує новий аксіологічний вимір взаємин між державою та громадянином у сфері охорони здоров'я [57].

Таким чином, дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я вимагає використання широкого спектра методологічних підходів, що відображають міждисциплінарний характер сучасної науки про публічне управління. Проведений аналіз засвідчив, що найбільш продуктивними у цьому контексті є системний, інституціональний, аксіо-нормативний, комунікативний, порівняльно-правовий та стратегічний підходи, які дозволяють комплексно осмислити ціннісні орієнтири як елемент структури публічного управління.

Аксіологія управління в сфері охорони здоров'я не може бути зведена до абстрактної етичної рефлексії – вона повинна формувати конкретні управлінські практики, що відображають суспільні очікування та міжнародні стандарти у сфері прав людини, гідності, доступності, якості та безпеки медичної допомоги. Саме поєднання нормативно-правового аналізу з аксіологічним осмисленням дозволяє сформувати концептуально новий підхід до державної політики у сфері охорони здоров'я – як політики, що ґрунтується не лише на ефективності та результативності, а й на цінностях, орієнтованих на людину як вищу соціальну мету управлінської діяльності.

Методологічний плюралізм, створює теоретичне підґрунтя для подальшого аналізу аксіологічного змісту публічного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема в межах його організаційно-правової моделі, нормативного регулювання, інституційної структури та стратегічного планування. Саме виявлення й систематизація відповідних методологічних підходів є передумовою для вироблення науково обґрунтованих пропозицій щодо вдосконалення механізмів управління у цій суспільно чутливій сфері.

1.2. Понятійно-категоріальний апарат дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні

У сучасному науковому дискурсі поняття «аксіологія» розглядається як вчення про цінності, що з'явилося на перетині філософії, етики та соціології. Аксіологія досліджує природу, структуру, ієрархію та функціональну роль цінностей у суспільному житті, включно з їх проявом у правовій системі. У контексті публічного управління, зокрема в сфері охорони здоров'я, аксіологія дозволяє осмислити, які цінності – гуманізм, гідність, солідарність, безпека, справедливість – мають бути покладені в основу управлінських рішень, нормативного регулювання та організаційно-правових механізмів. Саме тому дослідження аксіологічного виміру правового управління набуває особливого значення.

Однією з фундаментальних методологічних основ такого дослідження є аксіологічний підхід, який виступає своєрідною епістемологічною рамкою для досягнення права не лише як системи норм, але й як носія цінностей. Як слушно зазначає А.О. Фальковський, «аксіологічний підхід є інтегруючим, він є імпліцитно присутнім в кожному з концептуальних дослідницьких підходів, і за його допомогою визначається: по-перше, цінність права як соціального регулятора; по-друге, здатність права втілювати в життя певні цінності, по-третє, ціннісне наповнення права. Ціннісний (аксіологічний) підхід в методології юриспруденції – це загальна стратегія дослідження, що визначає розгляд права крізь призму його відповідності певним цінностям, які можуть забезпечуватись правом та бути його основою» [138].

Ця методологічна стратегія передбачає, що аналіз організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я має здійснюватися не лише з точки зору його функціональності, ефективності або юридичної

відповідності, а й з урахуванням того, наскільки він втілює в собі цінності, які є фундаментальними для соціальної держави, заснованої на правах людини. Врахування ціннісного підходу дозволяє уникнути редукціоністського погляду на публічне управління як на технократичну систему, натомість висуваючи на перший план питання ціннісного сенсу управлінської діяльності.

Поглиблення аксіологічного аналізу публічного управління у сфері охорони здоров'я вимагає чіткого визначення категоріального апарату, який би охоплював основні поняття, пов'язані як із теорією та методологією управління, так і з нормативно-ціннісними орієнтирами організаційно-правового регулювання. Саме через категорії відбувається формалізація уявлень про управлінську реальність, її структуру, механізми, суб'єкти та цілі. У цьому зв'язку важливим стає розуміння публічного управління як складної, відкритої та динамічної системи, що функціонує в умовах постійних змін – політичних, соціально-економічних, технологічних.

У сучасному науковому дискурсі зазначається, що ефективність функціонування публічного управління, зокрема в охороні здоров'я, можлива лише за умови наявності чітко визначеного понятійно-категоріального апарату. Він має забезпечувати як внутрішню узгодженість управлінських рішень, так і ефективну взаємодію між різними рівнями влади та громадськістю. Згідно з позицією авторів наукової праці, присвяченої концептуальному апарату у сфері публічного управління охороною здоров'я, відсутність системності та термінологічної визначеності може мати негативні наслідки для формування компетентних управлінських рішень, адже саме терміни відображають логіку і філософію управління як явища [2].

У категоріальному апараті аксіологічного підходу до публічного управління центральним виступає поняття «цінність», яке у своїй основі містить філософський зміст, водночас, має прикладне значення в публічному управлінні. Як свідчить історія розвитку аксіологічної теорії, саме поняття «цінність» формувалося в рамках етичних, релігійних, соціальних і

педагогічних доктрин, відображаючи спроби людства осмислити смислові засади свого буття та суспільного співжиття. Поступово цінності стали не лише об'єктом філософської рефлексії, а й ключовим елементом регулятивного впливу в сфері права, управління та освіти. На сучасному етапі розвитку суспільства вони функціонують як складна система орієнтирів, яка формує соціально прийнятні моделі поведінки, визначає напрями державної політики та лежить в основі легітимації управлінських рішень.

Сучасна аксіологічна думка, як переконливо демонструє Л.О. Демінська, трактує поняття аксіології як філософського вчення про матеріальні, культурні, духовні, етичні й психологічні цінності особистості, колективу та суспільства загалом. У своїй роботі дослідниця наголошує, що саме ціннісні орієнтації відіграють визначальну роль у становленні професійної ідентичності, суспільної відповідальності й у реалізації державної політики в гуманітарних сферах, зокрема в охороні здоров'я. Українська дослідниця звертає увагу на тісний взаємозв'язок понять «цінність», «значущість», «потреба», «інтерес» і «норма», підкреслюючи їхню роль у формуванні цілісної системи координат, за якою відбувається суспільне управління. Такі міркування мають важливе значення для наукового осмислення організаційно-правових механізмів управління сферою охорони здоров'я, оскільки дозволяють побачити в управлінні не лише інструментальну, а й гуманістичну складову [19].

Аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я невіддільно від аксіології права. Аксіологія права як галузь філософсько-правової думки набуває особливого значення в умовах демократичної трансформації суспільства, адже вона дозволяє розглядати право не лише як систему норм, а передусім як носія базових цінностей, що структурують соціальний порядок і забезпечують стабільність правової системи. Як слушно підкреслює Є.В. Івашев, правова аксіологія є чинником розвитку теорії прав людини, адже саме цінності становлять фундамент не лише правового регулювання, а й правосвідомості індивіда. Правові цінності,

згідно з цією позицією, виступають не лише ідеальними орієнтирами, але й критеріями для оцінки законодавства, правозастосування, легітимності державної влади. Вони мають здатність проникати в правову культуру, формуючи основу для гармонійного співіснування суспільства і держави, громадянина та публічного управління [30].

Таким чином, категоріальний апарат дослідження аксіологічних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я має включати поняття не лише «правові цінності», а й «правова культура», «цінності прав людини» тощо. Це дозволяє розширити фокус дослідження від нормативно-правового регулювання до гуманітарного змісту організаційно-правової дії як цілеспрямованої активності, що повинна ґрунтуватися на загальнолюдських орієнтирах.

Аксіологічні засади публічного управління в сфері охорони здоров'я формують нормативно-ціннісне підґрунтя для функціонування організаційно-правового механізму державної політики у цій галузі. Вони визначають не лише загальні орієнтири реформ, а й структурують управлінські рішення, зумовлюючи їхню соціальну легітимність. В умовах трансформації української системи охорони здоров'я, зокрема під впливом воєнного стану та прагнення до європейської інтеграції, ціннісні орієнтири стають основою для формування політик, здатних забезпечити не лише ефективність, але й справедливість, прозорість та людську гідність як вищі суспільні пріоритети.

У цьому контексті особливу увагу слід звернути на фундаментальні принципи, серед яких ключову роль відіграють людиноцентризм, справедливість, ефективність, прозорість і гуманізм. Саме ці орієнтири визначають пріоритети політики охорони здоров'я в умовах криз і реформ. Як слушно зазначає Н.І. Костенюк, аксіологічний контекст управління включає систему цінностей, що лежать в основі стратегічного планування, реалізації реформ, а також етичного виміру управлінських рішень. Авторка підкреслює, що гармонізація ціннісного підходу є необхідною умовою не лише для

підвищення ефективності системи, а й для формування довіри до неї з боку суспільства [45].

Таким чином, аксіологічні засади виступають не як абстрактна складова наукового аналізу, а як дієвий елемент механізму управління, що забезпечує сталість, соціальну орієнтацію та результативність реформ у сфері охорони здоров'я. Вони дозволяють оцінювати не лише правову відповідність управлінських рішень, а й їхню моральну обґрунтованість та гуманістичну спрямованість.

Аксіологічні засади управління в сфері охорони здоров'я тісно пов'язані з формуванням професійної культури фахівців, які безпосередньо реалізують управлінські рішення. У цьому контексті особливого значення набуває ідея аксіологізації не лише нормативно-правового простору, а й самого процесу підготовки кадрів медичної галузі. Як зазначають Л.Р. Нікогосян та Ю.О. Асєєва, аксіологічний підхід у системі професійної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі має ґрунтуватися на таких загальнолюдських цінностях, як гуманізм, діалог, саморозвиток, інтегрованість і безперервність. На думку авторів, саме ці цінності мають стати засадничими при формуванні моделі професійно-особистісної культури медичних працівників, що, у свою чергу, прямо впливає на ефективність системи охорони здоров'я загалом [71].

Такий підхід дозволяє глибше осмислити значення медичної професії не лише як комплексу практичних навичок, а як культурного й етичного феномена, що вимагає від фахівця особливого рівня самосвідомості, моральної рефлексії та соціальної відповідальності. Аксіологічні засади в цьому контексті постають не як абстрактні ідеали, а як конкретні орієнтири, що впливають на формування управлінських механізмів, нормативного середовища й організаційної культури в сфері охорони здоров'я.

Понятійно-категоріальний апарат дослідження аксіологічних засад управління сферою охорони здоров'я передбачає чітке осмислення самого поняття «організаційно-правовий механізм». Це поняття об'єднує як

нормативні, так і структурно-функціональні елементи державної політики, забезпечуючи їх системну взаємодію. Організаційно-правовий механізм охоплює комплекс інституційних структур, правових норм, управлінських процедур, фінансово-економічних інструментів та ціннісних орієнтирів, які дозволяють реалізувати державну політику в сфері охорони здоров'я з урахуванням її гуманітарного виміру.

Організаційно-правовий механізм – це складна система взаємопов'язаних елементів, яка забезпечує ефективне функціонування управління шляхом поєднання правових і організаційних інструментів. У теоретичному аспекті він виступає як система знань про сутність, закономірності дії та правила застосування організаційно-правових методів і засобів цілеспрямованого регулюючого впливу суб'єкта управління на об'єкт управління. Такий механізм включає нормативно-правові акти, форми, методи, процедури, ресурси (матеріальні, інформаційні, аналітичні), що використовуються органами влади для досягнення визначених цілей, а також інститути громадянського суспільства, які беруть участь у формуванні та реалізації публічної політики.

Організаційний механізм охоплює управлінську структуру, яка реалізує функції державного управління – планування, організацію, мотивацію, облік, контроль, координацію – із застосуванням соціальних, економічних та інших методів. Правовий механізм, у свою чергу, визначає цілі, завдання, компетенції органів влади, регламентує відносини в межах організаційної структури та забезпечує правову основу взаємодії між владою і суспільством. У сукупності вони формують організаційно-правовий механізм державного управління, що дозволяє гнучко реагувати на виклики, досягати ефективності та прозорості публічного управління [15].

У праці З.О. Надюка справедливо зазначено, що механізм державного управління охороною здоров'я є багаторівневою системою, яка складається з трьох взаємопов'язаних підсистем – керівної, технологічної та керованої, – і

реалізується шляхом політичного, економічного, соціального, організаційного й правового впливу на суб'єкти сфери охорони здоров'я. Зокрема, автор наголошує, що організаційно-правовий механізм повинен включати нормативно-правову, фінансово-економічну, кадрову, інформаційну, матеріально-технічну та психологічну складові. Така структура забезпечує не лише ефективне регулювання, а й позитивне сприйняття політики в суспільстві, що є невід'ємною ознакою ціннісно орієнтованого управління [67].

Таким чином, організаційно-правовий механізм слід трактувати не як вузькотехнічний набір адміністративних процедур, а як концептуально сформовану систему ціннісно зумовлених інструментів, що забезпечують досягнення стратегічних цілей у галузі охорони здоров'я на засадах ефективності, соціальної справедливості та відповідальності перед суспільством.

Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я розглядається сучасними дослідниками не лише як сукупність інструментів регуляторної дії, а як результат еволюції моделей управління, адаптації до національного соціально-економічного контексту та запозичення найкращих світових практик. У цьому сенсі механізм виступає категорією, що відображає системний підхід до структурування та реалізації управлінських впливів, з урахуванням принципів легітимності, субсидіарності, ефективності та прозорості.

Згідно з висновками О.А. Мельниченка та Ж.М. Овчарової, сучасні тенденції розвитку організаційно-правових механізмів публічного управління охороною здоров'я в Україні зумовлені не лише необхідністю функціонального вдосконалення, а й потребою в ціннісному переосмисленні самої сутності управлінського впливу. Автори акцентують на важливості зміцнення ресурсного потенціалу системи, підвищенні результативності його використання, а також послідовному впровадженні принципів публічного адміністрування в організаційні практики. Значну увагу приділено уточненню

термінології, узагальненню моделей та розмежуванню інституційного й інституціонального забезпечення як ключових компонентів механізму. Зазначається, що для ефективного функціонування цього механізму необхідна системна координація між усіма учасниками управлінських процесів – державними органами, комунальними структурами, приватними постачальниками послуг, а також пацієнтами як суб'єктами права [59].

Таким чином, організаційно-правовий механізм у дослідженні публічного управління постає як багатовимірна категорія, що об'єднує правове, інституційне, управлінське й ціннісне начало, і є ключовою ланкою реалізації цілей національної політики в сфері охорони здоров'я.

У сучасних умовах організаційно-правовий механізм публічного управління не може існувати поза ціннісним каркасом, у якому ключову роль відіграють ідеї демократії, захисту прав людини та прозорості влади. Як переконливо доводить А.М. Кучук, аксіологічний підхід стає не лише інструментом дослідницького аналізу, а й ключовим чинником євроінтеграційних трансформацій у сфері публічного управління. Зокрема, автор акцентує на тому, що реформування управлінської системи в умовах воєнного стану не може базуватись лише на технічних або правових змінах – воно має виходити з переоцінки цінностей, що лежать в основі управлінської діяльності. У цьому контексті людські права, демократія та принцип правовладдя мають не лише зберігатись, а й посилюватись як засадничі орієнтири, що забезпечують легітимність і сталість державного управління [50].

Ціннісний вимір організаційно-правового механізму управління в охороні здоров'я постає не як другорядна характеристика, а як концептуальна основа, яка визначає стратегічні напрями діяльності, формує механізми прийняття рішень і забезпечує гуманітарну спрямованість управлінських процесів. Лише за умови інтеграції аксіологічних орієнтирів у понятійно-категоріальний апарат можливо сформувати ефективну, легітимну й соціально

орієнтовану систему публічного управління, здатну відповідати як на внутрішні виклики, так і на міжнародні зобов'язання держави.

У межах понятійно-категоріального апарату дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму публічного управління важливою складовою є поняття державного контролю. Його зміст виходить далеко за межі суто наглядової чи регуляторної функції. Контроль у сфері охорони здоров'я набуває аксіологічного значення, оскільки прямо пов'язаний із реалізацією таких базових суспільних цінностей, як життя, здоров'я, гідність, безпека та якість медичних послуг. У зв'язку з цим поняття контролю слід тлумачити не лише як адміністративну функцію, а як важливий інструмент реалізації публічного інтересу, що потребує нормативно обґрунтованого і ціннісно вивіреного механізму.

У науковому дослідженні А.Г. Миронова державний контроль обґрунтовано розглядається як системний організаційно-правовий інструмент, що забезпечує стабільність, передбачуваність та легітимність дій органів управління у сфері охорони здоров'я. Автор наголошує, що ефективність контролю не може оцінюватися виключно з технократичної перспективи – вона повинна співвідноситися з реалізацією конституційних прав громадян, стандартів медичної етики та принципів справедливості. Саме такий підхід дозволяє віднести державний контроль до ключових категорій організаційно-правового механізму, у структурі якого він набуває функції втілення аксіологічного змісту публічного управління [62].

У межах формування аксіологічних засад організаційно-правового управління сферою охорони здоров'я ключовим є розуміння того, що медичне право в широкому сенсі є не лише юридичною конструкцією, а й соціальним благом, що має виконувати функцію задоволення суспільно значущих потреб людини та громадянина. Як справедливо зазначає Б.О. Логвиненко, аксіологія медичного права полягає у його здатності виступати засобом і метою для задоволення життєвих інтересів фізичних та юридичних осіб. Це виражається

не лише в нормативному наповненні правової системи, а передусім – у філософії, яка лежить в основі побудови моделі публічного адміністрування охороною здоров'я [51].

У цьому контексті аксіологія управління передбачає, що організаційно-правовий механізм не може обмежуватись лише технократичною функціональністю чи формально-юридичними приписами. Він повинен бути здатним реалізувати цінності доступності, справедливості, гідності, а також рівного доступу до якісної медичної допомоги незалежно від місця проживання чи соціального статусу. Згідно з концепцією автора, саме через призму цінностей слід формулювати функції публічного управління – від захисту прав пацієнта до інтенсифікації електронного обміну, що слугує інструментом забезпечення прозорості, доступності та зворотного зв'язку в медичній сфері.

Таким чином, організаційно-правове управління сферою охорони здоров'я має розглядатися як ціннісно вмотивований процес, у якому кожна функція управління знаходить своє ціннісне обґрунтування, а кожен правовий припис – соціальну доцільність.

Аксіологічні засади сучасного публічного управління у сфері охорони здоров'я формуються не лише на внутрішньому законодавчому ґрунті, а й у світлі міжнародного правового дискурсу, що базується на біоетичних стандартах. Особливої актуальності набуває розгляд аксіо-нормативної основи публічного управління через призму міжнародних декларацій ЮНЕСКО, які фіксують глобальні етичні принципи у сфері медицини: повагу до гідності, права людини, заборону дискримінації та забезпечення конфіденційності медичних і генетичних даних.

Вважаємо, що аксіо-нормативний підход є новим етапом правового і управлінського мислення в умовах трансформації системи охорони здоров'я. Автори наголошують, що гармонізація національного законодавства із міжнародними стандартами – це не просто формальна адаптація норм, а

процес включення цінностей гуманізму, справедливості та правової рівності до реального управлінського механізму. Саме інтеграція біоетичних декларацій ЮНЕСКО в правову систему України дозволяє забезпечити баланс між інноваціями у медичній сфері та захистом гідності людини, що, у свою чергу, підвищує ефективність публічного управління як з нормативної, так і з морально-ціннісної позиції [139].

Таким чином, завершуючи розкриття понятійно-категоріального апарату, слід зазначити: аксіологічні засади не просто супроводжують організаційно-правовий механізм управління у сфері охорони здоров'я, а й становлять його концептуальне підґрунтя.

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я в Україні аксіологічні засади відіграють фундаментальну роль у формуванні ефективного організаційно-правового механізму її управління. Аксіологічний підхід дозволяє переосмислити не лише управлінські процеси, а й ціннісні орієнтири, що лежать в основі правового регулювання у цій сфері. Він забезпечує інтеграцію таких ключових понять, як соціальна справедливість, доступність медичних послуг, ефективність використання державної власності й персоніфікована відповідальність у межах державної політики.

Змістовне наповнення аксіологічних засад управління у сфері охорони здоров'я полягає у визначенні тієї системи цінностей, яка в сучасних умовах має бути відтворена, закріплена та реалізована в межах правових норм і практики адміністративного управління. Це, передусім, цінність людського життя і здоров'я як вищої соціальної мети діяльності держави. Ці цінності повинні бути трансформовані в норми організаційно-правового регулювання діяльності медичних закладів, державних органів охорони здоров'я, механізмів забезпечення медичного страхування, прозорого розподілу бюджетних коштів та ін.

Цінність економічних відносин, пов'язаних із охороною здоров'я, також потребує осмислення в аксіологічному ключі. Власність, як зазначено в

науковій літературі, є водночас соціальною, економічною та правовою категорією, що в умовах охорони здоров'я набуває особливого значення. Це стосується як публічної власності (державної, комунальної), так і взаємодії держави з приватним сектором через інструменти державно-приватного партнерства. Як підкреслюють автори, організаційно-правова форма – це форма юридичної особи, що відображає особливості її створення, майнового статусу, взаємодії учасників та відповідальності, і яка значною мірою визначає ефективність реалізації її ціннісних функцій у суспільстві. Відповідно, аксіологія виступає не лише концептуальним підґрунтям, але й практично значущим інструментом формування моделей управління у галузі охорони здоров'я, зорієнтованих на забезпечення суспільного добробуту та розвитку [36].

Аксіологічний підхід у дослідженні організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я виступає не лише як теоретична рамка, але й як практична основа трансформації системи публічного управління. Він дозволяє переосмислити саму логіку організаційних процесів у медицині, замінивши адміністративно-командну модель на етично орієнтовану систему прийняття рішень, що враховує цінність людини як центр управлінської діяльності. Організаційна етика в охороні здоров'я, таким чином, є не просто відгалуженням загальної етики чи корпоративної культури – вона є фундаментальною складовою організаційно-правового механізму, що забезпечує гуманістичне, прозоре та ефективне управління у сфері, де ціна помилки може бути життям людини.

Згідно з висновками Antonio Ferrari, Pietro Manotti, Antonio Balestrino та Massimo Fabi, організаційна етика в медицині – це не лише система цінностей, що впроваджується у прийняття рішень, а й практичний інструмент, який формує нову парадигму «керування через відповідальність». Вона ґрунтується на таких складових, як прозорість, професійна відповідальність, забезпечення сталості ресурсів та повага до гідності і прав пацієнта. Зміст організаційних

змін у сфері охорони здоров'я полягає у постійному перегляді цілей, процесів та інституційної логіки – із фокусом на пацієнтоцентризм, інновації, інтегрованість послуг і соціальну відповідальність керівників. У цьому сенсі аксіологічні орієнтири не є зовнішніми щодо правових норм – навпаки, вони інтегруються у саму структуру правового регулювання, визначаючи його легітимність і гуманітарну вмотивованість [165].

Ціннісна зорієнтованість управління охороною здоров'я вимагає не лише врахування інтересів пацієнтів, а й активного включення медичних працівників у формування організаційної культури, побудованої на ідентифікації зі спільною місією та відповідальності. Організаційна етика передбачає створення таких умов праці, які сприяють реалізації професійного потенціалу медиків, підтримці їхніх моральних установок і здатності до співучасті в управлінні. Це означає, що організаційно-правовий механізм має бути гнучким, відкритим до стратегічного планування, здатним підтримувати системну трансформацію на основі ціннісного консенсусу.

Отже, аксіологічні засади управління у сфері охорони здоров'я не зводяться до декларацій гуманізму – вони повинні бути інституціоналізовані через організаційно-правовий механізм, що включає в себе правові норми, адміністративні процедури, моделі відповідальності та формати взаємодії. Це вимагає формування нового типу управлінця – не лише фахівця з нормативного забезпечення, а носія етичної культури, здатного приймати рішення з урахуванням не лише правових, а й гуманітарних критеріїв. У цьому й полягає концептуальна сутність понятійно-категоріального апарату дослідження аксіологічних засад: у сполученні категорій «управління», «цінність», «етика», «відповідальність», «гуманізація» та «правова форма», які утворюють основу сучасного бачення ефективного, соціально орієнтованого та легітимного публічного управління у сфері охорони здоров'я.

У сучасних умовах реформування держави аксіологічні засади функціонування публічного управління, зокрема в системі охорони здоров'я,

постають як стратегічний вимір нової управлінської філософії, в основі якої лежить відхід від авторитарно-бюрократичної моделі на користь людиноцентричного підходу. Це зрушення у пріоритетах зумовлене глибокими трансформаціями не лише правової системи, а й загальної парадигми соціальної взаємодії між державою та громадянами. Саме ціннісна переорієнтація – на гідність, свободу, безпеку і здоров'я особи – стала каталізатором зміни логіки адміністративно-правового регулювання у медичній сфері.

Як підкреслює В. Терещук, аксіологічні засади функціонування органів публічного адміністрування мають розглядатися як сукупність ціннісних установок, що передбачають первинність прав, свобод і законних інтересів людини та громадянина, а також їх вирішальний вплив на організацію, функціонування та розвиток системи управління. Такий підхід обумовлює зміну концептуальних підвалин формування державної політики – від пріоритету державного інтересу до визнання соціальної цінності особи як визначального критерію ефективності правових та організаційних механізмів. Сутнісним зрушенням стало перенесення центру формування управлінських рішень із державної волі на потреби громадянського суспільства, що дозволяє по-новому осмислити саму природу організаційно-правового механізму управління у галузі охорони здоров'я [133].

Варто наголосити, що публічне адміністрування, як зазначає автор, дедалі більше набуває рис соціально-правового феномену, у межах якого юридична форма повинна бути наповнена змістом, орієнтованим на служіння людині. У сфері охорони здоров'я це набуває особливої актуальності, оскільки саме тут визначається не лише якість життя, а часто – його тривалість і гідність. Адміністративне право, що є основою регуляторного забезпечення в цій сфері, трансформується відповідно до викликів часу – із інструмента централізованого контролю воно перетворюється на засіб балансування інтересів, діалогу, співучасті та відповідальності.

Таким чином, цінності, закладені в аксіологічних засадах публічного управління, становлять не просто декларативний орієнтир, а змістовну рамку для побудови нового типу організаційно-правових механізмів. У випадку охорони здоров'я йдеться про необхідність інтегрувати принципи рівного доступу, соціальної справедливості, пацієнтоцентризму, прозорості рішень та етичної відповідальності в кожен елемент державної політики. Лише в такому форматі система управління буде не лише ефективною, а й легітимною – як в очах громадян, так і в контексті європейських правових стандартів.

Аксіологічна парадигма в управлінні суспільними процесами, зокрема у сфері охорони здоров'я, дедалі частіше виявляється як ключовий орієнтир модернізаційних трансформацій. Прикладом глибокої реалізації аксіологічного підходу є сучасна вища освіта, яка, згідно з дослідженням С. Коломієць та Т. Маслової, дедалі активніше виступає інструментом формування не лише професійної компетентності, а й ціннісних орієнтирів майбутнього фахівця. Освіта – це не лише знання, але й цілісне світосприйняття, яке формується в контексті моральних і соціальних орієнтирів, що властиві певній культурі, політичній традиції та національній ідентичності. А отже, підхід, за якого людина проголошується найвищою цінністю, є не лише етично доцільним, а й ефективним для формування управлінських стратегій, орієнтованих на гуманістичні засади розвитку системи охорони здоров'я [41].

У цьому контексті, цілком природним виглядає інтеграція освітньої парадигми із загальною логікою публічного управління, оскільки обидва ці напрями – освітній та управлінський – мають спільну місію: утвердження в суспільстві системи базових гуманітарних цінностей. Саме в такому руслі повинно розвиватися нормативне та інституційне середовище системи охорони здоров'я. Йдеться про те, що аксіологічний вимір має бути не зовнішнім додатком до управлінських стратегій, а невід'ємною частиною самої логіки правового регулювання. Формування ефективного організаційно-

правового механізму управління охороною здоров'я повинно здійснюватися на основі таких цінностей, як гідність, людяність, етичність, соціальна відповідальність, солідарність, справедливість, безпечність, рівність доступу до медичних послуг тощо.

Саме через ціннісну інтеграцію публічного управління та освіти, можливо сформувати якісно новий підхід до реформування системи охорони здоров'я – орієнтований не лише на ефективність і прозорість, але й на гуманістичну наповненість управлінських процесів. Подібна трансформація дозволить забезпечити не лише нормативну, а й екзистенційну легітимність дій держави у сфері захисту здоров'я людини як вищої соціальної цінності.

У межах аксіологічного підходу важливо враховувати і трансформаційні процеси, які стосуються не лише національного рівня публічного управління, а й його локального, муніципального виміру. Саме на рівні органів місцевого самоврядування найвиразніше простежується реалізація принципу субсидіарності, який передбачає наближення адміністративних послуг до громадянина і забезпечення максимальної адаптації організаційно-правових механізмів до реальних потреб населення.

Дослідження Р.О. Дьоміна свідчить, що ефективне залучення органів місцевого самоврядування до процесу ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я є вагомим елементом аксіологічного оновлення правового регулювання. Автор наголошує, що саме органи місцевої влади здатні забезпечити не лише адміністративне виконання процедур, а й втілення у практику таких цінностей, як прозорість, підзвітність, професійна відповідальність та доступність медичних послуг. Особливого значення ця проблема набуває в умовах воєнного стану, коли актуалізується питання гнучкості управлінських механізмів, спроможних реагувати на нові виклики без втрати гуманітарної орієнтації [20].

Цей аспект вказує на необхідність системного включення аксіологічного підходу в процес формування організаційно-правового механізму, що

функціонує не лише на макрорівні, а й у безпосередньому контакті з громадянами. У цьому контексті правові акти, що регламентують порядок надання адміністративних послуг, ліцензування, контролю й моніторингу у сфері охорони здоров'я, повинні містити не тільки інструктивно-процедурні положення, а й закріплювати ціннісні орієнтири, які визначають якість правозастосовної практики. Категорія аксіологічного забезпечення управління повинна розглядатися не як додаткова функція публічного адміністрування, а як його засадничий елемент, що наповнює юридичні механізми гуманітарним змістом. Саме ціннісна насиченість організаційно-правових рішень створює основу для довіри суспільства до інституцій, знижує рівень правового нігілізму та підвищує ефективність політики у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, категоріально-понятійний апарат, який формується в межах дослідження аксіологічних засад організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, має глибоко інтегрований міждисциплінарний характер. Він спирається не лише на традиційні положення правової науки, теорії державного управління та медичного права, але й на філософію цінностей, етику, соціологію та менеджмент. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до аналізу базових понять, серед яких ключовими виступають: «аксіологічний підхід», «організаційно-правовий механізм», «управління цінностями», «гуманітарна орієнтація публічного управління», «етична відповідальність», «людиноцентризм», «легітимність управління», «цінність права», «соціальна справедливість» тощо.

Аксіологічна парадигма дозволяє не лише глибше осмислити структурні складові управління у сфері охорони здоров'я, але й виявити їхній смисловий вектор – спрямованість на захист гідності, життя і здоров'я людини як найвищої соціальної цінності. Такий підхід змінює акценти у правовому дослідженні: з формального опису інституцій переходить до вивчення цілей, орієнтирів і наслідків правового регулювання для суспільства. Саме ціннісний

зміст управлінських рішень і нормативних актів має стати критерієм їхньої ефективності у сфері охорони здоров'я.

З огляду на це, аксіологічні засади не є лише теоретичною абстракцією – вони становлять фундамент для побудови сучасної, гуманістично орієнтованої системи публічного управління, що відповідає викликам трансформаційного періоду в Україні. Така система повинна забезпечити не лише належну правову регламентацію діяльності, але й реальне втілення суспільно значущих цінностей у практику управління – через прозорість, доступність, професійну відповідальність, етичність і повагу до людини. Саме це й становить змістовне ядро понятійно-категоріального апарату дослідження, що розкриває аксіологічну природу організаційно-правового механізму у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні.

1.3. Сучасний стан дослідження моделі управління сферою охорони здоров'я в Україні

У сучасному науковому дискурсі дослідження моделі управління сферою охорони здоров'я в Україні набуває особливої актуальності у зв'язку з трансформаційними процесами, що охопили систему медичного обслуговування. Реформа охорони здоров'я, що була розпочата в Україні з метою підвищення якості медичних послуг та ефективності фінансування, спричинила активізацію наукових пошуків у напрямі з'ясування організаційно-правових механізмів функціонування відповідних інституцій. Особливої уваги заслуговує діяльність Національної служби здоров'я України, яка стала новим суб'єктом публічного адміністрування в цій сфері.

Актуальні дослідження підтверджують, що основоположним у моделі управління охороною здоров'я в Україні є поєднання адміністративно-правових засад з елементами господарсько-договірного регулювання. Це виявляється, зокрема, у тому, що укладені між закладами охорони здоров'я та

Національною службою здоров'я договори мають статус господарських контрактів на основі державного замовлення, які супроводжуються адміністративними відносинами щодо дотримання стандартів надання послуг та фінансових гарантій. Такий підхід забезпечує контрольованість системи з боку держави, зберігаючи при цьому гнучкість і елементи ринкової конкуренції.

Важливим науковим здобутком стало визначення правового статусу Національної служби здоров'я України як системоутворюючого органу, що формує вертикально інтегровану систему суб'єктів охорони здоров'я. Ця система, на думку дослідників, характеризується асиметричністю (обов'язковою участю державних і комунальних установ та добровільною участю приватних закладів), централізацією (через єдиний центр укладання контрактів), стандартизацією надання послуг та запровадженням механізмів громадського контролю [33].

У працях, присвячених трансформації державного управління, акцент робиться на ролі інституційної автономії закладів охорони здоров'я, яка розглядається як один з чинників підвищення ефективності системи загалом. З одного боку, така автономія дозволяє медичним установам оперативно реагувати на зміни попиту, підвищувати якість обслуговування, здійснювати кадрову політику. З іншого боку, це вимагає чітко врегульованого механізму взаємодії з державними регуляторами, передусім з НСЗУ, у сфері контролю, моніторингу якості послуг і витрачання бюджетних коштів.

У вітчизняному науковому просторі сучасна модель управління охороною здоров'я розглядається як багаторівнева система з чітко структурованими елементами та механізмами державного регулювання. Одним із найбільш ґрунтовних досліджень у цьому напрямі є праця З. Надюка, в якій автор запропонував системну класифікацію складових механізму державного управління національною системою охорони здоров'я. Він виокремлює три підсистеми – керівну (органи державної влади), технологічну

(механізми, функції, важелі, стимулювання), та керовану (медичні заклади, фізичні особи), взаємодія яких забезпечує реалізацію державної політики у сфері медичної допомоги.

Особливу увагу автор приділяє правовому механізму, який охоплює не лише нормотворчість і організацію контролю, а й інформаційну, кадрову, психологічну та матеріально-технічну компоненти. Такий підхід дозволяє розглядати державне управління охороною здоров'я не як суто адміністративну функцію, а як комплексний вплив на систему в умовах ринку, що враховує специфіку гуманітарної сфери. Крім того, дослідження підкреслює, що ринкові принципи у сфері охорони здоров'я можуть застосовуватися лише в поєднанні з жорстким державним регулюванням, зокрема щодо рівного доступу, контролю якості та ефективності витрат.

Інституційний підхід З. Надюка до аналізу механізмів державного управління ґрунтується на системності, функціональній інтеграції та орієнтації на результат. Автор підкреслює необхідність створення умов для саморегуляції ринку, з одночасним збереженням контролюючої ролі держави у питаннях публічного інтересу, захисту прав пацієнтів, формування системи фінансової відповідальності та моніторингу якості медичних послуг. У цьому контексті особливого значення набуває структуризація нормативно-правового забезпечення надання медичної допомоги, що повинна базуватися на принципах відкритості, передбачуваності та справедливості [67].

У науковому дискурсі останніх років зростає інтерес до дослідження механізмів публічного управління розвитком недержавного сектора охорони здоров'я. Одним із комплексних досліджень у цьому напрямі стала дисертація В.П. Прасола, в якій охоплено не лише аналіз чинного нормативно-правового поля, а й теоретичне обґрунтування концепції управління недержавною складовою медичної сфери. Автор виходить з положення, що розвиток недержавного сектора охорони здоров'я в Україні потребує не стихійної ринкової адаптації, а цілеспрямованого державного регулювання, ґрунтованого

на комплексному механізмі впливу публічної влади. Цей механізм має інтегрувати політичні, економічні, правові, організаційні, адміністративні та інші важелі впливу.

Особливої уваги заслуговує спроба автора впровадити модель публічного управління закладами охорони здоров'я, які функціонують у статусі комунальних некомерційних підприємств. У межах цієї моделі, держава повинна діяти не як виключний адміністратор, а як партнер, що стимулює конкурентне середовище, прозору звітність і якісне інформаційне управління. Результати дослідження дозволяють стверджувати, що на сучасному етапі управління недержавним сектором охорони здоров'я має бути спрямоване на формування сприятливих умов для співпраці з публічною системою, розвиток державно-приватного партнерства та підвищення доступності послуг через прозорі фінансові інструменти.

У межах наукового обґрунтування Прасол також приділив значну увагу визначенню категоріального апарату. Зокрема, під охороною суспільного здоров'я автор розуміє систему заходів, що реалізуються не лише державними, а й приватними структурами, спрямованими на збереження здоров'я населення. Таке розширене тлумачення дає змогу інтерпретувати управління у сфері охорони здоров'я як інтегровану модель публічної, приватної та громадської взаємодії, що відповідає сучасним управлінським трендам, заснованим на принципах партисипації та міжсекторальної співпраці [78].

Важливе місце в сучасному науковому дискурсі посідає дослідження системи публічного управління у сфері охорони здоров'я України як комплексного феномена, що вимагає впровадження інструментально структурованого підходу. Як свідчить аналіз, проведений Г.В. Козаченко та О.В. Сологубом, механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я мають не лише відображати чинну нормативну та організаційну базу, але й формувати нову управлінську архітектуру, спроможну забезпечити відповідність цієї сфери ключовим засадам соціальної держави.

Зазначені дослідники обґрунтовують, що вплив керівної підсистеми на керувану в системі охорони здоров'я повинен здійснюватися не хаотично, а з використанням чітко сформованого механізму. Такий механізм передбачає поєднання методик, алгоритмів, управлінських технологій, а також сучасних цифрових рішень і комунікаційних стратегій, які повинні бути синхронізовані в межах цілісної системи. В основі цієї системи лежить гнучке співвідношення постійно діючих і тимчасових інструментів, їхня координація, а також врахування особливостей функціонування кожної з підсистем охорони здоров'я. І саме у цій складності, як наголошують автори, полягає потреба в системному підході до формування публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Окремо дослідники акцентують увагу на тісному взаємозв'язку між елементами механізмів – правовим, фінансовим, організаційним, інформатизаційним тощо. Відсутність або недосконалість одного з них негативно позначається на ефективності інших. Наприклад, слабкість правового механізму породжує колізії, що ускладнюють дію всієї системи, а недофінансування – знижує спроможність реалізовувати навіть ідеально побудовану модель. У зв'язку з цим Г. Козаченко та О. Сологуб пропонують концептуальні засади формування системи механізмів, до яких входять такі важливі елементи, як постійний моніторинг якості послуг, залучення громадськості, відкритість, адаптивність до цифрових трансформацій та взаємодія з міжнародним досвідом [40].

Наукові підходи до перебудови системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі акцентують увагу на концептуальних змінах управлінських і фінансових механізмів. У статті І.М. Солоненка, Л.В. Сабліної та А.І. Єни обґрунтовано, що перехід від фінансування медичної галузі на основі постатейного бюджету до контрактної моделі, реалізованої через Національну службу здоров'я України, є ключовим інструментом підвищення ефективності галузі. Автори наголошують на необхідності формування збалансованого

співвідношення між суспільним і приватним секторами, що має ґрунтуватися на принципах справедливості, доступності та ефективності.

Цікаво, що запропоноване авторами бачення передбачає не лише залучення приватного сектора до надання медичних послуг, але й чітке визначення меж децентралізації управлінських повноважень, які мають бути адаптовані до політичного, ресурсного та інформаційного контексту кожного регіону. У цьому контексті, децентралізація розглядається не просто як передача функцій вниз, а як інструмент підвищення ефективності управління за рахунок наближення рішень до безпосередніх виконавців та споживачів послуг.

Також у статті представлено порівняльний аналіз моделей фінансування, власності та управління системами охорони здоров'я, що діють у країнах з ринковою економікою. Підкреслюється, що не існує універсальної моделі – кожна держава формує свою систему, враховуючи національні традиції, суспільні очікування та політичні реалії. Водночас у центрі всіх ефективних моделей перебуває спроможність координувати суспільні та приватні інтереси у межах єдиної політики, спрямованої на забезпечення справедливого доступу до якісної медичної допомоги [129].

Серед актуальних наукових підходів до управління сферою охорони здоров'я в Україні слід виокремити організаційно-економічну концепцію, що розглядає розвиток галузі крізь призму системного перетворення управлінських і фінансових механізмів. Сучасні дослідники обґрунтовують необхідність модернізації організаційно-економічного механізму цієї сфери на основі принципів інноваційності, доступності та соціальної відповідальності. Зокрема, вона підкреслює, що ефективне управління медичною системою має ґрунтуватися на використанні сучасного інструментарію державного регулювання, з урахуванням як внутрішніх (ендогенних), так і зовнішніх (екзогенних) детермінант її розвитку.

Отже, розглядаючи сферу охорони здоров'я як систему соціально орієнтованих дій, що мають забезпечити збереження та відновлення здоров'я громадян, профілактику захворювань та загальне підвищення рівня життя. Особлива увага приділена аналізу еволюції цієї сфери: від формування базових структур управління до створення Національної служби здоров'я України та подальших ініціатив щодо впровадження медичного страхування. Це дозволяє окреслити основні етапи трансформації організаційно-економічного механізму з урахуванням актуальних викликів та глобальних тенденцій.

Ключовими завданнями сучасного механізму управління дослідниця вбачає створення системи соціальних гарантій для населення, впровадження новітніх фінансових інструментів, оптимізацію ресурсів медичної сфери, формування конкурентного ринку медичних послуг, забезпечення прозорості процедур та розвиток культури здорового способу життя. У цій парадигмі важливу роль відіграє не лише держава, а й самі громадяни, які повинні виступати активними суб'єктами збереження власного здоров'я.

Загалом дослідження Зуб І.М. засвідчує прагнення до формування цілісної моделі управління медичною сферою, де поєднуються ефективні управлінські рішення, фінансова стабільність, висока якість послуг і рівний доступ до них незалежно від соціально-економічного статусу людини [28].

На сучасному етапі розвитку української системи охорони здоров'я зростає значення інформаційної підтримки управлінських процесів. Особливо актуальним є формування так званого організаційно-інформаційного механізму публічного управління, що, на думку науковців, може значною мірою забезпечити не лише ефективність координації діяльності медичних установ, а й прозорість системи охорони здоров'я в цілому. У дослідженні авторів підкреслюється, що ключовим елементом такої моделі має стати мережа міжгалузевих організаційно-інформаційних центрів, які об'єднують дослідницькі установи, фінансові інституції, фонди розвитку, страхові компанії, сертифікаційні органи та консалтингові структури.

Впровадження організаційно-інформаційного механізму розглядається не лише як технічна інновація, а як стратегічна трансформація системи публічного управління, орієнтованої на якість, відкритість і адаптивність. Стаття звертає увагу на гостру проблему інформаційної асиметрії в галузі охорони здоров'я, яка деформує природну взаємодію між попитом і пропозицією. Саме тому однією з головних функцій нової системи стає формування об'єктивного, незалежного інформаційного середовища, що дозволить уникнути маніпуляцій із боку постачальників послуг і сформувавши реальний запит з боку споживача на основі достовірних даних.

Також акцентується на потребі створення єдиного інформаційного простору з дотриманням єдиних стандартів збору, збереження, обробки та передачі даних у сфері охорони здоров'я. Це передбачає наявність ефективного медичного інформаційного середовища на кожному адміністративному рівні, інформаційну підтримку реалізації державних і регіональних програм, а також проведення постійного медико-економічного аналізу. Запропонована авторами модель дозволяє перейти до більш демократичного варіанту управління – горизонтального, адаптивного, інтегративного, де рішення ухвалюються не лише в центрі, а й на місцях, і де кожен учасник процесу має доступ до релевантної інформації [72].

Питання вдосконалення механізмів публічного управління охороною здоров'я в сучасній Україні, особливо в умовах децентралізації, викликів війни та реформ, стає ключовим напрямом наукових досліджень. Значний внесок у розвиток цієї тематики зробив Роман Шевчук, який у своєму дисертаційному дослідженні пропонує розгорнуту концепцію розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я, ґрунтуючись як на українському досвіді, так і на зарубіжних практиках. В основі дослідження лежить теоретико-методологічне обґрунтування системних змін, спрямованих на трансформацію управлінських моделей у відповідь на сучасні суспільні виклики.

Однією з визначальних тез роботи є необхідність створення єдиного медичного простору в Україні, інтегрованого на основі сучасної інформаційної інфраструктури. Такий простір передбачає впровадження електронної медичної документації, уніфікованих стандартів обслуговування та забезпечення рівного доступу до медичних послуг незалежно від місця проживання. Дослідник наголошує, що для ефективного функціонування такої системи потрібне багаторівневе управління, здатне забезпечити взаємодію між центральними, регіональними та місцевими органами влади. Особливої уваги він надає делегуванню повноважень та розширенню автономії медичних закладів, що дозволить їм оперативніше реагувати на потреби громад та покращити якість обслуговування.

У роботі Шевчука також приділено увагу кадровому забезпеченню, фінансуванню галузі та впровадженню механізмів громадської участі в ухваленні рішень. Автор підкреслює, що без належного людського капіталу та без залучення громадян до процесів контролю й оцінки діяльності установ охорони здоров'я неможливо досягти високої ефективності системи. Він також розробляє пропозиції щодо впровадження публічно-приватного партнерства в медичній сфері як інструменту залучення додаткових ресурсів, технологій та управлінських підходів, здатних забезпечити гнучкість та інноваційність галузі.

У цілому, дисертаційне дослідження Р.В. Шевчука демонструє системний підхід до аналізу моделі управління охороною здоров'я та пропонує низку стратегічних напрямів її удосконалення. Цей підхід охоплює як організаційні, так і нормативно-правові, фінансові, кадрові та соціальні складові, що дозволяє розглядати систему в її цілісності та взаємозалежності [144].

Одним із перспективних напрямів удосконалення моделі управління охороною здоров'я в Україні є застосування логістичного підходу, що передбачає побудову інтегрованого медико-соціального комплексу на рівні

адміністративної території. У межах цього підходу передбачається поєднання ресурсів первинної медичної допомоги, соціальних служб, госпітальних закладів і спеціалізованих амбулаторій в єдину корпоративну мережу, яка функціонує на основі персоніфікованих баз даних населення. Така система спрямована на забезпечення адресності, своєчасності та економічної ефективності надання медичних і соціальних послуг.

Автори зазначають, що для ефективного функціонування системи медико-соціальної допомоги необхідне створення інформаційної інфраструктури, яка дозволить контролювати обсяги послуг, витрати, якість надання допомоги, маршрути пацієнтів. Така інфраструктура формує основу для розрахунків фінансування через впровадження поняття «медичної послуги» як базової одиниці обліку та контролю, що уможливорює прозору взаємодію між надавачами послуг та державними замовниками. Особлива увага приділяється створенню єдиного реєстру населення, що дозволяє ефективно здійснювати розподіл ресурсів, планування обсягів допомоги та контроль за якістю обслуговування.

Крім того, важливим елементом пропонованої моделі є перехід до договірної форми взаємин між лікарями первинної ланки та пацієнтами, що, за задумом авторів, сприятиме персоналізації відповідальності, підвищенню мотивації медичних працівників та довіри населення. Розроблений підхід також передбачає інтеграцію медичної та соціальної складової через міжсекторальну координацію дій органів охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та екології, що дозволить формувати нову якість публічного управління в галузі здоров'я [57].

Одним із важливих аспектів сучасного дослідження управлінських моделей у сфері охорони здоров'я є аналіз функціонального розподілу повноважень між різними рівнями державного управління та органами місцевого самоврядування. У статті З.О. Надюк розглядаються як позитивні зміни, пов'язані з реформою децентралізації, так і обмеження, з якими

стикаються органи управління на місцях. Авторка звертає увагу на складність реалізації ефективної системи управління, що поєднує централізоване нормотворення із делегуванням повноважень на нижчі рівні управління, зокрема на рівень громад.

У роботі наголошується, що механізми делегування та субсидіарності відіграють ключову роль у забезпеченні доступу громадян до якісної медичної допомоги. Держава встановлює певні рамки та орієнтири для місцевої влади, але водночас надає їй простір для самостійної ініціативи та вироблення власних управлінських інструментів. Саме в цій площині виникає проблема забезпечення балансу між централізованим контролем і автономією органів місцевого самоврядування, які, з одного боку, мають широкі повноваження, а з іншого – змушені діяти в межах ресурсних і правових обмежень, установлених національним рівнем.

Авторка також підкреслює значення системного підходу до формування публічної політики в галузі охорони здоров'я. Такий підхід передбачає не лише функціональний поділ повноважень, а й чітке визначення ролі кожного суб'єкта державної влади у реалізації медичних програм, здійсненні моніторингу, оцінки ефективності заходів та прийнятті стратегічних рішень [68].

У сучасних наукових дослідженнях зростає інтерес до оцінки моделі управління сферою охорони здоров'я крізь призму соціально-демографічних процесів. У статті П.В. Іванчова доведено, що зниження чисельності населення, зменшення народжуваності та висока смертність працездатного населення вимагають невідкладного посилення ролі держави у сфері охорони здоров'я. Автор підкреслює, що незважаючи на скорочення кількості закладів, ліжкомісць і медичного персоналу, зростання тривалості життя українців свідчить про позитивну динаміку доступності й ефективності медичних послуг.

З іншого боку, збереження високого рівня смертності через хвороби системи кровообігу, онкологію та зовнішні причини вказує на структурну

кризу в системі охорони здоров'я. Іванчов обґрунтовує, що одним із ключових інструментів подолання цієї кризи є формування державної політики, орієнтованої на профілактику захворювань, ранню діагностику та запровадження механізмів обов'язкових медичних оглядів. У цьому контексті важливим є не лише реформування фінансування та логістики галузі, а й розвиток державної профілактичної медицини, залучення населення до збереження власного здоров'я, створення стимулів до відповідального ставлення громадян до свого фізичного стану.

Особливу увагу в дослідженні приділено важливості мультисекторального підходу до управління охороною здоров'я, що має включати взаємодію держави, недержавних організацій, приватного сектора і громадян. Упровадження такої моделі, на думку автора, дозволить забезпечити не лише рівний доступ до медичних послуг, а й сформувати ефективну, адаптивну й орієнтовану на результат систему охорони здоров'я в умовах ринкової економіки [29].

Дослідження ролі органів місцевого самоврядування в системі управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я відкриває новий вимір у вивченні сучасної моделі публічного управління цією галуззю. Олена Гавва у своїй роботі акцентує увагу на важливості методологічного осмислення місцевої влади як системоутворювального елементу в умовах кризових викликів, зокрема – воєнного стану, пандемій та техногенних катастроф. Визначальним у її підході є застосування комплексного, багаторівневого й мультиінтегрованого методологічного підходу, що дозволяє об'єктивно оцінювати як структуру системи місцевого самоврядування, так і механізми її взаємодії з центральними органами виконавчої влади та інституціями громадянського суспільства.

Авторка доводить, що антикризове управління в охороні здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій має базуватися не лише на нормативно-правовій базі та організаційно-кадровому потенціалі, а й на ефективному

застосуванні методів публічного адміністрування. Йдеться про здатність місцевих органів швидко реагувати на виклики, розробляти та імплементувати оперативні рішення, координувати ресурси і діяти в межах чітко визначеної інформаційної вертикалі. Методологічне обґрунтування такого підходу включає системний, функціональний, синергетичний, порівняльно-правовий та соціологічний методи дослідження, що забезпечують цілісне бачення ролі місцевої влади в охороні здоров'я в умовах криз.

Особливістю сучасної української ситуації, за О.А. Гаввою, є те, що надзвичайні ситуації здебільшого мають екзогенний характер, виникаючи внаслідок зовнішніх впливів – військової агресії, пандемії тощо. Це вимагає від системи охорони здоров'я не лише адаптації, а й здатності функціонувати у надзвичайному режимі. Відповідно, органи місцевого самоврядування мають бути не лише адміністративними інституціями, а й ефективними кризовими менеджерами, спроможними забезпечити санітарно-епідемічну безпеку, мобілізацію ресурсів, інтеграцію ВПО, інформаційне забезпечення, а також формування нових підходів до фінансування й стратегічного планування [12].

Актуальні трансформаційні процеси в українській системі охорони здоров'я потребують формування нової, стратегічно виваженої моделі управління, здатної забезпечити адаптацію до глобалізаційних викликів і реалізацію права громадян на якісну медичну допомогу. У дослідженні О.П. Радченка та В.В. Лагодієнка висвітлено доцільність реформування чинної управлінської моделі в напрямі інтеграції міжнародних стандартів охорони здоров'я, з особливим акцентом на соціально-етичні орієнтири і маркетингові підходи до організації медичних послуг.

Автори підкреслюють, що низький рівень очікуваної тривалості життя в Україні, відсутність дієвих механізмів фінансування та високий рівень корупції в медичній галузі є критичними викликами для управлінської системи. У цьому контексті необхідним є впровадження нових фінансово-економічних

механізмів, включаючи відмову від постатейного фінансування на користь оплати за фактично надані послуги. Це має не лише підвищити ефективність використання бюджетних ресурсів, але й стимулювати медичні заклади до покращення якості надання послуг.

Особливої уваги заслуговує стратегічне бачення, запропоноване авторами, яке включає розвиток конкурентоспроможності національної медичної системи через модернізацію інфраструктури, удосконалення правових і організаційних засад діяльності закладів охорони здоров'я, розвиток державних гарантій доступу до медичних послуг та створення інтегрованого інформаційного простору. Реформування також повинно передбачати баланс між централізованими й децентралізованими управлінськими практиками, забезпечення реальної доступності медичної допомоги для всіх категорій населення та розвиток профілактичної складової системи охорони здоров'я [119].

У контексті трансформації моделі публічного управління охороною здоров'я особливу увагу сучасні науковці приділяють питанню розвитку медичного страхування. Г.М. Пазєєва у своєму дослідженні обґрунтовує, що ефективна система медичного страхування в Україні має стати ключовим компонентом соціального захисту населення та основою сталого фінансування галузі охорони здоров'я. Авторка наголошує, що розвиток страхового сегменту медицини відповідає як загальносвітовим тенденціям, так і внутрішнім потребам країни, зокрема – в умовах демографічного старіння, зниження народжуваності та зростання тягаря хронічних захворювань.

Проведений аналіз статистичних показників свідчить про позитивну динаміку розвитку ринку медичного страхування в Україні у 2015–2019 роках. Зокрема, частка медичного страхування зросла з 8,7% до 11,5% у загальній структурі страхових премій, а обсяг валових страхових внесків збільшився на понад 70%. Однак, як зазначає авторка, існує ціла низка проблем, які гальмують подальший розвиток ринку: недосконалість законодавства,

відсутність прозорої системи звітності, недостатній нагляд за страховими компаніями, низький рівень довіри з боку населення та невисока платоспроможність громадян. На думку дослідниці, подальше вдосконалення моделі управління охороною здоров'я має здійснюватися шляхом інтеграції обов'язкового та добровільного медичного страхування, запровадження податкових пільг, посилення регуляторної політики відповідно до вимог ЄС та стандартів Міжнародної асоціації органів страхового нагляду. Запровадження ризик-орієнтованого підходу, забезпечення прозорості власності страхових компаній, створення умов для формування корпоративного управління та внутрішнього контролю, на думку авторки, є основою для формування сталого та ефективного страхового ринку, що стане фундаментом реформованої системи охорони здоров'я [75].

На сучасному етапі розбудови державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах війни особливої актуальності набуває адаптація системи управління до надзвичайних ситуацій. У дослідженні В. Хмеліка проведено комплексний аналіз сучасного стану медичної галузі України, визначено її проблемні зони та окреслено перспективи трансформації моделі управління. Особливу увагу приділено управлінню медичною сферою під час війни, яке розглядається як багатофакторний процес, що потребує нових підходів до координації дій усіх зацікавлених сторін, у тому числі держави, бізнесу, громадськості, волонтерського руху та міжнародних організацій.

Автор дослідження обґрунтовує доцільність запровадження кластерної моделі управління медичною сферою, що дозволяє ефективно інтегрувати ресурси, знання та інституції в єдиний функціональний механізм. Такий підхід сприяє не лише підвищенню ефективності прийняття управлінських рішень, а й покращенню доступності медичних послуг, особливо в умовах децентралізації та нестачі інфраструктури на територіях, що постраждали від воєнних дій. В. Хмелік також виокремлює такі пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я, як цифровізація (e-Health), розвиток телемедицини,

впровадження інноваційних технологій, формування кадрового резерву та залучення інвестицій.

У публікації наведено статистичні дані щодо рівня захворюваності на туберкульоз, забезпеченості лікарями та тривалості лікування в різних регіонах України. Ці показники демонструють нерівномірність розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні та підкреслюють потребу в диференційованому підході до реформування. Крім того, автор класифікує ключові загрози для галузі в умовах війни – від руйнування інфраструктури до психологічних наслідків серед переміщених осіб – та пропонує практичні рішення для управління ризиками, зокрема розвиток моделей швидкого реагування та мобільних медичних команд [141].

Проведений аналіз сучасних досліджень свідчить про активізацію наукової думки в напрямі осмислення трансформаційних процесів у системі охорони здоров'я України. Моделі управління цією сферою розглядаються як динамічні конструкції, що змінюються під впливом політичних, соціально-економічних, безпекових та інституційних факторів. Вітчизняні науковці дедалі частіше підкреслюють необхідність відходу від виключно централізованих механізмів на користь гнучких, багаторівневих, інтегрованих управлінських підходів, здатних забезпечити ефективне функціонування медичної галузі в умовах кризи та відновлення.

У роботах вітчизняних дослідників простежується тенденція до міждисциплінарного підходу – поєднання правових, економічних, управлінських, інформаційних та соціологічних аспектів у вивченні моделі публічного управління охороною здоров'я. Водночас підкреслюється необхідність посилення ролі органів місцевого самоврядування, удосконалення системи фінансування, розвитку цифрової інфраструктури, формування кадрового потенціалу та підвищення рівня участі громадськості в ухваленні управлінських рішень.

Таким чином, сучасний стан дослідження моделі управління сферою охорони здоров'я в Україні засвідчує не лише наявність потужного наукового підґрунтя для реформ, а й потребу в системному переосмисленні управлінських підходів, які мають забезпечити реальну реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я, ефективну реакцію на виклики сьогодення та формування стійкої, інклюзивної та інноваційної медичної системи в майбутньому.

Висновки до розділу 1

Проведений аналіз теоретико-методологічних засад дослідження аксіологічних основ організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні дозволив зробити низку важливих наукових висновків. Насамперед встановлено, що ціннісний вимір публічного управління в медичній сфері набуває ключового значення в умовах сучасних трансформацій – воєнного стану, реформування медичної системи, цифровізації, розбудови демократичної правової держави та євроінтеграційних процесів. Аксіологічний підхід у цьому контексті виступає не лише як філософське підґрунтя, але й як інструмент для переосмислення та модернізації механізмів державного впливу на сферу охорони здоров'я.

Визначено, що методологічна рамка дослідження аксіологічних засад охоплює широкий спектр підходів – від діалектичного, герменевтичного, системного до компаративного. Вони забезпечують комплексне бачення досліджуваного феномена як багаторівневої, міждисциплінарної системи, що функціонує на перетині права, етики, соціальної політики, філософії медицини та публічного адміністрування. Саме поєднання цих підходів дозволяє виявити глибинні чинники, що зумовлюють зміст, спрямованість і ефективність організаційно-правового механізму управління.

Крім того, у межах розділу розкрито сутність аксіологічного підходу як концептуальної основи для побудови гуманістично орієнтованої управлінської

системи. Показано, що такі цінності, як людська гідність, рівність, солідарність, справедливість, автономія, не можуть залишатися абстрактними засадами, а повинні інтегруватися в конкретні елементи публічної політики – від змісту нормативних актів до процедур ухвалення рішень та моделей організації надання медичних послуг. Ціннісна основа управління має виступати критерієм оцінки ефективності та легітимності державних рішень.

Також з'ясовано, що становлення аксіологічної парадигми в управлінні охороною здоров'я відбувається на основі філософсько-правової переоцінки ролі держави, яка повинна гарантувати не лише формальний доступ до медичних послуг, а й забезпечувати їх етичну якість, повагу до автономії пацієнта, захист його приватності та участь у прийнятті рішень. Це зумовлює необхідність трансформації нормативно-правового середовища з урахуванням вимог публічної етики, стандартів прав людини та європейських цінностей.

У ході дослідження також було встановлено, що аксіологічні засади не є зовнішнім доповненням до організаційно-правового механізму, а формують його внутрішнє змістовне ядро. Саме вони визначають стратегічні орієнтири розвитку системи охорони здоров'я, легітимність управлінських рішень та межі допустимого державного втручання в делікатну сферу медичних правовідносин. Цінності стають критеріями формування нормативних стандартів, організаційних моделей, систем контролю, а також чинниками підвищення довіри до інститутів державної влади.

Системне осмислення понятійно-категоріального апарату дало змогу визначити, що аксіологічна основа публічного управління у сфері охорони здоров'я охоплює не лише перелік цінностей, а й механізми їхньої реалізації в правовому полі. Поняття «гідність», «солідарність», «справедливість», «право на здоров'я» виступають не тільки етичними орієнтирами, а й легальними конструктами, які повинні мати відображення у законодавстві, стандартах медичних послуг, механізмах державного контролю та адміністративних процедурах. Формулювання чітких і погоджених дефініцій у межах

аксіологічного підходу дозволяє уникнути фрагментарності в управлінських практиках і підвищити ефективність правового регулювання.

Проведене у межах розділу дослідження сучасного стану наукової розробки проблематики аксіологічного підходу до публічного управління охороною здоров'я свідчить про зростаючий інтерес наукової спільноти до ціннісного виміру державної політики. Разом із тим, виявлено недостатність системних робіт, що поєднують філософсько-етичний, правовий та управлінський виміри у контексті формування організаційно-правового механізму. Значна частина досліджень зосереджується на окремих аспектах – правовій регламентації медичної допомоги, інституційних реформах, етичних кодексах, але відсутнє цілісне бачення механізму, що поєднував би аксіологічний підхід із вимогами публічної ефективності, стратегічної стабільності та правової визначеності.

Окреслено, що на сучасному етапі розвитку українського суспільства інтеграція аксіологічного підходу в публічне управління сферою охорони здоров'я є необхідною умовою забезпечення якості управлінських рішень, довіри до державних інституцій та відповідності державної політики запитам громадян. У цьому контексті особливого значення набуває системне впровадження ціннісних орієнтирів у структуру організаційно-правового механізму, зокрема через уніфікацію законодавства, етичну експертизу управлінських рішень, включення громадських інституцій до процесів нагляду і моніторингу, розвиток етичної освіти в управлінському середовищі.

Важливою складовою обґрунтованої концепції аксіологічного підходу є необхідність гармонізації національного правового простору із загальноєвропейськими стандартами прав людини, включаючи положення Європейської соціальної хартії, Європейської хартії прав пацієнтів, Директив ЄС щодо медичних послуг. Таке узгодження сприяє не тільки адаптації українського законодавства до вимог євроінтеграції, але й посиленню захисту людської гідності як ключової конституційної цінності. Крім того, воно

створює підґрунтя для переорієнтації державної політики з технократичного адміністрування на етико-правову відповідальність органів влади за результати у сфері охорони здоров'я.

У межах розділу також обґрунтовано, що сучасна модель управління охороною здоров'я повинна трансформуватися в бік етичної відкритості, орієнтованості на потреби людини, запобігання дискримінації та забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги. Це вимагає не лише змін у нормативно-правовій базі, а й формування нової управлінської культури, в якій цінності розглядаються як основа стратегічного бачення, інституційного планування та щоденної адміністративної практики.

Ключовим висновком першого розділу стало положення про те, що формування ефективного організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні неможливе без його аксіологічного переосмислення. В умовах воєнного стану, посилення запиту на соціальну справедливість, зростання впливу цифрових технологій та глобалізації, саме ціннісна спрямованість визначає життєздатність управлінських рішень. Державна політика, позбавлена внутрішньої етичної логіки, стає технократичною, фрагментарною і втрачає довіру суспільства, тоді як аксіологічно легітимна система управління набуває якості сталості, ефективності та підтримки.

Розкрито також, що аксіологічний підхід до управління сферою охорони здоров'я має інституційні наслідки, зокрема щодо перерозподілу повноважень між органами державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства. Довіра до інституцій в умовах кризи та реформування зміцнюється через участь громадськості у процесі прийняття рішень, прозорість механізмів, підзвітність виконавців і наявність інструментів незалежного контролю. Саме через включення аксіологічного компонента у механізми координації та управлінського контролю відбувається зміна парадигми від вертикального адміністрування до горизонтальної взаємодії.

Особливої уваги надано проблемі конвергенції аксіологічних і правових підходів, що проявляється в необхідності впровадження етичних стандартів до нормативного середовища. Це передбачає не тільки прийняття спеціальних кодексів або стандартів професійної етики, але й інкорпорацію етичних вимог до загального законодавства, яке регулює функціонування медичних установ, права пацієнтів, механізми державного нагляду. Під таким кутом зору публічне управління набуває ознак не лише правового, а й етико-ціннісного процесу, що вимагає від управлінців глибокого осмислення соціальних наслідків своїх дій.

У підсумку, теоретико-методологічні засади дослідження, викладені в першому розділі, створюють науково обґрунтовану основу для подальшого аналізу конкретних структурно-функціональних та нормативно-правових елементів організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я. Розкриття аксіологічного виміру цього механізму дозволяє перейти від формального аналізу до оцінки його соціальної ефективності, гуманістичної орієнтації та відповідності публічним очікуванням.

Аналіз наукових джерел та нормативної бази підтверджує, що впровадження аксіологічного підходу сприяє гармонізації відносин між державою та громадянином, зокрема у сфері реалізації права на охорону здоров'я. Завдяки ціннісному підходу, правовий механізм управління медичною сферою трансформується в інструмент не лише регуляторного, а й гуманістичного впливу, що забезпечує підвищення якості медичних послуг, захист прав людини, дотримання етичних норм та відповідальність держави перед громадянами.

Таким чином, результати першого розділу дозволяють зробити обґрунтований висновок, що аксіологічна орієнтація публічного управління є не лише теоретичною категорією, а практичною необхідністю у контексті модернізації сфери охорони здоров'я України. Саме інтеграція ціннісного підходу в систему організаційно-правового управління дозволить сформулювати

нову якість державної політики – прозору, підзвітну, соціально орієнтовану та ефективну.

РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ЦІННІСНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Основні моделі управління сферою охорони здоров'я: аксіологічний вимір

Управління сферою охорони здоров'я в різноманітних країнах світу ґрунтується на широкому спектрі моделей, що сформувалися під впливом історичних, політичних та соціокультурних чинників. Кожна модель має власні особливості щодо організації фінансування, ролі держави, приватного сектору, страхування, рівня доступності медичних послуг та підходів до забезпечення якості медичної допомоги та громадського здоров'я. Розуміння цих моделей є ключовим для розробки ефективного організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні, особливо в умовах реформування та адаптації до європейських стандартів, розробки аксіологічної парадигми, яка визначить звернення до потреб та інтересів людини, її життя та здоров'я як найвищої цінності.

У світовій практиці виділяють декілька основних моделей управління сферою охорони здоров'я: біомедичну модель (традиційно орієнтовану на лікування захворювань та ситуаційне управління), соціальну модель (що акцентує увагу на соціальних детермінантах здоров'я), модель на основі пріоритету прав людини (де акцентується на забезпечення доступу до якісних послуг усім громадянам незалежно від соціального статусу), а також інтегровані моделі, що поєднують управлінські, соціальні та правові підходи. У межах Європейського Союзу дедалі більшого поширення набуває інтегрована ціннісно-орієнтована модель, в основі якої – аксіологічні засади публічного управління, зокрема принципи гідності, солідарності, рівності, доступності та якості.

Так, в країнах Західної Європи значна увага приділяється не лише фінансовому забезпеченню медичних послуг, але й створенню умов для ефективного управління на основі ціннісних орієнтирів. Отже, аксіологічний підхід до управління охороною здоров'я дозволяє забезпечити баланс між соціальними потребами населення та ресурсними можливостями держави, що особливо важливо в умовах воєнних та соціально-економічних потрясінь. Саме такий підхід є перспективним для України, де існує нагальна потреба в інтеграції європейського досвіду у національну практику управління сферою охорони здоров'я [52].

Варто зазначити, що універсальної та абсолютно досконалої моделі управління сферою охорони здоров'я не існує. Ефективність тієї чи іншої системи зумовлюється її здатністю відповідати на виклики часу, адаптуватися до нових соціально-економічних умов та враховувати цінності, притаманні суспільству. Саме тому наукове осмислення та порівняльний аналіз моделей управління дозволяє визначити найбільш прийнятні підходи для подальшої розбудови системи охорони здоров'я в Україні, ґрунтуючись на принципах гуманізму, соціальної справедливості та правової визначеності.

Суттєве значення для розуміння організаційної специфіки управління сферою охорони здоров'я має поділ системи на державний і недержавний сектори, кожен з яких виконує свою функціональну роль. Особливої актуальності набуває вивчення особливостей розвитку недержавного сектору охорони суспільного здоров'я, оскільки саме в межах цього сегменту виникають нові форми партнерства, способи організації медичних послуг та альтернативні механізми управління. Як зазначає В.П. Прасол, одним з ключових трендів у міжнародному контексті є поступова відмова від централізованого державного контролю на користь ринкових інструментів – конкуренції, договірних відносин, прозорого фінансування та підзвітності суб'єктів охорони здоров'я. Ці тенденції відображають не лише економічну

доцільність, а й глибокі ціннісні трансформації щодо ролі держави в соціальній сфері [78].

У результаті аналітичного узагальнення зарубіжного досвіду доходимо висновку, що в умовах України доцільним є запровадження моделі, яка передбачає взаємодію між державним і недержавним секторами в межах єдиного механізму публічного управління. Зокрема, йдеться про поступове впровадження елементів державно-приватного партнерства, запровадження чітких правових процедур для підписання контрактів з приватними медичними закладами, підвищення прозорості фінансових потоків та удосконалення системи інформаційного супроводу управлінських рішень.

Розвиток сучасних моделей управління сферою охорони здоров'я нерозривно пов'язаний із впровадженням нових принципів – об'єктивності, ефективності, прозорості та підзвітності. Зокрема, комплексний механізм управління закладами охорони здоров'я в статусі комунальних некомерційних підприємств передбачає одночасне використання політичних, економічних, правових, організаційних, адміністративних та інституційних інструментів впливу. Така система дозволяє забезпечити гнучкість і адаптивність в управлінні, підвищити якість надання послуг та сприяти збалансованому розвитку сфери охорони здоров'я в цілому [78, С. 5].

Вказана точка зору надає вагомі підстави стверджувати, що для України перспективною є модель публічного управління, яка поєднує ціннісні пріоритети соціальної держави із практичними підходами ефективного менеджменту. Такий підхід вимагає оновлення не лише інституційної структури, а й філософії управління, в центрі якої перебуває не бюрократичне адміністрування, а орієнтація на результати, задоволення потреб громадян та сталість соціальних гарантій.

Таким чином, комплексний аналіз сучасних систем охорони здоров'я зарубіжних країн дозволяє виокремити декілька базових моделей управління, кожна з яких має специфічні риси в організаційно-правовому, фінансовому та

інституційному вимірах. У науковій літературі прийнято виділяти три основні моделі: бюджетну (державну), страхову (соціально-страхову) та приватну, а також їх комбінації. **Бюджетна (державна) модель** характерна для країн з високим рівнем централізації управління охороною здоров'я, зокрема Великої Британії, Норвегії, Іспанії та Швеції. У межах цієї моделі переважна частина медичних послуг надається державними установами, а фінансування здійснюється за рахунок загальнодержавних податків. Класичним прикладом є британська Національна служба охорони здоров'я (NHS), яка забезпечує універсальний доступ до медичних послуг, що є безоплатними для населення. Подібний підхід реалізовано також у країнах Скандинавії, зокрема в Норвегії, де система охорони здоров'я функціонує на трьох рівнях: центральному, регіональному та муніципальному, що забезпечує інтеграцію послуг на місцях та ефективне управління ресурсами. **Соціально- страхова модель**, поширена в Німеччині, Франції, Бельгії, Нідерландах, Австрії та Швейцарії, передбачає участь у фінансуванні охорони здоров'я трьох сторін: держави, роботодавців та застрахованих громадян. Центральним елементом такої моделі є система обов'язкового медичного страхування, яку адмініструють незалежні страхові фонди. Особливістю цієї моделі є високий рівень децентралізації та значна роль професійних самоврядних організацій, таких як медичні асоціації, які виконують функції контролю, нагляду та представництва інтересів лікарів і пацієнтів. **Приватна модель**, характерна для США, передбачає переважну роль приватного сектору в наданні та фінансуванні медичних послуг. Основними джерелами фінансування є індивідуальні платежі пацієнтів, добровільне страхування та програми державного страхування (Medicare, Medicaid). Ця модель вирізняється високим рівнем комерціалізації та значними соціальними диспропорціями у доступі до медичних послуг, що вимагає регулярного державного втручання через регуляторні механізми. Окрім зазначених, у світовій практиці існують комбіновані моделі. Прикладом є **система охорони здоров'я Сінгапуру**, яка поєднує елементи бюджетної та

страхової моделі з акцентом на індивідуальну відповідальність громадян за стан власного здоров'я. Вона базується на п'ятирівневій системі фінансування, що включає державні субсидії, обов'язкові накопичення (MediSave), обов'язкове медичне страхування (MediShield Life), підтримку осіб похилого віку (ElderShield) та фонд допомоги для малозабезпечених (MediFund). Завдяки продуманому управлінню та ефективному поєднанню державного та приватного сектору, Сінгапур демонструє високі результати за показниками тривалості життя та якості медичних послуг при відносно низьких витратах на охорону здоров'я і це лише 4.3 % ВВП, що є одним із найнижчих показників серед розвинених країн світу [17, с.12].

Таким чином, тип обраної моделі управління сферою охорони здоров'я зумовлює не лише функціональну архітектуру системи, а й ефективність реалізації державної політики в цій сфері. Для України, яка перебуває на етапі формування гібридної моделі із поєднанням бюджетного фінансування, обов'язкового страхування та приватного медичного сектору, вивчення зазначеного досвіду є надзвичайно актуальним [17, с.15].

Отже, сучасні підходи до класифікації моделей управління сферою охорони здоров'я враховують широкий спектр різноманітних чинників – від джерел фінансування до рівня доступності медичних послуг. У цьому контексті виділяються такі базові моделі, як первинна, вторинна та третинна медична допомога, а також інтегрована модель континуального догляду, яка забезпечує безперервність медичних послуг протягом життя пацієнта. Ці моделі демонструють різні рівні спеціалізації, доступу та ресурсного забезпечення, що дозволяє країнам адаптувати організаційну структуру охорони здоров'я до власних потреб та викликів.

Особливої уваги заслуговує також група моделей, класифікованих за способом фінансування: модель Семашка (громадської медицини), модель Беверіджа (державна медична служба з єдиним платником), модель Бісмарка (соціально-страхова система), модель національного медичного страхування

(як-от у Канаді та Південній Кореї), а також модель прямих платежів, характерна для ринкових систем охорони здоров'я. Кожна з цих моделей має як переваги, так і вразливості. Наприклад, модель Бісмарка вирізняється стабільністю фінансування через соціальні внески, але при цьому може виключати окремі соціальні групи з системи охоплення. Аналіз сучасних тенденцій свідчить, що більшість держав не застосовують «чисті» моделі, а використовують змішані підходи. Це зумовлено необхідністю одночасного забезпечення соціальної справедливості, економічної ефективності та відповідності національним умовам. Так, скандинавські країни поєднують елементи моделі Бісмарка з принципами моделі Беверіджа, що дозволяє досягати високої якості медичних послуг за умов широкого охоплення населення та ефективного державного регулювання [16].

Таким чином, доцільність формування в Україні власної адаптивної моделі управління сферою охорони здоров'я, яка б спиралася на кращі міжнародні практики, але одночасно враховувала український соціально-економічний контекст, зокрема реалії післявоєнного відновлення, рівень фінансування та потреби в збереженні доступності медичної допомоги.

Подальший розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні передбачає активне застосування організаційно-правових інструментів, адаптованих до умов кризових явищ, включаючи воєнні конфлікти, епідемії, надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру. Саме в таких умовах виявляється не лише ефективність існуючої медичної системи, але й здатність державних механізмів швидко адаптуватися до змін та забезпечити сталість функціонування базових послуг. З цією метою все більшої ваги набуває концепція спеціального правового режиму у сфері охорони здоров'я, який передбачає наявність особливих правових норм, процедур, обмежень та гарантій, здатних забезпечити виконання завдань державної політики в умовах нестабільності.

При цьому важливо не лише формально закріпити в законодавстві спеціальні механізми, а й забезпечити їхню дієвість на практиці. Особливу увагу необхідно приділяти сфері міжсекторальної взаємодії, яка дозволяє задіяти ресурси приватного сектору, міжнародних партнерів, неурядових організацій для реагування на виклики у сфері громадського здоров'я. В умовах воєнного стану та посткризової трансформації ця взаємодія має стати невід'ємним елементом адаптивної системи управління охороною здоров'я.

Отже, сучасне правове регулювання у сфері охорони здоров'я вимагає поєднання гнучкості та чіткості, аби оперативно реагувати на нові виклики, не порушуючи при цьому принципи правової визначеності та захисту прав людини. Як слушно підкреслюють дослідники, розвиток спеціальних правових режимів має враховувати не лише юридичні аспекти, а й економічну доцільність, соціальну значущість медичних послуг та потребу в інституційному зміцненні сектору охорони здоров'я [5].

У пошуку ефективної моделі управління сферою охорони здоров'я важливо враховувати не лише зовнішні виклики, а й внутрішню потребу у трансформації самої системи формування та реалізації державної політики. У сучасних умовах стрімких змін особливої ваги набуває концепція **комплексного трансформаційного механізму**, який охоплює п'ять взаємопов'язаних компонентів: організаційно-правовий, фінансово-економічний, медико-соціальний, кадрово-освітній та інформаційно-комунікативний. Такий механізм розглядається не як сукупність окремих інструментів, а як цілісна система, здатна забезпечити стратегічне оновлення управлінських процесів у сфері охорони здоров'я.

Одним із ключових аспектів цієї моделі є об'єктивність, досягнення якої можливе завдяки системному збору та аналізу даних, впровадженню кращих світових практик, оцінці потреб громадян, а також широкому залученню зацікавлених сторін до прийняття рішень. Це сприяє забезпеченню балансу між законодавчими нормами, економічною доцільністю, якістю медичної

допомоги та соціальною справедливістю. Особливу увагу в цій моделі приділено кадровому потенціалу: підготовка нової генерації медичних фахівців і керівників має базуватися на принципах інноваційності, адаптивності та стратегічного мислення.

Успішна реалізація комплексного трансформаційного механізму, запропонованого дослідниками, дозволяє не лише вирішити поточні проблеми у сфері охорони здоров'я, а й сформувати сталі основи для майбутнього розвитку галузі. Такий підхід передбачає впровадження системного моніторингу, постійне вдосконалення механізмів управління, оновлення нормативно-правової бази, забезпечення фінансової стабільності, розвиток медико-соціальної підтримки та цифрових технологій, що в сукупності дозволяє будувати ефективну, гнучку й стійку модель управління охороною здоров'я в Україні [9].

Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я України дає підстави стверджувати, що її розвиток нерозривно пов'язаний із загальними процесами трансформації національної економіки. У цьому контексті важливо звернути увагу на організаційно-економічний механізм, який формується як комплекс взаємопов'язаних інструментів, функцій, методів і принципів, покликаних створити оптимальні умови для використання наявних ресурсів держави та громадян. Такий механізм має забезпечити не лише поточне функціонування системи охорони здоров'я, але й її довгостроковий розвиток на інноваційних засадах.

Особливістю сучасного етапу є визначення нових стратегічних завдань, серед яких: створення гарантій для населення щодо доступу до якісної медичної допомоги, впровадження інноваційного фінансового інструментарію, підвищення конкурентоспроможності медичних закладів незалежно від форми власності, а також формування культури здорового способу життя. Дослідження свідчать, що лише при системному оновленні управлінських

підходів, що поєднують державне регулювання із соціальною відповідальністю громадян, можна досягти сталого розвитку в цій сфері.

Не менш важливою є методологічна база, на якій формується взаємодія між державою та суспільством у межах охорони здоров'я. Це зокрема стосується активізації профілактичної політики щодо основних хвороб, розбудови інституту щеплень, підтримки материнства й дитинства, збереження потенціалу державних та комунальних медичних закладів. Така концепція зумовлює потребу в ендогенній адаптації системи (врахування внутрішніх детермінантів функціонування медичних закладів) та екзогенній адаптації (оцінка зовнішнього середовища, в якому ці заклади функціонують) [28].

Сучасна модель управління у сфері охорони здоров'я України проходить етап докорінної трансформації, в основі якої лежить поєднання принципів публічного адміністрування та людиноцентричного підходу. Центральною інституцією в цій системі є Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка поступово формує нову організаційну модель взаємодії між державою, медичними закладами та пацієнтами. У процесі створення даної системи було запроваджено новий формат договірних відносин, де замість жорсткої централізації використовується система делегованих повноважень, що дає змогу закладам охорони здоров'я отримати управлінську автономію та фінансову гнучкість.

Однією з провідних ідей, які покладені в основу цієї моделі, є визнання закладу охорони здоров'я не лише як медичного суб'єкта, але і як повноцінного учасника адміністративно-правових відносин у межах системи публічного управління. Це зумовлює потребу у новому розумінні правосуб'єктності таких установ, що включає в себе не лише виконання медичних функцій, а й здатність брати участь у публічному адмініструванні, нести відповідальність за порушення договірних та адміністративних норм, а

також відстоювати власні права в межах існуючої системи державного управління охороною здоров'я.

Дисертаційне дослідження А. Качур підкреслює, що ефективне функціонування закладів охорони здоров'я в системі НСЗУ вимагає гнучкого поєднання господарсько-договірних і адміністративно-правових механізмів. При цьому система реалізації державних фінансових гарантій охорони здоров'я передбачає одночасне функціонування господарських договорів між НСЗУ та медичними установами, а також адміністративно-правових процедур, пов'язаних із контролем, моніторингом та зворотнім зв'язком. У підсумку така модель дозволяє створити асиметричну, стандартизовану і водночас гнучку систему, орієнтовану на результат, ефективність і прозорість функціонування закладів охорони здоров'я [34].

В умовах зростання впливу глобальних викликів та внутрішніх трансформацій системи охорони здоров'я Україна перебуває у пошуку оптимальної моделі публічного управління, яка відповідала б як міжнародним стандартам, так і специфіці національного контексту. Р. Шевчук у своєму дослідженні виокремлює ключові механізми та напрями розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я, наголошуючи на необхідності поєднання стратегічного планування, цифрової трансформації, ефективної координації між органами влади, а також активного залучення громадськості.

Особливий акцент зроблено на формуванні єдиного медичного простору, що передбачає створення національної інтегрованої інформаційної системи охорони здоров'я, уніфікацію стандартів медичних послуг, розвиток міжрівневої взаємодії медичних установ, а також забезпечення сталої взаємодії на всіх рівнях публічного управління – від державного до місцевого. Такий підхід не лише підвищує ефективність управлінських рішень, а й сприяє зростанню довіри з боку громадян.

Дослідження також демонструє вагому роль публічно-приватного партнерства у забезпеченні гнучкості системи охорони здоров'я. Включення

приватного сектору в реалізацію державної політики дозволяє підвищити якість і доступність послуг, забезпечити ресурсну підтримку, а також імплементувати інноваційні технології. При цьому важливими залишаються принципи прозорості, підзвітності та правової визначеності такого партнерства, що забезпечує баланс між приватними інтересами та публічним благом [144].

Проблематика управління розвитком медичних закладів у сучасних умовах набуває нових змістових акцентів. Це зумовлено не лише загостренням соціально-економічних ризиків, а й трансформаційними процесами у сфері надання медичних послуг, що потребують нової управлінської парадигми. У дисертаційному дослідженні Стахіва наголошено, що системний розвиток закладу охорони здоров'я – це не просто приріст господарських показників, а структурне оновлення його функціональних складових, які дозволяють забезпечити адаптивність, конкурентоспроможність і відповідальність перед суспільством.

Сутність такого підходу полягає у відмові від вузького трактування розвитку виключно як кількісного приросту. Натомість обґрунтовується необхідність оцінки через інтегральні показники, що відображають вплив на соціально-економічну систему організації, її структурну стійкість і зовнішню корпоративну відповідальність. Особливої ваги набуває процес інтелектуалізації управління, коли в центр управлінської моделі потрапляють не лише традиційні матеріально-технічні чи фінансові ресурси, а людський капітал, цифрові технології, смарт-інфраструктура.

У межах такого підходу управлінські дії мають формувати сталий і водночас гнучкий розвиток, що ґрунтується на алгоритмах взаємопов'язаних дій у стратегічному, ресурсному та функціональному вимірах. Розроблена автором структура елементів інституційного забезпечення включає стратегічне адміністрування, ресурсне (HR, фінансове, технологічне) та функціональне

(операційна діяльність, маркетинг, правове забезпечення), що дозволяє впроваджувати політику змін комплексно, а не фрагментарно [131].

Однією з головних передумов формування ефективної моделі управління сферою охорони здоров'я в Україні є врахування не лише міжнародних зразків, але й вітчизняного досвіду поступової трансформації системи, що базувалася на моделі Семашка. Зазначена модель, характерна для пострадянських країн, передбачала централізоване фінансування, жорстку вертикаль управління та повну відсутність приватного сектора. Однак із часом вона втратила свою ефективність через надмірну зарегульованість, відсутність стимулів до підвищення якості послуг та недофінансування, що призвело до потреби в системних реформах.

З 2016 року Україна почала активний перехід до адаптованої моделі Беверіджа, яка ґрунтується на принципі державного забезпечення та фінансування охорони здоров'я через податкові надходження. Особливістю цього переходу стала поява Національної служби здоров'я України як єдиного платника, а також впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що змінило логіку фінансування медичних закладів. Таким чином, вітчизняна модель управління сферою охорони здоров'я сьогодні базується на поєднанні елементів централізованої (Семашка) та децентралізованої (Беверідж) систем, з поступовим запровадженням конкурентних механізмів фінансування [79].

Одним із важливих напрямів розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я є впровадження антикризових механізмів управління, що враховують складність та багатофакторність сучасних викликів – зокрема реформування галузі, пандемію COVID-19, а також вплив повномасштабної війни. У цьому контексті Щиріна К.В. ґрунтовно досліджує організаційно-правові засади та медико-соціальні параметри формування концептуальної моделі антикризового управління в закладах охорони здоров'я.

Ключовим елементом антикризового управління авторка вважає своєчасне визначення кризового стану та ідентифікацію його ознак, що можуть

бути як внутрішні (кадрові, фінансові, управлінські), так і зовнішні (зміни нормативно-правового поля, вплив надзвичайних подій тощо). Авторка наголошує, що основним завданням антикризового управління є не лише подолання наслідків кризи, а передусім формування передумов для її упередження, зокрема шляхом кадрової підготовки, організаційного моніторингу, оперативного аналізу інформації та створення системи адаптаційного реагування.

Дослідження містить практичні рекомендації щодо формування програми подолання кризових станів у ЗОЗ, яка має включати як діагностику та прогнозування, так і визначення індикаторів ефективності (наприклад, коефіцієнтів кадрової спроможності та фінансової стабільності). У моделі, запропонованої К.В. Щиріної акцент зроблено на гнучкість управлінських рішень та міжсекторальну взаємодію. Важливе значення надається соціальній складовій – задоволеності пацієнтів, залученню громади, прозорості рішень, що відповідає сучасним стандартам публічного адміністрування [147].

Зокрема, значну увагу дослідники приділяють питанням ефективного розподілу ресурсів, планування операцій, організації ланцюгів постачання та удосконалення медичних рішень. За результатами огляду, досягнення цілей із підвищення якості медичних послуг, скорочення часу очікування та зниження витрат безпосередньо залежить від спроможності системи охорони здоров'я впроваджувати адаптивні операційні моделі. Автори підкреслюють, що значна частина викликів у сфері охорони здоров'я має не лише клінічну, а й операційну природу, і вирішуються не лише шляхом підвищення фінансування, а й через оптимізацію процесів управління [168].

Актуальні глобальні дослідження підкреслюють, що вибір моделі управління у сфері охорони здоров'я суттєво впливає на її ефективність, здатність до інституційної адаптації та готовність до кризових викликів. Як вказують автори масштабного огляду систем охорони здоров'я, моделі централізованого, децентралізованого та гібридного управління мають як свої

сильні сторони, так і виклики. Централізовані системи забезпечують рівномірність, контроль і ефективність розподілу ресурсів, однак можуть бути менш гнучкими в реагуванні на локальні потреби. Децентралізовані моделі, навпаки, дозволяють оперативно реагувати на специфіку регіонів, але іноді страждають від фрагментації та нерівності доступу. Гібридні моделі, які поєднують елементи обох підходів, поступово визнаються найбільш адаптивними, особливо в умовах зростання складності управлінських рішень і підвищеного попиту на ефективність.

Досвід таких країн, як Південна Корея, Німеччина, Естонія та Канада, свідчить про важливість поєднання централізованого стратегічного керівництва з децентралізованою реалізацією політики, що дозволяє реагувати на новітні виклики – пандемії, демографічні зміни, хронічні захворювання. При цьому ключовим чинником залишається не лише формальна структура управління, а й здатність системи адаптуватися до нових умов. Це досягається шляхом впровадження цифрових технологій, підвищення кадрової спроможності, розвитку телемедицини, укріплення публічно-приватного партнерства та формування організаційної культури готовності до змін [151].

Заслуговує увагу думка про те, в публічному управлінні сферою охорони здоров'я важливість поєднання традиційних адміністративних підходів (New Public Management) із новітніми моделями колаборативного управління (New Public Governance), що дозволяє формувати гнучкі гібридні моделі клінічного управління [177].

Окремим напрямом розвитку моделей публічного управління охороною здоров'я в Європі є організація та управління академічними медичними центрами (АМЦ). Ці установи поєднують функції медичної допомоги, освіти та наукових досліджень, відіграючи роль структур стратегічного значення в системах охорони здоров'я. У результаті дослідження, що охоплювало 10 європейських країн та Ізраїль, виявлено, що не існує єдиної уніфікованої моделі або дефініції АМЦ, а структура їхнього управління значною мірою

залежить від ступеня функціональної інтеграції клінічного і академічного компонентів.

Основним трендом у розвитку системи управління АМЦ визнано перехід до більш інтегрованих моделей, які забезпечують тісніше поєднання трьох ключових функцій – лікування, навчання та досліджень. Більшість респондентів дослідження погодились, що саме функціональна інтеграція між університетами та закладами охорони здоров'я є найбільш перспективним напрямом розвитку. Однак на практиці реалізація такого підходу супроводжується низкою викликів: організаційна інерція, розбіжності у фінансуванні та управлінні, кадрові проблеми, конкуренція за ресурси. У низці країн (Нідерланди, Німеччина, Ізраїль) зазначається складність подвійного підпорядкування лікарів та викладачів і розмежування відповідальності між клінічними та академічними структурами.

Академічні медичні центри, як зазначають автори, стають ключовими чинниками у формуванні інноваційних мереж, нових дослідницьких кластерів, центрів медичної освіти. Однак ефективне функціонування таких інституцій можливе лише за умов належного управління, яке поєднує стратегічне бачення, правову чіткість, фінансову прозорість і гнучкість у реагуванні на зміни. Таким чином, досвід європейських країн свідчить про необхідність подальших реформ в управлінні АМЦ – зокрема, в частині формалізації стосунків між медичними університетами та клініками, посилення ролі академічного керівництва та розробки національних моделей інтегрованого управління [152].

Порівняльний аналіз міжнародних моделей фінансування охорони здоров'я свідчить про те, що жодна країна не використовує виключно одну модель у «чистому вигляді». Зазвичай держави поєднують елементи кількох основних систем, адаптуючи їх до історичних, соціальних та політичних реалій. Найбільш поширеними є три класичні моделі: національна система охорони здоров'я (модель Беверіджа), соціальне страхування (модель Бісмарка)

та система приватного страхування. Кожна з них має свої організаційні та фінансові механізми.

У моделі Беверіджа, характерній для Великої Британії, Італії, Іспанії, Португалії та скандинавських країн, фінансування здійснюється за рахунок загального оподаткування, а послуги надаються здебільшого державними установами. Така система забезпечує універсальний доступ до медичної допомоги, однак часто стикається з проблемами раціонування послуг, дефіциту ресурсів та довгими чергами.

Модель Бісмарка, яка переважає в Німеччині, Франції, Нідерландах, Австрії та Люксембурзі, базується на обов'язковому медичному страхуванні, що фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників. Управління фондами здійснюється незалежними організаціями, що зменшує рівень централізованого впливу. Ця модель дозволяє ефективно поєднати універсальність покриття з елементами конкуренції між страховими організаціями.

Окрему категорію становить система приватного страхування, притаманна США та частково Швейцарії. У ній значну роль відіграє ринок добровільного медичного страхування, а участь держави обмежується переважно фінансуванням програм для соціально вразливих груп. Такі системи можуть бути гнучкими та технологічно інноваційними, але страждають від фрагментації та нерівного доступу до медичних послуг [169].

Таким чином, аналіз теоретичних засад та практичних аспектів побудови моделей управління у сфері охорони здоров'я на національному та міжнародному рівнях дає змогу зробити кілька узагальнюючих висновків. По-перше, в сучасному світі не існує єдиної універсальної моделі охорони здоров'я — кожна країна формує свою систему управління на основі історичних, культурних, політичних та економічних чинників. Водночас більшість ефективних моделей мають спільні риси: поєднання централізованого регулювання з децентралізованою реалізацією,

впровадження цифрових технологій, орієнтація на пацієнта, акцент на профілактику та якість медичних послуг.

По-друге, успішність тієї чи іншої моделі управління значною мірою залежить не лише від формальної структури системи, а й від її здатності адаптуватися до викликів часу. До таких викликів належать глобальні пандемії, демографічні зрушення, зростаюча вартість медичних технологій, дефіцит медичних кадрів та потреба у підвищенні фінансової стабільності. Реакція систем охорони здоров'я на ці виклики вимагає гнучкості, інституційної взаємодії, розвитку публічно-приватного партнерства, інтеграції клінічного та управлінського рівнів.

По-третє, українська модель публічного управління у сфері охорони здоров'я перебуває на етапі становлення та реформування. У процесі переходу від централізованої до гібридної моделі, що поєднує елементи державного фінансування з договірними механізмами, ключовим завданням є забезпечення прозорості, ефективності та справедливості. Актуальним залишається подальше ціннісно-нормативне закріплення управлінської автономії медичних закладів, розвиток системи стратегічного управління, а також адаптація кращих міжнародних практик до українського контексту. Також дуже важливим є розробка на основі зарубіжного досвіду оптимальної моделі управління медичною сферою, що відповідає українським реаліям.

Отже, узагальнення світового досвіду та вітчизняної практики дає підстави стверджувати, що в основі сучасної ефективної моделі управління охороною здоров'я мають лежати принципи інституційної сталості, соціальної справедливості, правової визначеності, цифрової трансформації та стратегічної гнучкості. Саме такі засади мають формувати організаційно-правовий каркас подальших реформ у сфері охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та перспектив сталого розвитку.

2.2. Структура та аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я України в світлі збереження людського капіталу України

У сучасних умовах трансформація державного управління сферою охорони здоров'я постає не лише як соціально орієнтований інститут, а як стратегічний чинник збереження та розвитку людського капіталу, що є основою інноваційного та безпечного розвитку держави. Аксіологічні засади, на яких ґрунтується організаційно-правовий механізм управління цією сферою, повинні забезпечити не лише реалізацію конституційних гарантій громадян на охорону здоров'я, а й створення таких умов, за яких система охорони здоров'я перетворюється на ефективний інструмент соціального інвестування.

Як слушно зазначає Засоріна Г.В., сучасні підходи до управління охороною здоров'я повинні бути переорієнтовані на аксіологічну основу збереження людського капіталу, зокрема шляхом формування сталих моделей фінансування, розвитку профілактичної медицини та активного залучення населення до процесів управління здоров'ям. Авторка наголошує, що саме визнання цінності людини та її здоров'я як базової державної пріоритетності може забезпечити перехід від декларативного права на охорону здоров'я до його реального наповнення. Особливого значення цей підхід набуває в умовах деструктивних впливів – воєнного стану, демографічної кризи, міграційного відтоку фахівців, що вимагають швидкого перегляду функціональної структури публічного управління у цій галузі [26].

На основі викладеного варто зробити висновок, що структура організаційно-правового механізму повинна не лише враховувати нормативні положення щодо розподілу повноважень, фінансування та надання медичних послуг, але й бути здатною реалізовувати ціннісно орієнтовану мету – збереження життєвого та професійного потенціалу громадян України як стратегічного потенціалу держави. Це передбачає переосмислення ролі

охорони здоров'я – як потужного механізму сталого розвитку суспільства, економіки й системи національної безпеки України.

Вплив повномасштабної війни на систему охорони здоров'я України актуалізував нові смисли в контексті державної соціально-гуманітарної політики, особливо в аспекті збереження людського капіталу як стратегічного ресурсу. З огляду на масові вимушені міграції, втрату доступу до медичних і соціальних послуг, дестабілізацію внутрішнього ринку праці та посилення демографічної кризи, посилилась потреба у переосмисленні завдань організаційно-правового механізму державного управління у сфері охорони здоров'я. Зазначена ситуація вимагає не лише інституційної стабілізації, а й закріплення аксіологічного базису, що визнає здоров'я громадян як засадничу цінність державного розвитку.

Як відзначає І. Войналович, людський капітал за нинішніх умов війни є не лише об'єктом збереження, а й суб'єктом відновлення країни, і саме на нього мають бути спрямовані ключові зусилля у сфері соціально-гуманітарної політики. Авторка підкреслює, що масштабна еміграція молоді, втрата кваліфікованих кадрів та економічна девальвація трудових ресурсів веде до глибоких деформацій в системі відтворення населення, порушення гендерно-вікової збалансованості та падіння соціокультурного потенціалу країни. У цьому контексті держава має сформувати програмно-системний підхід до модернізації інституцій охорони здоров'я як частини інфраструктури збереження людського капіталу [11].

Водночас, важливо враховувати, що гуманітарна політика, як складова публічного управління, повинна формувати умови для реалізації базових людських потреб – від фізичної безпеки до повноцінного доступу до медичної допомоги, від екологічної рівноваги до інтеграції соціально вразливих груп. За умов війни інституціональна складова організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я має вийти за межі суто адміністративних

рішень, інтегруючи інструменти партнерства, цифровізації, гуманітарного реагування, професійної перепідготовки та реєміграційної політики.

У межах структури організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я важливе значення має не лише нормативна упорядкованість та інституційна стабільність, але й здатність цієї системи забезпечувати реальне функціонування людського капіталу як ресурсу розвитку. Однією з актуальних проблем, що перешкоджає досягненню цієї мети, є процес фіктивізації людського капіталу, що виявляється у зростанні формальних показників на тлі фактичного зниження якості медичного обслуговування, професійного потенціалу кадрів і доступності медичних послуг.

Як зазначають О. Грішнова та О. Брінцева, формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я потребує не лише інституційної реформи, а й застосування якісних методів вимірювання людського капіталу, зокрема через індекси його номінального та реального обсягів. Дослідниці звертають увагу на те, що відсутність системного аналізу впливу управлінських рішень на стан здоров'я населення та функціонування медичних інституцій призводить до спотворення пріоритетів державної політики. У цьому контексті організаційно-правовий механізм має бути переорієнтований із формального адміністрування на створення умов для реального інвестування в здоров'я людини, включно з цифровізацією, впровадженням eHealth, кадровим оновленням і системним моніторингом показників якості життя [18].

Таким чином, забезпечення збереження людського капіталу у сфері охорони здоров'я неможливе без ціннісного переосмислення управлінських функцій держави, які повинні орієнтуватися не на кількісні показники, а на реальні соціальні ефекти – продовження тривалості життя, зниження смертності, зростання суб'єктивної задоволеності громадян системою медичних послуг.

У межах дослідження організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я важливим аспектом є врахування соціального середовища як одного з визначальних факторів формування й збереження людського капіталу. Саме соціально-економічні умови, рівень добробуту, доступність медичних та освітніх послуг, розвиток інфраструктури мають вирішальне значення для відтворення фізичного, інтелектуального та культурного потенціалу нації. У цьому контексті актуальним є дослідження Ю. Кравчика та Д. Шевченка, в якому проаналізовано системні чинники, що впливають на якість людського капіталу в Україні. Автори справедливо зазначають, що навіть за умов збільшення бюджетних витрат на соціальну сферу, їх ефективність залишається недостатньою через структурні диспропорції, нерівномірний розподіл доступу до послуг, зростання соціальної напруги та посилення міграційних процесів. При цьому збереження людського капіталу вимагає стратегічного бачення, інтеграції аксіологічних пріоритетів у державну політику та послідовного реформування правових засад у сфері охорони здоров'я [46].

На основі висновків дослідників можна стверджувати, що організаційно-правовий механізм повинен бути зорієнтований не лише на формальне регулювання медичної системи, а й на створення соціального простору, сприятливого для розвитку людини. Йдеться про потребу у переосмисленні самого змісту державної політики у сфері охорони здоров'я – як політики інвестування в життєвий потенціал, а не утримання системи. Саме такий підхід може забезпечити реальну відповідь на виклики, пов'язані з депопуляцією, зниженням працездатного населення, зростанням захворюваності та професійним вигоранням фахівців медичної галузі.

У сучасних умовах масштабних трансформацій та викликів, спричинених воєнними подіями, стратегічне планування у сфері охорони здоров'я набуває пріоритетного значення як інструмент забезпечення ефективності функціонування медичних установ та збереження людського

капіталу. Сфера охорони здоров'я стає не лише об'єктом державної політики, але й одним із ключових чинників забезпечення національної безпеки, соціальної стабільності та економічного зростання. Особливої ваги ці процеси набувають у період війни, коли зростає потреба у швидкій адаптації системи охорони здоров'я до нових викликів – як внутрішніх, так і глобалізованих.

Дослідження М. Забаштанського та Т. Забаштанської присвячене аналізу стратегічного планування функціонування та розвитку суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в умовах цифровізації. Автори підкреслюють, що ефективність цієї сфери має безпосередній вплив на рівень тривалості життя, продуктивність праці та загальний потенціал національного розвитку. Важливою складовою такого стратегічного планування визначено врахування глобальних цифрових викликів та побудову адаптаційного механізму, що забезпечує гнучке управління в умовах нестабільності. Зазначається, що одним із принципів такого планування має бути акцент на превентивну функцію медицини, збереження людського капіталу та активне впровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Отже, система ключових принципів, зокрема принципи загального охоплення, ефективності, синергетичного розвитку, інноваційного забезпечення та підтримки приватної медицини як інструменту стабілізації та розширення доступу до медичних послуг [24].

У світлі вказаних підходів стратегічне бачення розвитку галузі охорони здоров'я повинно спиратися не лише на управлінські інструменти, але й на аксіологічні орієнтири, що визначають цінність людини як головного ресурсу держави. Людський капітал не можна зводити до економічного показника – це передусім сукупність соціальних, етичних, освітніх, культурних і моральних складників, які повинні бути інтегровані у процес формування політики в сфері охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє забезпечити сталий розвиток суспільства, побудований на фундаменті ціннісних пріоритетів, орієнтованих на збереження здоров'я, гідності, безпеки та добробуту громадян.

Структура публічного управління у сфері охорони здоров'я України побудована за принципом ієрархічної координації між центральними, регіональними та місцевими органами, з чітким розподілом функціональних повноважень. У центрі цієї структури перебуває Міністерство охорони здоров'я України, що формує державну політику, визначає стратегічні цілі розвитку галузі, затверджує стандарти та протоколи лікування, здійснює нормативно-правове регулювання та міжвідомчу координацію.

До системи управління також входять підвідомчі установи, зокрема Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Центр громадського здоров'я, державні медичні науково-дослідні установи та навчальні заклади. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) виконує функції адміністратора фінансування медичних послуг, розробляє тарифікацію, укладає договори з медичними закладами й здійснює моніторинг надавачів медичних послуг. Участь НСЗУ у реалізації Програми медичних гарантій робить її центральною ланкою в системі сучасного управління фінансовими потоками в охороні здоров'я.

На регіональному рівні функції управління реалізуються через департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Їх діяльність полягає у впровадженні державної політики на місцях, управлінні комунальними закладами охорони здоров'я, розробці та реалізації регіональних програм розвитку. Органи місцевого самоврядування відповідають за забезпечення доступності первинної медичної допомоги, а також утримання та розвиток комунальних медичних закладів.

Крім того, до структури публічного управління належать державні регуляторні та контролюючі інституції, серед яких – органи ліцензування, сертифікації, санітарно-епідеміологічного нагляду. Як слушно зазначають автори навчального посібника, ефективність функціонування всієї цієї структури можлива лише за умови скоординованої взаємодії між усіма рівнями управління, прозорого механізму ухвалення рішень, а також професійної

підготовки управлінських кадрів, здатних до динамічного реагування на виклики сфери охорони здоров'я [70].

Таким чином, структура організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я в Україні базується на функціональному розподілі ролей між органами центральної та місцевої влади, а також спеціалізованими суб'єктами, що відповідають за окремі компоненти: фінансування, регуляцію, контроль якості та розвиток інфраструктури. Така модель вимагає постійного вдосконалення, особливо в умовах реформ, воєнних викликів та необхідності збереження людського капіталу як стратегічного ресурсу держави.

Усі вищезазначені інституції та суб'єкти публічного управління, що входять до структури організаційно-правового механізму охорони здоров'я України, повинні спрямовувати свою діяльність не лише на ефективне адміністрування медичної системи, а насамперед – на забезпечення збереження людського капіталу як стратегічного ресурсу держави. В умовах воєнного стану, демографічної кризи та зростаючих соціально-економічних ризиків, державна політика у сфері охорони здоров'я повинна трансформуватись із технократично-адміністративної в гуманітарно-ціннісну.

Основою такої трансформації мають стати аксіологічні засади, що передбачають пріоритетність охорони життя і здоров'я людини, повагу до людської гідності, недопущення дискримінації в доступі до медичної допомоги, розвиток солідарної моделі фінансування системи охорони здоров'я. Ці засади прямо впливають із положень Конституції України, відповідно до якої «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» (ст. 3), а також гарантується право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49) [43].

Крім того, аксіологічні принципи відображені в Основах законодавства України про охорону здоров'я, де зазначено, що охорона здоров'я є одним з пріоритетних напрямів діяльності держави, а політика в цій сфері повинна

бути спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення, створення умов для ведення здорового способу життя та забезпечення рівного доступу до медичних послуг (ст. 4, ст. 6) [74].

Отже, ключові положення щодо реалізації політики охорони здоров'я на всіх рівнях державного управління також закріплені в низці інших нормативно-правових актів. Зокрема, Бюджетний кодекс України визначає напрями фінансування закладів охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів, передбачаючи особливості використання бюджетних коштів на потреби медичного обслуговування, включаючи програму медичних гарантій [7].

У свою чергу, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» формує нову модель взаємодії держави й медичних закладів через механізм договорів з Національною службою здоров'я України та закріплює принцип "гроші йдуть за пацієнтом" як основоположний для сучасної системи фінансування охорони здоров'я [83].

Крім того, Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» регламентує участь органів місцевого самоврядування у розвитку та забезпеченні функціонування мережі комунальних медичних закладів, реалізації програм охорони здоров'я населення на територіальному рівні, а також контроль за наданням медичних послуг відповідно до місцевих потреб [98].

Таким чином, нормативно-правове забезпечення управління сферою охорони здоров'я в Україні ґрунтується на поєднанні стратегічних державних актів, що визначають аксіологічні орієнтири, функціональні компетенції та механізми реалізації політики охорони здоров'я. Це дає змогу вибудовувати цілісну систему, в основі якої – не лише адміністративна ефективність, а й гуманітарний зміст, спрямований на збереження та розвиток людського капіталу України.

У контексті збереження та якісного відтворення людського капіталу України особливу увагу слід приділяти не лише організаційно-правовим засадам управління сферою охорони здоров'я, а й філософії управління, яка базується на гуманістичних цінностях та загальнонаціональних пріоритетах. Система охорони здоров'я має функціонувати не як самодостатній інституційний блок, а як ключовий елемент національного механізму соціального відтворення, що забезпечує сталий розвиток суспільства.

Дослідження сучасних тенденцій підтверджують, що саме розвиток медичної галузі стає необхідною умовою якісного відтворення людського капіталу, оскільки формування і реалізація продуктивних здібностей людини залежить від її фізичного та психоемоційного стану. Здоров'я є не лише передумовою трудової активності, а й визначальним чинником якості життя, індексу людського розвитку, стабільності та конкурентоспроможності економіки. Саме тому система охорони здоров'я повинна бути гнучкою, інноваційно орієнтованою та здатною до адаптації в умовах воєнних викликів і постійної соціальної турбулентності.

Наукове обґрунтування зазначеного підходу наведено у праці О.В. Корнілової, яка акцентує увагу на тому, що сучасні демографічні процеси, зниження тривалості життя, відтік працездатного населення та недостатня доступність якісної медичної допомоги негативно впливають на відтворення людського капіталу в Україні. У своїй статті дослідниця стверджує, що створення ефективної системи охорони здоров'я з глибокою діагностикою, профілактикою захворювань і доступом до якісної медичної допомоги є безумовною умовою стабілізації ситуації та передумовою для майбутнього зростання [44].

Таким чином, збереження людського капіталу повинно бути інтегровано в усі рівні управлінських рішень – від формування законодавчої бази до практичного адміністрування закладів охорони здоров'я. Основою такої інтеграції має стати не лише формальне виконання функцій, а й ціннісна

орієнтація діяльності всіх інституцій – на благо людини як найвищої соціальної цінності. Такий підхід не лише узгоджується з аксіологічною природою публічного управління, а й формує нову парадигму політики охорони здоров'я в умовах викликів XXI століття.

У ширшому соціально-економічному контексті функціонування організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я має бути тісно пов'язане з процесами формування, відтворення та ефективного використання людського капіталу. Як свідчить аналітична практика, без стратегічного підходу до збереження цього капіталу – через механізми інвестування в здоров'я, освіти, інноваційну економіку – національна система охорони здоров'я ризикує залишитися в межах адміністративної риторики, відірваної від реальних потреб розвитку країни.

Н.О. Коваль справедливо зазначає, що сучасні глобальні виклики, особливо пов'язані з війною, посилюють необхідність переосмислення ролі охорони здоров'я як ключового чинника сталого розвитку. Авторка наголошує, що якість людського капіталу безпосередньо пов'язана з інвестиціями у сферу охорони здоров'я, освіти, професійної підготовки, а також із забезпеченням гідного рівня життя населення. У праці акцентується на тому, що витрати на охорону здоров'я слід розглядати не як навантаження на бюджет, а як **довгострокові інвестиції**, результатом яких є підвищення продуктивності праці, інноваційного потенціалу та загальної конкурентоспроможності економіки. До того ж, авторка звертає увагу на необхідність зміни управлінської парадигми: управлінські рішення в галузі охорони здоров'я повинні ухвалюватися з урахуванням взаємоув'язки соціального, демографічного та економічного вимірів, що впливають на відтворення людського капіталу [37].

Таким чином, публічне управління у сфері охорони здоров'я має формуватися як частина комплексної державної політики у сфері збереження людського капіталу, орієнтованої на довгострокову перспективу. Його

аксіологічна основа полягає у визнанні людського життя, здоров'я, знань та інтелектуального потенціалу не лише об'єктами охорони, а активними чинниками розвитку національного багатства та інституційної спроможності держави.

В умовах обмеженості бюджетного фінансування, недостатньої ефективності існуючих механізмів охорони здоров'я, а також необхідності розширення джерел інвестування у сферу охорони здоров'я особливого значення набуває розвиток державно-приватного партнерства. Такий підхід не лише дозволяє мобілізувати додаткові ресурси, а й забезпечує інноваційний розвиток та підвищення якості медичних послуг.

У науковій праці М.М. Забаштанського, І.М. Зуб, Р.І. Ломоноса та М.М. Фенни представлено концепцію організаційно-економічного механізму розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що включає функціональні блоки прогнозування, планування, регулювання, моніторингу та мотивації. Авторами обґрунтовано, що такий механізм має спиратися на низку принципів, зокрема пріоритет інноваційного розвитку, взаємовигідну співпрацю держави і бізнесу, синергію інтересів, прозорість та ефективність використання ресурсів. Особливу увагу приділено необхідності гармонізації законодавчої бази, удосконалення процедурного забезпечення партнерства, а також впровадження системи оцінювання ефективності державно-приватних проєктів. У статті також акцентується на доцільності включення зазначеного механізму до цілісної стратегії розвитку охорони здоров'я, з урахуванням аксіологічної складової – збереження життя та здоров'я людини як вищої цінності [25].

Таким чином, розвиток державно-приватного партнерства є не лише необхідною умовою забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, але й інструментом реалізації ціннісно-орієнтованого підходу до формування національної політики у сфері збереження людського капіталу. Участь приватного сектора в розбудові інфраструктури, розширенні доступу

до якісних медичних послуг та впровадженні інноваційних рішень сприяє перетворенню охорони здоров'я на дієвий інструмент соціального та економічного розвитку держави.

З урахуванням сучасних викликів, що постають перед системою охорони здоров'я, організаційно-правовий механізм її управління має бути орієнтованим на формування стійкої, ефективної та інноваційної моделі, яка забезпечуватиме збереження людського капіталу як ключового ресурсу національного розвитку. Як впливає з новітніх наукових досліджень, державне управління сферою охорони здоров'я повинно ґрунтуватися на концепції ціннісно орієнтованого управління, що інтегрує гуманістичні, соціальні та правові імперативи, включаючи рівний доступ до медичних послуг, гідність пацієнта, безпеку медичного втручання та інституційну відповідальність.

Організаційно-правова складова цього механізму не може бути зведена виключно до функціонування державних структур, як-от Міністерства охорони здоров'я України чи Національної служби здоров'я. Йдеться про значно ширше системне поєднання нормативних актів, процедур прийняття рішень, взаємодії між різними рівнями управління – центральним, регіональним і місцевим, – а також інтеграцію принципів належного врядування, зокрема прозорості, підзвітності та ефективності. В межах цього підходу важливо впроваджувати ідеї державно-приватного партнерства, кадрової сталості, інституційної автономії та водночас механізмів контролю якості, які ґрунтуються на правових стандартах.

Ключовою метою має стати формування такого управлінського середовища, в якому охорона здоров'я перестає бути витратною статтею бюджету, а перетворюється на інвестицію у національну безпеку, продуктивність і соціальну стабільність. Саме в цьому полягає ціннісний вектор аксіологічної трансформації, за якої людський капітал розглядається як

головний об'єкт і суб'єкт публічного управління, а не як ресурс, що вичерпується.

Підсумовуючи, слід зазначити, що лише комплексний і водночас ціннісний підхід до організації управління сферою охорони здоров'я, заснований на нормативній чіткості, інституційній ефективності, а також пріоритетності інтересів громадянина, здатен забезпечити не лише стійкість цієї сфери, але й її відповідність стратегічному завданню – збереженню та розвитку людського капіталу в Україні.

2.3. Організаційно-правовий механізм забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг в Україні

Однією з ключових засад функціонування системи охорони здоров'я, що безпосередньо впливає на якість і тривалість життя населення та рівень соціальної стабільності в державі, є забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг. У контексті сучасної трансформації системи публічного управління в Україні, важливим стає формування ефективного організаційно-правового механізму, на підставі якого є можливим забезпечити реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я, особливо в умовах повномасштабного вторгнення РФ та зростаючого негативного впливу економічної кризи на населення.

Організаційно-правовий механізм забезпечення доступу до медичних послуг охоплює систему правових норм, інституційних структур, процедур управлінського впливу та фінансових інструментів, що спрямовані на створення умов для рівного, безперервного і якісного доступу громадян до медичної допомоги. У межах цього механізму ключову роль відіграють органи публічного управління, передусім Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України (НСЗУ), а також заклади охорони здоров'я – як державні, так і приватні.

На сьогодні пріоритетним завданням є реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що трансформував логіку фінансування системи охорони здоров'я. Завдяки укладанню договорів між медичними установами та НСЗУ забезпечується можливість прямого фінансування закладів залежно від обсягів фактично наданих послуг. Отже, вказана модель дозволяє підвищити рівень підзвітності, прозорості та конкурентоспроможності в системі, забезпечуючи пацієнтам вибір медичного закладу та лікаря.

Особливістю сучасного механізму стало впровадження державних фінансових гарантій медичного обслуговування, які закріплено у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [83]. Відповідно до цього закону, всі громадяни мають право на гарантований обсяг медичних послуг, фінансування яких здійснюється з державного бюджету через НСЗУ. Організаційно-правова структура цієї гарантії базується на чіткому нормативному регламентуванні, стандартизації послуг, а також процедурі контактування, яка встановлює вимоги до медичних установ, що бажають надавати послуги в межах державного замовлення.

Поряд з цим, доступність медичної допомоги тісно пов'язана з регіональним принципом організації системи охорони здоров'я, зокрема із забезпеченням наближеності медичних послуг до населення, наявністю амбулаторних і мобільних медичних пунктів, розвитком телемедицини. Ці елементи особливо актуальні в умовах децентралізації та реформування територіальної організації влади. Також своєчасність надання медичних послуг потребує створення системи логістичних і інформаційних ресурсів, що дозволяють пацієнту швидко потрапити до відповідного закладу, а лікарю – оперативно приймати управлінські рішення [53].

Доступність медичних послуг також неможлива без належного нормативно-правового регулювання, яке встановлює вимоги до інфраструктури, кадрового забезпечення, ліцензування, акредитації медичних установ. Крім того, законодавство визначає пріоритети державної політики

щодо вразливих категорій населення – осіб з інвалідністю, дітей, вагітних жінок, осіб похилого віку, а також населення прифронтових та тимчасово окупованих територій. Ці категорії повинні бути охоплені спеціальними програмами, що спрямовані на гарантування своєчасного доступу до життєво необхідних медичних послуг.

Інтеграція елементів телемедицини, цифрових платформ та систем електронного здоров'я виступає сьогодні як обов'язковий інструмент забезпечення своєчасності медичних втручань, особливо у віддалених регіонах. Електронна медична картка, електронні направлення, електронний рецепт – усе це створює підґрунтя для зменшення часу очікування, оперативного доступу до медичної інформації та підвищення ефективності взаємодії між різними рівнями медичної допомоги.

Таким чином, організаційно-правовий механізм забезпечення доступності та своєчасності медичних послуг в Україні – це не лише сукупність формальних процедур і правових норм. Це складна та динамічна система, яка повинна реагувати на соціальні, економічні, демографічні й безпекові виклики, адаптуватися до вимог пацієнтів та міжнародних стандартів, а також забезпечувати розвиток людського капіталу країни шляхом підвищення тривалості та якості життя.

Особливої уваги в межах удосконалення організаційно-правового механізму потребує забезпечення балансу між державним регулюванням та саморегулюванням у медичній сфері. Як зазначають А.І. Бобак і І.З. Держко, в Україні відсутнє чітке співвідношення між цими двома підходами, що ускладнює формування стабільної нормативної бази для ефективного управління медичними послугами. Вони наголошують на необхідності одночасного збереження загальних принципів правового регулювання та врахування специфічних аспектів медичної практики, зокрема тих, що пов'язані з високими ризиками для здоров'я – як-от хірургія, онкологія чи трансплантація органів [5].

Запровадження ризик-орієнтованого підходу в державному контролі є одним з ключових факторів підвищення якості медичних послуг. Згідно з чинною практикою, контроль має здійснюватися з урахуванням не лише типових ситуацій, а й нетипових обставин, таких як надзвичайні ситуації, пандемії або воєнні дії. Це дозволяє мінімізувати загрози для пацієнтів і забезпечити гнучке, адаптивне управління в кризових умовах. Особливої ваги набуває чітке розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга», що дає змогу більш точно регламентувати обсяг відповідальності і правові наслідки для медичних закладів і працівників.

У контексті реформ публічного управління охороною здоров'я важливим стає розвиток спеціальних правових режимів, які враховують соціальні, економічні та безпекові чинники. Такі режими особливо необхідні для закладів, які функціонують у межах протиепідемічної, психіатричної чи інфекційної допомоги. Під час пандемії COVID-19 саме ці установи стали основою медичної стабільності в державі, що підтвердило важливість їхнього захисту та нормативного супроводу в особливих умовах.

Крім того, варто акцентувати увагу на ролі держави у стимулюванні інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, у тому числі шляхом створення експериментальних та преференційних правових режимів для впровадження новітніх технологій. Це дозволить підвищити оперативність реагування на виклики, пов'язані з глобальними загрозами, а також сприятиме розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. Таким чином, підвищення доступності та своєчасності медичних послуг в Україні безпосередньо пов'язане з удосконаленням організаційно-правового механізму управління, який має враховувати не лише економічні показники, а й соціальну значущість, безпекові потреби та інноваційні пріоритети публічної політики у сфері охорони здоров'я.

У межах побудови сучасного механізму публічного управління в галузі охорони здоров'я особливе значення має впровадження загальнообов'язкового

медичного страхування. Саме цей інструмент, як справедливо підкреслює А.В. Крижевський, може стати ефективним засобом забезпечення не лише фінансової сталості системи, а й розширення доступності медичних послуг, поліпшення їх якості та створення передумов для розвитку конкурентного середовища у сфері охорони здоров'я [47].

З урахуванням міжнародного досвіду, в Україні пропонується формування змішаної моделі медичного страхування, що враховуватиме як державні гарантії невідкладної медичної допомоги, так і участь громадян і роботодавців у фінансуванні додаткових послуг. Для цього, як зазначається в дослідженні, необхідно внести зміни до статті 49 Конституції України, чітко визначити перелік послуг, що покриватимуться державою, та послуг, які підлягатимуть страховому фінансуванню [47, с. 22].

Успішне функціонування механізму медичного страхування залежатиме від здатності держави створити гнучку, ефективну інституційну структуру, яка зможе адмініструвати фінансові потоки та гарантувати прозорість використання коштів. При цьому доцільним є створення спеціального Фонду медичного страхування, інтегрованого в існуючу інституційну структуру – наприклад, у межах Національної служби здоров'я України, без створення надлишкових адміністративних структур. Акумуляція внесків та їх витрачання повинні відбуватися на засадах відкритості, публічності та відповідальності, а ключові параметри функціонування такої системи доцільно закріпити в спеціальному Кодексі законів у сфері охорони здоров'я [47,с. 24].

Водночас, окремої уваги потребує впровадження диференційованого підходу до обсягів страхових внесків залежно від ризиків, пов'язаних із способом життя, умовами праці, дотриманням техніки безпеки, тощо. Такий підхід має створити додаткові стимули для збереження здоров'я, своєчасного проходження медичних оглядів і ведення здорового способу життя. Він також

сприятиме зменшенню витрат системи та забезпеченню своєчасного реагування на медичні потреби громадян.

У цілому, включення обов'язкового медичного страхування як складової частини організаційно-правового механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я сприятиме вирішенню проблеми фрагментарності доступу до медичних послуг, поліпшенню якості лікування, а також забезпеченню соціальної справедливості в системі охорони здоров'я України.

Розвиток організаційно-правового механізму забезпечення доступності медичних послуг в Україні відбувався поступово, відповідно до трансформаційних процесів у державі. У перші роки незалежності було закладено нормативну основу для формування охоронної функції держави у сфері охорони здоров'я. Прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII [74], стало базовим кроком до юридичного забезпечення права громадян на охорону здоров'я. Незважаючи на те, що низка положень цього акту згодом потребувала оновлення, саме він визначив правові засади формування політики держави у цій сфері [77].

Починаючи з 1996 року – із моменту прийняття Конституції України – спостерігалось посилення державного акценту на забезпеченні соціальних прав, у тому числі права на охорону здоров'я. Конституційна норма про те, що права і свободи людини визначають зміст і спрямованість діяльності держави, посилила юридичну значущість нормативного забезпечення доступності медичних послуг.

Період з 2000 по 2014 рік охарактеризувався реалізацією концептуального підходу до охорони здоров'я, який передбачав розробку стратегічних програм – як-от «Здоров'я нації на 2002–2011 роки» [91], де закладалися механізми доступності, профілактики захворювань, підвищення ролі сільської медицини. У цей час держава звернула особливу увагу на

необхідність створення аптечних мереж і надання пільг працівникам медичної сфери, що проживають у сільській місцевості [77, с. 392].

Початок реформ у 2015–2019 роках знаменувався прийняттям Національної стратегії у сфері прав людини [99] та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [74]. Саме цей акт закріпив нову парадигму взаємодії між державою, пацієнтами та постачальниками медичних послуг – на принципах конкуренції, прозорості та підзвітності.

Події 2020–2024 років, зокрема пандемія COVID-19 та повномасштабна війна, викликали потребу у переосмисленні спроможностей системи охорони здоров'я. Було прийнято низку правових актів, які мали на меті адаптацію механізму надання послуг до нових умов, включаючи забезпечення медичною допомогою внутрішньо переміщених осіб, розвиток психічного здоров'я та реабілітаційної медицини, а також гарантії безперервності доступу до лікування навіть під час воєнного стану [77, с. 393–394].

Періодизація становлення системи охорони здоров'я, запропонована автором, дозволяє краще зрозуміти логіку еволюції правового механізму, який сьогодні набуває нової якості. Йдеться про комплексний, міжгалузевий характер правового регулювання, що охоплює адміністративні, цивільні, фінансові, кримінальні правовідносини, об'єднані спільною метою – гарантування права людини на охорону здоров'я як найвищої соціальної цінності [77, с. 395].

Розуміння доступності медичних послуг неможливе без врахування соціально-економічних умов, у яких перебуває більшість українських домогосподарств. Як доводить В.С. Шишкін, рівень доступу до медичних послуг безпосередньо залежить не лише від законодавчого регулювання чи організації системи охорони здоров'я, але й від рівня доходів, житлових умов, матеріальної депривації, кількості дітей у родині, а також джерел фінансування медичних витрат. У своїй аналітичній роботі він акцентує на необхідності

оцінювати доступність медичних послуг саме як компонент якості життя населення, що відповідає сучасній парадигмі публічного управління в галузі охорони здоров'я [145].

Автор доводить, що найбільш уразливими є багатодітні родини, домогосподарства з дітьми та бідні домогосподарства, які змушені покривати витрати на медичні послуги переважно за власний рахунок. Так, 94,4 % домогосподарств з дітьми фінансують медичні витрати з особистих коштів, тоді як лише 1,0 % отримують допомогу від держави або благодійних структур. У структурі витрат 62,9 % припадає на лікарські засоби й медичне обладнання, 16,7 % – на обстеження та процедури, лише 9,4 % – на стаціонарне лікування. Це свідчить про дефіцит державних гарантій у сегменті вторинної та третинної медичної допомоги.

Крім того, фактори перенаселеності житла та матеріальної депривації істотно знижують рівень доступу до послуг. Домогосподарства, що мешкають у перенаселеному житлі, витрачають на медичні потреби на 22,7 % менше порівняно з тими, хто проживає в умовах нормативної житлової площі. Ще нижчими є витрати у родинах, які мають ознаки матеріальної депривації – 564 грн на особу щомісяця проти 769 грн у тих, хто не має таких ознак [145, с. 331–334].

Таким чином, організаційно-правовий механізм забезпечення доступності медичних послуг в Україні має враховувати не лише інституційні й нормативні параметри, а й потреби соціально вразливих груп населення, пов'язані з демографічними, матеріальними та житловими характеристиками. Без комплексного підходу, орієнтованого на потреби домогосподарств, складно говорити про реальну, а не декларативну доступність медичних послуг.

Проблематика своєчасності медичної допомоги в українському правовому полі ще не отримала достатнього розвитку, незважаючи на її надзвичайну значущість для системи охорони здоров'я. Як наголошує Л.Р. Катинська, право пацієнта на своєчасну медичну допомогу передбачає

отримання лікування без зволікань і в межах наперед встановлених строків на кожному етапі надання допомоги – від первинної до спеціалізованої. Це право безпосередньо впливає з положень статті 7 Європейської хартії прав пацієнтів [23], яка закликає держави-учасниці встановити конкретні строки очікування залежно від ступеня невідкладності випадку, а також гарантувати пацієнтам інформацію про строки та можливість отримання альтернативної допомоги [32].

Незважаючи на те, що українське законодавство містить низку положень щодо своєчасності (наприклад, ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я [74]), термін «своєчасна медична допомога» не має чіткого юридичного визначення. Це створює труднощі у сфері нормотворчості, судової практики та адміністративного управління. У нормативних актах переважно акцентується на загальній якості або безперервності надання допомоги, але не вказуються допустимі межі часу, протягом яких послуга має бути надана. Лише для екстреної медичної допомоги передбачено нормативи прибуття – 10 хвилин для критичних і 20 хвилин для екстрених звернень (Постанова КМУ від 16.12.2020 № 1271 [100]), що також допускає перевищення нормативів у певному відсотку випадків.

У той же час, первинна та спеціалізована медична допомога не регламентуються подібними строками, а обов'язки щодо забезпечення безперервності обслуговування, створення чергових кабінетів у позаробочий час, надання пацієнтам інформації щодо черг і часу очікування мають рекомендаційний, а не обов'язковий характер. У результаті пацієнт нерідко залишається без можливості своєчасного лікування – особливо у разі обмеженого доступу до закладів охорони здоров'я або завантаженості системи.

Особливо вразливою залишається сфера спеціалізованої допомоги за скеруванням. Відсутність встановленого максимального строку очікування, нечіткі обов'язки щодо альтернативної допомоги та відсутність гарантій оперативної госпіталізації створюють ризики дискримінації та поглиблення

нерівності доступу. Як підкреслює Л.Р. Катинська, така ситуація суперечить як міжнародним стандартам, так і базовим вимогам доктрини медичного права щодо правової визначеності та справедливості [32, с. 49–50].

Таким чином, удосконалення організаційно-правового механізму забезпечення своєчасності медичної допомоги передбачає, з одного боку, розширення законодавчого поля – включно з дефініцією, термінами надання, алгоритмами інформування пацієнтів і відповідальністю за недотримання строків. З іншого боку – необхідна структурна трансформація системи, яка дозволить підвищити ефективність, прозорість і пацієнтоорієнтованість медичних послуг.

Одним із важливих елементів удосконалення організаційно-правового механізму забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг в Україні є врахування зарубіжного досвіду. Як справедливо зазначає Галина Муляр, незважаючи на відмінності в моделях організації систем охорони здоров'я в Японії, США, Австралії, Нідерландах і Швейцарії, всі вони орієнтовані на реалізацію трьох ключових цілей: збереження здоров'я, лікування хворих та захист населення від фінансового розорення через медичні витрати [65].

Успішне функціонування систем охорони здоров'я в розвинених країнах базується на п'яти структурних елементах: доступності медичної допомоги, безпеці та якості процесу лікування, адміністративній ефективності, результативності заходів охорони здоров'я та ефективному фінансуванні. Усі ці компоненти є фундаментом для побудови сталої, дієвої моделі надання послуг. Отже, підкреслюється, що ефективна система не завжди потребує великих фінансових ресурсів – значно важливішим є розумне, справедливе й економічно доцільне управління ними [65, с. 47–48].

Досвід Японії демонструє, що державна система медичного страхування може гарантувати повне охоплення населення, вільний доступ до лікувальних закладів і високий рівень профілактики. Натомість США демонструють

високий рівень інноваційності в медичних технологіях, але мають серйозні проблеми з нерівністю доступу. Система Австралії поєднує державне та приватне медичне страхування, забезпечуючи базовий рівень безкоштовної допомоги через програму Medicare. У Швейцарії та Нідерландах домінують обов'язкові приватні страхові схеми, які регулюються державою з метою гарантування базових медичних прав.

Муляр доходить висновку, що Україні необхідно розробити власну програму медичного страхування, адаптовану до її соціально-економічних умов, яка має поєднувати елементи бюджетного фінансування і обов'язкового медичного страхування, при цьому гарантувати не лише наявність послуги, а й її доступність у фізичному, фінансовому та часовому вимірах [65, с. 51].

Запровадження в Україні дієвого організаційно-правового механізму, заснованого на поєднанні міжнародного досвіду, принципів соціальної справедливості та ефективного публічного управління, стане запорукою того, що право громадян на охорону здоров'я не залишатиметься декларативним, а набуде реального втілення в повсякденному житті.

Організаційно-правовий механізм забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг в Україні є складним, багатовимірним конструктом, що поєднує норми права, інституційні елементи, фінансові інструменти, управлінські процедури й соціальні практики. Його ефективне функціонування безпосередньо пов'язане з реалізацією конституційного права громадян на охорону здоров'я, а також з підтриманням сталого розвитку людського капіталу країни.

В умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні особливого значення набули такі аспекти, як контрактування медичних послуг, впровадження державних фінансових гарантій, розвиток телемедицини та цифрових сервісів, а також орієнтація на принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Реформування системи супроводжується створенням нової інституційної архітектури, в якій ключову роль відіграє Національна служба здоров'я

України, що забезпечує фінансування медичних закладів за результатами наданих послуг.

Разом з тим, аналіз сучасного стану нормативно-правового регулювання свідчить про наявність низки проблем, зокрема нечіткості правового визначення поняття «своєчасна допомога», відсутності обов'язкових строків надання первинної та спеціалізованої допомоги, недостатнього врегулювання процедур інформування пацієнтів щодо черг і варіантів альтернативної допомоги. Це знижує правову визначеність і фактичну доступність послуг, особливо вразливим верствам населення.

Соціально-економічні чинники, такі як рівень доходів, житлові умови, матеріальна депривація та спосіб фінансування медичних витрат, істотно впливають на реальний доступ громадян до медичних послуг. Наявна ситуація свідчить про необхідність адаптації організаційно-правового механізму до умов соціальної нерівності, регіональної диференціації та особливих потреб домогосподарств.

Вагомим потенціалом для вдосконалення вітчизняної моделі є вивчення зарубіжного досвіду. Практика країн із різними моделями охорони здоров'я (Японія, Швейцарія, Австралія, Нідерланди, США) доводить доцільність поєднання бюджетних і страхових механізмів, державного регулювання й приватної ініціативи, адміністративної ефективності та пацієнтоорієнтованості. Для України актуальним є впровадження змішаної моделі загальнообов'язкового медичного страхування з чіткою системою гарантій, прозорим фінансовим адмініструванням і орієнтацією на результат.

Таким чином, забезпечення доступності та своєчасності медичних послуг потребує подальшого вдосконалення організаційно-правового механізму з урахуванням принципів соціальної справедливості, міжнародних стандартів у сфері прав людини та сучасних викликів у сфері публічного управління охороною здоров'я. Це передбачає як якісну трансформацію

правової бази, так і стратегічну переорієнтацію системи на потреби пацієнта та суспільства в цілому.

Фінансування медичної сфери є однією з ключових передумов збереження й розвитку людського капіталу, який, у свою чергу, виступає головним індикатором національного багатства та соціально-економічної стабільності країни. Як справедливо зазначають Зенченко Н.С., Сиза О.І. та Савченко О.М., витрати на охорону здоров'я необхідно розглядати як своєрідні інвестиції в людський капітал, що визначає здатність людини до праці, навчання, творчості та соціальної взаємодії. Витрати на медичну допомогу формують не лише фізичну і психічну витривалість, але й генетичну якість майбутніх поколінь, що безпосередньо впливає на довгостроковий розвиток суспільства [27].

Недостатній рівень бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні призводить до погіршення медико-демографічної ситуації, зростання рівня смертності та захворюваності, що підтверджується міжнародними статистичними даними. Так, у 2018 році Україна витратила лише 3,49 % ВВП на охорону здоров'я, що є критичним показником за класифікацією ВООЗ (рівень нижче 3,2 % вважається загрозливим для функціонування системи). Для порівняння: Німеччина, Франція та Велика Британія витрачали понад 8 % ВВП на охорону здоров'я, що забезпечує їм вищу тривалість життя та нижчі рівні смертності [27, с. 83].

Паралельно з цим спостерігається зростання частки приватних витрат на медичні послуги – понад 54 % у структурі загальних витрат на охорону здоров'я станом на 2019 рік. Це свідчить про перекладення відповідальності за доступ до медицини з держави на громадянина, що суперечить принципам соціальної держави. Наслідком цього є зниження доступності медичних послуг, посилення соціальної нерівності та зростання ризику «катастрофічних витрат» для малозабезпечених домогосподарств.

Автори обґрунтовують, що здоров'я населення не лише визначається фінансовим станом системи охорони здоров'я, а й впливає на продуктивність праці, конкурентоспроможність трудових ресурсів, податкові надходження та обсяги бюджетних витрат. Здоров'я розглядається як мультиплікативний чинник сталого економічного зростання. Таким чином, інвестиції в охорону здоров'я є не витратами, а засобом попередження значно більших економічних втрат у майбутньому.

У цьому контексті реформування фінансування медичної сфери в Україні, зокрема запровадження Національної служби здоров'я як єдиного платника за надані медичні послуги, є кроком у правильному напрямку. Проте, як вказують автори, без паралельного збільшення бюджетних видатків та впровадження загальнообов'язкового медичного страхування реформу не можна вважати завершеною або ефективною. Вони також пропонують перерозподіл коштів державного бюджету на користь охорони здоров'я, навіть за рахунок менш пріоритетних напрямів (наприклад, судової влади або інфраструктурних проектів), як тимчасовий крок у період економічної нестабільності [27, с. 86].

Таким чином, фінансування охорони здоров'я має розглядатися не лише як технічне питання формування державного бюджету, а як стратегічний напрям державної політики у сфері збереження людського капіталу. Відповідне нормативно-правове забезпечення повинно враховувати не лише кількісні показники, а й якість життя населення, рівень доступності медичних послуг, стабільність фінансування та можливості залучення альтернативних джерел коштів.

У контексті формування інноваційно-орієнтованої економіки, людський капітал розглядається як інтегрований ресурс соціально-економічного розвитку держави. Він формується внаслідок інвестування в знання, здоров'я, мотивації, компетенції та соціальну активність особи, що безпосередньо

впливає на рівень продуктивності праці та ефективність використання національних ресурсів [66].

Інвестування в медичну сферу відіграє ключову роль у процесі збереження та відтворення людського капіталу. Стан здоров'я населення, рівень доступу до якісних медичних послуг та тривалість життя безпосередньо визначають спроможність особи до навчання, праці та соціальної взаємодії. У статті обґрунтовано, що модернізація сфери охорони здоров'я та її фінансування має базуватися на стратегіях, орієнтованих на довготривалі економічні результати, з урахуванням процесів цифровізації, глобалізації, індустрії 4.0, демографічних змін і міграційних тенденцій [66, с. 27].

Отже, на думку авторів, існує кілька форм людського капіталу – особистого, галузевого, регіонального, національного та корпоративного – кожен з яких формується через відповідні державні або приватні інвестиції. Фінансування медичних програм, профілактичних заходів, розвитку інфраструктури охорони здоров'я та підтримки здорового способу життя є складовими стратегії відтворення людського капіталу. Саме ці інвестиції формують основу тривалості життя, добробуту населення та зменшення економічних втрат, спричинених хворобами, втратою працездатності та низькою мотивацією [66, с. 28].

Також слід погодитись, що державна політика повинна забезпечувати регуляторну та інституційну підтримку розвитку людського капіталу, створюючи адаптивну систему, яка враховує потреби суспільства та виклики зовнішнього середовища. Зокрема, йдеться про необхідність системного фінансування медицини як через бюджетні витрати, так і через запровадження інструментів приватно-державного партнерства, медичного страхування та залучення міжнародної допомоги. Такий підхід дозволяє формувати стабільну систему охорони здоров'я, яка здатна адаптуватися до інноваційної економіки та гарантувати суспільству базові права – передусім право на здоров'я [66, с. 29].

Отже, організаційно-правове забезпечення фінансування медичної сфери повинно враховувати не лише принципи соціальної справедливості та економічної ефективності, а й аксіологічні орієнтири сучасного суспільства.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні перебуває на етапі критичної інституційної трансформації. З одного боку, реформування галузі має на меті створення гнучкої моделі медичної допомоги, яка буде відповідати соціально-економічним реаліям та потребам населення. З іншого боку, глибокі соціально-політичні потрясіння останнього десятиліття – від Революції Гідності до повномасштабної війни – призвели до катастрофічного впливу на інституційний, кадровий і фінансовий потенціал галузі. Як підкреслює О.В. Корнілова, ефективне функціонування системи охорони здоров'я є однією з ключових умов якісного відтворення людського капіталу, оскільки саме «капітал здоров'я» є його фундаментальною складовою, що безпосередньо впливає на якість життя, економічну продуктивність та соціальну стабільність у державі [44].

Як результат повномасштабного вторгнення рф, економічної кризи та масової міграції, українське суспільство зазнало суттєвого скорочення людського капіталу, що проявляється не лише в демографічних показниках, але й у зниженні рівня здоров'я працездатного населення. У таких умовах посилення інвестицій у медичну сферу стає необхідним для запобігання остаточній втраті трудового, інтелектуального та генетичного потенціалу нації. Особливо актуальним є фінансування психічного здоров'я, реабілітаційної медицини, а також первинної ланки надання допомоги в регіонах, що постраждали від бойових дій.

З метою стабілізації ситуації та формування довгострокової моделі фінансування охорони здоров'я, авторка розглядає кілька зарубіжних моделей: приватну (характерну для США), систему Бісмарка (Австрія, Німеччина, Франція), систему Беверіджа (Велика Британія, Грузія). Усі вони, попри різні підходи, мають спільний орієнтир – забезпечення широкого доступу до якісних

медичних послуг при чітко структурованому механізмі фінансування, де держава або соціальні фонди відіграють ключову роль. Запровадження в Україні елементів системи управління сферою охорони здоров'я Бісмарка або Беверіджа могло б забезпечити не лише стабільне фінансування, а й соціальну справедливість у доступі до лікування, з урахуванням особливостей регіонального розвитку, воєнної мобілізації та потреб вразливих категорій громадян.

Таким чином, досвід зарубіжних країн підтверджує, що ефективне фінансування сфери охорони здоров'я в умовах економічної невизначеності є не лише викликом, а й можливістю для переосмислення моделі державної підтримки здоров'я як стратегічного ресурсу людського капіталу. Це вимагає рішучих дій у сфері публічного управління, перегляду бюджетних пріоритетів, розвитку інфраструктури та запровадження прозорих механізмів контролю за витратами.

У контексті майбутнього післявоєнного відновлення України є важливим посилення ролі регіональних стратегій розвитку, в яких питання охорони здоров'я та освіти займають центральне місце в процесі формування й збереження людського капіталу. Як зазначають С.М. Кожем'якіна та Н.І. Шабранська, сучасна стратегічна парадигма розвитку Києва та Київської області ґрунтується на визнанні охорони здоров'я як ключової сфери соціального добробуту, що потребує посиленого фінансового та управлінського ресурсу з боку держави та місцевої влади [38].

Розроблені стратегії розвитку столиці до 2025 року та Київської області на 2021–2027 роки включають низку пріоритетів, пов'язаних із модернізацією системи охорони здоров'я, популяризацією здорового способу життя, забезпеченням психосоціальної адаптації постраждалого населення, а також інфраструктурною підтримкою медичних закладів. У рамках реалізації цілей відновлення було виділено дев'ять концептуальних інтервенцій, зокрема: створення нових реабілітаційних центрів, програми ментального здоров'я,

інклюзивні підходи до ринку праці, розширення системи охорони здоров'я з урахуванням потреб ветеранів та ВПО, а також залучення міжнародного донорського фінансування.

Організаційно-правовий аспект реалізації таких стратегій передбачає не лише формалізацію цілей у нормативно-правових актах, а й розбудову механізмів публічно-приватного партнерства, децентралізацію фінансів, запровадження рамкових угод із донорами та міжнародними інституціями, а також активну участь громадян у формуванні політики в сфері охорони здоров'я. Вказані інтервенції, у сукупності, створюють передумови для зменшення навантаження на систему охорони здоров'я, підвищення її стійкості, а також покращення показників тривалості та якості життя населення.

Однак авторки також підкреслюють, що низка стратегічних документів поки не враховує усіх завдань у сфері людського капіталу, зокрема недостатньо фокусуються на ризиках воєнного часу, кризовій кадровій ситуації в охороні здоров'я та дисбалансі фінансування між регіонами. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення стратегічного планування з урахуванням сучасних загроз і викликів, а також активного інституційного супроводу реалізації стратегій на всіх рівнях управління.

Таким чином, регіональний вимір фінансування охорони здоров'я в умовах відновлення відіграє ключову роль у реалізації національної політики збереження людського капіталу. Підвищення ефективності таких стратегій можливе лише за умови чіткого правового регулювання, синхронізації цілей державного і місцевого рівнів, а також формування сталих фінансових інструментів, орієнтованих на довготривалу соціальну віддачу.

Наслідки повномасштабної війни для медичної сфери України є руйнівними: станом на травень 2023 року пошкоджено понад 1 200 медичних закладів, із них понад 170 – зруйновано повністю. Загальні втрати медичної інфраструктури оцінюються в 2,5 млрд доларів США, тоді як обсяг необхідних

інвестицій для її відновлення та подальшого розвитку сягнув 16,4 млрд доларів, включаючи 3,6 млрд на першочергові потреби. У таких умовах фінансування охорони здоров'я вже не може ґрунтуватися винятково на внутрішніх бюджетних ресурсах – ключову роль відіграють міжнародні інвестиції, донорські платформи та грантові програми [64].

Одним із провідних інструментів стала глобальна платформа United24, що лише за період з травня 2022 року по квітень 2023 року акумулювала 1,5 млрд грн на потреби медичної допомоги. Це кошти від понад 110 країн світу, компаній, благодійних організацій та окремих громадян. Їх розподілом займається спеціально створена комісія при МОЗ, що дозволяє забезпечити певний рівень прозорості та адресності. Окрім цього, Україна бере участь у європейській програмі «EU4Health» на пільгових умовах, а також долучилася до «фінансового Рамштайну» – платформи координації донорської допомоги.

Однак ефективне використання таких ресурсів потребує не лише нормативного забезпечення, а й створення інституційної архітектури управління міжнародною допомогою. В межах сучасного наукового дискурсу справедливо наголошують на необхідності формування єдиного незалежного агентства, уповноваженого адмініструвати міжнародні фінансові потоки в медичній сфері. Це дозволить уникнути дублювання функцій між державними органами, забезпечити прозорість, підзвітність та оперативність прийняття рішень.

Крім технічного відновлення лікарень, нагальною є потреба інвестування у людський капітал. Йдеться про модернізацію трудового законодавства, створення системи післядипломної освіти для медичного персоналу, впровадження європейських стандартів менеджменту в медичних закладах. Збереження кваліфікованих фахівців, особливо в регіонах, які постраждали від бойових дій, є безумовним пріоритетом, що напряду впливає на довгострокову відновлюваність людського капіталу держави.

Таким чином, організаційно-правовий механізм фінансування системи охорони здоров'я в Україні має набувати стратегічної складової. Він має бути орієнтованим на створення стійкої, прозорої та ефективної системи залучення та використання коштів – як внутрішніх, так і міжнародних – із чітким фокусом на збереження життя, здоров'я та продуктивності громадян, що є основою людського капіталу нації.

Успішне функціонування медичної системи залежить не лише від обсягів фінансування, а й від якості управління людськими ресурсами, які становлять ядро людського капіталу в галузі охорони здоров'я. Як справедливо зазначають А.В. Кавецька, А.Є. Нечитайло та В.В. Кавецький, персонал закладу охорони здоров'я є не просто об'єктом управління, а активом, що створює додану вартість через знання, навички, досвід, мотивацію та етичну відповідальність. У цьому контексті особливого значення набуває впровадження сучасних технологій управління людським капіталом, що враховують його поділ на особистий, відчужуваний і колективний компоненти [31].

Проблеми, пов'язані з низьким рівнем оплати праці, бюрократизмом, відсутністю сучасної кадрової політики, відчутні в більшості медичних закладів. Автори наголошують, що мотиваційна структура персоналу залишається вразливою, оскільки переважають матеріальні стимули, тоді як немонетарні інструменти – розвиток кар'єри, визнання, участь у професійних конкурсах, гнучкі графіки, корпоративна культура – не використовуються належним чином. У результаті – зниження залученості персоналу, формалізм у виконанні обов'язків, високий рівень плинності кадрів.

Організаційно-правовий механізм має реагувати на цю ситуацію шляхом унормування ключових аспектів управління персоналом у системі охорони здоров'я: розробка стандартів професійної діяльності, вимог до немонетарної мотивації, елементів кадрового резерву, підвищення кваліфікації та етичного кодексу лікаря. Особливо важливим є формування правових основ системного

підходу до розвитку людського капіталу через механізми стратегічного кадрового планування, оцінювання ефективності, індикативного фінансування та децентралізованої відповідальності керівників установ.

Отже, якість медичних послуг напряму залежить від здатності закладів охорони здоров'я не лише фінансово забезпечити функціонування системи, але й ефективно управляти персоналом, створюючи сприятливе середовище для професійного розвитку, етичної поведінки та відповідального ставлення до пацієнта. Це потребує глибокої трансформації кадрової політики, перегляду системи управління, розробки нових регламентів і нормативних моделей, що відповідатимуть сучасним викликам у сфері охорони здоров'я та збереження людського капіталу.

Доцільно проаналізувати результати дослідження Л.П. Лондар, яка здійснила глибоку оцінку можливостей державного фінансування як інструменту впливу на розвиток людського капіталу, зокрема – у сфері охорони здоров'я. Ми погоджуємось, що недостатній рівень державного інвестування в освітню й медичну сфери впродовж останніх десятиліть створив хронічні дисбаланси, що негативно позначаються як на демографічних показниках, так і на потенціалі України щодо переходу до інноваційної моделі економіки. За її висновками, відсутність належного фінансування формує тенденцію до скорочення чисельності та зниження якості людських ресурсів, а також стимулює еміграцію кваліфікованих кадрів [55].

Особливо важливим є положення про те, що бюджетне фінансування сфери охорони здоров'я в Україні тривалий час не досягало визначеного законом рівня у 5 % ВВП (згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [83]), а також суттєво відставало від середніх показників країн-членів ОЕСР. У 2019 році лише 3,2 % ВВП України було спрямовано на охорону здоров'я, що є критично недостатнім у контексті підтримки системи охорони здоров'я в умовах пандемії, демографічної кризи та системного кадрового дефіциту.

На думку Л.П. Лондар, ключовим завданням організаційно-правового механізму в цьому напрямі має стати підвищення ефективності бюджетного планування й прогнозування фінансових ресурсів для медичної сфери, зокрема – узгодження програми медичних гарантій із середньостроковими макроекономічними орієнтирами держави. Крім того, необхідно забезпечити прозорість використання бюджетних коштів і ефективний контроль за їх цільовим використанням.

У цьому контексті важливим є також пошук нових джерел фінансування, зокрема через зниження боргового навантаження, оптимізацію політики запозичень та підвищення ефективності управління державним боргом. Отже, висока вартість обслуговування запозичень в Україні спричиняє ефект витіснення – скорочення обсягів ресурсів, які могли би бути спрямовані на підтримку охорони здоров'я, освіти й соціальних стандартів [55, с. 30–32].

Запропонований Л.П. Лондар підхід свідчить про необхідність глибокої трансформації фінансової політики держави у сфері охорони здоров'я, що передбачає не лише збільшення видатків, а й інституційну перебудову механізмів розподілу та контролю за використанням коштів, а також створення сприятливих умов для ефективного функціонування всієї системи медичного обслуговування в Україні.

Умови воєнного стану в Україні актуалізували проблему формування довгострокової стратегії інвестування в людський капітал, у межах якої фінансування охорони здоров'я відіграє системоутворюючу роль. Як зазначають Л.М. Сакун, Т.Є. Бутурлим та Т.В. Павлуша, саме інвестування в здоров'я, психологічну стійкість та соціальну захищеність населення є критично важливим фактором забезпечення економічної стабільності в умовах конфлікту та післявоєнного відновлення [124].

Вважаємо, що одним із найгостріших викликів є стрімке скорочення доступу до якісних медичних послуг, зумовлене не лише фізичним руйнуванням інфраструктури, а й відтоком кваліфікованих медичних кадрів та

обмеженістю бюджетного ресурсу. У відповідь на ці виклики запропоновано концепцію адаптивного інвестування, яка передбачає: 1) переорієнтацію державних коштів на підтримку психічного та фізичного здоров'я населення; 2) впровадження дистанційних форм медичного обслуговування як альтернативи втраченої інфраструктури; 3) розширення співпраці з міжнародними інституціями, здатними забезпечити цільове фінансування відновлення критично важливих секторів охорони здоров'я.

У статті також окреслено систему факторів, що перешкоджають ефективному інвестуванню в людський капітал: політична нестабільність, масова еміграція, деградація освітньої інфраструктури, психологічна травматизація населення. За оцінками авторок, понад 20 % населення України в умовах війни потребує професійної психологічної підтримки, що вимагає створення спеціалізованих державних програм і нормативної бази для інтеграції психосоціального супроводу в загальні програми охорони здоров'я.

Водночас міжнародна допомога, зокрема програми ЄС, Світового банку та ООН, надає унікальну можливість трансформації системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Вважаємо необхідним підкреслити потребу у цільовому спрямуванні грантових ресурсів не лише на інфраструктурне відновлення, а й на розвиток людського потенціалу – підготовку фахівців, створення реабілітаційних центрів, цифровізацію медичних послуг.

Таким чином, організаційно-правовий механізм інвестування у сферу охорони здоров'я в умовах воєнного часу повинен поєднувати стабільне бюджетне фінансування з активною участю міжнародної спільноти, нормативною гнучкістю, інноваційністю управлінських рішень і цілеспрямованою політикою щодо підтримки людського капіталу. Лише в такій парадигмі можливо забезпечити не лише поточну стійкість медичної системи, а й відновлення довіри громадян до держави як гаранта їхнього здоров'я та гідного життя.

У межах трансформації системи охорони здоров'я, що стартувала в Україні у 2015 році, відбувся перехід від субвенційної моделі фінансування до контрактної, що передбачає стратегічне замовлення медичних послуг через Національну службу здоров'я України. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№ 2168-VIII), прийнятий у 2017 році, сформував правове підґрунтя для реалізації цієї реформи, визначивши принципи справедливості, відкритості, прозорості, підзвітності та ефективності [14].

НСЗУ виступила як агент змін, акумулюючи ресурси та укладаючи прямі договори з медичними установами. У результаті цього зросла частка фінансування, спрямованого на первинну медичну допомогу: з 11,5 % у 2018 році до 14,6 % у 2019 році. Цей зсув дозволив зробити послуги на базовому рівні доступнішими для населення, однак зумовив і нові виклики – у сфері вторинної та третинної допомоги, а також у забезпеченні балансу між регіонами.

Загалом реформа суттєво змінила джерела та структуру фінансування: у 2020 році загальні витрати на охорону здоров'я досягли 4,1 % ВВП. Утім, це зростання було спричинено не стільки стабільним фінансовим підйомом, скільки необхідністю протидії пандемії COVID-19. Автори вказують на нестійкість такого підходу: без формування постійних джерел фінансування (зокрема через запровадження обов'язкового медичного страхування, розширення компетенцій місцевих громад та створення публічно-приватних партнерств) реформа не зможе забезпечити довгострокову ефективність.

Особливе місце в аналізі посідає механізм державно-приватного партнерства як один із найперспективніших інструментів зміцнення системи охорони здоров'я. Його впровадження дозволяє залучити додаткові інвестиції, покращити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я, підвищити зарплати медичному персоналу, а також забезпечити більш високу якість послуг. Утім, нормативно-правова база в цій сфері потребує удосконалення,

зокрема щодо передачі повноважень, форм укладення договорів та порядку оцінювання ефективності партнерських проектів.

Таким чином, узагальнений досвід реформи демонструє як позитивну динаміку – у вигляді зростання обсягів фінансування та доступності послуг, – так і системні бар'єри: нерівномірність між регіонами, нестабільність джерел фінансування, відсутність чіткого нормативного супроводу для нових форм управління. Подолання цих викликів потребує стратегічної взаємодії між державними органами, місцевими громадами, приватними структурами та міжнародними донорами в межах комплексного організаційно-правового механізму збереження людського капіталу України.

У сучасних умовах здоров'я населення України дедалі частіше розглядається не лише як медичне, а як соціальне й економічне явище, безпосередньо пов'язане з рівнем розвитку соціального капіталу суспільства. Як справедливо зазначає Л.Б. Баранник, саме показники стану здоров'я – тривалість життя, захворюваність, доступність медичних послуг – виступають чутливими індикаторами якості організаційно-правового управління в державі загалом і в сфері охорони здоров'я зокрема [3].

Авторка наголошує, що сучасна модель фінансування медицини, яка формувалася за залишковим принципом ще з радянських часів, вичерпала себе. Існуючий рівень витрат – приблизно 3–4 % від ВВП – є недостатнім для виконання державою своєї конституційної функції гаранта права громадян на охорону здоров'я. Окрім того, лише 5–6 % населення охоплені добровільним медичним страхуванням, що також не здатне компенсувати недофінансування системи.

У цьому контексті Л.Б. Баранник підкреслює необхідність переходу до нової моделі фінансування, орієнтованої на поєднання державних гарантій із приватними страховими механізмами. Як пріоритет пропонується впровадження державно-приватного партнерства з обов'язковою участю страхових компаній, які здатні забезпечити довгострокову фінансову сталість

галузі. Така модель, успішно апробована в країнах Європи та Ізраїлі, дозволяє поєднати соціальні зобов'язання держави з гнучкістю і ефективністю приватного сектору.

У зв'язку з цим організаційно-правовий механізм має бути доповнений новими регламентами, які визначають повноваження кожного учасника системи: держава – як гарант базових стандартів; страхові компанії – як посередники у формуванні пакетів послуг; медичні установи – як виконавці; громадяни – як суб'єкти права на вибір медичної допомоги. Водночас критично важливо запобігти монополізації ринку страхових послуг, що може призвести до нових форм корупції й соціальної нерівності.

Таким чином, від ефективності фінансування медичної сфери напряду залежить збереження й розвиток людського капіталу України. Формування прозорої, інклюзивної та гнучкої фінансової моделі, що враховує інтереси всіх учасників соціального діалогу, є одним із ключових завдань публічного управління у сфері охорони здоров'я.

У дослідженні С.В. Борщ акцент зроблено на необхідності формування ефективного державного управління сферою охорони здоров'я через механізми регуляторної політики, яка має не лише контролювати витрати, а й створювати умови для розвитку інституцій, персоналу та інфраструктури в системі охорони здоров'я. Вона підкреслює, що система управління повинна ґрунтуватися не на адміністративному тиску, а на регуляторному стимулюванні й публічній підзвітності, де держава виступає координатором, а не монополістом у сфері фінансування [6].

Ключовими напрямками удосконалення організаційно-правового забезпечення фінансування сфери охорони здоров'я визначено: розвиток нормативної бази з урахуванням індикативного планування; запровадження фінансового моніторингу в реальному часі; удосконалення бюджетної автономії для закладів охорони здоров'я; стимулювання стратегічного партнерства між державними та недержавними структурами в медичній галузі.

Авторка наголошує, що лише за умов гнучкого, дієвого, а головне – збалансованого регуляторного впливу можливо досягти довгострокової ефективності у фінансуванні медицини, що безпосередньо впливає на якість людського капіталу в державі.

На прикладі окремих регіональних моделей управління доводиться, що запровадження систем показників ефективності (KPI), електронного обліку витрат та участі пацієнтів у прийнятті рішень сприяє не лише оптимізації ресурсів, а й зростанню довіри громадян до державної політики у сфері охорони здоров'я. Такий підхід створює підґрунтя для формування нового типу соціального контракту між державою і суспільством, що базується на взаємній відповідальності й прозорості.

Таким чином, запропоновані Борщ С.В. концептуальні засади державного управління медициною в умовах реформування свідчать про необхідність поглиблення правового забезпечення фінансової автономії медичних закладів, нормативної стабільності та узгодженості дій усіх суб'єктів системи. Саме такий підхід дозволяє перетворити фінансування медицини з проблемного навантаження на державний бюджет на ефективний інструмент довгострокового розвитку людського капіталу України.

Особливе місце в системі фінансування медичної допомоги в Україні посідає організація та правове регулювання протезування осіб, які втратили частини тіла внаслідок війни або хвороби. Внаслідок масштабних бойових дій, які тривають на території України, значно зросла кількість випадків ампутацій, що, у свою чергу, вимагає від держави не лише фінансової підтримки відповідних програм, а й адаптації організаційно-правового механізму до умов війни, нестачі ресурсів та потреб реабілітації поранених громадян [54].

Законодавчо закріплено право на отримання протезно-ортопедичних виробів безоплатно або на пільгових умовах для широкого кола осіб. Відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [102] та Закону України «Про реабілітацію осіб з

інвалідністю в Україні» [105], такі вироби відносяться до допоміжних засобів реабілітації, які фінансуються за рахунок державного бюджету. При цьому відповідні положення деталізуються у Постанові Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації» [92].

Попри формальну наявність нормативної бази, в реальності особи, які потребують протезування, зіштовхуються з багатьма перешкодами. Найбільш суттєві з них – надмірна бюрократизація процесу оформлення послуг, недосконалість механізмів підтвердження обставин травмування, обмежений доступ до сучасних засобів реабілітації та недофінансування галузі. Зокрема, отримання довідки про обставини поранення залишається проблемою для військовослужбовців, адже багато з них не можуть встановити місцезнаходження своїх частин, які видають такі документи [54].

Крім складного процесу документування, ускладненою залишається ситуація з постачанням комплектуючих для протезів і реабілітаційною інфраструктурою. У деяких закладах утворилися черги з поранених, які чекають на протез, проте через нестачу деталей або недофінансування заклади змушені призупиняти лікування. Це свідчить про гостру потребу в оперативному фінансуванні повного реабілітаційного циклу, включаючи як первинне протезування, так і післяпротезувальний догляд [54, с. 38].

Водночас, за останні роки в Україні вдалося досягти певного прогресу у розвитку протезної галузі. Значна кількість медичних закладів і профільних підприємств адаптувалася до потреб воєнного часу, підвищила рівень професійної кваліфікації фахівців і освоїла роботу з сучасними технологіями. Крім того, держава передбачає режим найбільшого сприяння для таких підприємств: пільгове оподаткування, пріоритет у доступі до ресурсів і сприяння у виділенні виробничих площ [54].

У сучасних умовах, коли Україна зіткнулася з викликами збереження й відновлення людського капіталу, особливої актуальності набуває

концептуальний підхід, згідно з яким здоров'я розглядається не лише як об'єкт соціальної політики, а й як повноцінна структурна складова економічного добробуту. У дослідженні Г. Черевка та І. Вовка наголошується, що людський капітал формується в контексті тісного взаємозв'язку з економічним зростанням, і саме здоров'я є центральною ланкою цього замкненого циклу взаємодії: «здоров'я – людський капітал – економічне зростання – здоров'я» [143].

Ця модель ґрунтується на визнанні інвестицій у здоров'я як таких, що є складовими інвестицій в людський капітал, здатні генерувати економічну продуктивність через підвищення якості життя, тривалості життя та активності трудових ресурсів. Здоров'я виступає чинником, що забезпечує фізичну, інтелектуальну та емоційну ефективність праці, сприяє зростанню інноваційного потенціалу суспільства, підвищує ефективність навчання, формує здатність індивіда до довготривалого планування і самореалізації.

Особливо цінним у висновках авторів є наголос на тому, що витрати на охорону здоров'я слід розглядати не як тягар бюджету, а як інвестиції «*sui generis*», тобто інвестиції в майбутнє національної економіки. Вони формують фундаментальні передумови для макроекономічної стабільності, розширеного відтворення робочої сили та підтримки конкурентоспроможності держави на глобальному ринку. Відповідно, сучасна політика фінансування сфери охорони здоров'я має виходити з положення, що медичні послуги є не лише соціальним благом, але й економічним ресурсом.

Таким чином, аналіз сучасної теоретичної бази й практичних підходів до фінансування медичної галузі свідчить про те, що саме організаційно-правовий вимір цього процесу має вирішальне значення. Зокрема, йдеться про вдосконалення нормативно-правової бази щодо бюджетування, формування міжвідомчої взаємодії, запровадження мультиджерельного фінансування, розвиток державного та соціального страхування, підвищення прозорості розподілу ресурсів та оцінки їх ефективності. Тільки за таких умов можлива

трансформація фінансування системи охорони здоров'я у фактор сталого соціально-економічного розвитку України.

Висновки до розділу 2

Проведене дослідження структурно-функціональних та аксіологічних основ організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні дало змогу виявити глибинні суперечності, недоліки й перспективні напрями трансформації відповідного механізму в умовах сучасних соціально-політичних викликів. У межах розділу було проаналізовано основні моделі управління охороною здоров'я – державну, ринкову, змішану та соціальну – крізь призму аксіологічного підходу. Встановлено, що в Україні фактично формується гібридна модель, яка поєднує елементи централізованого контролю з децентралізаційними імпульсами та елементами конкуренції, однак така модель позбавлена чіткої ціннісної орієнтації, що знижує її ефективність і легітимність.

Виявлено, що нормативна база, яка забезпечує функціонування організаційно-правового механізму управління, залишається фрагментарною, неузгодженою та недостатньо зорієнтованою на реалізацію фундаментальних прав і свобод людини, зокрема права на охорону здоров'я. Аналіз законодавчих та підзаконних актів, стратегічних документів і програм розвитку галузі засвідчив відсутність єдиного концептуального підходу до поєднання управлінської ефективності з гуманістичними ідеалами. Визначено, що основні національні документи недостатньо враховують положення таких актів, як Європейська хартія прав пацієнтів, Директива 2011/24/ЄС, Регламент 2017/746/ЄС тощо.

Крім того, дослідження засвідчило, що організаційно-правовий механізм управління сферою охорони здоров'я в Україні наразі не забезпечує належного рівня доступності та своєчасності надання медичних послуг, що є критичними

критеріями збереження людського капіталу. В умовах воєнного стану, демографічної кризи, міграційних хвиль та руйнування інфраструктури медична система повинна функціонувати як опора національної безпеки, проте аналіз показав, що її інституційна структура є недостатньо адаптованою до викликів часу. Відсутність механізмів ефективної міжвідомчої координації, брак прозорих процедур прийняття рішень, нерівномірність розподілу ресурсів і недостатня залученість громадянського суспільства – усі ці чинники знижують спроможність системи охорони здоров'я виконувати свої стратегічні функції.

У межах другого розділу також було доведено, що аксіологічні принципи – гідність, справедливість, рівність, прозорість, підзвітність та участь – повинні бути не декларативними постулатами, а реально діючими регуляторами управлінської практики. Саме їх втілення в нормативну базу, управлінські процедури, етичні кодекси та інституційну структуру є визначальним чинником ефективного функціонування системи охорони здоров'я. З цією метою запропоновано підходи до структурної інтеграції аксіологічних орієнтирів через включення механізмів етичного аудиту, запровадження незалежних наглядових рад, впровадження платформ для відкритої комунікації з пацієнтами, а також публічного моніторингу якості медичних послуг.

Обґрунтовано, що ефективне функціонування організаційно-правового механізму є можливим лише за умов налагодженої координації між основними суб'єктами управління – Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, місцевими органами влади, закладами охорони здоров'я, представниками громадянського суспільства та пацієнтськими організаціями. Водночас виявлено, що така координація на сьогодні переважно носить адміністративно-бюрократичний характер, а не стратегічно-ціннісний. Саме тому запропоновано концепцію аксіологічної координації, яка базується

на спільних цінностях, уніфікованих стандартах та етико-правових зобов'язаннях суб'єктів управління.

Особливий акцент у розділі зроблено на важливості забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг як ключових детермінантів збереження людського капіталу. Визначено, що чинна система має низку дисфункцій, які обумовлені як організаційною інерцією, так і обмеженням у нормативному регулюванні. Доступ до медичної допомоги залишається нерівномірним у регіональному вимірі, особливо для соціально вразливих груп, осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб та мешканців прифронтових територій. Ці обставини суперечать як національним стандартам охорони здоров'я, так і міжнародним зобов'язанням України в галузі прав людини.

У результаті аналізу було визначено, що формування аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління має здійснюватися через цілісну концепцію, в якій доступність і своєчасність медичних послуг розглядаються не лише як адміністративні чи економічні показники, а як етичні зобов'язання держави перед громадянами. Запропоновано розглядати ці категорії в аксіологічному вимірі, де кожна затримка, кожне обмеження доступу до медичної допомоги є порушенням гідності особи та прав людини. Відповідно, удосконалення механізму має бути спрямоване на усунення таких бар'єрів через прозорі системи фінансування, мобільні медичні сервіси, інклюзивні управлінські моделі та ціннісно обґрунтоване планування ресурсів.

Доведено, що нормативне закріплення прав пацієнтів і обов'язків суб'єктів медичних послуг не може бути ефективним без відповідного інституційного супроводу. У цьому контексті актуалізовано необхідність створення незалежних механізмів контролю за реалізацією права на охорону здоров'я, включаючи функціонування етичних комітетів у медичних закладах, прозорих механізмів розгляду скарг, регулярної публікації звітів про якість

медичних послуг, розвитку цифрових інструментів моніторингу. Такі ініціативи не лише посилюють підзвітність системи, а й забезпечують реалізацію ціннісних основ управління, що базуються на повазі до особистості та її інтересів.

У підсумку, результати другого розділу підтверджують, що ефективне реформування сфери охорони здоров'я неможливе без аксіологічної рефлексії щодо існуючих моделей управління, нормативного забезпечення, організаційної структури та розподілу повноважень. Побудова нової моделі має спиратися на глибоке осмислення ролі цінностей у публічному управлінні, а саме – у визнанні гідності, автономії, соціальної справедливості як основи державної політики у сфері охорони здоров'я.

Окрему увагу приділено порівняльному аналізу із зарубіжними моделями управління охороною здоров'я, зокрема з досвідом країн Європейського Союзу, скандинавських держав, Ізраїлю та Канади. Цей аналіз засвідчив, що ключовою особливістю ефективних організаційно-правових механізмів у зазначених країнах є саме аксіологічна узгодженість політики охорони здоров'я з базовими правами людини. Успішність систем охорони здоров'я у вказаних країнах обумовлена не лише рівнем фінансування чи організаційною структурою, а насамперед – закріпленими в праві й управлінській практиці принципами поваги до гідності, етичної відповідальності держави, прозорості участі громадськості у процесах ухвалення рішень.

Цей досвід може і повинен бути адаптований до українських умов з урахуванням специфіки правової системи, соціально-економічного контексту та викликів воєнного часу. Зокрема, доцільно запровадити практику регулярного етичного аудиту закладів охорони здоров'я, створити національний реєстр дотримання прав пацієнтів, законодавчо врегулювати функціонування наглядових рад при лікарнях, а також розробити комплексну програму аксіологічної освіти для управлінців усіх рівнів.

Узагальнення результатів аналізу дає підстави стверджувати, що в основі ефективного організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я має лежати не лише інституційна спроможність чи нормативна визначеність, а передусім – ціннісна легітимність, тобто відповідність цілей, процедур і результатів управлінської діяльності суспільним уявленням про справедливість, людську гідність і соціальну відповідальність держави. Саме в цьому полягає сенс аксіологічного виміру публічного управління, що має стати концептуальним орієнтиром для формування майбутньої державної політики у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, другий розділ дисертаційного дослідження дав змогу не лише розкрити зміст і структуру організаційно-правового механізму управління охороною здоров'я в Україні, а й виявити ключові аксіологічні суперечності, що стримують його ефективне функціонування. Особливої актуальності набуває питання переорієнтації управлінських стратегій із технократичного регулювання на забезпечення публічного блага через ціннісно орієнтовану державну політику. Підтверджено, що тільки механізм, побудований на засадах справедливості, поваги до прав людини, інклюзивності та соціальної солідарності, здатний забезпечити стійкість та легітимність системи охорони здоров'я в умовах кризи, війни та глибоких реформ.

На основі проведеного аналізу обґрунтовано, що організаційно-правовий механізм має не лише адаптуватися до викликів часу, а й задавати етико-правову рамку для інших сфер публічного управління, демонструючи приклад взаємозв'язку між цінностями, правовими нормами та інституційними практиками. Йдеться про нову логіку публічного адміністрування в медичній сфері – логіку, що заснована не лише на ефективності, а на сенсі, не лише на результаті, а на справедливості процесу, не лише на дотриманні процедур, а на досягненні соціального довіри.

Таким чином, висновки другого розділу є основою для подальшої розробки практичних рекомендацій, які будуть викладені в наступному розділі та спрямовані на вдосконалення механізмів управління охороною здоров'я в аксіологічному контексті. Вони підтверджують необхідність структурної та ціннісної модернізації управлінських інструментів, яка дозволить забезпечити ефективну реалізацію права людини на охорону здоров'я, підвищити якість публічних послуг і сприяти соціальній згуртованості в умовах національного відновлення.

РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В АКСІОЛОГІЧНОМУ КОНТЕКСТІ

3.1. Адаптація європейських стандартів до національного законодавства у сфері охорони здоров'я: аксіологічний вимір

У межах політики охорони здоров'я Європейського Союзу значне місце посідає формування спільного правового простору у сфері забезпечення прав пацієнтів, доступності та якості медичних послуг. Адаптація законодавства України до стандартів ЄС вимагає глибокого аналізу базових актів Союзу, серед яких ключовими є Директива 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів у транскордонній системі охорони здоров'я, Європейська хартія прав пацієнтів (2002), а також низка інших директив і регламентів, що формують нормативно-ціннісний фундамент охорони здоров'я в ЄС.

Директива 2011/24/ЄС закріплює основоположне право пацієнтів на отримання якісної медичної допомоги за межами держави проживання у межах Європейського Союзу, що передбачає не лише правовий механізм відшкодування витрат, але й гарантії якості, безпеки, інформованої згоди та рівного доступу до послуг [160]. Такий підхід базується на принципі свободи надання послуг та визнанні гідності особи як найвищої соціальної цінності. Водночас адаптація цього документа в українському законодавстві є фрагментарною, що зумовлює потребу посилення правового механізму реалізації права на транскордонну медичну допомогу.

Важливим документом, що відображає аксіологічну складову політики охорони здоров'я в Європі, є Європейська хартія прав пацієнтів. У ній сформульовано 14 ключових прав, включаючи право на профілактику, доступ, інформацію, згоду, вибір, повагу до особистої недоторканності та приватного

життя, право на скаргу тощо [161]. Ці права мають фундаментальне значення для розробки національних стандартів медичної допомоги, адже їхня реалізація забезпечує довіру населення до системи охорони здоров'я та її гуманістичну спрямованість. Зміст Хартії тісно пов'язаний із положеннями Конвенції про захист прав людини та гідності щодо застосування біології та медицини (Ов'єдської конвенції), що також визначає орієнтири для адаптації українського законодавства.

Іншою важливою віхою у регулюванні охорони здоров'я ЄС є Директива 2001/83/ЄС, що утворює єдиний кодекс Співтовариства щодо лікарських засобів, встановлюючи високі вимоги до якості, безпеки, ефективності, сертифікації, маркування та фармаконагляду [156]. У контексті аксіологічного виміру ця директива закладає ціннісно-нормативні гарантії здоров'я пацієнта, а також визначає обов'язки держав у забезпеченні контролю за обігом лікарських засобів. Україна поступово адаптує ці норми, однак гармонізація законодавства потребує глибшого врахування європейських вимог.

Значний вплив на формування стандартів якості медичних послуг має Регламент (ЄС) 2017/746 щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*. Документ зосереджений на оцінці відповідності, реєстрації, маркуванні та післяреєстраційному нагляді за виробами [175]. Це дає змогу гарантувати безпечне застосування медичних технологій, що є ключовим аспектом якості надання послуг.

Крім того, Директива 2004/23/ЄС встановлює стандарти якості та безпеки щодо донорства, забору, тестування, обробки, зберігання й розповсюдження тканин і клітин людини [157], що є складовою етичного виміру медичної практики. Її імплементація має безпосередній вплив на права реципієнтів і донорів, а також на прозорість і етичність процедур у галузі трансплантації.

Варто також звернути увагу на Директиву 2010/63/ЄС, яка регулює використання тварин у наукових цілях, встановлюючи високі стандарти

гуманного поводження та альтернативних методів дослідження [159]. Її норми мають аксіологічну природу, підкреслюючи пріоритет гуманності навіть у сфері експериментальної медицини.

Нарешті, Директива 2005/36/ЄС щодо визнання професійних кваліфікацій створює єдину рамку для взаємного визнання професій у сфері охорони здоров'я в межах ЄС [158]. Це відкриває можливості для мобільності медичних працівників, підвищення стандартів освіти, безперервного навчання та формування спільного професійного простору. Таким чином, директиви та хартії ЄС мають не лише регуляторне, а й ціннісне навантаження, оскільки формують гуманістичну парадигму охорони здоров'я. Їхній аналіз дає змогу виявити ключові аксіологічні орієнтири, які мають бути враховані при формуванні національного організаційно-правового механізму управління галуззю охорони здоров'я.

Адаптація українського законодавства до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я є необхідною умовою реалізації політики євроінтеграції та забезпечення належної якості медичних послуг. В умовах підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом імплементація положень правового поля ЄС стала імперативом для національної системи охорони здоров'я. При цьому ключовим викликом залишається забезпечення балансу між формальним наближенням законодавства та реальним функціонуванням ефективного організаційно-правового механізму, орієнтованого на цінності гідності, рівності, солідарності та якості медичної допомоги.

Отже, попри значну кількість ініціатив і директив ЄС, системи охорони здоров'я держав-членів залишаються фрагментованими, зберігаючи різноманіття підходів до управління, фінансування та надання послуг. Водночас, на рівні ЄС створюється єдина стратегія, що базується на гармонізації медичних стандартів, розвитку інституційної спроможності країн та впровадженні інноваційних технологій у медичну практику [172, с. 42–44].

Концепція «конвергенції» у сфері охорони здоров'я передбачає не лише правову гармонізацію, а й зміни у ціннісній основі управління. Європейські підходи акцентують на необхідності відкритості, прозорості, демократичності процесів ухвалення рішень, а також на створенні умов для залучення громадськості до моніторингу та оцінки результатів. У цьому контексті, українська система охорони здоров'я потребує адаптації інституційного середовища – зміцнення кадрового потенціалу, розвитку інформаційно-аналітичної бази, розширення цифрових інструментів управління [172, с. 43].

Особливої уваги заслуговує правова база ЄС у сфері охорони здоров'я, закріплена в статтях 9 та 168 Договору про функціонування Європейського Союзу. Ці положення визначають охорону здоров'я як спільну компетенцію Союзу та держав-членів, яка передбачає координацію, доповнення та підтримку національних політик задля забезпечення високого рівня захисту здоров'я населення [172, с. 44]. Українське законодавство поступово інтегрує ці принципи, однак проблема залишається у їх повноцінному впровадженні в управлінську практику.

Прикладом ефективної гармонізації є імплементація положень Директиви 2002/98/ЕС щодо стандартів якості та безпеки донорської крові. Її виконання в державах-членах ЄС забезпечується через обов'язкові національні аудити, створення незалежних інституцій з контролю якості та прозорості процесу донорства. Для України цей досвід є надзвичайно важливим у контексті реформування системи біомедичних технологій та етичного регулювання [172, с. 44].

У підсумку, співвідношення українського законодавства з європейськими практиками охоплює кілька рівнів – правовий, інституційний, процедурний та аксіологічний. Адаптація європейського досвіду вимагає не тільки формального перенесення норм, але й глибинного осмислення їхнього ціннісного змісту, зокрема у сфері захисту прав пацієнтів, інноваційного розвитку та забезпечення справедливості в доступі до медичних послуг.

Аналіз сучасного стану правового забезпечення сфери охорони праці в Україні у контексті її гармонізації з європейськими стандартами дозволяє констатувати системну фрагментованість законодавства, що ускладнює процес інтеграції до єдиного правового простору Європейського Союзу. Основою для цього процесу стало ухвалення Закону України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18 березня 2004 р., який визначає механізми поступового наближення національного законодавства до *acquis communautaire* – правової системи ЄС [88].

Важливу роль відіграє Угода про асоціацію між Україною та ЄС, що набула чинності у вересні 2017 року, положення якої зобов'язують Україну проводити адаптацію законодавства відповідно до вимог ЄС, зокрема у сфері охорони праці та здоров'я працівників [135].

Центральним актом європейського законодавства у цій галузі є Рамкова Директива Ради 89/391/ЄЕС від 12 червня 1989 року «Про впровадження заходів для поліпшення безпеки та охорони здоров'я працівників під час роботи». Цей документ закріплює загальні принципи попередження ризиків, інформування працівників, навчання, консультацій та участі працівників у процесах забезпечення безпеки праці [155]. Водночас, відповідно до моніторингу ГО «Український центр європейської політики», із 27 директив ЄС у сфері охорони праці, визначених Угодою про асоціацію, лише п'ять мають початкову стадію імплементації, тоді як адаптація більшості директив досі не розпочата [136].

Додатковим стимулом до активізації адаптаційних процесів стало надання Україні статусу країни-кандидата в члени Європейського Союзу 23 червня 2022 року, що актуалізувало потребу в глибокій модернізації нормативно-правової бази. Проте цей процес гальмується низкою проблем: збереженням радянських нормативних актів, дублюванням норм, відсутністю

узгодженості між законодавчими органами, а також браком чітких механізмів співпраці у сфері охорони праці [56, с. 166–167].

Крім того, значну увагу в сучасній європейській практиці приділено ризик-орієнтованому підходу, що втілений у стандарті ISO 45001:2018 – «Системи управління охороною здоров'я та безпекою праці. Вимоги з настановою щодо їх застосування». Його структура базується на циклі PDCA (Plan-Do-Check-Act), що передбачає безперервне вдосконалення системи безпеки праці [174].

Імплементація цього стандарту в Україні здійснюється шляхом прийняття національного стандарту ДСТУ ISO 45001:2019, що є адаптованою версією ISO 45001:2018 і передбачає побудову інтегрованої системи управління безпекою та гігієною праці [56, с. 165].

Отже, співвідношення українського законодавства з європейськими практиками у сфері охорони праці виявляє необхідність не лише формального перенесення положень директив, а й зміни філософії правового регулювання – від реактивного до проактивного підходу. Актуальними залишаються завдання гармонізації термінології, спрощення та оновлення нормативної бази, а також закріплення обов'язків роботодавців щодо системного управління ризиками.

У процесі гармонізації національного законодавства з європейськими стандартами охорони здоров'я дедалі більшого значення набувають аксіологічні принципи, що формують ціннісну основу правового статусу пацієнта. Йдеться про такі базові поняття, як гідність, солідарність, рівність, автономія, права людини, які не лише формально декларуються в європейських документах, але й виступають філософсько-правовим орієнтиром для розбудови систем охорони здоров'я на засадах гуманізму, поваги до особистості та соціальної справедливості.

Гідність людини визнається основоположною цінністю в правовій системі ЄС (ст. 1 Хартії основних прав Європейського Союзу) та є ключовим мірилом ефективності будь-якої моделі медичного обслуговування. Як

показано у дослідженні М.Ю. Щирби, саме гідність визначає межі допустимого впливу медичних установ на права та свободи особи й має бути критерієм допустимості медичних інтервенцій, визначення обсягу прав пацієнта, його участі в прийнятті рішень щодо власного лікування тощо [146, с. 6–7].

Рівність виступає як ціннісний та юридичний імператив. Вона охоплює рівний доступ до медичних послуг незалежно від соціального статусу, віку, захворювання, а також забезпечення справедливого розподілу медичних ресурсів. У підрозділі 2.2 дисертації підкреслено, що рівність має не лише формальний, а й матеріальний вимір, що передбачає подолання дискримінації щодо вразливих груп населення – людей з інвалідністю, похилого віку, із тяжкими захворюваннями тощо [146, с. 12].

Принцип солідарності, що закріплений у ст. 35 Хартії основних прав ЄС, відображає спільну відповідальність суспільства за стан здоров'я своїх членів. Він реалізується через фінансові механізми (медичне страхування, державне фінансування), через підтримку вразливих категорій населення, а також через розвиток системи донорства, профілактики та медичної освіти. Авторка дисертації обґрунтовує, що саме солідарна модель дає змогу досягти рівності в доступі до послуг за умови обмежених ресурсів [146, с. 14].

Особливу увагу в дослідженні присвячено також принципу автономії. Він передбачає право пацієнта приймати виважені рішення стосовно медичних втручань, що вимагає забезпечення достовірної та повної інформації, а також поваги до відмови від лікування. Визначення інформованої згоди як неформального процесу (а не просто підпису під документом) посідає особливе місце в структурі правового статусу особи у сфері охорони здоров'я.

Крім того, міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я формують аксіологічний контекст через документи, як-от: Європейська хартія прав пацієнтів (2002) [161], Конвенція про захист прав людини і гідності людини у зв'язку з застосуванням біології та медицини (Ов'єдська конвенція) [42], а

також директиви ЄС, що впроваджують принципи гідності, рівності та автономії у правове регулювання медичної практики.

Отже, гармонізація організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я не може бути зведена до формальної імплементації нормативних актів. Вона передбачає трансформацію управлінських підходів на основі аксіологічної моделі, де в центрі стоїть людина – як суб'єкт, а не об'єкт медичних відносин. Лише за умови внутрішньої ціннісної інтеграції європейських принципів в українське правове середовище можна говорити про справжню євроінтеграцію у сфері охорони здоров'я.

Аксіологічні принципи відіграють ключову роль у формуванні ефективної системи управління охороною здоров'я, особливо у процесі її гармонізації з європейськими стандартами. У центрі цієї гармонізації стоїть ідея людиноцентризму, відповідно до якої інститути охорони здоров'я повинні не лише надавати послуги, а й забезпечувати реалізацію основоположних прав, свобод і цінностей людини.

Принцип гідності є аксіоматичним для всієї системи європейського правового мислення та публічного управління. Він визначає не лише повагу до особистості, а й зобов'язує державу створити такі правові та організаційні умови, які б не принижували, а навпаки – підсилювали самоповагу, автономію і впевненість людини у медичній сфері. У зв'язку з цим, правовий механізм управління охороною здоров'я повинен будуватися на таких засадах, які виключають дискримінацію, примус чи маніпулятивну практику в наданні медичних послуг, а також гарантують вільне прийняття рішень пацієнтом на основі повної, об'єктивної інформації.

Цінність рівності реалізується через забезпечення рівного доступу до медичної допомоги для всіх категорій населення незалежно від віку, соціального стану, місця проживання чи особливостей захворювання. Законодавче закріплення та управлінське втілення цього принципу полягає у впровадженні єдиних стандартів якості послуг, недопущенні пріоритетного

обслуговування за фінансовою ознакою, а також у створенні програм підтримки для вразливих груп – осіб з інвалідністю, малозабезпечених, дітей, літніх людей. Рівність у доступі не зводиться лише до однакових правил – вона потребує створення умов для фактичної рівності, тобто врахування об'єктивних бар'єрів, які заважають реалізувати медичні права.

Солідарність як аксіологічний принцип набуває практичного вираження у формі соціального медичного страхування, програм колективної відповідальності за здоров'я населення, донорства, вакцинації та заходів профілактики. Вона виступає протиположністю індивідуалістичній логіці медичних послуг і передбачає, що здоров'я кожної окремої особи є не тільки її особистою справою, а і спільною цінністю. Держава зобов'язана створювати механізми, які підтримують солідарність, наприклад, через дотації на ліки, безоплатне лікування важких хвороб або участь у міжнародних медичних ініціативах.

Принцип автономії проявляється у праві пацієнта самостійно ухвалювати рішення щодо будь-якого медичного втручання. Це право охоплює не лише згоду або відмову від лікування, але й активну участь у виборі медичних процедур, лікаря, закладу, методики. Автономія передбачає визнання пацієнта не пасивним об'єктом медичного впливу, а рівноправним учасником медичних правовідносин. Забезпечення цього принципу можливе лише за умови дотримання вимог щодо інформованості, збереження конфіденційності та відсутності дискримінації при доступі до інформації.

У межах європейського підходу до розбудови системи охорони здоров'я, аксіологічні принципи – такі як гідність, права людини, солідарність, рівність – розглядаються не як додаткові етичні засади, а як стрижневі складові самого змісту права. Згідно з позицією сучасної європейської правової доктрини, зокрема адміністративного права, саме ціннісні (аксіологічні) виміри забезпечують легітимність і гуманність функціонування органів публічної влади, включно з інституціями, що забезпечують охорону здоров'я.

Право на охорону здоров'я в Європейському Союзі розглядається не лише як індивідуальне соціальне право, а й як колективне благо, що підлягає захисту через публічну політику, нормативне регулювання та інституційні механізми. Основні принципи – гідність людини, недискримінація, рівність у доступі до послуг – викладено, зокрема, у статті 35 Хартії основних прав ЄС, а також у статті 168 Договору про функціонування Європейського Союзу, яка надає охороні здоров'я статус пріоритетного напрямку публічної політики [153; 178].

Європейська адміністративна традиція наголошує на необхідності врахування аксіологічного виміру при формуванні процедур публічного управління у сфері охорони здоров'я. Це включає створення умов для участі громадян у прийнятті рішень, прозорість управлінських процесів, обґрунтованість розподілу ресурсів, а також встановлення справедливих правил для надання послуг незалежно від соціального, територіального чи економічного статусу пацієнтів [118, с. 38].

Також у тексті наголошується на важливості концепту солідарної відповідальності як основи для побудови європейських систем охорони здоров'я, де тягар фінансування, організації профілактики, лікування та контролю за якістю медичних послуг поділяється між державою, громадянами та професійною спільнотою. Такий підхід є контрастним до індивідуалістичних моделей і створює більш рівноправне середовище в системі охорони здоров'я, орієнтоване на публічний інтерес.

Ціннісні орієнтири закріплені також у базових міжнародно-правових документах – наприклад, у Конвенції про захист прав людини і гідності людини у зв'язку з застосуванням біології та медицини (Ов'єдська конвенція) [154] і Хартії Європейського Союзу про основоположні права [162], де право на медичну допомогу пов'язане з повагою до особистої гідності, недопущенням дискримінації, захистом від зловживань та примусу.

У національному контексті в Україні аксіологічні принципи також отримали нормативне втілення у статтях Конституції України (зокрема, ст. 3, 27, 49), Законі України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [101], а також в Угоді про асоціацію з Європейським Союзом, яка прямо передбачає необхідність впровадження європейських стандартів захисту здоров'я населення як однієї з ключових сфер співпраці [134].

Таким чином, аксіологічні принципи виступають не лише філософською основою права на охорону здоров'я, але й визначальним чинником гармонізації законодавства та адміністративної практики України відповідно до європейських стандартів. Вони забезпечують перехід від формального до змістовного правового регулювання, орієнтованого на цінність людського життя, недоторканність особистості, соціальну справедливість і участь громадян у прийнятті рішень, що їх безпосередньо стосуються.

Аксіологічний вимір гармонізації законодавства у сфері охорони здоров'я з правом Європейського Союзу вимагає не лише технічного перенесення норм, але й глибокої трансформації управлінських підходів, що ґрунтуються на цінностях гідності, солідарності, поваги до прав людини, прозорості й підзвітності. У цьому контексті реформування української системи охорони здоров'я має відбуватися не лише під впливом зовнішніх правових зобов'язань, а й на основі внутрішнього усвідомлення аксіологічної суті європейських стандартів.

Як свідчать дослідження, ефективна адаптація стандартів ЄС можлива лише за умови їх ціннісної інтеграції у правове середовище. Це означає, що державна політика у сфері охорони здоров'я повинна орієнтуватися не лише на відповідність директивам і регламентам, але й на створення інституційної культури, в якій захист прав пацієнтів, участь громадськості та прозорість рішень виступають не декларативними, а структуроутворювальними елементами.

Особливу увагу у цьому контексті заслуговує концепція відкритого управління у сфері охорони здоров'я. У дисертаційному дослідженні М.А. Аніщенка обґрунтовано, що саме впровадження електронного врядування, цифрових інструментів для контролю закупівель, розвитку платформи eHealth, систем публічного моніторингу діяльності медичних установ тощо, є безпосереднім виявом аксіологічного принципу підзвітності та інклюзивності. Такі підходи відповідають практиці ЄС, де прозорість є одним із ключових критеріїв легітимності діяльності публічної адміністрації [1, с. 146–147].

Водночас у межах імплементації положень Директиви 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів у транскордонній системі охорони здоров'я постає завдання перегляду національного механізму гарантування прав пацієнтів у напрямі не лише їх проголошення, а й практичного забезпечення засобами ефективного правового захисту [160]. Європейські стандарти передбачають обов'язкове створення незалежних механізмів розгляду скарг, процедур медіації, систем зворотного зв'язку з пацієнтами, які в Україні досі не набули належного розвитку.

На практичному рівні адаптація аксіологічних стандартів ЄС також відображається у впровадженні нових управлінських структур, таких як наглядові ради при медичних закладах, а також обов'язкового громадського контролю за медичними закупівлями. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2023 № 1221 «Про утворення наглядових рад у закладах охорони здоров'я» прямо передбачає інструменти участі громадянського суспільства в управлінні установами охорони здоров'я, що є втіленням європейської моделі публічного адміністрування з акцентом на солідарність і субсидіарність [114].

У національній парадигмі управління поступово з'являються ознаки конвергенції з адміністративною практикою країн ЄС, однак ця трансформація є фрагментарною. Як справедливо підкреслює М. А. Аніщенко, значна частина змін носить нормативно-декларативний характер і потребує зміцнення на рівні інституційного дизайну – зокрема, шляхом удосконалення механізмів

підзвітності, професіоналізації управлінського апарату, впровадження етичних стандартів в адмініструванні [1, с. 150].

Загалом, аксіологічний вимір адаптації європейських стандартів проявляється у двох взаємопов'язаних напрямках. Перший – це нормативно-правовий, пов'язаний з імплементацією положень актів ЄС, що закріплюють права, свободи та гарантії для пацієнтів. Другий – управлінський, що передбачає розвиток інституційного середовища, яке здатне ефективно реалізовувати задекларовані норми. Поєднання цих двох напрямів на основі спільної аксіологічної основи створює умови для формування справжньої людиноцентричної моделі управління у сфері охорони здоров'я.

Процес адаптації європейських стандартів до національного законодавства у сфері охорони здоров'я передбачає глибоке оновлення правової системи України як за змістом, так і за аксіологічними орієнтирами. В цьому процесі ключову роль відіграє Конституція України, яка закріплює фундаментальні цінності, співзвучні з правом Європейського Союзу. Зокрема, стаття 3 Основного Закону визначає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю [43].

Конституційна норма статті 49 гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, водночас зобов'язуючи державу створювати умови для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, доступності медичної допомоги та її безоплатності у державних і комунальних закладах охорони здоров'я [43]. Це положення узгоджується зі статтею 35 Хартії основних прав Європейського Союзу, яка передбачає право кожного на медичну допомогу згідно із законодавством та практикою держав-членів ЄС.

Окрему увагу слід приділити Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», який в редакції 2011 року зазнав значного оновлення відповідно до європейських стандартів. Закон містить положення

щодо поваги до гідності пацієнта (ст. 6), інформованої згоди (ст. 39), захисту персональних медичних даних (ст. 39-1), забезпечення рівного доступу до медичних послуг (ст. 6-1), а також відповідальності медичних працівників і установ (ст. 80) [101]. Таким чином, на рівні базового галузевого закону простежується поступова імплементація ключових елементів директив ЄС.

У процесі європейської інтеграції держава вжила заходів і щодо нормативної конкретизації прав пацієнтів. Зокрема, Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» встановлює права пацієнтів на вибір лікаря, одержання інформації про стан здоров'я, право на конфіденційність, участь у прийнятті рішень про лікування [93]. Такий підхід відображає принцип автономії, що є основоположним в системі охорони здоров'я ЄС.

Важливою складовою адаптації стало й прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, який започаткував реформу фінансування системи охорони здоров'я. Закон закріпив принцип «гроші йдуть за пацієнтом», що відповідає європейському підходу до раціонального, ефективного і справедливого розподілу ресурсів [83]. Стаття 4 визначає принципи фінансових гарантій – справедливість, прозорість, доступність, які у своїй сукупності відображають аксіологічний вимір нової моделі управління охороною здоров'я.

Крім того, Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410 «Про затвердження Порядку реалізації програми медичних гарантій» деталізує механізми забезпечення доступності гарантованих медичних послуг. Вона визначає обсяги медичної допомоги, тарифи, а також забезпечує прозорість і контроль за використанням бюджетних коштів [94]. Подібна деталізація управлінських механізмів узгоджується із положеннями Регламенту (ЄС) № 1303/2013, що регулює використання структурних фондів для підтримки надання базових соціальних послуг, включно з охороною здоров'я.

Також варто відзначити, що імплементація положень Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, ратифікованої Законом України від 16.09.2014 № 1678-VII, передбачає не лише приведення законодавства у відповідність до норм ЄС, але й гармонізацію цілей, принципів і підходів до управління в соціальних сферах, зокрема в охороні здоров'я [135]. Розділ V Угоди (Економічне і галузеве співробітництво), стаття 426 прямо передбачає координацію політики у сфері громадського здоров'я, включаючи боротьбу з хворобами, охорону здоров'я працівників, високі стандарти якості й безпеки медичних товарів і послуг.

Таким чином, адаптація європейських стандартів до національного законодавства України є багатовимірним процесом, що включає і оновлення законодавчої бази, і інституційну перебудову системи охорони здоров'я, і зміни в управлінській парадигмі – від централізованого адміністрування до відкритого, прозорого й людиноцентричного врядування.

Водночас, як засвідчує проведений аналіз, цей процес ще не є системним і завершеним. Імплементація директив ЄС у багатьох випадках відбувається фрагментарно, часто без урахування повного змісту аксіологічного контексту, в якому ці акти функціонують у ЄС. Зокрема, інститут інформованої згоди, участь громадськості в ухваленні рішень, інститути правової допомоги для пацієнтів, механізми запобігання дискримінації у сфері доступу до медичних послуг – ці та інші компоненти ще потребують більш глибокого впровадження в українські управлінські й правові практики.

Зазначене дозволяє сформулювати висновок про те, що повноцінна адаптація європейських стандартів можлива лише за умови утвердження в Україні людиноцентричної моделі управління охороною здоров'я, в основі якої лежать не стільки інструменти адміністрування, скільки аксіологічні засади – гідність, автономія, рівність, солідарність, прозорість, участь. Лише за наявності такого підходу можна говорити про справжню гармонізацію української системи охорони здоров'я з європейськими цінностями й

принципами, що забезпечить не лише формальну інтеграцію, а й внутрішню стійкість, легітимність та довіру громадян.

3.2. Інституційні механізми реалізації аксіологічних принципів управління у сфері охорони здоров'я

У сучасних умовах побудови в Україні демократичної, правової та соціальної держави особливої актуальності набуває питання функціонального переосмислення ролі органів публічної влади в охороні здоров'я. В контексті адаптації законодавства до європейських стандартів управління, ключову роль у втіленні аксіологічних принципів – гідності, рівності, солідарності, прозорості, права на охорону здоров'я – відіграють інститути державної влади, місцевого самоврядування та новостворені органи управління у сфері медичних фінансів, такі як Національна служба здоров'я України (НСЗУ).

Відповідно до ст. 3 Конституції України, утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави, а ст. 49 гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [43]. Реалізація цих положень покладається на виконавчі органи, передусім Кабінет Міністрів України та Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), які формують політику в галузі охорони здоров'я, забезпечують її реалізацію та здійснюють нормативно-правове регулювання.

У дослідженні А.Є. Кубка обґрунтовується теза, що державні інституції не можуть залишатися пасивними виконавцями функцій, визначених законом. Їхня діяльність повинна бути зорієнтована на реалізацію державних інтересів, які, у свою чергу, формуються на основі публічних потреб суспільства. Завдання держави не можуть бути ефективно виконані без врахування телеологічного та аксіологічного аспектів функціонування публічного апарату – тобто орієнтації на результат, співвіднесений із вищими цінностями суспільства, зокрема охороною життя і здоров'я людини [48, с. 40–42].

Важливе значення в інституційному вимірі мають органи місцевого самоврядування, які відповідно до статті 143 Конституції України та статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» наділені повноваженнями у сфері охорони здоров'я, зокрема утворення, реорганізація та ліквідація комунальних закладів охорони здоров'я, контроль за якістю послуг, забезпечення належного санітарного стану, проведення оздоровчих заходів [98].

У сучасних умовах особливої ваги набуває діяльність Національної служби здоров'я України, яка відповідно до статті 8 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017) виконує функції стратегічного закупівельника медичних послуг. У межах реалізації програми медичних гарантій НСЗУ забезпечує рівний доступ до безоплатних медичних послуг незалежно від соціального, територіального чи фінансового статусу пацієнта. Цей функціонал є безпосереднім втіленням аксіологічних принципів рівності та солідарності в управлінні охороною здоров'я [83].

Крім того, діяльність НСЗУ передбачає контракування лише з тими медичними закладами, які дотримуються стандартів якості медичних послуг, мають необхідне обладнання, кадровий склад і гарантують дотримання прав пацієнтів. Таким чином, реалізація аксіологічних засад здійснюється через встановлення прозорих, чітко визначених критеріїв співпраці між державою, громадянами та медичними установами.

Враховуючи вищевикладене, можна стверджувати, що сучасна держава не лише гарантує права людини у сфері охорони здоров'я, але й є відповідальною за організацію функціонування інституційних механізмів, які забезпечують ціннісно орієнтовану практику управління. Зміщення акценту від командно-адміністративного регулювання до людиноцентричного врядування – це і є та трансформація, яка відповідає європейським підходам і логіці сталого розвитку публічного сектору.

Важливою складовою інституційного механізму реалізації аксіологічних принципів у сфері охорони здоров'я є діяльність органів місцевого самоврядування (ОМС), які, згідно із чинним законодавством, мають як власні, так і делеговані повноваження у цій сфері. Відповідно до статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», ОМС здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, забезпечують розвиток медичної інфраструктури, формують замовлення на підготовку кадрів, забезпечують пільгові категорії лікарськими засобами, а також реалізують програми громадського здоров'я [98].

Як обґрунтовано у дослідженні А.В. Баска, реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я органами місцевого самоврядування – це не просто виконання делегованих функцій, а складна система організаційних, нормативно-правових, наукових, ресурсних і інформаційно-аналітичних заходів, спрямованих на забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги на місцях [4, с. 119].

Особливого значення в сучасних умовах набуває впровадження електронних реєстрів, електронної картки пацієнта, системи електронного запису до лікаря – інструментів, передбачених Концепцією розвитку електронної охорони здоров'я, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 року № 1671-р. Це відповідає принципам відкритості, прозорості, доступності, що є базовими у європейському аксіологічному просторі [109].

Варто відзначити, що значна кількість повноважень ОМС у сфері охорони здоров'я закріплена в Основах законодавства України про охорону здоров'я (статті 13, 14, 16). Зокрема, місцеві ради формують регіональні програми охорони здоров'я, організовують управління комунальними медичними закладами, приймають рішення про їх створення, реорганізацію або ліквідацію, а також забезпечують розвиток мережі реабілітаційних та екстрених медичних служб [74].

Фактично, ОМС виступають ключовою ланкою у реалізації таких аксіологічних принципів, як солідарність (через справедливий розподіл бюджетних ресурсів), рівність (через забезпечення доступу до послуг незалежно від місця проживання), гідність і повага до прав людини (через прозору взаємодію з пацієнтами, розробку програм на підтримку вразливих груп населення).

Водночас аналіз законодавчого регулювання свідчить про існування певних проблем. Насамперед, чинна законодавча база є фрагментарною – повноваження ОМС розпорошені по різних законах без єдиної систематизації. Як зазначає автор, доцільним було б ухвалення Медичного кодексу України, який систематизував би законодавство та закріпив роль ОМС у реалізації державної політики на локальному рівні [4, с. 124].

Також важливим напрямом діяльності ОМС є реабілітаційна медицина, що набуває особливого значення в умовах війни. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», ОМС координують діяльність реабілітаційних установ, затверджують програми розвитку системи реабілітації, забезпечують її матеріально-технічне та фінансове забезпечення, залучають громадські організації до партнерства [106]. У Законі України «Про систему громадського здоров'я» передбачено, що органи місцевого самоврядування відповідають за виконання санітарно-епідемічних заходів, профілактику інфекційних хвороб, локалізацію спалахів, а також реалізацію міжсекторальної взаємодії в галузі охорони громадського здоров'я [107]. Така взаємодія є формою реалізації принципу партнерства, що активно впроваджується в публічне управління в ЄС.

Отже, органи місцевого самоврядування не лише виступають «адміністраторами» у сфері охорони здоров'я, але й є інституційними провайдерами аксіологічних принципів у публічному управлінні. Від ефективності їхньої діяльності залежить реальне втілення в практику таких цінностей, як рівність, гідність, доступність і прозорість медичних послуг, що

робить ОМС фундаментальними суб'єктами адаптації європейських цінностей у сфері охорони здоров'я в українському суспільстві.

Системне впровадження аксіологічних принципів у публічне управління вимагає не лише формального закріплення прав і свобод у нормативно-правових актах, а й наявності сталих інституційних механізмів, здатних забезпечити їхню реальну реалізацію. У цьому контексті особливої ваги набуває досвід Ради Європи, яка, спираючись на власну аксіологічну систему, напрацювала ефективні механізми впровадження належного врядування на місцевому і регіональному рівнях.

Згідно зі Стратегією інновацій та належного врядування, схваленою Комітетом міністрів Ради Європи ще у 2007 році, належне врядування має здійснюватися на основі 12 базових принципів, серед яких: участь громадян, прозорість, етична поведінка, підзвітність, ефективність, орієнтація на сталий розвиток, дотримання прав людини та інші [122, с. 117]. Ці принципи мають безпосередній зв'язок із аксіологічною парадигмою врядування, оскільки визначають не лише спосіб, але й ціннісну якість публічного управління.

У межах діяльності Ради Європи ці принципи імплементуються через діяльність Європейського комітету з демократії та врядування (CDDG), Центру експертизи належного врядування, а також Конгресу місцевих та регіональних влад, які забезпечують моніторинг, експертизу, консультування та підтримку урядів у реформуванні адміністративного устрою, у тому числі в сфері охорони здоров'я.

Особливе значення ці механізми мають для України як держави-члена Ради Європи. У доповіді Генерального секретаря Ради Європи за 2018 рік вказано, що Україна досягла значного прогресу у впровадженні децентралізації, фіскального вирівнювання та розбудові нової системи адміністративно-територіального устрою [122, с. 120]. Ці процеси прямо впливають на інституційне забезпечення права на охорону здоров'я, адже передача

повноважень на місцевий рівень супроводжується відповідальністю за якість надання медичних послуг, фінансову дисципліну та інклюзивність.

Особливу роль у просуванні аксіологічних підходів відіграє і механізм присудження Європейського знаку досконалості врядування (ELoGE), який присуджується органам влади, що досягли високого рівня дотримання 12 принципів. Це не лише оцінка ефективності, а й визнання дотримання прав людини, залучення громадян до прийняття рішень, прозорості в бюджетних процесах, включаючи сферу охорони здоров'я.

У межах зазначеної концепції варто відзначити ще один інституційний інструмент – Європейську хартію місцевого самоврядування (1985), ратифіковану Україною у 1997 році. Вона визначає, що управління у сфері охорони здоров'я повинно здійснюватися демократичними органами, які є підзвітними перед територіальними громадами, що відповідає як принципу демократичної легітимності, так і аксіологічному критерію гідності та участі [22].

Таким чином, діяльність Ради Європи є зразком комплексного та системного підходу до побудови інституційних засад публічного управління, заснованого на цінностях. Її стандарти, механізми оцінювання, навчальні програми, а також підтримка інституційних реформ у державах-членах, включаючи Україну, створюють передумови для впровадження аксіологічного управління у сфері охорони здоров'я як на центральному, так і на місцевому рівнях. Саме цей підхід дозволяє об'єднати правову, організаційну та етичну складову в єдину ефективну модель демократичного врядування.

Аксіологічна спрямованість державного управління у сфері охорони здоров'я вимагає не лише переосмислення його цілей і завдань, але й інституційної трансформації – переходу від традиційної моделі директивного адміністрування до гнучкої, відкритої системи державного регулювання, заснованої на засадах публічного інтересу, прозорості, участі та відповідальності. Саме така трансформація дозволяє закріпити аксіологічні

принципи – гідності, рівності, якості, справедливості – в реальних практиках прийняття управлінських рішень.

О.А. Скрипник у своєму дослідженні наголошує, що традиційна модель державного управління в системі охорони здоров'я має тенденцію до дезорганізації, втрати адаптивності, невідповідності сучасним викликам і потребує системного оновлення через структурно-функціональне реформування. Автором запропонована нова модель, яка передбачає перехід від державного управління до державного регулювання та територіального керівництва, що повинно реалізовуватись через правові, організаційні та фінансові інструменти [128, с. 24–27].

Запропонована структура реформ охоплює:

- створення чіткої вертикалі управління у системі охорони здоров'я – від МОЗ до районних відділів охорони здоров'я;
- впровадження багатоканального фінансування з переходом від кошторисного фінансування до закупівлі послуг за договорами;
- розвиток приватного сектору медицини в межах публічно-приватного партнерства;
- підвищення ролі комунальних некомерційних підприємств (КНП) як базових виконавців державного замовлення на місцевому рівні;
- формування самоврядних професійних і громадських інститутів, які відіграють роль у моніторингу якості та формуванні політик охорони здоров'я.

У межах такої моделі аксіологічні принципи не є абстрактними цінностями, а виступають критеріями ефективності: прозорість – через нові форми фінансового контролю; гідність – через визнання автономії медичних установ і прав пацієнтів; рівність – через адресне фінансування вразливих категорій; солідарність – через соціально орієнтоване замовлення на послуги.

Водночас автор наголошує, що повноцінне запровадження регуляторного підходу потребує належної законодавчої основи, зокрема змін

до Конституції України, Бюджетного кодексу, законів «Про місцеве самоврядування», «Про місцеві державні адміністрації», «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [43;7;98].

У системі державно-управлінських рішень важливо сформувати єдиний стратегічний вектор на основі довгострокової національної стратегії розвитку охорони здоров'я, що враховуватиме не лише інституційну модернізацію, а й ціннісні орієнтири європейської правової культури.

Таким чином, інституційна модернізація, побудована за моделлю державного регулювання, відкриває можливості для реального втілення аксіологічних принципів у публічному управлінні охороною здоров'я. Замість централізованого адміністрування пропонується децентралізоване, прозоре, партнерське врядування з чітким розмежуванням повноважень і відповідальності, що є необхідною умовою побудови ефективної системи медичних послуг нового покоління.

Реалізація аксіологічних принципів у сфері охорони здоров'я неможлива без належного функціонування системи координації між усіма залученими суб'єктами – центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, комунальними і приватними медичними закладами, громадянським суспільством, професійними спільнотами та міжнародними партнерами. Така координація повинна базуватися на принципах гідності, солідарності, участі, прозорості, відкритості та підзвітності.

Як справедливо зазначає Д.Г. Гавриченко, для досягнення ефективної взаємодії між усіма цими суб'єктами необхідне впровадження нових публічних механізмів трансформації – таких, що ґрунтуються не лише на адміністративному ресурсі, а й на інституційному партнерстві, стратегічному плануванні, цифровій інтеграції та правовій визначеності [13, с. 192–195].

Відповідно до Указу Президента України від 30.09.2019 № 722/2019 «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року», одним із

пріоритетів у сфері публічного управління є створення інтегрованої моделі охорони здоров'я з рівним доступом до якісних медичних послуг, прозорим фінансуванням і широким залученням громадян [115].

У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року, затвердженій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14.12.2022 № 1575-р, чітко вказано на необхідність посилення координації між МОЗ, НСЗУ, місцевими органами влади та інститутами громадянського суспільства через механізми спільного планування, публічного моніторингу та цифрової взаємодії [112].

У структурному плані передбачається створення постійно діючих регіональних координаційних рад з охорони здоров'я, до складу яких мають входити представники ОМС, ЦОВВ, медичних закладів, громадських організацій пацієнтів, профспілок і благодійних фондів. Такі ради наділяються повноваженнями брати участь у формуванні політик, затвердженні регіональних програм, контролі за реалізацією національних стратегій, а також у координації медичних послуг у форматі міжрівневої взаємодії.

На національному рівні координація реалізується через Кабінет Міністрів України, який згідно зі статтею 116 Конституції України забезпечує проведення єдиної політики у сфері охорони здоров'я, та через Міністерство охорони здоров'я України, як головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у цій сфері [43].

Важливу роль відіграє також Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» виконує функцію замовника послуг, координує мережу надавачів, укладає договори, здійснює моніторинг, перевірку та оплату відповідно до обсягу наданих послуг, що фактично є механізмом інституційного врегулювання публічних відносин на аксіологічній основі [83].

Важливою складовою координації є використання електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), яка забезпечує інтеграцію суб'єктів через єдину цифрову платформу. Це дозволяє координувати дії лікарів, пацієнтів, адміністрацій закладів, НСЗУ, аптек, та ін., реалізуючи в такий спосіб принцип відкритості та інформованості, як основу забезпечення прав людини в галузі медицини [86].

Варто окремо відзначити координацію в межах публічно-приватного партнерства, яка дозволяє об'єднувати ресурси держави і приватного сектору на основі принципів справедливості, участі та ефективності. Згідно з Законом України «Про публічно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI, такі проєкти передбачають узгодження інтересів сторін, формування механізмів прозорості участі інвесторів, гарантування соціальних зобов'язань у сфері охорони здоров'я [104].

Таким чином, механізми координації між суб'єктами управління у сфері охорони здоров'я в Україні поступово набувають інституційного характеру, заснованого на аксіологічних засадах. Це забезпечує цілісність, ефективність і гуманістичну орієнтацію публічного управління, а також дозволяє імплементувати європейські стандарти врядування у вітчизняну систему охорони здоров'я.

У сучасній системі публічного управління, зокрема у сфері охорони здоров'я, дедалі більшої актуальності набуває впровадження мережових підходів, що базуються на аксіології правової та соціальної держави. Як зазначає Н. Кудлик, координація між інституціями публічної влади та громадянського суспільства повинна здійснюватися не лише через адміністративні механізми, а й на основі взаємодії, партнерства, стратегічної комунікації та цифрової інтеграції, що становлять концептуальні засади «новітньої держави» [49, с. 178–183].

Аксіологічний вимір цієї моделі передбачає визнання людини найвищою цінністю, а соціальної солідарності – ключовим інструментом організації

публічної влади. Саме тому система охорони здоров'я повинна орієнтуватися не лише на ефективність, а й на інклюзію, справедливий розподіл ресурсів, підтримку вразливих груп населення, забезпечення рівного доступу до послуг на основі партнерства з громадянським суспільством [49, с. 179–181].

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 366-р затверджено Національну стратегію із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, яка є прикладом стратегічного документа, орієнтованого на цінності гідності, рівності, доступності та участі, включно у сфері охорони здоров'я. Зокрема, стратегія передбачає участь громадських організацій, бізнес-об'єднань та місцевих рад у розробці та реалізації програм безбар'єрного доступу до медичних послуг [111].

Ключовими характеристиками новітньої держави, згідно з концепцією Н. Кудлик, є:

- мережевість як форма організації взаємодії між публічно-владними та громадськими інституціями;
- інтерактивність як засіб комунікації за допомогою цифрових технологій;
- дискурсивне управління як механізм узгодження цінностей усіх сторін взаємодії;
- стратегічна комунікація як форма впливу держави на громадську свідомість шляхом публічної дипломатії, інформаційної взаємодії та залучення до прийняття рішень [49, с. 184–186].

Ці підходи формують інституційну модель, за якої публічно-приватне партнерство виступає не лише фінансовим чи технічним механізмом, а ціннісним інструментом соціальної взаємодії, що реалізує солідарність між державою та бізнесом. Добровільні об'єднання підприємців, громадські організації пацієнтів, профспілки та асоціації медиків – усі вони включаються до політики охорони здоров'я як рівноправні учасники прийняття рішень.

Реалізація таких механізмів неможлива без високого рівня комунікативної культури, цифрової грамотності та нормативної підтримки. Саме тому перспективи розвитку системи охорони здоров'я в Україні мають бути пов'язані з імплементацією концепцій мережевої та соціальної держави через інституціалізацію стратегічної комунікації та формування публічно-приватних і суспільно-владних партнерств, заснованих на довірі, прозорості та цінностях.

Аксіологічна парадигма публічного управління у сфері охорони здоров'я передбачає не лише формальне закріплення прав людини на медичне обслуговування, але й функціональну інтеграцію суб'єктів управління в єдину координаційну систему. Як зазначає В.П. Суворов, реалізація сучасної моделі багаторівневого врядування ґрунтується на принципах узгодженості, ієрархічної та горизонтальної взаємодії, субсидіарності, одночасності дій, а також балансування інтересів і повноважень різних управлінських рівнів [132, с. 54–59].

У цьому контексті особливої актуальності набуває триєдина система координації, яка охоплює:

1. Обмеження – регламентацію зв'язків за допомогою стандартів, норм, інструкцій;
2. Інформування – забезпечення горизонтальної та вертикальної циркуляції інформації між суб'єктами управління;
3. Суто координування – баланс між обмеженням і розширенням управлінських зв'язків для досягнення спільних цілей за допомогою референтної інформації [132, с. 60–62].

Реалізація таких механізмів у сфері охорони здоров'я дозволяє забезпечити координацію стратегій на центральному, регіональному та місцевому рівнях, з урахуванням принципу субсидіарності, закріпленого у низці міжнародних актів, зокрема у Хартії багаторівневого врядування в Європі (2014) [140].

При цьому важливо, що механізм координації в охороні здоров'я виконує не лише технічну, а й ціннісну функцію: завдяки інтеграції ресурсів, інституцій та цілей відбувається формування єдиного поля гуманістичних цінностей. Наприклад, індикативне планування програм охорони здоров'я, яке координується між МОЗ, НСЗУ та органами місцевого самоврядування, дозволяє узгодити потреби різних соціальних груп у межах принципу справедливості та рівності доступу.

У зазначеному дослідженні акцент зроблено на тому, що практика координації в системі охорони здоров'я потребує алгоритмізації: створення покрокових процедур взаємодії між суб'єктами – від формування спільної цілі до моніторингу її досягнення через визначені показники ефективності [132, с. 64–65].

У нормативному плані ці процеси знайшли відображення в:

- Законі України «Про засади державної регіональної політики» [90];
- Постанові КМУ від 16 вересня 2015 року № 714 «Про утворення Міжвідомчої координаційної комісії з питань регіонального розвитку» [113];
- Розпорядженні КМУ від 14.12.2022 № 1575-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року» [112].

Підвищення якості координації в системі охорони здоров'я має базуватись на принципах «joined-up governance», що передбачає спільну відповідальність різних суб'єктів за досягнення політичних і соціальних результатів, а не лише за формальне виконання завдань. Такий підхід дозволяє досягти прозорості, ефективності та ціннісної злагожденості рішень, які ухвалюються на різних рівнях.

Однією з ключових передумов ефективного та аксіологічно вивіреного управління у сфері охорони здоров'я є забезпечення прозорості, підзвітності та участі громадськості в управлінських процесах. Ці категорії не лише відображають сучасні демократичні тенденції в публічному адмініструванні, а

й є глибоко вкоріненими в аксіологічній структурі європейської правової традиції, яка визнає людину, її гідність і права вищими соціальними цінностями.

Прозорість як інструмент управління дозволяє зробити діяльність органів влади зрозумілою та відкритою для суспільства. У системі охорони здоров'я вона проявляється у відкритому доступі до інформації про фінансування медичних програм, укладення договорів з надавачами медичних послуг, формування тарифів та стандартів якості. Як зазначає Майкл Райх, прозорість має охоплювати не лише ресурси та організаційні процеси, а й результати діяльності, включно з кількісними й якісними показниками ефективності, що дає змогу оцінити реальну результативність функціонування системи охорони здоров'я у контексті захисту людського життя і гідності [176, с. 241–242]. На національному рівні прозорість гарантується Законом України «Про доступ до публічної інформації», який встановлює обов'язок органів влади забезпечувати вільний і своєчасний доступ громадян до відомостей про свою діяльність, зокрема у сфері охорони здоров'я [85].

Підзвітність, як наступний концептуальний елемент, тісно пов'язана з прозорістю, але передбачає не лише відкритість, а й обов'язок суб'єктів публічної влади звітувати про прийняті рішення та їх реалізацію. У системі охорони здоров'я підзвітність охоплює діяльність закладів, які отримують кошти за договором з Національною службою здоров'я України. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачає чіткий механізм контролю за дотриманням умов договорів, перевірку звітності та застосування санкцій за порушення прав пацієнтів чи стандартів якості [83]. Таким чином, держава на інституційному рівні вимагає від закладів охорони здоров'я не просто надання послуг, а надання їх у межах ціннісно орієнтованої системи, що гарантує рівність, справедливість і повагу до особистості.

Участь громадськості є необхідною складовою демократичного та аксіологічного врядування у сфері охорони здоров'я. Вона передбачає не лише доступ до інформації, а й реальну можливість впливати на процеси прийняття рішень, формування політик і стратегій, а також оцінювання результатів їх реалізації. Залучення громадськості законодавчо врегульовано Постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 року № 996, яка гарантує право громадян і громадських організацій брати участь у формуванні та реалізації державної політики шляхом створення громадських рад, подання ініціатив та проєктів нормативних актів, участі в публічних консультаціях [87]. Зокрема, у сфері охорони здоров'я участь пацієнтських організацій та об'єднань лікарів у дорадчих органах при Міністерстві охорони здоров'я та при медичних закладах забезпечує соціальну легітимність управлінських рішень та реалізує принцип солідарності й партнерства.

У Національній стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року прямо підкреслено, що однією з передумов ефективної системи охорони здоров'я є залучення представників громадськості до процесів планування, розробки стандартів і реалізації політик, що сприяє формуванню інклюзивного середовища та знижує ризик дискримінації в доступі до медичних послуг [111].

Таким чином, прозорість, підзвітність та участь громадськості виступають не лише елементами належного врядування, а й засобами реалізації аксіологічної сутності публічної влади. У системі охорони здоров'я їхня наявність є необхідною умовою для забезпечення прав людини, захисту гідності та побудови довіри між державою і громадянином. Вони забезпечують поєднання формального правового регулювання з реальним, практичним механізмом забезпечення гуманістичних цінностей, що закладені в основі європейської та національної правової традиції.

У сучасних умовах цифрової трансформації публічного управління зростає потреба у формуванні не лише ефективних, а й аксіологічно

легітимних механізмів координації, де ключовими елементами залишаються прозорість, підзвітність та громадська участь. Це стосується насамперед тих напрямів, у яких адміністративні функції поступово делегуються технологічним рішенням, зокрема у сфері охорони здоров'я. Як підкреслює Yinger Li, навіть якщо автоматизація здатна значно підвищити швидкість і послідовність управлінських рішень, правова визначеність, етичні обмеження та соціальна легітимність повинні залишатися незмінними ціннісними орієнтирами у побудові цифрового врядування [171, с. 1961–1963].

Прозорість в умовах автоматизованого управління передбачає доступ громадськості до алгоритмічних рішень, логіки обробки даних та процедур прийняття рішень. Прозорість у цій площині є не лише формальною вимогою до оприлюднення інформації, а елементом публічної відповідальності органів влади за використання цифрових інструментів в охороні здоров'я. У контексті охорони здоров'я це означає, що державні системи – такі як електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – повинні мати не лише технічні протоколи відкритого коду чи логіки, а й відповідні юридичні гарантії, що дозволяють громадянам оскаржувати рішення, формовані на підставі алгоритмів.

Підзвітність у цій системі виступає продовженням прозорості, але з акцентом на механізми контролю та реагування. В умовах, коли частина адміністративних функцій, включаючи управління доступом до послуг або ухвалення рішень про компенсацію медичних витрат, реалізується за допомогою автоматичних систем, принцип підзвітності повинен передбачати можливість ідентифікації відповідального суб'єкта – як у технологічному, так і в юридичному сенсі. У роботі Yinger Li обґрунтовується, що розмитість меж відповідальності між розробниками алгоритмів, адміністративними органами та інтерфейсними системами створює небезпеку втрати контролю над правовим простором [171, с. 1962].

Участь громадськості у цифровому врядуванні, за умов впровадження автоматизованих адміністративних санкцій або медичних рішень, має

спиратися на формалізовані процедури: публічні консультації, експертні оцінки, громадські ради при МОЗ, НСЗУ або відповідних комунальних закладах. Така участь повинна реалізувати принципи аксіології – гідності, солідарності, довіри – через механізми попереднього аналізу та постійного нагляду за впровадженням автоматизованих рішень, а також через участь у розробці нормативно-правових актів, які регулюють функціонування таких систем. Автор статті наголошує, що саме публічний зворотний зв'язок, доповнений відкритістю систем, є умовою формування довіри до автоматизованого адміністрування та реалізації принципу справедливості [171, с. 1963–1964].

У системі охорони здоров'я реалізація прозорості, підзвітності та участі громадськості дозволяє не лише запобігати технічним або етичним помилкам, але й укорінювати в практику управління основні цінності – гуманізм, індивідуальну автономію, етичну справедливість. У цьому контексті навіть такі інструменти як автоматизовані платформи оцінки ефективності лікування, або системи розподілу фінансування між закладами охорони здоров'я, повинні бути не лише технічно досконалими, а й відкритими до суспільного моніторингу.

Таким чином, інтеграція цифрових інструментів у механізм управління охороною здоров'я можлива лише за умови, коли прозорість, підзвітність та громадська участь не просто декларуються, а інституціоналізуються – через нормативно визначені процедури, технічну доступність систем, наявність зрозумілих алгоритмів оскарження та формування стратегій за участю громадянського суспільства. Саме таке поєднання аксіологічного змісту та технічної реалізації становить основу ефективної та справедливої моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Проведений аналіз підтверджує, що ефективна реалізація аксіологічних принципів у сфері охорони здоров'я залежить не лише від наявності відповідної нормативної бази, а насамперед – від дієвості та взаємодії

інституційних механізмів. В основі цих механізмів має бути закладено не адміністративно-управлінську централізацію, а системну координацію, відкритість, взаємну відповідальність, стратегічне партнерство та забезпечення участі суспільства.

Органи державної влади та місцевого самоврядування, Національна служба здоров'я України, комунальні та приватні медичні установи, пацієнтські організації, представники громадянського суспільства – всі ці суб'єкти є активними учасниками процесу управління, яке повинно бути спрямоване на утвердження гідності, захист прав людини, справедливий розподіл ресурсів і повагу до людської автономії. При цьому саме ціннісна орієнтація управлінських рішень забезпечує легітимність публічної політики у сфері охорони здоров'я.

Механізми координації між суб'єктами управління набувають особливого значення у контексті децентралізації, цифрової трансформації, розвитку публічно-приватного партнерства, а також імплементації принципів багаторівневого врядування. Вони дають змогу досягати балансу між єдністю політики і гнучкістю її реалізації на локальному рівні, між державними пріоритетами і потребами територіальних громад. При цьому особливе місце посідає формування довіри – як фундаменту ефективного управління, що передбачає прозору взаємодію між громадянами й владою.

Участь громадськості, підзвітність органів влади, відкритість алгоритмів прийняття рішень, відповідальність за кожну дію в межах організаційно-правового механізму – усе це складає єдину аксіологічну основу публічного управління в медицині. Саме у ній полягає ключ до сталості, гуманістичності та європейської спрямованості національної системи охорони здоров'я. Отже, лише за умови аксіологічно зорієнтованого інституційного врядування можливо досягти гармонійного поєднання державного інтересу з потребами людини як основної мети й суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я.

3.3. Інноваційні підходи та цифрова трансформація в удосконаленні управління охороною здоров'я та реалізації аксіологічних принципів

У сучасному світі електронна охорона здоров'я (eHealth) вже не розглядається винятково як технологічна інновація – вона постає як нова модель взаємодії між інституціями публічної влади, громадянами і системою охорони здоров'я, яка формує специфічне середовище цифрового управління здоров'ям. Однак, як переконливо доводять дослідники не є лише технічним інструментом – її розвиток тісно пов'язаний із змінами у сфері цінностей, зокрема зі зміщенням акценту з гуманістичних цілей на інструментальну ефективність [170, с. 239–241].

Технологічна революція у сфері охорони здоров'я призвела до виникнення нового соціального явища – електронної медичної екосистеми, в якій медична допомога, профілактика, моніторинг та управління здоров'ям здійснюються через інтегровані цифрові платформи, мобільні пристрої, телемедичні сервіси, носимі прилади, big data та штучний інтелект. Такі інструменти здатні суттєво підвищити ефективність медичних рішень, своєчасність інтервенцій та точність оцінювання стану здоров'я. Водночас автори підкреслюють, що інтенсивна автоматизація і технологізація медичної взаємодії нерідко веде до «де-гуманізації» суб'єкта, в результаті чого людина перетворюється на об'єкт управління, визначений набором алгоритмічно обчислюваних параметрів [170, с. 242–244].

Ціннісно зорієнтоване впровадження eHealth передбачає переосмислення цього чинника. Технологія повинна не домінувати над людиною, а слугувати її здоров'ю, забезпечуючи не лише об'єктивну діагностику, а й підтримку емоційної, психологічної, соціальної і духовної рівноваги. Таким чином, необхідно будувати аксіологічно інтегровану систему eHealth, яка не ігнорує унікальність, автономність і гідність людини, а навпаки

– враховує ці цінності при розробці цифрових алгоритмів, інтерфейсів і політик доступу до медичних послуг.

Відповідно до викладеного, подальший розвиток eHealth має передбачати включення в технологічний дизайн категорій гуманітарного змісту – таких як моральна оцінка, етична відповідальність, цінність самостійного судження. Автори наголошують, що цифрове управління охороною здоров'я має будуватися не лише за логікою ефективності, а й за логікою значущості, де головним критерієм залишається не кількість опрацьованих даних, а якість взаємодії між суб'єктами – між людиною і медичною системою [170, с. 244–246].

Окремої уваги заслуговує концепція обмеження впливу eHealth-технологій. Надмірна довіра до алгоритмічних оцінок здоров'я, відмова від власного досвіду та відчуття тіла, передача права на оцінювання стану особистості технологічним системам може призвести до втрати автономії. Тому пропонується формування політики цифрової відповідальності, в межах якої пріоритет матиме збереження внутрішнього відчуття гідності, вибору, усвідомлення – основ, що і є наріжним каменем ціннісного підходу до охорони здоров'я.

Цифрова охорона здоров'я майбутнього має не лише відповідати стандартам кібербезпеки, інтероперабельності й оперативності. Вона повинна бути побудована на платформі ціннісної чутливості, де кожна одиниця технології сприяє захисту гідності пацієнта, розширює можливості свідомого вибору і виводить технології з площини автономного контролю у площину співпраці. Тільки за таких умов можливе формування ефективної моделі eHealth, що відповідає стандартам європейської правової культури та української соціальної реальності.

Інформаційні технології у сфері охорони здоров'я України в умовах війни набули не лише технічного, а й стратегічного значення. Вони стали основою для підтримки цілісності системи охорони здоров'я, захисту баз

даних пацієнтів, забезпечення сталості надання медичних послуг і адаптації медичної інфраструктури до воєнних викликів. Як зазначають автори дослідження, на тлі гуманітарної та організаційної нестабільності, цифрова трансформація галузі охорони здоров'я стала одним із ключових інструментів збереження функціонування державних сервісів, зокрема шляхом активізації електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) [148, с. 194–196].

Створена в рамках реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням КМУ від 28.12.2020 № 1671-р [109], ЕСОЗ є двокомпонентною інформаційно-телекомунікаційною системою, яка забезпечує реєстрацію електронних медичних записів, взаємодію між лікарем і пацієнтом, електронні направлення, рецепти, медичні висновки, COVID-сертифікати тощо. Завдяки хмарним сервісам, резервному копіюванню та інтеграції з мобільними застосунками, система демонструє стійкість навіть в умовах збройної агресії.

Паралельно з ЕСОЗ активно функціонують інші елементи цифрової медичної екосистеми – система e-Stock для управління запасами, інформаційна система MedData, епідеміологічний моніторинг (ЕСЕН), реєстр соціально значущих хвороб, система електронного безперервного професійного розвитку (БПР), а також проєкти на кшталт «Кров чи ЄДІСТ» [148, с. 195]. Кожна з них не лише сприяє удосконаленню управління, а й виконує ціннісну функцію – забезпечує безперервність медичного обслуговування, незалежно від переміщення осіб, руйнування інфраструктури чи втрати паперової документації.

Особливе місце посідає телемедицина. За даними МОЗ України, частка дистанційних консультацій невпинно зростає: з 5,7 млн у 2021 році до 9,8 млн у 2023 році [8], що стало можливим завдяки інтеграції телемедичних технологій у систему eHealth. Також дедалі більшого значення набуває mHealth – мобільна охорона здоров'я, яка дозволяє пацієнтам отримувати допомогу дистанційно, а лікарям – моніторити стан пацієнта у віддалених регіонах.

Використання мобільних чат-ботів у месенджерах, таких як Viber і Telegram, підвищує доступність послуг, зберігаючи базові аксіологічні принципи – людську гідність, інформовану згоду, рівний доступ [150].

У контексті воєнного стану особливу увагу приділено інформаційній безпеці. МОЗ України розробило політику кібербезпеки, що реалізується через пілотні проекти USAID, онлайн-курси та розділ «Кібербезпека» на офіційному сайті міністерства [123]. Крім того, створено електронну систему безперервного професійного розвитку працівників медичної сфери (е-БПР) – <https://www.testcentr.org.ua/uk/ebpr>, що забезпечує цифрову адаптацію медиків до нових реалій [21].

Варто наголосити, що цифрова трансформація реалізується не лише заради функціональності. Вона втілює ідею гуманного, персоналізованого управління, яке не втрачає зв'язку з людиною в умовах глобальної автоматизації. У цьому контексті важливу роль відіграє Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я України, затверджена МОЗ [120], яка впроваджується у навчальні програми, атестаційні процедури, освітні стандарти та практичну діяльність медиків.

Отже, електронна система охорони здоров'я – це не лише інфраструктурна платформа, а й прояв нового типу управління, побудованого на засадах відкритості, доступності, етичності й стратегічної орієнтації на людину. Під час війни вона виступає не тільки засобом адміністрування, але й інструментом збереження ціннісної основи української медицини.

Однією з ключових тенденцій сучасної цифрової трансформації охорони здоров'я є прагнення поєднати технологічну ефективність з аксіологічною насиченістю систем. Зокрема, мова йде про реалізацію принципів ціннісно-орієнтованої медицини (value-based care) – підходу, що ставить у центр уваги не лише результативність лікування, але й загальну якість медичного досвіду пацієнта, емоційний комфорт, економічну обґрунтованість та системну сталість. Як свідчить дослідження, успішна реалізація таких принципів

можлива лише за умови гармонійного поєднання трьох складових: електронних медичних систем (eHealth), ефективного управління ресурсами (resource orchestration) та культурно-етичної адаптації персоналу [163, с. 30–32].

Центральним прикладом такого підходу виступає діяльність малайзійського медичного закладу S Hospital, що впровадив повністю безпаперову й безплівкову систему eHealth. Ця система дозволила суттєво оптимізувати адміністративну ефективність – пацієнти отримують медичні послуги за принципом «одного вікна»: від реєстрації до виписки з лікарні, включно з призначенням лікування, електронною історією хвороби, сканами, діагностикою, рецептами та спостереженням [163, с. 33–34].

Застосування етапної моделі пацієнтоорієнтованого маршруту (від eRegistration до eMonitoring) дає змогу повноцінно реалізувати концепцію «одного джерела істини» – всі дії фіксуються в єдиній системі, відкритій для команди лікарів, що забезпечує якісну комунікацію, уникнення дублювань і помилок, а головне – підтримку інформованої згоди пацієнта. У такій моделі лікар не лише призначає лікування, але й виконує просвітницьку, комунікативну, психологічну функцію, що знижує рівень тривожності, посилює відповідальність пацієнта та зміцнює довіру до медичної системи [163, с. 34–35].

Використання принципів value-based care в eHealth також забезпечує чітку оркестрацію ресурсів – від фінансових і технічних до людських. Зокрема, в умовах обмежених ресурсів система дає змогу визначати ключові пріоритети: пацієнтів з ризиком ускладнень, групи хронічних хворих, тих, хто потребує паліативної допомоги. Завдяки чіткій реєстрації даних про спосіб життя, спадковість, історію хвороб і результати обстежень, створюється повноцінний клінічний портрет, який дає змогу медичному персоналу не просто «лікувати хворобу», а супроводжувати особу в її життєвій ситуації [163, с. 36].

Не менш важливим є соціально-освітній компонент eHealth. Як зазначено в дослідженні, лікарня системно організовує курси для пацієнтів і членів їхніх родин, забезпечуючи не лише формування знань, але й мотивацію до здорової поведінки. Такий підхід відповідає не лише принципам ВООЗ щодо інклюзивної медицини, а й чинним документам МОЗ України – зокрема, «Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» [109], де прямо вказано на необхідність переходу від системи реагування до системи попередження та супроводу.

Аксіологічний підхід до eHealth передбачає також, що лікувальний процес не замикається у межах клініки. За допомогою інструментів eMonitoring пацієнти можуть отримувати консультації, продовжувати лікування, виконувати фізичні вправи чи дотримуватись дієти під онлайн-наглядом. Це створює ефект «розширеної присутності лікаря», що є особливо актуальним для літніх людей, пацієнтів із психоемоційними порушеннями, жителів віддалених районів.

Таким чином, поєднання принципів ціннісно-орієнтованої медицини та цифрових інструментів управління не лише дозволяє створити функціональну модель надання послуг, але й формує основу для гуманної, емпатійної, безпечної системи охорони здоров'я, що ґрунтується на повазі до особистості та її автономії. Це відповідає базовим положенням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [83] та Стратегії розвитку цифрової трансформації сфери охорони здоров'я [142].

Інтеграція eHealth у трансформаційні практики охорони здоров'я – зокрема ті, що базуються на підході відкритого діалогу (Open Dialogue), – вимагає врахування глибоких ціннісних і культурних чинників. Відповідно до результатів якісного польового дослідження, впровадження eHealth у психіатричну допомогу з орієнтацією на соціальне оточення не обмежується технічними рішеннями, а є багатоаспектним процесом, у якому домінують проблеми довіри, культурних очікувань, навичок користування цифровими

інструментами та готовності до змін як з боку пацієнтів, так і з боку фахівців [173].

Основним позитивом використання eHealth інтерв'ювані визнали можливість комунікації поза межами офлайн-зустрічей, що сприяє негайному зв'язку між пацієнтом, членами соціального кола та фахівцями, а також розширює доступ до допомоги. Зокрема, вказується, що відеозустрічі дають змогу не лише заощадити час, але й підтримувати принцип «негайної допомоги», передбачений у моделі відкритого діалогу, що є надзвичайно актуальним також для українських реалій у контексті поствоєнної медичної трансформації [173].

Однак, дослідження виявило низку глибинних перешкод, серед яких домінують недовіра до цифрових інструментів, низький рівень цифрових навичок серед клієнтів і фахівців, переконання в незамінності особистого контакту, а також тиск з боку адміністрацій щодо обов'язкового впровадження eHealth. У відповідь на це підкреслюється необхідність балансу між добровільністю використання цифрових інструментів та їх системною інтеграцією у лікувальну практику, а також створення простору для постійного діалогу між усіма сторонами – пацієнтом, родиною, фахівцями [173].

У такому підході важливо враховувати специфіку українського нормативного середовища, де Закон України «Про психіатричну допомогу» [103] визначає особливий порядок залучення осіб з психічними розладами до лікування, з акцентом на добровільність і повагу до особистості. В умовах цифрової трансформації такі положення потребують актуалізації та доповнення з урахуванням питань згоди на телемедичні сервіси, обробку персональних даних, збереження конфіденційності.

Автори також зазначають, що для ефективного і сталого впровадження eHealth потрібні не тільки технічні, а й організаційні зміни – від включення eHealth у навчальні програми для фахівців до підтримки цифрових ініціатив з боку керівництва установ. Суттєвим є також впровадження культури

відкритого обговорення нових практик, в тому числі в межах професійних спільнот. У цьому контексті досвід проведення групових сесій між пацієнтами, фахівцями та експертами з eHealth може бути імплементований як інструмент комунікативної підтримки трансформації медичних закладів в Україні [173].

Таким чином, успішна інтеграція eHealth у нові моделі охорони психічного здоров'я передбачає не лише технічну підготовку, а й зміни світоглядного характеру – від пасивного споживання послуг до активної участі у створенні спільного простору лікування. В цьому полягає справжній сенс ціннісного підходу, який орієнтується не на контроль, а на діалог, довіру і спільну відповідальність.

У сучасній системі охорони здоров'я технологічні інновації дедалі частіше постають не як допоміжний інструментарій, а як стрижневі складові інституційної модернізації управлінського механізму. У цьому контексті особливе місце посідають такі елементи цифрової трансформації, як смарт-інфраструктура, штучний інтелект та великі масиви даних (big data). Саме вони створюють основу для переходу до інтегрованої, персоналізованої та ціннісно-орієнтованої моделі надання медичних послуг.

Як зазначають М.І. Мойсеєнко та співавтори, великі мовні моделі (LLMs), серед яких MedGPT, Anthropic Clara чи BioMegatron, відкривають нові можливості не лише для діагностики та лікування, але й для управління охороною здоров'я загалом. Завдяки здатності до обробки масивів електронних медичних записів, формування діагностичних сценаріїв, прогнозування результатів лікування та моделювання медичних рішень, ці інструменти дозволяють підвищити якість медичної допомоги, зменшити ризик помилок та прискорити прийняття обґрунтованих рішень [63, с. 74–75].

Розширення функціоналу eHealth за рахунок інтеграції ШІ, згідно з Концепцією розвитку електронної охорони здоров'я, затвердженою розпорядженням КМУ від 28 грудня 2020 року № 1671-р, прямо корелює з потребою забезпечення рівного доступу до медичних послуг, посилення

пацієнтоорієнтованості та ефективного управління ресурсами системи охорони здоров'я [109]. Зазначені технології сприяють втіленню ціннісних орієнтирів – передусім, гідності, справедливості, безпеки, участі та прозорості.

Великий аналітичний потенціал технологій big data дозволяє формувати медико-демографічні прогнози, здійснювати регіональне планування системи охорони здоров'я, відслідковувати ефективність реалізації державних програм. Аналіз електронних карток, результатів діагностики, госпіталізацій, призначень та результатів лікування на основі алгоритмів машинного навчання надає можливість точково оцінювати якість послуг, виявляти зони ризику, прогнозувати спалахи захворювань, а також своєчасно переорієнтовувати політику охорони здоров'я з урахуванням реального стану речей.

Наявність смарт-інфраструктури, у свою чергу, забезпечує цілісність функціонування цифрової медицини. Мова йде про синхронізовані інформаційні платформи, телемедичні сервіси, клінічні дата-центри, мобільні сервіси контролю стану здоров'я, віртуальні кабінети лікарів, автоматизовані системи управління закладами. Усі ці компоненти не лише підвищують ефективність адміністрування, а й дозволяють реалізувати правові та етичні засади взаємодії в медичній сфері – повагу до автономії особи, забезпечення прозорості у взаєминах між пацієнтом і державою, створення умов для обґрунтованої згоди на лікування.

Разом з тим, автори звертають увагу на виклики, пов'язані з використанням штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я. Насамперед, йдеться про необхідність чіткої ідентифікації меж відповідальності між розробниками, адміністраторами та медичними фахівцями; дотримання принципів приватності даних; уникнення алгоритмічної дискримінації та збереження людського контролю над фінальними рішеннями [63, с. 81–83]. Водночас, у нормативному вимірі постає завдання закріплення засад використання ШІ у спеціальному законодавстві. Наразі ж це питання регулюється лише опосередковано, зокрема, через статті Закону України «Про

інформацію», «Про захист персональних даних» та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [83].

Враховуючи зазначене, смарт-інфраструктура, великі дані та штучний інтелект стають не просто технічними рішеннями, а інституційними інструментами впровадження аксіологічних принципів у галузі охорони здоров'я. Вони забезпечують передбачуваність і рівність доступу, справедливе розподілення ресурсів, підвищення ефективності державної політики, і водночас – дотримання фундаментальних прав людини в медичній сфері.

Сучасне публічне управління дедалі активніше інтегрує принципи сталого розвитку, гуманітарно-етичні орієнтири й технологічні інновації. Особливої актуальності ці тенденції набувають у сфері охорони здоров'я, де в центрі управлінської діяльності перебуває не лише ефективність, а передусім – цінність людського життя, його безпека, гідність, участь і рівність. Саме в цьому контексті варто розглядати впровадження смарт-інфраструктури та штучного інтелекту, що дедалі частіше стають платформою для реалізації аксіологічних принципів на практиці.

Як слушно зазначає А.П. Рачинський, сьогодні штучний інтелект у рамках урбанізаційної динаміки здатен виступати каталізатором соціальної, економічної, технічної та екологічної трансформації, особливо на рівні міської політики. За аналогією, у сфері охорони здоров'я він формує нову парадигму – коли не пацієнт пристосовується до системи, а сама система адаптується до особистих потреб, етичних норм і соціального контексту [121, с. 190–194].

Smart-інфраструктура у поєднанні з eHealth, телемедичними рішеннями, цифровими платформами взаємодії з громадянами, великими масивами даних і алгоритмами машинного навчання створює умови для побудови інтелектуальної моделі медичного простору, що враховує реальні виклики пацієнтів, логістику медичних установ, профіль громад, рівень уразливості населення, рівень навантаження на персонал тощо. Застосування ШІ у діагностиці, плануванні маршрутів пацієнтів, прогнозуванні епідемічних

хвиль чи розподілі ресурсів унеможлиблює механічну та уніфіковану логіку, замінюючи її ціннісно-гнучкою політикою [121, с. 192–193].

Особливо показовим у дослідженні є опис інтеграції ШІ до концепцій “розумного”, “інклюзивного”, “безпечного”, “еластичного” і “креативного” міста. Усі ці моделі можуть мати свою проєкцію в сфері охорони здоров’я. Так, “інклюзивна медицина” передбачає зняття бар’єрів у доступі до медичних послуг, “еластична система охорони здоров’я” – здатність до швидкої адаптації у кризових ситуаціях, “безпечна медицина” – передбачення ризиків і запобігання загрозам за допомогою аналітичних моделей [121, с. 194–196].

Ключовим аксіологічним здобутком є те, що штучний інтелект дає змогу посилити суб’єктність людини: пацієнт отримує змогу не просто бути об’єктом медичних рішень, а брати активну участь у визначенні пріоритетів власного лікування, маючи для цього прозору інформацію, інтерфейси вибору, консультативну підтримку та гарантований цифровий доступ.

Водночас впровадження таких рішень потребує відповідного інституційного й нормативного супроводу. Насамперед, це – закріплення принципів етичного ШІ, захист персональних даних, обов’язкове збереження людського контролю над критичними функціями, створення систем відповідальності за алгоритмічні рішення, а також гармонізація стандартів з європейським законодавством, зокрема Загальним регламентом захисту даних (GDPR) [166].

Таким чином, smart-інфраструктура в охороні здоров’я – це не лише цифрова оболонка медичних установ, а етичний простір, де цінності закладено в алгоритми, де кожне технологічне рішення відповідає базовим правам людини, а цифрова трансформація розглядається не як мета, а як шлях до більш гідного, рівного та безпечного медичного середовища.

Інтенсивне впровадження штучного інтелекту в публічне управління відкриває нові горизонти і для сфери охорони здоров’я, яка в сучасних умовах потребує не лише цифровізації сервісів, а й принципового переосмислення

взаємодії між державою, медичними установами та громадянами. Як підкреслюється у роботі О.Ю. Оболенського, В. Косицької та А. Рвача, штучний інтелект вже сьогодні здатен виконувати функції не лише технічного інструменту, але й елементу соціального управління, покликаного забезпечити підвищення ефективності прийняття рішень, підзвітність системи та реалізацію принципу справедливості в розподілі медичних ресурсів [166, с. 124–127].

У цьому контексті використання ШІ в охороні здоров'я має розглядатись не як винятково інструментальне рішення, а як інституціоналізований механізм впровадження аксіологічних принципів, передусім гідності, рівного доступу та солідарності. В таких ситуаціях технології прогнозування, автоматизованого аналізу великих даних та управління ризиками дозволяють виявляти критичні зони, формувати пріоритети та забезпечувати динамічну реакцію на зміну обстановки. Саме такі підходи реалізують ціннісну функцію держави – не залишити без підтримки жодну особу, незалежно від її соціального статусу чи місця проживання.

Концепція розвитку штучного інтелекту в Україні, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 грудня 2020 року № 1556-р, визначає напрямок для впровадження таких технологій у ключові сфери публічного управління, зокрема в медичну. У документі підкреслюється, що головним завданням є створення довірливої правової, інституційної та технічної основи використання штучного інтелекту, яка відповідатиме засадам захисту прав людини, справедливості та відкритості [110].

Окремо увагу приділено законодавчим ініціативам у сфері ШІ, зокрема законопроекту «Про штучний інтелект», що перебуває на розгляді в Україні. У ньому наголошується на потребі встановлення стандартів прозорості алгоритмів, можливості людського перегляду рішень, обов'язку гарантувати захист персональних даних та дотримання принципу юридичної визначеності [116]. Для охорони здоров'я ці положення є надзвичайно важливими, адже

будь-яке цифрове рішення, прийняте в рамках надання медичних послуг, стосується безпосередньо життя, гідності та автономії особи.

Ключовим висновком дослідження є розуміння ролі держави не лише як адміністратора технологій, а як фасилітатора етичного використання інновацій. Публічна влада має забезпечити не лише технічне підключення медичних закладів до електронних систем, а й розробити інституційні гарантії для пацієнта, аби жоден алгоритм не міг діяти у спосіб, що суперечить основним цінностям охорони здоров'я. Це передбачає обов'язкове нормативне закріплення меж використання ШІ, оцінку ризиків, аудит цифрових рішень і формування каналів зворотного зв'язку із суспільством.

Таким чином, використання smart-технологій, штучного інтелекту та аналітичних інструментів big data в управлінні охороною здоров'я – це не лише інноваційний тренд, а прояв аксіологічної модернізації публічної сфери, де цінність людського життя і права особистості не втрачаються в потоці даних, а стають головним критерієм якості управлінських рішень.

Одним із найперспективніших напрямів розвитку смарт-інфраструктури охорони здоров'я є розгортання систем Інтернету медичних речей (IoMT), що поєднують елементи телемедицини, сенсорних мереж, хмарних платформ та аналітики великих даних. Згідно з дослідженням А. Ghubaish та співавторів, IoMT-системи кардинально змінюють принципи функціонування медичних послуг, створюючи підґрунтя для ранньої діагностики, дистанційного моніторингу, безперервного обміну інформацією між лікарем і пацієнтом, а головне – для реалізації ціннісних орієнтирів управління, серед яких гідність, доступність, справедливість і безпека [167, с. 1–2].

Системи IoMT мають багаторівневу архітектуру, що охоплює сенсорний, шлюзовий, хмарний та візуалізаційний рівні. Водночас кожен із них потребує окремого підходу до забезпечення конфіденційності, цілісності та доступності даних. У цьому контексті питання безпеки медичних даних стає одним із ключових не лише з технічної, але й з аксіологічної точки зору. Недостатній

рівень захисту ставить під загрозу не лише приватність особи, а й її право на гідну медичну допомогу, оскільки некоректні чи скомпрометовані дані можуть призвести до помилкових діагнозів або затримки лікування.

Автори підкреслюють, що IoMT-системи мають низку критичних уразливостей на кожному з рівнів архітектури: від атак на фізичні сенсори до складних кібератак у хмарному середовищі. У відповідь на ці загрози запропоновано багаторівневу модель захисту з використанням криптографічних рішень (симетричні, асиметричні, двофакторна автентифікація), біометричних технологій, блокчейну та штучного інтелекту. Особливо цінним є запропонований підхід до інтеграції механізмів забезпечення конфіденційності, достовірності, контролю доступу та стійкості до атак типу відмови в обслуговуванні – не як ізольованих функцій, а як взаємопов'язаних складових єдиного етичного простору цифрового здоров'я [167, с. 3–5].

Ключовою перевагою IoMT-систем у межах аксіологічного виміру є їхня здатність до персоналізації медичних рішень, коли лікар отримує аналітичну підтримку на основі об'єктивних даних у реальному часі. Пацієнт, у свою чергу, отримує можливість бути активним учасником у визначенні напрямку лікування, що відповідає принципу поваги до автономії особи. Такі технології формують підґрунтя для створення справді пацієнтоорієнтованої моделі охорони здоров'я, де головна мета – не просто лікування хвороби, а створення гідного, захищеного й прозорого середовища для збереження здоров'я як вищої суспільної цінності.

Отже, IoMT-системи мають потенціал стати не лише технічною, а й ціннісною основою цифрової трансформації управління охороною здоров'я в Україні. Їх повноцінна імплементація має супроводжуватись відповідними змінами в нормативно-правовому полі, зокрема щодо захисту медичних даних, стандартів сертифікації пристроїв, а також регулювання використання алгоритмів ШІ відповідно до принципів біоетики та прав людини.

Цифровізація охорони здоров'я потребує не лише технологічної модернізації, а насамперед – ґрунтового оновлення організаційно-правового механізму, який забезпечує надання медичних послуг на основі цифрових інструментів. Йдеться про необхідність побудови єдиної узгодженої нормативної архітектури, що включає правила обігу електронних медичних записів, функціонування телемедичних платформ, юридичний статус автоматизованих рішень, відповідальність за обробку персональних даних, процедури етичного оцінювання впроваджених технологій.

Першим комплексним нормативним кроком у цьому напрямі стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який закріпив електронну систему охорони здоров'я як обов'язковий елемент взаємодії між пацієнтами, закладами охорони здоров'я, лікарями та Національною службою здоров'я України. У законі прямо зазначається, що реєстрація послуг, формування маршрутів пацієнтів, призначення ліків, передача направлень, виписка електронних рецептів здійснюються через функціональні модулі системи eHealth, що створює передумови для цифрової об'єктивності, прозорості та підзвітності рішень у сфері публічного управління охороною здоров'я [83].

Однак одночасно з цим виникає низка викликів, передусім пов'язаних з фрагментарністю регулювання цифрової медицини. Законодавство наразі не містить чіткого визначення правового статусу телемедичної послуги як клінічного акту, не унормовано відповідальність у випадку технічного збою системи, не визначено правову природу висновку, сформованого за допомогою алгоритму штучного інтелекту. Це створює ризики для реалізації таких базових цінностей, як юридична визначеність, автономія особи, безпека медичного втручання.

Крім того, чинне законодавство потребує оновлення з урахуванням особливостей цифрової ідентифікації пацієнта, збереження біомедичних даних, процедур електронної згоди на лікування та визначення умов для

використання wearables – пристроїв для дистанційного контролю за станом здоров'я. У цих умовах особливо важливо дотримуватись норм Закону України «Про захист персональних даних», який хоч і був прийнятий ще у 2010 році, однак вимагає оновлення з урахуванням стандартів GDPR, що діє в Європейському Союзі [95].

У нормативному аспекті цифрові медичні послуги потребують також підпорядкування міжнародним принципам етики – передусім Універсальній декларації ЮНЕСКО з біоетики та прав людини 2005 року, яка проголошує пріоритет людської гідності, інформованої згоди, справедливого розподілу благ і соціальної відповідальності під час медичного втручання з використанням новітніх технологій [179].

Таким чином, розвиток організаційно-правового механізму цифрової медицини не повинен зводитись до формального оцифрування документів або перенесення адміністративних процедур у віртуальне середовище. Йдеться про необхідність оновлення всього змісту управлінського підходу в медицині: від цільового фінансування інновацій до створення незалежних інституцій контролю етичної безпеки технологій, від побудови нормативно-правових рамок захисту прав пацієнта до утвердження реального змісту медичної автономії особи в цифрову добу. Саме такий підхід дозволяє втілювати цифрову трансформацію не як технічний експеримент, а як аксіологічний вибір держави на користь людини.

Сучасна цифровізація медичної сфери дедалі частіше осмислюється не лише як технологічний прогрес, а як комплексна трансформація управління охороною здоров'я, у центрі якої перебуває не інструмент, а цінність. Як зазначають автори, впровадження цифрових технологій спричинило формування нового типу пацієнта – цифрово залученого, поінформованого, автономного, здатного до самореалізації, обміну досвідом та прийняття медичних рішень на основі багатьох джерел інформації [35, с. 14–16]. Водночас держава постає перед викликом створення організаційно-правової

моделі, яка б не лише унормувала обіг цифрових даних, але й гарантувала реалізацію аксіологічних принципів: гідності, рівності, прозорості, безпеки, автономії та довіри.

Питання довіри виявляється критично важливим у середовищі, де пацієнт дедалі частіше вступає у взаємодію не з особистістю лікаря, а з цифровим середовищем – платформами, мобільними застосунками, чат-ботами, електронними медичними кабінетами. У таких умовах роль правового механізму не обмежується фіксацією нових процедур – він повинен забезпечити контури захисту, межі цифрового втручання в приватну сферу та нормативне закріплення статусу пацієнта як учасника процесу, а не об'єкта спостереження. Автори підкреслюють, що саме формування правової моделі "цифрового пацієнта" є одним із головних викликів сучасної охорони здоров'я [35, с. 17-19].

Законодавча база України вже передбачає основи цифрового управління в медицині. Зокрема, Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р, визначає пріоритети впровадження ЕСОЗ – електронної системи охорони здоров'я. До ключових компонентів входять електронні рецепти, направлення, медичні висновки, реабілітаційні записи, а також інтеграція інформаційних систем управління запасами ліків і вакцинації [109]. Водночас залишається проблема гармонізації між технічним забезпеченням, правовим регулюванням і етичними гарантіями, яка вимагає комплексного підходу з боку як законодавця, так і публічної адміністрації.

Окрему увагу в роботі приділено феномену розмиття меж між інституційною медициною та медичними мережевими спільнотами. Сьогодні носіями медичної інформації виступають не лише фахівці, а й блогери, користувачі соціальних мереж, цифрові гаджети та мобільні застосунки. У цих умовах забезпечення нормативного підґрунтя для захисту інформації, відновлення довіри до офіційної медицини та реалізації справжнього вибору

між джерелами допомоги – є необхідною умовою аксіологічної сталості цифрової охорони здоров'я [35, с. 20–21].

Таким чином, розвиток організаційно-правового механізму цифрової медицини вимагає від держави балансу між інноваційністю та нормативною обґрунтованістю, між технологічним прогресом і правами людини, між ефективністю адміністративного регулювання та етичністю управлінських рішень. Цей механізм має бути не лише правовим каркасом електронної медицини, а й інструментом збереження ціннісної логіки управління у сфері, що найбільш чутливо реагує на будь-яке порушення балансу – у сфері охорони людського життя.

Цифрова трансформація системи охорони здоров'я України дедалі тісніше пов'язується з розширенням сфер застосування державно-приватного партнерства, яке розглядається не лише як інструмент залучення ресурсів, а як цілісна інституційна модель, що поєднує ефективність управління з аксіологічною орієнтацією на людину. Цей підхід дозволяє інтегрувати цифрові сервіси в публічне управління охороною здоров'я на основі стандартів прозорості, участі, справедливості та відповідальності. Як підкреслюють О. Вашев і С. Хижняк, партнерські відносини у сфері охорони здоров'я мають будуватись не лише на фінансових пріоритетах, а й на етичних критеріях, які забезпечують баланс інтересів держави, приватного сектору та громадянського суспільства [10, с. 314–317].

На законодавчому рівні інструмент ДПП закріплено у Законі України «Про державно-приватне партнерство», який визначає основні засади, суб'єкти, механізми, критерії оцінки доцільності проєктів, процедури відбору партнерів та організаційно-правові форми взаємодії публічних та приватних сторін [84]. Зокрема, у статті 3 цього Закону прямо зазначено, що ДПП може реалізовуватися в галузі охорони здоров'я. Це створює правову основу для розробки і впровадження цифрових медичних рішень у межах цільових

партнерських проєктів, зокрема у формі створення цифрових платформ, клінічних дата-центрів, телемедичних хабів та smart-інфраструктури лікарень.

У статті 15 цього ж Закону передбачено можливість укладення спеціальних договорів з визначенням критеріїв результативності, що дає змогу контролювати ефективність цифрових медичних сервісів за об'єктивними показниками, водночас зберігаючи підзвітність і гарантії дотримання прав пацієнта. Саме така логіка дозволяє уникнути конфлікту між прибутковістю приватного партнера та публічним обов'язком держави гарантувати рівний доступ до медичної допомоги.

Водночас на практиці реалізація ДПП-проєктів стикається з низкою викликів. Йдеться про складність оцінки довгострокових цифрових ризиків, слабе нормативне врегулювання статусу інноваційних медичних технологій, недостатність механізмів етичного нагляду за реалізацією проєктів у вразливих громадах. У цих умовах важливою умовою ефективності стає наявність стратегії етичної безпеки, яка передбачає не лише правові гарантії, а й громадське обговорення, моніторинг впливу на права пацієнтів, захист персональних даних і запобігання цифровій нерівності.

Таким чином, правове регулювання ДПП у сфері цифрової охорони здоров'я повинно ґрунтуватися на поєднанні економічної доцільності з публічною цінністю, а інституційна модель партнерства має стати основою для розвитку соціально орієнтованих, технологічно адаптованих і етично обґрунтованих цифрових медичних послуг. Саме таке поєднання цінностей і рішень дозволяє говорити про створення ефективного організаційно-правового механізму надання медичної допомоги, що відповідає вимогам сучасного публічного управління.

Досвід пандемії COVID-19 продемонстрував, наскільки важливою є не лише фізична доступність медичних послуг, а й здатність держави оперативно адаптувати правове поле до нових соціальних реалій. Як наголошує автор, у кризових умовах ефективне забезпечення доступу до нематеріальних благ – у

тому числі до елементів культурної спадщини – значною мірою залежить від здатності публічного управління інтегрувати цифрові технології в регуляторну і практичну площину [137, с. 30–33]. Така трансформація повинна супроводжуватись не лише технічним вдосконаленням інфраструктури, а й розвитком організаційно-правового механізму, який враховуватиме цінності інклюзивності, прав людини та цифрової рівності.

Зокрема, в період епідеміологічної небезпеки (зокрема на тлі дії постанов Кабінету Міністрів України № 211 від 11 березня 2020 року та № 1236 від 9 грудня 2020 року) реальний доступ населення до об'єктів культурної спадщини, включно з нематеріальними цінностями, був обмежений [89; 80]. Ці обмеження водночас стали каталізатором цифровізації у сфері культури, і саме на цьому фоні виникла нова форма реалізації прав – через електронну комунікацію, онлайн-виставки, віртуальні музеї та мультимедійні архіви. Зокрема, автор посилається на приклад створення Віртуального музею нематеріальної культурної спадщини України, який не лише адаптувався до викликів пандемії, а й задав новий вектор розвитку цифрової культури в Україні [137, с. 34–35].

Правова модель такого доступу до культурних благ має включати не лише адміністративну логіку управління, а й аксіологічний підхід. Конституція України в ст. 54 гарантує охорону культурної спадщини, однак не формулює окремого права на цифрову форму доступу до неї [43]. Закон України «Про культуру» (ст. 8) гарантує доступ до культурних благ, але в умовах цифровізації потребує розширення, що враховуватиме нові форми цифрового залучення: від віртуального досвіду до інтерактивної участі у збереженні спадщини [96]. Автор обґрунтовано підкреслює, що нормативно-правова база повинна трансформуватись, аби не залишити поза межами правового регулювання новітні способи культурної комунікації та соціального включення.

У сфері охорони здоров'я цей підхід є надзвичайно релевантним. Адже цифрова медицина, так само як цифрова культура, базується на здатності

держави забезпечити не лише технологічний доступ, але й ціннісну інклюзію, правовий захист та суб'єктність користувача у віртуальному просторі. В умовах пандемії медичні й культурні практики стикалися з однаковими бар'єрами – обмеженням фізичного контакту, необхідністю дистанційної комунікації, відсутністю офіційного регулювання цифрових платформ. Усе це засвідчує необхідність уніфікованого підходу до організаційно-правового регулювання цифрових сервісів як у сфері медицини, так і у сфері культури, через спільний етичний та нормативний вимір.

Таким чином, цифрова трансформація в управлінні охороною здоров'я має не лише функціональний, а й аксіологічний вимір. Її нормативна база повинна виходити з принципів, які вже обґрунтовані в контексті захисту культурних прав: доступність, неперервність, збереження спадкоємності, залучення спільнот. Досвід віртуалізації нематеріальних цінностей у період пандемії COVID-19 демонструє, що держава має не лише дозволити існування нових форм, а й активно їх підтримувати на рівні закону, створюючи умови для розвитку цифрової культури охорони здоров'я як частини загальної політики людського розвитку.

Цифрова трансформація охорони здоров'я є не просто модернізацією системи надання послуг – вона виявляється глибокою структурною зміною організаційно-правового механізму, який забезпечує реалізацію прав людини в одній із найчутливіших сфер публічного управління. У межах сучасного технологічного прориву електронна система охорони здоров'я (eHealth), телемедичні сервіси, великі масиви даних, системи інтернету медичних речей, мобільні додатки, штучний інтелект та цифрові платформи формують нову логіку управління – відкриту, мережеву, гнучку. Ця логіка ставить у центр не саму технологію, а людину – її автономію, гідність, право на якісну допомогу та прозорі механізми контролю.

Аксіологічна переорієнтація цифрових процесів означає, що кожне впровадження технології має бути не самоціллю, а інструментом реалізації

фундаментальних цінностей: поваги до особистості, захисту персональних даних, забезпечення рівного доступу, соціальної справедливості, етичності рішень. Така трансформація неможлива без оновлення нормативно-правової бази, здатної не лише регламентувати нові сервіси, але й гарантувати правовий статус електронної взаємодії, юридичну визначеність у сфері автоматизованих рішень, законність процедур цифрової ідентифікації, безпеку обробки медичних даних. У цьому контексті держава постає не лише як регулятор, а як гарант соціальної відповідальності та захисник публічного інтересу у цифровому просторі.

Важливою умовою цифрового оновлення системи охорони здоров'я є утвердження нових інституційних підходів: державно-приватне партнерство, участь громадськості, стандарти цифрової компетентності, розвиток публічних цифрових інфраструктур, впровадження незалежного аудиту етичності технологій. Усе це має супроводжуватись не лише формальним законодавчим забезпеченням, а й стратегічною політикою держави, орієнтованою на гуманізацію цифрового середовища, формування цифрової культури в медичних установах, розширення цифрових прав пацієнта та посилення правової суб'єктності медичних працівників.

Таким чином, розвиток організаційно-правового механізму в умовах цифрової трансформації має відбуватись через усвідомлення того, що технологія в медицині – це завжди про цінності: про вибір, про захист, про гідність, про довіру. Впровадження цифрових інструментів має відповідати не лише потребі ефективності, а й вимогам справедливості. Лише за такої умови цифрове управління охороною здоров'я зможе виконати свою головну функцію – служити людині, утверджувати її як найвищої соціальної цінності.

Висновки до розділу 3

У ході дослідження аксіологічного виміру трансформації організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні визначено стратегічні напрями його оновлення, що ґрунтуються на узагальненні європейського досвіду, актуалізації інституційної взаємодії та інтеграції цифрових технологій. На основі порівняльного аналізу нормативно-правових документів ЄС та українського законодавства обґрунтовано доцільність уніфікації правових стандартів, які забезпечують повноцінну реалізацію права людини на охорону здоров'я у ціннісному вимірі.

Зміст і значення таких категорій, як інформована згода, рівність доступу, гідність у медичних правовідносинах, дійшло подальшого розвитку у зв'язку з формуванням нових інструментів цифрової медицини, а також на тлі зміни філософії управлінських рішень в умовах цифрової доби.

У процесі вивчення питань європейської інтеграції розкрито концептуальні підходи до нормативного забезпечення прав пацієнтів, які спираються на аксіологічні принципи й у країнах ЄС реалізуються через юридично обов'язкові директиви, регламенти та хартії. Українська модель, попри окремі позитивні зрушення, ще не наблизилась до рівня цілісної нормативної системи, в якій право на здоров'я було б розглянуто в контексті загального людського розвитку, поваги до особистості та сталості політик.

Також розкрито зміст і значення інституційної взаємодії як ключової складової аксіологічно орієнтованого управління сферою охорони здоров'я. Встановлено, що координація між суб'єктами публічного управління – центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, НСЗУ, медичними закладами, громадськими структурами – має відбуватись не лише у межах функціональної підпорядкованості, а й на основі ціннісної єдності, спільної відповідальності, відкритості та рівноправності у процесі прийняття рішень. У цьому зв'язку визначено необхідність формування механізмів інституційної синергії, що передбачають

делегування повноважень, використання платформ електронної взаємодії, забезпечення підзвітності та інклюзії.

У дослідженні обґрунтовано нову роль цифрових інструментів у реалізації правового статусу пацієнта, включно з такими категоріями, як електронний медичний кабінет, персоналізована діагностика, електронна історія хвороби, медичні рекомендації на основі big data та штучного інтелекту. Встановлено, що цифрові рішення, попри їхню технологічну ефективність, несуть значні етичні ризики у випадках відсутності належного правового регулювання. В умовах поширення систем інтернету медичних речей, мовних медичних моделей та алгоритмічного планування лікування, дійшло подальшого розвитку обґрунтування потреби у законодавчому закріпленні етичних і правових гарантій пацієнтської автономії, прозорості рішень, можливості оскарження, контролю за алгоритмічними втручаннями та відповідальності за їх наслідки.

Окремо осмислено значення таких аксіологічних засад, як прозорість, участь, підзвітність, солідарність і цифрова гідність, що мають лягати в основу будь-якої інституційної чи технологічної інновації у сфері охорони здоров'я. Доведено, що цифрова трансформація не може обмежуватися модернізацією сервісів – вона має супроводжуватись оновленням нормативної рамки, з урахуванням викликів інформаційної нерівності, доступу до інтернету, низької цифрової грамотності, а також ризиків, пов'язаних із приватизацією публічних даних, комерціалізацією алгоритмів лікування та витісненням соціальної складової з медичних правовідносин.

Обґрунтовано необхідність розширення нормативно-правової бази цифрової охорони здоров'я, включаючи законодавче визначення статусу електронної медичної послуги, юридичного значення автоматизованих медичних рішень, процедур електронної згоди, механізмів контролю за обробкою біомедичних даних, а також відповідальності за порушення цифрових прав пацієнта. У цьому контексті визначено ключові напрями

вдосконалення національного законодавства на основі загальноєвропейських принципів правової визначеності, передбачуваності, пропорційності та захисту людської гідності в умовах цифрової трансформації.

У контексті аналізу державно-приватного партнерства в охороні здоров'я дійшло подальшого розвитку уявлення про його значення не лише як механізму залучення інвестицій, а як інструменту впровадження ціннісно орієнтованих сервісів, заснованих на прозорості, підконтрольності, інклюзивності, чіткому розподілі ризиків та відповідальності. У сучасних умовах така форма взаємодії дедалі більше розглядається як інституційний канал для впровадження інноваційних цифрових рішень, що потребує нормативного закріплення етичних вимог до партнерських проєктів, участі громадськості в їх оцінці, створення механізмів публічного моніторингу.

Узагальнюючи, визначено, що аксіологічна реконфігурація організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я є центральною умовою формування ефективної, інноваційної, соціально відповідальної державної політики в цій сфері. Європейська модель, інституційна інтеграція та цифрова трансформація стають інструментами лише тоді, коли правове регулювання вписане в систему базових людських цінностей. Лише на цій основі можливе становлення системи охорони здоров'я, що відповідає сучасним викликам, стандартам належного управління й очікуванням суспільства.

Обґрунтовано необхідність поглиблення правового режиму цифрової медицини шляхом розроблення спеціалізованого законодавчого акта, який би закріплював правовий статус електронних медичних послуг, визначав нормативні вимоги до технічних засобів, алгоритмів, процедур і відповідальності, а також створював етичні й правові гарантії для захисту прав пацієнта в цифровому середовищі. Аналіз чинних нормативних актів дозволив дійти висновку про відсутність узгодженої термінології, фрагментарність правового регулювання, недостатню адаптованість існуючих норм до реалій

використання big data, IoMT, ШІ в охороні здоров'я. Це, в свою чергу, породжує ризики порушення персоніфікованої безпеки, утруднення реалізації права на приватність і обмеження доступу до справедливого судового захисту в разі негативних наслідків використання цифрових інструментів.

Розкрито проблему співвідношення публічних і приватних інтересів у системі цифрового врядування охороною здоров'я, що передбачає врахування потреб усіх зацікавлених сторін – держави, медичних працівників, пацієнтів, постачальників технологічних рішень, громадських об'єднань. Встановлено, що інституційний баланс між цими сторонами може бути досягнутий лише за умов юридично оформлених стандартів прозорості, відповідальності, участі та відкритості. Роль держави має полягати не лише в адмініструванні ресурсів, а в створенні умов для реалізації права кожної особи на охорону здоров'я в етично безпечному цифровому середовищі.

Розкрито значення організаційно-правового механізму державно-приватного партнерства в аспекті їх використання для модернізації інфраструктури охорони здоров'я та впровадження новітніх технологій на основі прозорих, публічно контрольованих механізмів. Доведено, що ефективне партнерство у сфері охорони здоров'я потребує не лише оновленої інфраструктури, але й наявності спільного аксіологічного базису, в основі якого – гідність людини, доступність медичної допомоги, чесність та публічна відповідальність. Лише у цьому разі партнерські відносини в галузі охорони здоров'я можуть сприяти створенню інноваційного, етично орієнтованого та ціннісно узгодженого простору надання медичних послуг.

Дійшло подальшого розвитку наукове уявлення про функціональне призначення організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в умовах цифрової трансформації, зокрема через акцент на необхідності впровадження процедур цифрової згоди, стандартів безпеки зберігання даних, процедур легалізації дій штучного інтелекту, відповідальності за цифрові порушення та створення інституцій гарантування

цифрових прав пацієнтів. Запропоновано розглядати цифрову охорону здоров'я як правове середовище, яке поєднує матеріально-технічну інфраструктуру, цифрові процедури, правові норми й аксіологічну основу – людську гідність, автономію та право на належну медичну допомогу.

Визначено, що організаційно-правовий механізм управління сферою охорони здоров'я в Україні має еволюціонувати від моделі технократичного адміністрування до моделі ціннісного управління, в якій інститути, норми та цифрові інструменти функціонують як інтегроване ціле – у правовому, етичному та соціальному вимірах. Таке переформатування можливе лише за умов системної гармонізації нормативно-правової бази з європейськими стандартами, зміцнення інституційної взаємодії, формування стійкої цифрової культури управління та забезпечення неперервного контролю з боку громадянського суспільства.

Таким чином, результати проведеного дослідження дають підстави для висновку, що аксіологічні засади повинні бути системно вбудовані у всі рівні управління охороною здоров'я, від нормативного регулювання, до щоденних управлінських рішень. Сутність аксіологічного підходу полягає не лише в декларуванні цінностей, а в їх юридичному втіленні через принципи, процедури, стандарти та відповідальність. Оновлений організаційно-правовий механізм має відповідати викликам часу, враховуючи як європейські орієнтири, так і національні особливості, розширюючи можливості для захисту прав особи в умовах цифрової трансформації.

Визначено, що правова система управління охороною здоров'я повинна не лише забезпечувати ефективність, але й створювати передумови для зміцнення довіри, легітимності рішень, участі громадян у формуванні політики та соціального партнерства в медицині. Такий підхід відкриває шлях до побудови цілісної, прозорої, етично орієнтованої та інноваційної моделі публічного управління в галузі охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

У межах дисертаційного дослідження «Аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні» обґрунтовано комплексну концепцію публічного управління медичною сферою, що базується на ціннісно-орієнтованому підході. Встановлено, що аксіологічний вимір є не зовнішнім етичним доповненням до механізмів державного управління, а внутрішньою, системоутворювальною основою, яка визначає їхню ефективність, легітимність і відповідність вимогам сучасного суспільства.

Було встановлено, що цінності у сфері охорони здоров'я мають не лише морально-етичний вимір, а й конкретне правове та управлінське втілення. У контексті української правової та адміністративної традиції аксіологічний вимір почав набирати значення лише на етапі пострадянських реформ, однак і донині не отримав повного відображення в системі публічного управління. Виходячи з цього, було простежено еволюцію сприйняття таких цінностей, як людська гідність, солідарність, рівність доступу до медичної допомоги, автономія пацієнта, не лише в суспільній свідомості, а й у нормативному полі та управлінських підходах.

Здійснений аналіз засвідчив, що протягом останніх десятиліть в Україні домінували технократичні, централізовані моделі адміністрування у сфері охорони здоров'я, в яких основну увагу було зосереджено на кількісних показниках, бюджетному плануванні та організаційних перетвореннях. Натомість ціннісна природа права на охорону здоров'я, етична легітимність управлінських рішень, гуманістичний вимір доступу до медичних послуг залишалися вторинними або й узагалі ігнорувалися. Справжній перехід до європейської моделі публічного управління вимагає докорінного переосмислення місця і ролі аксіологічних категорій у державній політиці.

Встановлено, що в українському науковому дискурсі тема аксіологічного виміру управління охороною здоров'я лишається недостатньо систематизованою. Дослідники переважно зосереджуються на правовому статусі пацієнтів, ефективності медичних реформ, цифрових інструментах, тоді як аксіологічні основи цієї сфери аналізуються фрагментарно, у межах етики, філософії медицини або соціології здоров'я.

Разом з тим, зарубіжна наука демонструє зростаючий інтерес до дослідження ціннісного виміру в управлінні медичною сферою. Особливо актуальними є дослідження, що аналізують вплив біоетики, прав людини, міжнародних стандартів на публічну політику. У працях сучасних науковців, аксіологія не лише фіксується як етична категорія, а розглядається як система критеріїв для оцінки якості медичних послуг, ефективності управлінських рішень, легітимності реформ.

Порівняльний аналіз показав, що в країнах з розвиненою системою охорони здоров'я (Швеція, Нідерланди, Ізраїль, Канада) питання аксіології врегульовані на рівні законодавства, політичної риторики, інституційної практики та професійної освіти управлінців. Україна, попри окремі позитивні напрацювання, ще не сформувала ані чіткої термінології, ані уніфікованих стандартів ціннісної політики в управлінні охороною здоров'я. У цьому контексті актуальним є не лише осмислення західного досвіду, а й його адаптація до умов правової, соціальної та культурної специфіки України.

Сформовано комплексне уявлення про методологічні підходи, що дозволяють не лише проаналізувати структуру механізму, а й усвідомити його ціннісну природу. У ході дослідження обґрунтовано, що класичні інструменти правового аналізу – тлумачення норм, інституційний аналіз, правове порівняння – недостатні для пізнання аксіологічної складової. Необхідним є поєднання філософсько-етичного, соціологічного та управлінсько-структурного підходів, що дозволяє відстежити не лише юридичну форму механізму, а й соціальну сутність його функціонування.

Визначено, що ядром методології аксіологічного дослідження має бути діалектичний метод, який дає змогу досліджувати суперечності між нормативною формою і ціннісним змістом, між формальною ефективністю управлінських рішень та їх моральною легітимністю. Системний підхід дозволив розглянути організаційно-правовий механізм не як сукупність ізольованих інструментів, а як функціональну єдність норм, інституцій, процедур, цінностей і результатів. Структурно-функціональний метод забезпечив аналіз взаємозв'язків між елементами механізму: органами влади, медичними установами, пацієнтами, інструментами контролю, джерелами фінансування.

Крім того, у дослідженні використано прогностичний метод для формулювання сценаріїв розвитку системи управління охороною здоров'я на основі аксіологічного підходу. Це дало змогу не лише описати поточний стан, а й окреслити стратегічні орієнтири – від гуманізації цифрових сервісів до запровадження механізмів прозорості участі громадян у виробленні політики. Застосування міждисциплінарної методології надало змогу не обмежуватись формальним правовим підходом, а запропонувати глибоке осмислення цінностей, які формують підґрунтя ефективного й легітимного публічного управління в галузі охорони здоров'я.

Запропоновано цілісне авторське бачення аксіологічного підходу як концептуальної рамки, що визначає не лише орієнтири державної політики, а й методи, інструменти, інститути, здатні забезпечити ціннісно обґрунтоване управління. Цей підхід охоплює нормативну, процедурну, інституційну, організаційну та поведінкову складові системи охорони здоров'я, інтегруючи їх в гуманістичну парадигму.

Аксіологічний підхід в публічному управлінні сферою охорони здоров'я визначено як спосіб побудови та реалізації організаційно-правового механізму, що базується на пріоритетності прав людини, дотриманні принципу гідності, рівного доступу до медичних послуг, справедливого розподілу ресурсів,

прозорості адміністративних рішень, підзвітності управлінських структур та обов'язковому врахуванні позицій пацієнтів. Визначено, що такий підхід реалізується через організаційно-правовий механізм: правових гарантій (право на доступ, інформовану згоду, приватність), етичних процедур (наглядові ради, комітети з етики, моніторинг), цифрових сервісів (електронні кабінети пацієнтів, автоматизовані платформи зворотного зв'язку), системи оцінювання (індикатори довіри, доступності, ефективності, моральної легітимності).

Ключовими елементами аксіологічного підходу, згідно з авторською концепцією, є:

- інституціоналізація цінностей (включення етичних стандартів у нормативні документи та професійні протоколи);
- інклюзивність (забезпечення участі всіх стейкхолдерів, включаючи пацієнтів і громадські організації);
- відкритість (створення процедур прозорого ухвалення рішень та публічної звітності);
- інтегрованість (поєднання правових, адміністративних, цифрових та етичних механізмів);
- результативність (орієнтація не лише на ефективність, а й на моральну виправданість результатів).

Таким чином, сформульоване визначення аксіологічного підходу до управління охороною здоров'я дозволяє перейти від декларативного гуманізму до реального механізму впровадження цінностей у державну політику та адміністративну практику.

На підставі герменевтичного розуміння Конституції України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, закони «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про захист персональних даних», «Про місцеве самоврядування в Україні», постанови Кабінету Міністрів України, підзаконні нормативні акти МОЗ та НСЗУ було визначено, що українське законодавство містить лише окремі положення про права

пацієнтів, доступність медичної допомоги, автономію та етичність управління, аксіологічна цілісність відсутня.

Було встановлено, що нормативно-правова база у сфері охорони здоров'я є фрагментарною, побудованою за секторальним принципом, часто суперечливою і не містить єдиного концептуального ціннісного ядра. Значна кількість норм має декларативний характер, а механізми їх реалізації залишаються невизначеними або недостатньо деталізованими. Наприклад, право на гідність пацієнта зафіксовано в ряді нормативних актів, однак не супроводжується процедурами контролю за дотриманням цього принципу. Водночас такі складові механізму управління, як етична відповідальність управлінців, прозорість ухвалення рішень, незалежна оцінка якості послуг, не врегульовані законодавчо.

Основною вадою чинної нормативної системи є відсутність аксіологічної інтеграції – єдиної системи цінностей, яка б визначала сенс, спрямування та межі правового регулювання. Це ускладнює реалізацію прав пацієнтів, знижує довіру до медичних і управлінських інституцій, а також унеможлиблює формування стійкої системи відповідальності у сфері охорони здоров'я. Зокрема, система фінансових гарантій не завжди враховує потреби вразливих груп, а процедури розподілу ресурсів – принцип справедливості.

З метою удосконалення правового регулювання запропоновано комплексну модель реформування, яка включає: – розробку Концепції аксіологічного регулювання охорони здоров'я з визначенням базових принципів (гідність, солідарність, справедливість, участь, автономія); – гармонізацію національного законодавства з нормами і принципами Директив ЄС (зокрема Директиви 2011/24/ЄС), Європейської соціальної хартії, Європейської хартії прав пацієнтів; – імплементацію обов'язкової етичної оцінки управлінських рішень на всіх рівнях; – створення правового механізму обов'язкового моніторингу стандартів доступності, якості та прозорості медичних послуг.

Таким чином, реалізація ціннісного підходу до правового регулювання має стати основою для формування не лише ефективного, але й морально легітимного управління у сфері охорони здоров'я.

Встановлено, що ефективність публічного управління в медичній сфері безпосередньо залежить від якості інституційної архітектури, чіткого розподілу повноважень та наявності процедур координації між учасниками. У дисертації визначено, що сучасна система суб'єктів управління включає органи центральної виконавчої влади (МОЗ, НСЗУ, Кабінет Міністрів України), місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, комунальні та державні медичні установи, недержавні суб'єкти (громадські організації, об'єднання, професійні асоціації, цифрові платформи).

Аналіз функціональної взаємодії показав, що між цими суб'єктами існують значні суперечності, які пов'язані з дублюванням повноважень, відсутністю горизонтальної координації, низьким рівнем прозорості ухвалення рішень і слабкою правовою визначеністю процедур взаємодії. Наприклад, співпраця між МОЗ та органами місцевого самоврядування часто зводиться до розподілу ресурсів, без формування спільного ціннісного бачення політики. НСЗУ, яка виконує ключову функцію замовника послуг, діє в межах жорсткої правової логіки контрактування, без врахування моральних, соціальних і етичних критеріїв оцінки якості медичної допомоги.

Обґрунтовано необхідність створення механізмів системної аксіологічної координації між суб'єктами. Така координація має передбачати: – наявність спільного стандарту цінностей (етичний кодекс публічного управління у сфері охорони здоров'я); – регулярні міжінституційні консультації щодо етичних ризиків реформ і рішень; – участь а громадськості в управлінні закладами охорони здоров'я через дорадчі органи, наглядові ради, етичні комітети; – цифрове забезпечення відкритості взаємодії (електронні кабінети пацієнтів, публічні рейтинги лікарень, індикатори доступності й підзвітності).

Доведено, що лише побудова моделі управління, заснованої на довірі, взаємній відповідальності та спільному ціннісному фундаменті, дозволить забезпечити ефективне функціонування публічного сектору у сфері охорони здоров'я.

Встановлено, що незважаючи на офіційно задекларовані права пацієнтів та базові принципи медичної етики, механізми їх реалізації в управлінській практиці залишаються слабо розвиненими або формалізованими. Аналіз ситуації у сфері охорони здоров'я засвідчив, що основні аксіологічні принципи – гідність, рівність, справедливість, участь, автономія, солідарність – не інтегровані в адміністративні процедури, фінансове планування, кадрову політику та системи моніторингу.

З огляду на складну соціально-економічну ситуацію, спричинену повномасштабною війною, внутрішніми міграціями, кризою інфраструктури та браком ресурсів, значна частина населення втратила рівний доступ до медичних послуг. Це особливо стосується мешканців деокупованих і прифронтових територій, осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб, багатодітних сімей, самотніх людей похилого віку. Така нерівність порушує не лише формальне право на охорону здоров'я, а й саму суть цінностей, на яких має базуватися державна політика. У таких умовах вартість аксіологічного підходу зростає в геометричній прогресії, оскільки саме він дозволяє повернути фокус уваги управлінських рішень до людини як центральної фігури системи.

Дослідження показало, що нинішня організаційно-правова система не створює належних умов для реалізації етичних принципів в управлінні. В Україні відсутні незалежні органи оцінювання етичності управлінських рішень, недостатньо функціонує система моніторингу порушень прав пацієнтів, етичні комітети створюються лише у вибіркових медичних установах і здебільшого не мають впливу на процеси прийняття рішень на макрорівні. Професійна освіта публічних службовців у сфері охорони здоров'я

досі не містить системної аксіологічної підготовки, що призводить до технократичного й вузько-правового трактування функцій управління.

Запропоновано інституціоналізувати реалізацію аксіологічних принципів через такі інструменти: – запровадження етичного аудиту рішень органів охорони здоров'я; – створення незалежних платформ для звітності щодо дотримання прав пацієнтів; – розробка системи індикаторів ціннісної ефективності медичних послуг; – обов'язкове залучення громадських представників до органів управління медичних закладів; – реформування професійної підготовки управлінців шляхом введення окремих модулів з аксіології управління.

Таким чином, лише за умов глибокої інтеграції аксіологічних принципів у структуру управлінських рішень, їх процедурне закріплення та моніторинг виконання можлива побудова дійсно гуманістичної системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби громадян і здатної функціонувати в умовах національної кризи.

Здійснено системний порівняльний аналіз практик країн Європейського Союзу, а також Канади, Ізраїлю, Великої Британії, Норвегії та Швеції. У результаті встановлено, що ефективні моделі управління охороною здоров'я в цих країнах ґрунтуються не лише на технічних чи інституційних елементах, а насамперед – на ціннісних орієнтирах, які закладено в основу законодавства, організації медичних послуг, управлінських стратегій, професійної етики та публічної комунікації.

Зарубіжні системи охорони здоров'я, зокрема шведська, демонструють високий рівень інтеграції аксіологічних принципів у публічне управління. У Швеції система функціонує за принципами «доступність + гідність + участь», які чітко закріплено в законодавстві, зокрема в Законі про охорону здоров'я та медичні послуги. В Ізраїлі механізми реалізації етичних принципів підкріплені структурно – через інститути національної етичної ради, незалежного пацієнтського омбудсмана, детальний регламент прав та обов'язків пацієнтів.

У Канаді аксіологічна модель реалізується через глибоку інтеграцію правових та соціальних інструментів: система охорони здоров'я є безкоштовною, універсальною, але водночас підпорядкованою принципам рівності, відповідальності та взаємної поваги.

Проведений аналіз засвідчив, що позитивні приклади можуть бути адаптовані в Україні з урахуванням соціальних і політичних реалій. Насамперед, йдеться про: – запровадження омбудсмена з прав пацієнтів з незалежним мандатом і ресурсною автономією; – законодавче закріплення обов'язкової присутності представників громадськості в процесі прийняття рішень у системі охорони здоров'я; – створення національного реєстру дотримання етичних стандартів і прав пацієнтів; – запровадження регулярної етичної експертизи політик та реформ; – використання цифрових платформ для оцінки морального впливу адміністративних рішень на соціальні групи.

Обґрунтовано, що запозичення міжнародного досвіду має відбуватися не як механічне копіювання, а як творча адаптація – з урахуванням українського контексту, традицій, інституційних можливостей і ментального сприйняття державної влади. Саме поєднання ціннісної традиції і стратегічного прагматизму дає змогу сформувати сталу, соціально орієнтовану систему охорони здоров'я в Україні, яка відповідатиме як національним потребам, так і європейським критеріям якості.

Сформовано бачення стратегії ціннісного реформування публічного управління в медичній сфері. Доведено, що ефективне вдосконалення механізму можливе лише за умов, коли інституційні, правові та організаційні зміни ґрунтуватимуться на фундаментальних аксіологічних принципах – людській гідності, соціальній справедливості, участі громадян, рівному доступі до ресурсів, прозорості та підзвітності.

Перспектива реформування як комплексного процесу включає щонайменше чотири рівні: нормативний, інституційний, процедурний та ментальний. На нормативному рівні визначено необхідність закріплення

базових цінностей охорони здоров'я у загальних законах України та підзаконних актах. Доцільним є прийняття спеціального рамкового Закону України «Про засади аксіологічної політики у сфері охорони здоров'я»; – гармонізацію чинного законодавства з положеннями Директив ЄС, зокрема Директиви 2011/24/ЄС, що визначає права пацієнтів у транскордонній медичній допомозі; а також створення системи незалежної правової, управлінської та етичної експертизи проєктів нормативно-правових актів.

На інституційному рівні акцент зроблено на створенні та модернізації органів, здатних забезпечити реалізацію аксіологічних засад. Зокрема, обґрунтовано потребу в: – заснуванні Національного етичного центру при Кабінеті Міністрів України; – інституалізації незалежного інституту омбудсмена з прав пацієнтів; створенні спільних консультативно-координаційних рад МОЗ, громадських організацій, професійних асоціацій і спільнот.

Процедурний рівень реформування передбачає зміну логіки ухвалення рішень. Запропоновано: – запровадити механізм обов'язкової публічної оцінки рішень у сфері охорони здоров'я з боку громадян і незалежних експертів; – розробити відкриті етичні протоколи розподілу ресурсів; – впровадити цифрові платформи, які дозволяють пацієнтам впливати на прийняття управлінських рішень та надавати зворотний зв'язок щодо якості медичних послуг; – проводити регулярний аудит доступності, своєчасності та безпеки медичної допомоги.

Ментальний рівень реформ передбачає трансформацію управлінського мислення – від технократичного до ціннісно зорієнтованого. Необхідно: – інтегрувати аксіологічні модулі в програми підготовки та перепідготовки управлінців у сфері публічного управління та охорони здоров'я; – змінити КРІ органів охорони здоров'я, включивши до них індикатори етичності, прозорості, соціального впливу; – підтримати просвітницькі кампанії серед населення,

спрямовані на формування культури гідності, поваги до прав пацієнтів і активної участі в контролі за системою охорони здоров'я.

Євроінтеграційний вимір перспектив реформування розглянуто як можливість не лише юридичного зближення з Європейським Союзом, а й як інструмент морального оновлення державної політики. Приєднання до ціннісного простору ЄС передбачає переорієнтацію всіх сфер публічного управління на людиноцентризм, дотримання прав людини, сталий розвиток і соціальну згуртованість. Саме тому реформування організаційно-правового механізму охорони здоров'я має відбуватись у логіці «цінність → політика → інституція → результат».

Таким чином, перспективи удосконалення публічного управління охороною здоров'я в Україні полягають не лише у технічній модернізації чи фінансовій стабілізації, а передусім – у формуванні ціннісно наповненого, морально легітимного механізму, який забезпечуватиме не тільки ефективність, а й справедливість, повагу, рівність і довіру суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко М.А. Організаційно-правовий механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07 / Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого. Харків, 2021. 458 с.
2. Бабенко М.М., Немченко А.С., Назаркіна В.М., Косяченко К.Л. Публічне (державне) управління в охороні здоров'я та фармації: сучасний понятійно-категоріальний апарат // Публічне управління та регіональний розвиток. 2023. № 1. С. 229–241
3. Баранник Л.Б. Здоров'я населення як індикатор розвитку соціального капіталу в Україні // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Економіка». 2019. № 12(40). С. 64–69
4. Баско А.В. Реалізація органами місцевого самоврядування державної політики у сфері охорони здоров'я населення // Київський часопис права. 2024. № 2. С. 119–125. DOI: <https://doi.org/10.32782/klj/2024.2.18>
5. Бобак А.І., Держко І.З. Особливості організаційно-правових реформ у реалізації державної політики охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічних трансформацій // Публічне управління та митне адміністрування. 2024. № 4 (43). С. 5–9
6. Борщ С.В. Удосконалення державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. управління. Х., 2020. 42 с.
7. Бюджетний кодекс України: Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України. 2010. № 50–51. Ст. 572. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
8. В Україні збільшується кількість телемедичних консультацій. Вебсайт МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukraini-zbilshuetsja-kilkist-telemedichnih-konsultacij>

9. Васюк Н. Трансформаційний механізм формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я: пошук моделі // *Zeszyty Naukowe Collegium Witelona*. 2024. № 51(2). С. 37–48
10. Вашев О. Є., Хижняк С. В. Правові механізми розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я // *Теорія та практика державного управління*. 2024. Вип. 2 (79). С. 314–327. DOI: <http://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-15>.
11. Войналович І. Завдання соціально-гуманітарної політики збереження людського капіталу України в умовах війни // *Modeling the Development of the Economic Systems*. 2023. № 7. С. 226–232
12. Гавва О.А. Методологічні аспекти дослідження ролі органів місцевого самоврядування в управлінні надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я // *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. Вип. 6. С. 209–215. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.35>
13. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: дис. ... д-ра наук з держ. управління: 25.00.02 / Чорномор. нац. ун-т ім. Петра Могили. Миколаїв, 2022. 434 с.
14. Гавриченко Д.Г., Козирєва О.В., Попова Т.О., Сергієнко Л.В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій // *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії і практики*. 2022. № 1(42). С. 125–132
15. Гомоляко О. В. Організаційно-правові механізми впровадження публічної політики в Україні // *Вісник НАДУ*. 2020. №12. С. 102–115. DOI: [10.32702/2307-2156-2020.12.102](http://doi.org/10.32702/2307-2156-2020.12.102).
16. Горбань Д.А. Організація охорони здоров'я України: основні принципи та моделі // *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. № 8. С. 21–29

17. Гражевська Н., Тингішева А. Державне управління та регулювання системи охорони здоров'я в зарубіжних країнах // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка. 2021. №1(214). С. 12–14. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2667.2021/214-1/3>
18. Грішнова О.А., Брінцева О.В. Розвиток людського капіталу у сфері охорони здоров'я в Україні: проблеми фіктивізації та шляхи їх подолання // Економіка та держава. 2023. № 5. С. 56–62
19. Демінська Л.О. Аналіз основних положень аксіологічної науки у філософському та педагогічному аспекті // Теорія та методика фізичного виховання. 2011. №11. С. 41–44
20. Дьомін Р.О. Удосконалення нормативного регулювання процесу ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я // Журнал міжнародного права та публічного управління. 2023. №1. С. 92–96. DOI: <https://doi.org/10.55075/2786-5851.2023.1.14>
21. Електронна система безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/uk/ebpr>
22. Європейська хартія місцевого самоврядування від 15.10.1985 // Ратифікована Законом України від 15.07.1997 № 452/97-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1997. № 38. Ст. 249. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_036#Text
23. Європейська хартія прав пацієнтів [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_service_s_co108_en.pdf
24. Забаштанський М., Забаштанська Т. Сучасні аспекти стратегічного планування функціонування та розвитку суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я в умовах цифровізації // Проблеми і

перспективи економіки та управління. 2023. № 4(36). С. 103–111. DOI: [https://doi.org/10.25140/2411-5215-2023-4\(36\)-103-111](https://doi.org/10.25140/2411-5215-2023-4(36)-103-111)

25. Забаштанський М.М., Зуб І.М., Ломонос Р.І., Фенна М.М. Організаційно-економічний механізм розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я // Вчені записки Університету «КРОК». 2023. № 3(71). С. 67–75. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2023-71-67-75>

26. Засоріна Г.В. Аксіологічні засади управління охороною здоров'я в контексті збереження людського капіталу України // Інвестиції: практика та досвід. 2023. № 24. С. 38–44

27. Зенченко Н.С., Сиза О.І., Савченко О.М. Взаємозв'язок фінансового забезпечення медичної допомоги населенню та людського капіталу // Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects. Proceedings of the 9th Int. scientific and practical conf. Berlin, 2022. Рр. 81–86

28. Зуб І.М. Організаційно-економічний механізм розвитку сфери охорони здоров'я в Україні : дис. ... д-ра філософії : 051 Економіка / Нац. ун-т «Чернігівська політехніка». Чернігів, 2023. 242 с.

29. Іванчов П.В. Стан охорони здоров'я в Україні: соціально-демографічний аспект // Економіка та суспільство. 2021. Вип. 24. С. 98–104. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-24-52>

30. Івашев Є.В. Вплив аксіології права на розвиток теорії прав людини // Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ. 2013. № 1. С. 112–119

31. Кавецька А.В., Нечитайло А.Є., Кавецький В.В. Організація управління людським капіталом в закладах охорони здоров'я // Економіка та суспільство. 2023. № 57. С. 353–360

32. Катинська Л.Р. Право на своєчасну медичну допомогу: механізм забезпечення // Медичне право. 2023. № 1(31). С. 43–51

33. Качур А. С. Адміністративно-правові засади діяльності закладу охорони здоров'я в системі Національної служби здоров'я України : дис. ... д-ра філософії : 081 Право. Київ, 2023. 206 с.
34. Качур А. С. Місце і роль Національної служби здоров'я України у процесі забезпечення охорони здоров'я. Юридичний науковий електронний журнал. 2022. № 10. С. 419–421.
35. Квітка С., Миргородська М. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення // Аспекти публічного управління. 2024. Т. 12, № 1. С. 14–21. DOI: <https://doi.org/10.15421/152402>.
36. Кіщак І.Т., Хомутовська І.І., Саваріна І.П. Теоретичні засади вибору організаційно-правової форми господарювання в Україні // Modern Economics. 2021. № 25. С. 79–85
37. Коваль Н.О. Проблеми збереження та формування людського капіталу в Україні в умовах війни // УДК 331.101. Вінницький національний технічний університет. 2023. С. 1–8
38. Кожем'якіна С.М., Шабранська Н.І. Цілі розвитку людського капіталу в стратегіях розвитку та відновлення Києва і Київської області // Економіка та суспільство. 2023. Вип. 56. С. 353–360
39. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Методологічні підходи до публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я в Україні // Бізнес Інформ. 2023. № 7. С. 36–41
40. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення // Бізнес Інформ. 2024. № 2. С. 36–46
41. Коломієць С., Маслова Т. Аксіологічний вимір вищої освіти України як чинник впливу на її розвиток // Advanced Linguistics. 2023. №11. С. 161–168. DOI: 10.20535/2617-5339.2023.11.277998

42. Конвенція про захист прав людини і гідності людини у зв'язку із застосуванням біології та медицини: Конвенція про права людини і біомедицину (Ов'єдська конвенція) від 04.04.1997 // URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_525#Text
43. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>
44. Корнілова О.В. Розвиток системи охорони здоров'я як передумова якісного відтворення людського капіталу // Економіка та суспільство. 2023. Вип. 48. С. 244–250. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-48-87>
45. Костенюк Н.І. Аксіологічний контекст публічного управління сферою охорони здоров'я України // Наукові перспективи. 2025. № 2(56). С. 338–347. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-2\(56\)-338-347](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-2(56)-338-347)
46. Кравчик Ю.Ю., Шевченко Д.В. Людський капітал у контексті соціального середовища України // Інфраструктура ринку. 2023. № 74. С. 64–69. DOI: <https://doi.org/10.32843/infrastruct74-11>
47. Крижевський А.В. Організаційно-правовий механізм впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні // Юридичний бюлетень. 2020. Вип. 17. С. 18–25
48. Кубко А.Є. Трансформація завдань держави: телеологічний та аксіологічний аспекти // Бюлетень Міністерства юстиції України. 2019. № 3(209). С. 40–46.
49. Кудлик Н. Вплив аксіології правової та соціальної держави і мережових технологій на суспільно-владну взаємодію у сфері економічного розвитку // Науковий вісник: Державне управління. 2024. № 1(15). С. 176–190. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2024-1\(15\)-176-190](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2024-1(15)-176-190).
50. Кучук А.М. Реформування публічного управління в умовах воєнного часу: аксіологічний аспект // Проблеми сучасних трансформацій.

Серія: право, публічне управління та адміністрування. 2024. №12. С. 1–15.
DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-12-02-09>

51. Логвиненко Б.О. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні // Національний юридичний журнал: теорія і практика. 2017. № 12. С. 55–58

52. Ломакін А.М. Аксіологічні засади організаційно-правового механізму конвергенції діяльності ЄС у сфері політики охорони здоров'я // Публічне урядування №2. 2024. С. 41-46. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2\(39\)-5](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2(39)-5)

53. Ломакін А.М. Забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг як чинник розвитку людського капіталу в Україні: управлінський аспект // Держава та регіони. №1, 2024. С. 68-74. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.11>

54. Ломакін А.М. Організаційно-правові засади фінансування протезування: проблеми та перспективи // Публічне управління та адміністрування в Україні. №33, 2023. С. 86-90. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.33.15>.

55. Лондар Л.П. Розвиток людського капіталу в Україні за рахунок розширення можливостей державних фінансів // Освітня аналітика України. 2021. № 1(12). С. 21–34

56. Малько О.Д., Бригада О.В., Цимбал Б.М. Адаптація нормативно-правового забезпечення охорони праці до європейських стандартів // Комунальне господарство міст. 2022. Т. 6, № 173. С. 160–169. DOI: [10.33042/2522-1809-2022-6-173-160-169](https://doi.org/10.33042/2522-1809-2022-6-173-160-169).

57. Мамчин М.М., Колядич М.М., Фуртак І.І. Управління системою охорони здоров'я України на сучасному етапі її реформування // Проблеми економіки та управління. 2019. Вип. 4. С. 104–111. DOI: <https://doi.org/10.23939/semi2019.04.104>

58. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементація стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти // Вісник економіки. 2021. № 3. С. 66–83. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2021.03.066>
59. Мельниченко О.А. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень // Таврійський науковий вісник. 2022. № 4. С. 40–45. DOI: <https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2022.4.5>
60. Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я як предмет наукових досліджень // Таврійський науковий вісник. 2022. № 4. С. 40–45. DOI: <https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2022.4.5>
61. Миронов А. Суб'єкти державного контролю у сфері охорони здоров'я: адміністративно-правовий вимір // Публічне право. 2019. № 3 (35). С. 85–91. DOI: <https://doi.org/10.37374/2019-35-10>
62. Миронов А.Г. Адміністративно-правове забезпечення державного контролю у сфері охорони здоров'я : дис. ... д-ра філософії : 081 – право. Запоріжжя, 2020. 188 с.
63. Мойсеєнко М. І., Кузишин М. М., Туровська Л. В., Мазуренко Ю. С., Петришин М. Л., Мазуренко О. О. Великі мовні моделі штучного інтелекту в медицині // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. 2024. Вип. 72. С. 73–85. DOI: 10.31652/2412-1142-2024-72-73-88.
64. Мороз Н.В., Залізна Л.В., Луговський С.В. Інвестиції у сферу охорони здоров'я України // Економіка та суспільство. 2023. № 57. С. 121–125
65. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я // Вісник АПСВТ. 2020. № 1–2. С. 43–52

66. Мумладзе А.О., Ломачинська І.А. Людський капітал як складова інноваційно-орієнтованої економіки // Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова. 2021. Т. 26. Вип. 4(89). С. 26–30
67. Надюк З.О. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я // Теорія та практика державного управління. 2006. Вип. 2(14). С. 193–197
68. Надюк З.О. Функції рівнів державного управління у сфері охорони здоров'я // Публічне управління і адміністрування в Україні. 2018. Вип. 3. С. 21–25
69. Назарко Ю.В. Методологічні засади дослідження права на охорону здоров'я як об'єкта правозахисної діяльності : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.12 / Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого. Харків, 2021. 498 с.
70. Немченко А. С., Назаркіна В. М., Попова І. А., Бабенко М. М. Державне (публічне) управління у системі охорони здоров'я і фармації : навч. посіб. Харків : НФаУ, 2023. 150 с.
71. Нікогосян Л.Р., Асєєва Ю.О. Аксіологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі // Science and Education. 2017. №4. С. 33–37. DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2017-4-6>
72. Ніколюк О.В., Брюшкова Н.О., Зварич С.І. Організаційно-інформаційний механізм публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні // Наукові інновації та передові технології. 2023. № 14(28). С. 144–155. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-14\(28\)-144-155](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-14(28)-144-155)
73. Оболенський О.Ю., Косицька В., Рвач А. Штучний інтелект у публічному управлінні: вимоги, проблеми та ризики // Вісник Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана. 2023. № 33. С. 121–132. DOI: 10.33111/vz_kneu.33.23.04.10.068.074.

74. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
75. Пазєєва Г.М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту // Вчені записки Університету «КРОК». 2021. № 4(64). С. 36–46. DOI: 10.31732/2663-2209-2021-64-36-46
76. Піняжко О.Б., Заліська О.М. Методичні підходи до проведення оцінки технологій охорони здоров'я в Україні на основі європейської моделі // Соціальна фармація в охороні здоров'я. 2015. Т. 1, № 2. С. 44–54
77. Правило О.І. Правове регулювання охорони здоров'я в Україні // Аналітично-порівняльне правознавство. 2024. № 3. С. 390–395
78. Прасол В. П. Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні : дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / Харківський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України. Харків, 2021. С. 11–19
79. Приходченко Л.Л., Лесик О.В. Управління системою охорони здоров'я: класифікація світових моделей та вітчизняний досвід їх впровадження // Публічне управління і адміністрування в Україні. 2022. Вип. 30. С. 64–70
80. Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів: Постанова Кабінету Міністрів України від 9 грудня 2020 р. № 1236. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1236-2020-п>
81. Про організацію виконання Закону України «Про доступ до публічної інформації» у Міністерстві охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 06 трав. 2014 р. № 299 // Офіційний вісник України. – 2014. – № 43. – С. 45–49. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0557-14> (дата звернення: 06.05.2025).

82. Про дотримання прав людини у сфері охорони здоров'я : щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини за 2023 рік. – Київ, 2024. – 112 с. – URL: https://ombudsman.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/Щорічна_довідка_Уповноваженого_за_2023_рік.pdf (дата звернення: 06.05.2025).

83. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

84. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI // Відомості Верховної Ради України. 2010. № 40. Ст. 524. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text>

85. Про доступ до публічної інформації: Закон України від 13.01.2011 № 2939-VI // Відомості Верховної Ради України. 2011. № 32. Ст. 314. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17#Text>

86. Про електронну систему охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 19 березня 2018 р. № 504 // Офіційний вісник України. 2018. № 34. Ст. 1211. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0467-18#Text>

87. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 № 996 // Офіційний вісник України. 2010. № 84. Ст. 2952. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-п#Text>

88. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України від 18 березня 2004 р. № 1629-IV // Відомості Верховної Ради України. 2004. № 29. Ст. 367. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15#Text>

89. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2:

Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-п>

90. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 р. № 156-VIII // Відомості Верховної Ради України. 2015. № 13. Ст. 88. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text>

91. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки : Постанова Каб. Міністрів України від 10.01.2002 № 14 : станом на 1 листоп. 2011 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-п#Text> (дата звернення: 09.04.2025).

92. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації деяких категорій населення, переліку таких засобів : постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 № 321. Офіційний вісник України. 2012. № 30. Ст. 1103.

93. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 // Офіційний вісник України. 2012. № 83. Ст. 3352. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1816-12#Text>

94. Про затвердження Порядку реалізації програми медичних гарантій: Постанова КМУ від 25.04.2018 № 410 // Офіційний вісник України. 2018. № 39. Ст. 1417. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п#Text>

95. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI // Відомості Верховної Ради України. 2010. № 34. Ст. 481. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>

96. Про культуру: Закон України від 14 грудня 2010 р. № 2778-VI // Відомості Верховної Ради України. 2011. № 24. Ст. 168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2778-17#Text>

97. Про затвердження дорожньої карти впровадження медичного страхування : наказ МОЗ України від 25 серп. 2023 р. № 1530 // База даних

«Законодавство України» / Верховна Рада України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v1530282-23> (дата звернення: 06.05.2025).

98. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1997. № 24. Ст. 170. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр#Text>

99. Про Національну стратегію у сфері прав людини: Указ Президента України від 24.03.2021 № 119/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/119/2021#Text> (дата звернення: 09.04.2025).

100. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події: Постанова Каб. Міністрів України від 16.12.2020 № 1271. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-п#Text> (дата звернення: 09.04.2025).

101. Про основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

102. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. Відомості Верховної Ради України. 1991. № 21. Ст. 252.

103. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 19. Ст. 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

104. Про публічно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI // Відомості Верховної Ради України. 2010. № 40. Ст. 524. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text>

105. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. Голос України. 2020. № 233.

106. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX // Відомості Верховної Ради України. 2021. № 8. Ст. 59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

107. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX // Відомості Верховної Ради України. 2023. № 26. Ст. 93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

108. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 лип. 2021 р. ; введено в дію Указом Президента України від 20 серп. 2021 р. № 369/2021 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/n0052525-21> (дата звернення: 06.05.2025).

109. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text>

110. Про схвалення Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 2 грудня 2020 р. № 1556-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-p#Text>

111. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р // Урядовий кур'єр. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-p#Text>

112. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2022 р. № 1575-р // Офіційний вісник України. 2023. № 1. Ст. 8. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1575-2022-p#Text>

113. Про утворення Міжвідомчої координаційної комісії з питань регіонального розвитку: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 вересня

2015 р. № 714 // Урядовий кур'єр. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/714-2015-п#Text>

114. Про утворення наглядових рад у закладах охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2023 р. № 1221 // Офіційний вісник України. 2023. № 94. Ст. 4832. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1221-2023-%D0%BF#Text>

115. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: Указ Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722/2019 // Офіційний вісник Президента України. 2019. № 28. Ст. 965. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>

116. Проект Закону України «Про штучний інтелект» (2022). URL:
<https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-rozvytok-shtuchnoho-intelektu-v-ukraini>

117. Пушкаренко С.О. Інституційний механізм захисту прав людини в системі публічного управління : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2021. 456 с.

118. Радишевська О. Аксіологічні детермінанти вітчизняного і європейського адміністративного права (на прикладі права на здоров'я і його охорону) // Публічне право. 2019. № 4 (36). С. 37–43. DOI:
<https://doi.org/10.37374/2019-36-04>

119. Радченко О.П., Лагодієнко В.В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2021. Т. 21, Вип. 4(47). С. 34–46. DOI:
[https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1\(47\).226925](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1(47).226925)

120. Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я України. URL:
<https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/База%20знань%20EHEALTH/Рамка%20цифрової/Рамка%20цифрової%20компетентності%20працівника%20охорони%20здоров'я%20України.%20Версія%201.0.pdf>

121. Рачинський А. П. Інтеграція штучного інтелекту в урбанізаційні процеси задля сталого розвитку територій // Інвестиції: практика та досвід. 2024. № 4. С. 190–195. DOI: 10.32702/2306-6814.2024.4.190.
122. Робель Я. Впровадження належного врядування на місцевому та регіональному рівнях в аксіологічній системі Ради Європи // Державне управління та місцеве самоврядування. 2022. № 5 (23). С. 114–127. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2022-5\(23\)-114-127](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2022-5(23)-114-127).
123. Розділ «Кібербезпека». Вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/kiberbezpeka>
124. Сакун Л.М., Бутурлим Т.Є., Павлуша Т.В. Проблеми та перспективи інвестування в людський капітал в умовах воєнного часу // Development Service Industry Management. 2025. № 9(6). С. 46–52
125. Самофалов Д.О. Впровадження системи електронного здоров'я як складової публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід // Public Administration and Local Government. 2020. № 1(44). С. 92–99. DOI: 10.33287/102012
126. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід громадських консультацій як форми комунікації громадськості, що впливає на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я // Теорія та практика державного управління. 2020. № 2(69). С. 233–239. DOI: 10.34213/tp.20.02.28
127. Сарibaєва Г.М. Наукові дослідження державного управління в галузі охорони здоров'я // Порівняльно-аналітичне право. – 2017. – № 5. – С. 266–269
128. Скрипник О.А. Еволюція принципів формування та прийняття державно-управлінських рішень у системі державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2013. № 2 (42). С. 24–27.

129. Солоненко І.М., Сабліна Л.В., Єна А.І. Наукові засади перебудови управління та фінансування у сфері охорони здоров'я // Вчені записки Університету «КРОК». 2020. № 3 (59). С. 155–164
130. Стахів О.В. Управління системним розвитком закладів охорони здоров'я: методологія, механізми, інституційне забезпечення : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2020. 502 с.
131. Стахів О.В. Управління системним розвитком закладів охорони здоров'я: дис. ... д-ра філософії: 073 – Менеджмент. Тернопіль, 2023. С. 4–7
132. Суворов В. П. Координація як механізм реалізації концепції багаторівневого управління в Україні // Теорія та практика державного управління. 2023. Вип. 2 (77). С. 54–69. DOI: <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2023-2-04>
133. Терещук В. Аксіологічні аспекти функціонування системи публічного адміністрування в Україні // Innovative Solutions in Modern Science. 2020. №1(37). С. 142–150. DOI: 10.26886/2414-634X.1(37)2020.9
134. Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом від 27.06.2014 // Офіційний вісник України. 2014. № 75. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
135. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: ратифікована Законом України від 16.09.2014 № 1678-VII // Офіційний вісник України. 2014. № 75. Т. 1. Ст. 2125. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
136. Україна та Угода про асоціацію: моніторинг виконання 2014–2019 рр. / ГО «Український центр європейської політики». URL: <https://www.kas.de/uk/web/ukraine/einzeltitel/-/content/ukraina-ta-ugoda-pro-asociaciu-monitoring-vikonanna-2014-2019>

137. Фальковський А. О. Особливості доступу до нематеріальних культурних цінностей у період пандемії COVID-19: організаційно-правові аспекти // Публічне право. 2023. № 2 (50). С. 28–36. DOI: 10.32782/2306-9082/2023-50-3.
138. Фальковський А. О. Аксіологічний підхід в методології сучасної юриспруденції : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.12 / А. О. Фальковський ; Нац. ун-т "Одес. юрид. акад.". – Одеса, 2011. – 17 с.
139. Фальковський А.О., Ломакін А.М. Аксіо-нормативні основи публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні в світлі біоетичних декларацій ЮНЕСКО // Право та державне управління. 2024. № 3. С. 110–114. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.3.15>
140. Хартія багаторівневого врядування в Європі (Charter for Multi-level Governance in Europe), ухвалена Комітетом регіонів ЄС 3 квітня 2014 р. URL: <http://cor.europa.eu/en/activities/governance/Documents/mlg-charter/en.pdf>
141. Хмелік В. Аналіз сучасного стану та тенденції розвитку сфери охорони здоров'я України // Вісник Хмельницького національного університету. 2024. № 1. С. 18–22. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-326-3>
142. Цифрова трансформація охорони здоров'я: стратегія МОЗ. Вебсайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/ehealth>
143. Черевко Г., Вовк І. Здоров'я як елемент людського капіталу та чинник економічного зростання. Аграрна політика і вдосконалення економічних відносин в АПК. 2023. № 30. С. 7–15
144. Шевчук Р.В. Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Міжрегіон. акад. упр. персоналом. Київ, 2023. 426 с.
145. Шишкін В.С. Оцінка доступності медичних послуг як складової якості життя населення // Економіка та суспільство. 2024. № 66. С. 327–335

146. Щирба М.Ю. Правовий статус пацієнтів: теоретико-правове дослідження: автореф. дис. д-ра юрид. наук: 12.00.01 / Нац. ун-т «Львівська політехніка». Львів, 2021. 47 с.
147. Щиріна К.В. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі антикризового управління в закладі охорони здоров'я: дис. ... д-ра філософії. Київ, 2024. С. 2–6
148. Якобчук В.П., Іванюк О.В., Круть В.В. Управління інформаційними технологіями в сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану // Економічний простір. 2024. № 195. С. 193–200. DOI: <https://doi.org/10.30838/EP.195.193-200>.
149. Яремко І.І. Адаптація організаційно-економічного механізму управління сучасним медичним закладом до реалій трансформації системи охорони здоров'я в Україні // Ефективна економіка. 2021. № 12. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=9585>
150. 8 корисних медичних чат-ботів для українців. Вебсайт HUBZ. URL: <https://hubz.ua/news/8-korysnyh-medychnyh-chat-botiv-dlya-ukrayintsiv/>
151. Alshareef A.H.M. et al. Management and Administration: Comprehensive Review of Governance Models and Organizational Adaptability in Health Systems // Journal of Ecohumanism. 2024. Vol. 3, No. 8. Pp. 6775–6784. DOI: <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5345>
152. Cardinaal E. et al. Governance of academic medical centres in changing healthcare systems: An international comparison // Health Policy. 2022. Vol. 126, No. 5. Pp. 613–618. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.011>
153. Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of the European Union. 2012. C 326. P. 391–407. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>
154. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention). Council of Europe. 1997. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_525#Text

155. Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work // Official Journal of the European Communities. 1989. L 183. P. 1–8. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A31989L0391>
156. Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use // Офіційний вісник ЄС. 2001. L 311. С. 67–128. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32001L0083>
157. Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells // Офіційний вісник ЄС. 2004. L 102. С. 48–58. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32004L0023>
158. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications // Офіційний вісник ЄС. 2005. L 255. С. 22–142. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>
159. Directive 2010/63/EU of the European Parliament and of the Council of 22 September 2010 on the protection of animals used for scientific purposes // Офіційний вісник ЄС. 2010. L 276. С. 33–79. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32010L0063>
160. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare // Офіційний вісник ЄС. 2011. L 88. С. 45–65. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32011L0024>
161. European Charter of Patients' Rights. Active Citizenship Network. 2002. 8 с. URL: https://www.activecitizenship.net/images/patients_rights/charter.pdf

162. European Union. Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal. 2000/C 364/01.
163. Fadhil N.F.M., Teoh S.Y., Wickramasinghe N. Leveraging value-based care principles in developing eHealth systems: A teaching case // Journal of Information Technology Teaching Cases. 2023. Vol. 13(1). P. 30–38. DOI: <https://doi.org/10.1177/20438869211063219>.
164. Faden R.R., Kass N.E., Fabi R., et al. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship // American Journal of Public Health. – 2013. – Vol. 103, No. 1. – P. 14–19. – DOI: [10.2105/AJPH.2012.300685](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300685).
165. Ferrari A., Manotti P., Balestrino A., Fabi M. The ethics of organizational change in healthcare // Acta Biomed. 2018. Vol. 89, N. 1. P. 27–30. DOI: 10.23750/abm.v89i1.7141
166. General Data Protection Regulation (GDPR). Regulation (EU) 2016/679. Official Journal of the European Union. 2016. L 119. P. 1–88. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
167. Ghubaish A., Salman T., Zolanvari M., Unal D., Al-Ali A., Jain R. Recent Advances in the Internet of Medical Things (IoMT) Systems Security // IEEE Internet of Things Journal. 2020. DOI: 10.1109/JIOT.2020.3045653.
168. Keskinocak P., Savva N. A Review of the Healthcare-Management (Modeling) Literature Published in Manufacturing & Service Operations Management // Manufacturing & Service Operations Management. 2020. Vol. 22, No. 1. Pp. 59–72
169. Kulesher R., Forrestal E. International models of health systems financing // Journal of Hospital Administration. 2014. Vol. 3, No. 4. P. 127–139. DOI: <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p127>
170. Li Ming, Chen Fan. Application Value and Governance of eHealth Technology // Social Medicine and Health Management. 2024. Vol. 5, No. 2. P. 239–248. DOI: 10.23977/socmhm.2024.050202.

171. Li Yinger. The Applicability of Automated Administrative Penalties: Legal Challenges and Regulatory Responses // *Journal of Humanities, Arts and Social Science*. 2024. Vol. 8, No. 8. P. 1960–1964. DOI: <https://doi.org/10.26855/jhass.2024.08.028>.
172. Lomakin, A. M. Axiological foundations of the organizational and legal mechanism for the convergence of eu activities in the field of health policy. *Public Management*, 2024, №2 (39), 41-46. [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2\(39\)-5](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2(39)-5)
173. Lorenz-Artz K.C.A.G., Bierbooms J.J.P.A., Bongers I.M.B. Integrating eHealth within a transforming healthcare setting: a qualitative study into values, challenges, and prerequisites // *JMIR Preprints*. 2021. Preprint. URL: <https://preprints.jmir.org/preprint/27746>
174. Occupational health and safety management systems – Requirements with guidance for use (ISO 45001:2018). International Organization for Standardization. URL: <https://www.iso.org/standard/63787.html>
175. Regulation (EU) 2017/746 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on in vitro diagnostic medical devices // *Офіційний вісник ЄС*. 2017. L 117. C. 176–332. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/UK/TXT/?uri=CELEX:32017R0746>
176. Reich M.R. The Core Roles of Transparency and Accountability in the Governance of Global Health Public–Private Partnerships // *Health Systems & Reform*. 2018. Vol. 4, No. 3. P. 239–248. DOI: <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1465880>.
177. Thanasas G.L., Tatsi K., Koutoupis A.G., Davidopoulos L.G., Ploumpis I.C. Health and Clinical Governance: A Systematic Literature Review // *Review of European Studies*. 2023. Vol. 15, No. 4. Pp. 44–61. DOI: <https://doi.org/10.5539/res.v15n4p44>

178. Treaty on the Functioning of the European Union. Official Journal of the European Union. 2012. C 326. P. 47–390. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

179. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO, 2005. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Ломакін А.М. Організаційно-правові засади фінансування протезування: проблеми та перспективи // Публічне управління та адміністрування в Україні. №33, 2023. С. 86-90. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.33.15>.
2. Ломакін А.М. Забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг як чинник розвитку людського капіталу в Україні: управлінський аспект // Держава та регіони. №1, 2024. С. 68-74. DOI: <https://doi.org/10.32782/1813-3401.2024.1.11>
3. Ломакін А.М. Стратегія конвергенції діяльності ЄС у сфері політики охорони здоров'я та медичного права // Право та державне управління. №28. 2023. С. 190-196. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.1.26>
4. Ломакін А.М. Аксіологічні засади організаційно-правового механізму конвергенції діяльності ЄС у сфері політики охорони здоров'я // Публічне урядування №2. 2024. С. 41-46. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2\(39\)-5](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2024-2(39)-5)

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

1. Ломакін А.М. Організаційно-правові засади доступу до медичних послуг належної якості в світлі рішень Європейського суду з прав людини // VĚDA A PERSPEKTIVY. 2023. С. 81-90. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-5\(36\)-81-90](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-5(36)-81-90)
2. А. О. Фальковський, А. М. Ломакін, Аксіо-нормативні основи публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні в світлі біоетичних декларацій юнеско / «Право та державне управління» № 3, 2024. С. 110-114. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.3.15>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Ломакін А.М. Організаційно-правове забезпечення доступності та своєчасності надання медичних послуг як чинник розвитку людського капіталу в Україні // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Providing sustainability of public authority and administration systems in the conditions of special governance modes and recovery of Ukraine», 17 травня 2024 року. URL op.edu.ua/mizh_nauk_prak_konf_17.05.2024.pdf
2. Ломакін А.М. Право на медичну послугу // Всеукраїнська науково-практична конференція «Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України», 18 травня 2023 року. URL op.edu.ua/zabezpechennya_stiykosti_systemy_publichnoyi_vlady.pdf
3. Lomakin Andriy. Legal Regulation of Financing of the Medical Industry in Ukraine // Methods of solving complex problems in science. ISG conference. 2023. DOI <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.1.16>
4. Lomakin Andriy. Financial Mechanism of State Regulation of the Provision of Medical Services: The Experience of the State of Israel // Information activity as a component of science development. ISG conference. 2023. DOI <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.1.13>

Додаток Б

Довідки про впровадження

Вих. № 3 від «___» _____ 202__ р

Спеціалізованій вченій раді

ДОВІДКА

**про впровадження дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ломакіна Андрія Михайловича
«Аксіологічні засади організаційно-правового механізму
управління сферою охорони здоров'я в Україні»**

У медичному центрі «Експерт Хелс» результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича використано як концептуальну та методичну основу для вдосконалення внутрішніх управлінських процедур, формування політик, орієнтованих на права пацієнтів, та підвищення якості надання медичних послуг. Напрацювання автора враховано під час модернізації локальних регламентів, оптимізації взаємодії з органами державного регулювання й розроблення програм професійного розвитку персоналу. Застосування здобутих у дисертації висновків сприяло зміцненню управлінської спроможності закладу й приведенню його діяльності у відповідність до сучасних етичних, правових та професійних стандартів сфери охорони здоров'я.

Директор



Денис ХРАМЦОВ

ФІЗИЧНА ОСОБА – ПІДПРИЄМЕЦЬ**ГРИГОР'ЄВА ВІКТОРІЯ ІГОРІВНА**

ідентифікаційний код 3001715002; Україна, 65011,

Одеська обл., місто Одеса, провулок Онілової, будинок 18, квартира 61

Місце провадження діяльності: Одеська обл., місто Одеса, вул. Балківська,
буд.120/1

Вих.2505 від 25.04.2025

ДОВІДКА

**про впровадження дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»**

Ломакіна Андрія Михайловича

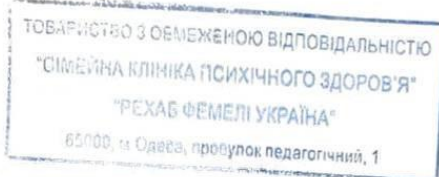
**«Аксіологічні засади організаційно- правового механізму
управління сферою охорони здоров'я в Україні»**

У медичному центрі ФОП Григор'єва В.І. результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича використано як концептуальну та методичну основу для вдосконалення внутрішніх управлінських процедур, формування політик, орієнтованих на права пацієнтів, та підвищення якості надання медичних послуг. Напрацювання автора враховано під час модернізації локальних регламентів, оптимізації взаємодії з органами державного регулювання й розроблення програм професійного розвитку персоналу. Застосування здобутих у дисертації висновків сприяло зміцненню управлінської спроможності закладу й приведенню його діяльності у відповідність до сучасних етичних, правових та професійних стандартів сфери охорони здоров'я.

ФОП Григор'єва В.І.



Вікторія ГРИГОР'ЄВА



www.103odessa.com

Міністерство охорони здоров'я України ТОВ «Сімейна клініка психічного здоров'я» Рехаб Фемелі Україна
м. Одеса, пров. Педагогічний, 1 Код за ЄДРПОУ 42784321
+38 067 2 880 880

Спеціалізованій вченій раді

ДОВІДКА

**про впровадження дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ломакіна Андрія Михайловича
«Аксіологічні засади організаційно правового механізму
управління сферою охорони здоров'я в Україні»**

У ТОВ «Сімейній клініці психічного здоров'я» Рехаб Фемелі Україна» результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича використано як концептуальну та методичну основу для вдосконалення внутрішніх управлінських процедур, формування політик, орієнтованих на права пацієнтів, та підвищення якості надання медичних послуг. Напрацювання автора враховано під час модернізації локальних регламентів, оптимізації взаємодії з органами державного регулювання й розроблення програм професійного розвитку персоналу. Застосування здобутих у дисертації висновків сприяло зміцненню управлінської спроможності закладу й приведенню його діяльності у відповідність до сучасних етичних, правових та професійних стандартів сфери охорони здоров'я.

Директор



Третьякова Н.Г.

ОДЕСЬКА МІСЬКА РАДА
 Департамент охорони здоров'я Одеської міської ради
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 5»
ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
 (КНП «ЦПМСД №5» ОМР)
 вул. Семена Палія, 83, корп.1, м.Одеса 65123 Україна, тел.:(048) 750-50-81,
 5cpmsd@ukr.net, код ЄДРПОУ 39040240

Спеціалізованій вченій раді

ДОВІДКА

про впровадження дисертаційного дослідження
 на здобуття наукового ступеня доктора філософії
 за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
 Ломакіна Андрія Михайловича
 «Аксіологічні засади організаційно-правового механізму
 управління сферою охорони здоров'я в Україні»

У КНП «ЦПМСД № 5» ОМР результати дисертаційного дослідження Ломакіна Андрія Михайловича використано як концептуальну та методичну основу для вдосконалення внутрішніх управлінських процедур, формування політик, орієнтованих на права пацієнтів, та підвищення якості надання медичних послуг. Напрацювання автора враховано під час модернізації локальних регламентів, оптимізації взаємодії з органами державного регулювання й розроблення програм професійного розвитку персоналу. Застосування здобутих у дисертації висновків сприяло зміцненню управлінської спроможності закладу й приведенню його діяльності у відповідність до сучасних етичних, правових та професійних стандартів сфери охорони здоров'я.

Директор



Тетяна КАФТАН



Довідка

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Ломакіна Андрія Михайловича
 на тему «Аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою
 охорони здоров'я в Україні»
 у науково-дослідницькій діяльності Національного університету «Одеська політехніка»

Довідка видана в тому, що дисертація здобувача Ломакіна Андрія Михайловича на тему «Аксіологічні засади організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я в Україні» виконана згідно з напрямком наукової роботи кафедри державознавства, права та європейської інтеграції Інституту публічної служби та управління Національного університету «Одеська політехніка» за темою «Правове регулювання державотворення соціально-економічних відносин в Україні (2022–2025 рр.)», № держреєстрації 0122U002193.

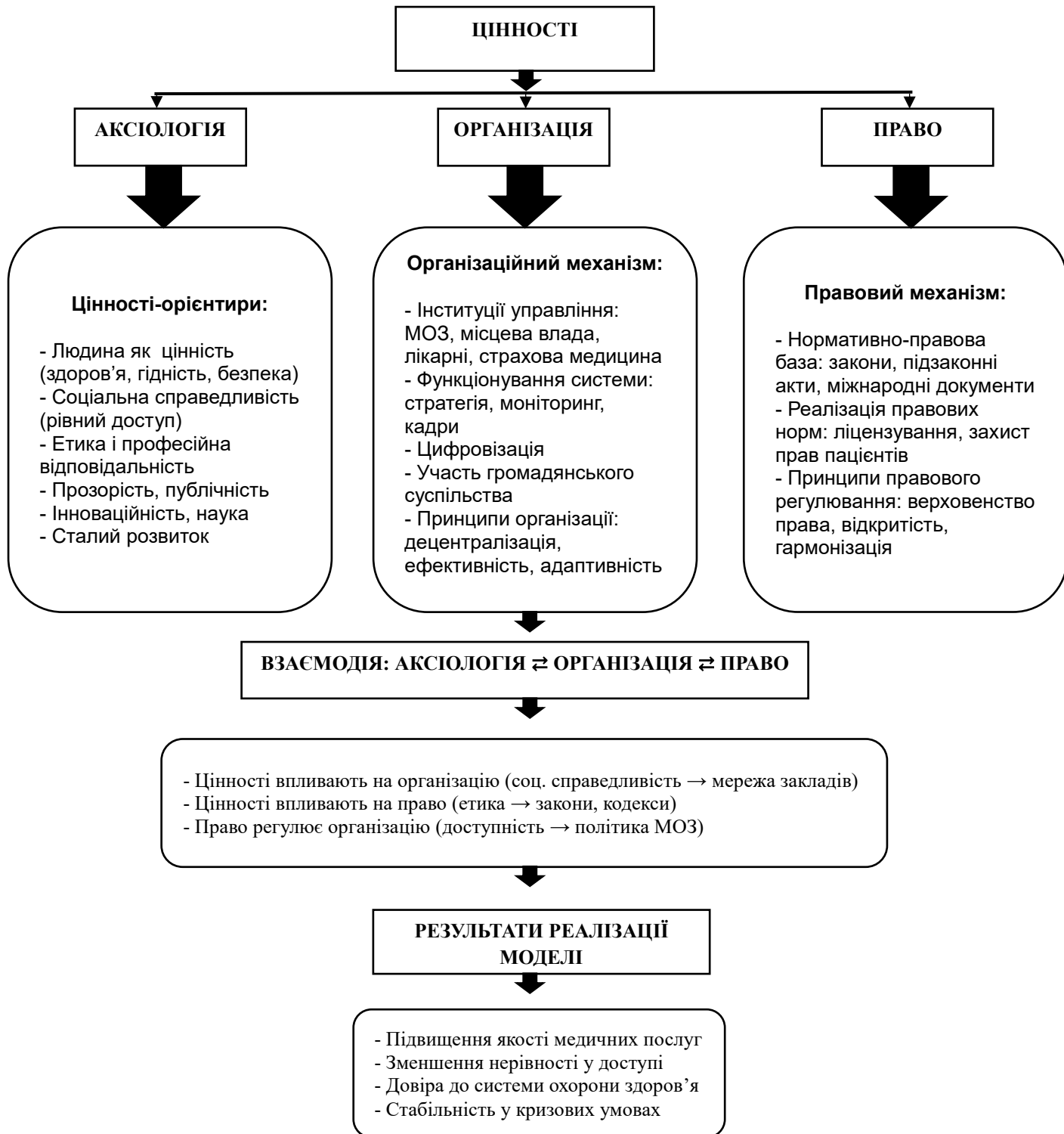
Результати наукової діяльності Ломакіна Андрія Михайловича були включені до звіту науково-дослідної роботи кафедри у зазначений період. Вони використовувалися для удосконалення теоретичних засад публічного управління в медичній сфері, зокрема в частині формування аксіологічно орієнтованого організаційно-правового механізму управління сферою охорони здоров'я, а також при підготовці рекомендацій щодо впровадження ціннісно спрямованої державної політики в галузі охорони здоров'я України.

Проректор з наукової та
 науково-педагогічної роботи,
 д.т.н., професор



Дмитро ДМИТРИШИН

АКСІОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ (АКСІОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ) ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Додаток Г

СУЧАСНИЙ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

