



Зарубіжні моделі управління системами охорони здоров'я: можливості та виклики для територіальних громад України

Григорій Л. Монастирський ¹ • Ярослав М. Демчишин ^{2, 3*}

¹ Західноукраїнський національний університет (Україна). Професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, д-р. екон. н., професор.

² Західноукраїнський національний університет (Україна). Аспірант кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу.

³ Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (Україна). Асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб, д-р філософії з медицини.

* Автор-кореспондент, e-mail: yardemchyshyn@gmail.com

СТАТТЯ

АНОТАЦІЯ

Дослідницька

DOI:

[10.70651/3041-2498/2025.7-8.05](https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05)

Авторське право

© 2025 авторів



Цей твір ліцензовано на умовах Ліцензії Creative Commons «Із Зазначенням Авторства – Некомерційна 4.0 Міжнародна» (CC BY-NC 4.0).



У статті досліджено міжнародні моделі управління системами охорони здоров'я та моделі медичного обслуговування населення з акцентом на адаптацію до умов територіальних громад в Україні. Дослідження базується на міждисциплінарному підході, що поєднує компаративний, системний, case-study та прогностичний методи для аналізу моделей управління охороною здоров'я. Його метою є вивчення зарубіжних практик організації медичних систем та визначення можливостей їх адаптації до українських умов у період війни та відбудови. Розглянуто базові моделі управління системами охорони здоров'я (Беверіджа, Бісмарка, single-payer, прямих платежів), визначені інтегровані підходи до медичного обслуговування (наприклад, НМО, РРО, IDS, АСО, РСМН та інші), зокрема з урахуванням досвіду Великої Британії, США, Фінляндії, Бразилії, Індії. У статті акцент зроблено на зміщенні ролі громад від споживача до замовника послуг, а також на застосуванні інструментів контракування, впровадження ключових показників ефективності та управління медичними кластерами. Доведено, що методологія дослідження управління публічною політикою у сфері охорони здоров'я на рівні територіальних громад потребує комплексного аналізу та міждисциплінарного обговорення для вироблення адаптивної моделі, придатної для країн у процесі трансформації, зокрема України в умовах війни. Запропоновано міждисциплінарний підхід до аналізу управління (англ. "governance") у сфері охорони здоров'я, з урахуванням інституційних, соціальних і економічних факторів. Визначено потенціал інтеграції зарубіжного досвіду у сфері управління системою охорони здоров'я на рівні територіальних громад в контексті децентралізації та війни в Україні. Результати мають практичне значення для формування ефективної моделі управління охороною здоров'я на рівні територіальних громад України з урахуванням міжнародного досвіду.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

публічне управління, територіальні громади, управління системою охорони здоров'я, медичні послуги, медичне обслуговування, державна політика.



e-ISSN 3041-2498

Public Management and Policy

<https://www.eu-scientists.com/index.php/pmap>


Foreign Models of Healthcare System Governance: Opportunities and Challenges for Ukraine's Territorial Communities

Grygorii Monastyrskyi ¹ • Yaroslav Demchyshyn ^{2, 3 *}

¹ West Ukrainian National University (Ukraine). Professor at the Department of Management, Public Administration and Personnel, Doctor of Science in Economics, Professor.

² West Ukrainian National University (Ukraine). PhD Student at the Department of Management, Public Administration and Personnel.

³ National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya (Ukraine). Assistant Professor at the Department of Pediatric Infectious Diseases, PhD in Medicine.

* Corresponding Author, e-mail: yardemchyshyn@gmail.com

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Research Article

DOI:

[10.70651/3041-2498/2025.7-8.05](https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.7-8.05)

Copyright © 2025
by authors



This is an open access journal and all published articles are licensed under a Creative Commons Attribution—NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)



This article explores international models of healthcare system governance and healthcare delivery, with a focus on their adaptation to the conditions of territorial communities in Ukraine. The research is based on an interdisciplinary approach that combines comparative, systemic, case-study, and prognostic methods for analyzing healthcare management models. Its purpose is to study foreign practices in the organization of healthcare systems and to determine the possibilities for their adaptation to Ukrainian conditions during the war and reconstruction period. It examines the fundamental governance models (Beveridge, Bismarck, single-payer and “out-of-pocket”) and identifies integrated care approaches (such as HMO, PPO, IDS, ACO, PCMH and others), particularly considering the experiences of the United Kingdom, the United States of America, Finland, Brazil and India. This article emphasizes the shift in the role of communities from service recipients to service purchasers, as well as the use of contracting mechanisms, key performance indicators, and health cluster management. It has been proven that the methodology for researching public policy management in the field of healthcare at the local community level requires comprehensive analysis and interdisciplinary discussion in order to develop an adaptive model suitable for countries in the process of transformation, in particular Ukraine in the context of war. An interdisciplinary approach to analyzing governance in healthcare is proposed, incorporating institutional, social, and economic factors. The study identifies the potential for integrating international experience in health system governance at the level of territorial communities in the context of decentralization and war in Ukraine. The results are of practical importance for the formation of an effective model of healthcare management at the level of local communities in Ukraine, taking into account international experience.

KEYWORDS

public administration, territorial communities, healthcare system governance, healthcare services, healthcare delivery, public policy.

1. Вступ

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні, особливо в контексті децентралізації та посилення ролі територіальних громад, війни, зростає актуальність вивчення зарубіжних моделей управління системами охорони здоров'я. Громади стали не лише адміністративними одиницями, а й ключовими аспектами у замовленні, моніторингу та фінансуванні медичних послуг. Це потребує розуміння ефективних управлінських практик, що вже функціонують у різних країнах світу та забезпечують сталість розвитку галузі, регламентують доступність і якість медичної допомоги.

Дослідження моделей управління системами охорони здоров'я на прикладах ряду країн відкриває широкі можливості для адаптації та імплементації інструментів, орієнтованих на пацієнта, інтеграцію медичних і соціальних послуг, участь громад у прийнятті рішень. Водночас воно дозволяє критично оцінити виклики, з якими стикаються муніципалітети в умовах обмежених ресурсів і недостатньої інституційної спроможності. Це створює підґрунтя для формування стратегій розвитку громад у сфері охорони здоров'я, базованих на доказовому підході та міжнародному досвіді.

2. Огляд літературних джерел

Аналіз моделей управління системами охорони здоров'я є предметом активного міждисциплінарного наукового інтересу, оскільки саме управління (англ. «governance») визначає ефективність, справедливість і сталість функціонування галузі. У дослідженнях Brinkerhoff & Bossert [1], Abimbola et al. [2] та Siddiqi et al. [3] окреслюються ключові підходи до розуміння управління, які охоплюють макро-, мезо- та мікрорівні управління системою – від національного регулювання до діяльності конкретних медичних установ. Окрему увагу приділено інституційному підходу, який вивчає формальні та неформальні правила взаємодії суб'єктів у системі охорони здоров'я та враховує соціальні й економічні контексти [3,4]. Водночас документи ВООЗ наголошують на таких функціях ефективного управління, як прозорість, підзвітність, участь, стратегічне бачення та дотримання верховенства права.

Паралельно з цим, література приділяє значну увагу питанням організації надання медичних послуг через порівняння міжнародних моделей. Класичні типології, як-от моделі Беверіджа, Бісмарка, single-payer systems та інші, дозволяють краще зрозуміти взаємозв'язок між джерелами фінансування, структурою власності та доступністю медичної допомоги [5]. Окрім цього, сучасні підходи до інтегрованих систем, аналізуються як перспективні формати для децентралізованих адміністративних одиниць, зокрема територіальних громад. Ці джерела створюють теоретичне підґрунтя для переосмислення моделей надання послуг у контексті реформування української медичної системи та забезпечення процесів їх регулювання на рівні теоретичних громад.

Дослідження моделей управління системами охорони здоров'я займались Н. В. Філіпова, Ю. М. Левчук, О. О. Лісовська, О. О. Вороніна, Т. Л. Желюк та інші, які є дослідниками пласту проблем, що виникають у процесі реалізації публічної політики охорони здоров'я на рівні територіальних громад.

3. Постановка завдання

Метою статті є дослідження основних моделей управління системами охорони здоров'я та аналіз основних моделей медичного обслуговування населення на рівні територіальних громад.

4. Методи та матеріали

Методологічна основа дослідження ґрунтується на міждисциплінарному підході, який поєднує елементи порівняльного аналізу, інституційної теорії та практико-орієнтованого аналізу політик. Основною метою дослідження є аналіз та вивчення ефективних моделей управління системами охорони здоров'я в зарубіжних країнах та визначення їх потенційної адаптивності до умов функціонування територіальних громад в Україні в умовах війни та повоєнної відбудови. У процесі дослідження застосовано комплекс загальнонаукових і

спеціальних методів, що забезпечили об'єктивність і достовірність результатів, а саме: метод компаративного аналізу (дозволив зіставити організаційно-управлінські підходи до охорони здоров'я в країнах з різними моделями системи охорони здоров'я (Беверіджа, Бісмарка тощо), виокремити переваги та недоліки кожної моделі в контексті децентралізації); метод системного аналізу (використаний для дослідження структурних взаємозв'язків між рівнями управління (національний, регіональний, муніципальний) та ключовими учасниками системи охорони здоров'я); метод case-study (дозволив розглянути приклади успішних практик управління медичними послугами на місцевому рівні в таких країнах, як США, Гана, Фінляндія, Індія, що дали змогу виявити чинники ефективної імплементації політик у сфері громадського здоров'я); метод прогнозування та екстраполяції (застосовано для обґрунтування можливостей впровадження елементів зарубіжних моделей в українські реалії з урахуванням соціально-економічних, політичних та інституційних чинників). Отримані результати мають практичне значення для формування ефективної моделі управління охороною здоров'я на рівні територіальних громад України з урахуванням кращих міжнародних практик.

5. Результати та обговорення

У світовій практиці системи охорони здоров'я класифікуються здебільшого за чотирима базовими моделями, кожна з яких відображає специфічний підхід до організації фінансування, надання та доступу до медичних послуг, а саме: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного медичного страхування (англ. "National Health Insurance", "Single-Payer") та модель прямих платежів (англ. "Out-of-pocket Model") [5].

Однією з найвідоміших є модель Беверіджа, яка ґрунтується на загальному оподаткуванні. У такій системі медичні послуги надаються безкоштовно в точці доступу, а фінансування забезпечується з державного бюджету. Ця модель характерна для Великої Британії, Іспанії та Скандинавських країн, де держава відіграє ключову роль як у регулюванні, так і у володінні медичною інфраструктурою [6].

Іншим прикладом є модель Бісмарка, яка передбачає обов'язкове соціальне медичне страхування. Фінансування здійснюється через внески працівників і роботодавців до недержавних страхових фондів, що співпрацюють з як державними, так і приватними медичними установами. Ця модель діє, зокрема, в Німеччині, Франції, Нідерландах та Японії й базується на принципі соціальної солідарності, де держава регулює систему, але не є єдиним надавачем послуг [7].

Щодо моделі національного медичного страхування, або системи «єдиного платника» (англ. "single-payer"), то у ній держава виступає як єдиний страховик, що фінансує медичні послуги з податків, однак самі послуги можуть надаватися як державними, так і приватними структурами. Така система поширена в Канаді, Південній Кореї та Тайвані. Вона дозволяє забезпечити універсальне охоплення при централізованому контролі за витратами [8].

Окремо виокремлюється модель прямої оплати (англ. "out-of-pocket"), яка переважає у країнах із низьким рівнем доходу, де відсутні розвинуті системи страхування. У такій моделі пацієнти сплачують за медичні послуги самостійно, що призводить до нерівного доступу до лікування, особливо серед соціально вразливих верств населення [9].

Аналіз цих моделей дозволяє глибше зрозуміти архітектуру систем охорони здоров'я та може бути корисним для адаптації найкращих практик в Україні, особливо в умовах децентралізації та зростання ролі громад у замовленні та управлінні медичними послугами.

Поняття "health systems governance" охоплює сукупність процесів, норм, інституцій і взаємодій, які формують та керують функціонуванням системи охорони здоров'я. Інтегрально, управління в охороні здоров'я включає визначення ролей, повноважень і відповідальностей різних суб'єктів – від центральної влади до окремих медичних закладів [10].

Для аналізу ефективності управління все частіше застосовуються багаторівневі аналітичні моделі (англ. "frameworks"), серед яких найбільш цитованими є моделі Brinkerhoff & Bossert, Abimbola, Siddiqi et al [1–3].

Модель Brinkerhoff & Bossert структурує управління системою за трьома рівнями:

- макрорівень – включає державну політику, законодавчу та нормативну базу, національні стратегічні документи. Тут приймаються ключові рішення щодо фінансування, стандартів надання допомоги, розподілу повноважень;

- мезорівень – охоплює інституційні та муніципальні структури управління: департаменти охорони здоров'я, ради громад, місцеві органи самоврядування. Саме на цьому рівні формується логістика надання послуг, визначаються пріоритети розподілу ресурсів і здійснюється координація з постачальниками послуг;

- мікрорівень – передбачає управлінські процеси безпосередньо у закладах охорони здоров'я: лікарнях, амбулаторіях, центрах первинної медичної допомоги. Тут реалізуються стандарти лікування, відбувається безпосередній контакт із пацієнтом, ведеться документація, контроль якості та моніторинг результативності [1].

Порівняльна характеристика рівнів надання медичної допомоги представлена у табл. 1.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика рівнів надання медичної допомоги

Рівень	Завдання та роль	Інструменти
Макрорівень (держава)	Формулює політику, ліцензіює, регулює фінансування, гарантує доступ	Закони, держстандарти, бюджет
Мезорівень (регіони/області)	Координує інфраструктуру, розподіляє кошти, контролює реалізацію	Децентралізовані моделі, координаційні ради
Муніципалітети (громади)	Планують та замовляють соціальних і медичних послуг, фінансують закупівлі, аналізують потреби громади	Комунальні некомерційні підприємства, контракування, місцеві моніторингові системи
Осередок надання (ФАПи, амбулаторії тощо)	Безпосереднє виконання медичної допомоги	Повсякденне лікування, профілактика, допомога

Джерело: складено авторами на основі [1].

Оцінка ефективності “governance” у системі охорони здоров'я базується на таких параметрах, як прозорість, підзвітність, участь, відповідальність, адаптивність, які відображають як вертикальні, так і горизонтальні механізми координації. Практики країн із розвиненими моделями локального управління (зокрема Німеччина, Швеція, Великобританія) доводять, що саме мезо- та мікрорівні відіграють вирішальну роль у забезпеченні якості та доступності медичних послуг. Ці фреймворки враховують участь громади, підзвітність, інтеграцію суспільних і державних інституцій.

За даними Abimbola et al., у наукових публікаціях, що присвячені управлінню системами охорони здоров'я, виділяють три взаємопов'язані, але концептуально відмінні підходи до аналізу та моделювання системного управління охороною здоров'я. Першим є урядоцентричний підхід (англ. “government-centred approach”), який зосереджується на провідній ролі держави у регулюванні сектору охорони здоров'я, часто з виключенням або маргіналізацією недержавних суб'єктів. Цей підхід розглядає уряд як основного актора прийняття рішень та реалізації політик у сфері здоров'я.

Другим є так званий модульний або блочний підхід (англ. “building-block approach”), у межах якого управління розглядається як одна з функціональних складових діяльності організацій охорони здоров'я. Акцент при цьому робиться на внутрішніх механізмах функціонування медичних установ, взаємодії між структурними компонентами, організаційній культурі та управлінських процесах.

Третій підхід – це інституційний підхід (англ. “institutional approach”), який фокусується на правилах, що регулюють соціальні й економічні взаємодії в системі. Він аналізує, яким чином формуються, змінюються, застосовуються та контролюються норми поведінки в медичній сфері. Особлива увага приділяється формальним і неформальним інституціям, які впливають на прийняття рішень, розподіл ресурсів і механізми підзвітності [2].

Використання цих трьох підходів дозволяє забезпечити комплексне розуміння управлінських процесів у сфері охорони здоров'я, враховуючи як державну політику, так і організаційні й нормативно-культурні аспекти функціонування системи.

Доповненням до наведених концепцій виступає модель Cleary et al., яка розширює уявлення про управління системами охорони здоров'я шляхом інтеграції участі громад, приватного сектору та громадськості у формування політик і реалізацію послуг. Такий підхід визнає багатосекторну природу сучасного управління, де критично важливою є співпраця між різними зацікавленими сторонами [4]. Водночас, згідно з підходом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ефективне управління передбачає реалізацію ключових функцій, серед яких: стратегічне бачення, підзвітність, транспарентність, інклюзивна участь та

дотримання принципу верховенства права. Ці принципи забезпечують основу для побудови сталих, справедливих і результативних систем охорони здоров'я, особливо в умовах децентралізації та зростання ролі місцевого самоврядування.

Система охорони здоров'я в різних країнах функціонує на основі усталених моделей, які забезпечують ефективне надання медичних послуг з урахуванням рівня складності, інтегрованості, пацієнтоорієнтованості та участі громади. В сучасній практиці виділяють кілька ключових підходів: рівнева модель медичного обслуговування, моделі інтегрованого надання медичних послуг, моделі, що орієнтовані на громаду, а також – пацієнтоцентричні та пацієнтоорієнтовані моделі.

Щодо особливостей рівневої моделі медичного обслуговування (Primary–Secondary–Tertiary–Quaternary care), то ця ієрархічна система поділяє медичні послуги за ступенем складності:

- первинний рівень допомоги (англ. “primary care”) – базові послуги, профілактика, скринінги, ведення хронічних захворювань;
- вторинний рівень допомоги (англ. “secondary care”) – консультації вузьких спеціалістів, планова госпіталізація;
- третинний рівень допомоги (англ. “tertiary care”) – складні хірургічні втручання, реанімація, високоспеціалізоване лікування;
- четвертинний рівень допомоги (англ. “quaternary care”) – експериментальні, високотехнологічні втручання (генотерапія, протонна терапія тощо) [11].

Моделі інтегрованого надання послуг (Managed Care, IDS, ACO, Integrated Care) забезпечують координацію між рівнями допомоги та оптимізацію витрат й використання ресурсів. Дані моделі включають наступні складові, а саме:

- managed care – включає реалізацію моделей медичного страхування НМО, PPO, POS, PFFS (табл. 2, 3); акцент на контроль витрат і побудову якісних мереж постачальників;
- Integrated Delivery Systems (IDS) та Integrated Care Systems (ICS) – координація між медичними та соціальними службами (наприклад у США, Великій Британії);
- Accountable Care Organizations (ACO) – об'єднання медичних закладів, відповідальних за клінічні та фінансові результати лікування [12–18].

Таблиця 2. Основні моделі медичного страхування

Скорочення	Повна назва	Опис
НМО	Health Maintenance Organization	Модель організації охорони здоров'я, де пацієнти обслуговуються лише в межах визначеної мережі лікарів. Потребує направлення від сімейного лікаря для відвідування вузького спеціаліста. Низька вартість, але менша гнучкість.
PPO	Preferred Provider Organization	Дає більше свободи у виборі лікарів та лікарень. Пацієнт може звертатися як до лікарів мережі (знижені тарифи), так і поза нею (дорожче). Направлення зазвичай не потрібне.
POS	Point of Service	Гібрид НМО та PPO: потребує направлення для вузьких спеціалістів, але дозволяє отримувати послуги і поза мережею (з вищими витратами).
PFFS	Private Fee-For-Service	Приватна модель, яка встановлює власні тарифи на медичні послуги. Пацієнт може звертатися до будь-якого лікаря, який приймає умови оплати страхової компанії.

Джерело: складено авторами на основі [13–18].

Таблиця 3. Порівняльна характеристика основних моделей медичного страхування

Модель	Потрібне направлення	Доступ до позамережових лікарів	Вартість для пацієнта	Гнучкість
НМО	Так	Ні	Низька	Низька
PPO	Ні	Так	Середня/висока	Висока
POS	Так	Так	Середня	Середня
PFFS	Ні	Так (за згодою лікаря)	Варіюється	Висока

Джерело: складено авторами на основі [13–18].

Аналіз моделей, що орієнтовані на громаду (англ. “Community-Engaged / Community-Based Models”) передбачає активну участь громади у плануванні, моніторингу та реалізації медичних

програм, залучення неурядових організацій та громадських рад до стратегічного управління медичними послугами, що реалізуються лікувально-профілактичними закладами територіальних громад [19].

Метою пацієнтоцентричних та пацієнтоорієнтованих моделей (англ. "Value-Based Care", "Case Management", "PCMH") є підвищення ефективності та якості обслуговування громадян на рівні територіальних громад:

- Value-Based Care – фінансування орієнтується на результати лікування, а не обсяг послуг;
- Case Management – індивідуальний супровід пацієнта з хронічними або складними станами;
- Patient-Centered Medical Home (PCMH) – мультидисциплінарна команда, яка забезпечує безперервну і скоординовану допомогу [20; 21].

Отже, розуміння різних моделей та принципів надання медичної допомоги є критично важливим для розробки адаптивних підходів до реформування охорони здоров'я в Україні в умовах війни. Ієрархічні, інтегровані, пацієнтоцентричні та громадоорієнтовані моделі – це не взаємовиключні, а взаємодоповнюючі концепти, які можуть бути адаптовані залежно від локального контексту на рівні територіальних громад.

Основні порівняльні характеристики представлених моделей медичного обслуговування представлені у табл. 4.

Таблиця 4. Порівняльна характеристика основних моделей медичного обслуговування

Модель / Підхід	Структура	Фінансування	Орієнтація	Роль громади
Primary-Quaternary care	Рівні надання послуг	Державне, страхові, пацієнт	Пряме надання за рівнем складності	Обмежена
Managed care (НМО/РРО)	Мережі лікарів і закладів	Страховання/премії	Контроль вартості, якість обслуговування	Зрідка
IDS / ICS / ACO	Інтегровані мережі послуг	Державне, змішане	Координація, спільна відповідальність	Через комісії
Community-Engaged care	Громадські центри, мобільні юніти	Змішане	Потреби громади, превенція, самодопомога	Висока
Value-Based, PCMH, Case Management	Команда лікар-координатор	Залежно від системи	Результат якості, підтримка пацієнта	Помірна

Джерело: складено авторами на основі [11–21].

Підходи до інтеграції систем охорони здоров'я значною мірою залежать від рівня децентралізації, політики держави та соціального контексту. Аналіз міжнародного досвіду демонструє різноманіття моделей, які можуть бути корисними для адаптації в Україні, зокрема на рівні територіальних громад.

Система медичного обслуговування США представлена широким спектром інтегрованих структур: НМО, РРО – базові моделі страхового планування в межах Managed Care; IDS (Integrated Delivery Systems) – об'єднання лікарень, клінік і лікарів для координації обслуговування; АСО (Accountable Care Organizations) – моделі відповідального управління, орієнтовані на результат і ефективність; CMS Accountable Health Communities – програма Центру Medicare & Medicaid Services, що інтегрує соціальні детермінанти здоров'я у первинну медичну допомогу; CHART (Community Health Access and Rural Transformation Model) – ініціатива підтримки інтегрованих груп охорони здоров'я на рівні муніципалітетів у сільських районах [22].

З 2022 року у Великій Британії впроваджено офіційну модель ICS (Integrated Care System). Вона передбачає тісну співпрацю між службами охорони здоров'я, соціального захисту та місцевими органами влади. ICS відповідає за планування, ресурсне забезпечення та забезпечення рівного доступу до послуг на місцевому рівні [23].

Індія, Бразилія, Гана демонструють приклади реалізації політики "community-engaged governance". У штаті Керала (Індія) впроваджено комплексне планування за участі громади [24]. Бразилія є одним із лідерів із впровадження моделі сімейної медицини, орієнтованої на профілактику та соціальні фактори здоров'я (Programa Saúde da Família, 1994). Гана активно

використовує ком'юніті-підхід для охоплення важкодоступних груп населення, включаючи парамедичні бригади (Ghana Health Service, 1996).

Фінська модель передбачає створення районних систем добробуту, що об'єднують первинну медичну допомогу, соціальні послуги, психосоціальну підтримку населення. Це забезпечує безперервність обслуговування та фінансову стабільність регіональної системи (Wellbeing Services Counties, 2023).

Міжнародний досвід демонструє, що ефективність охорони здоров'я зростає за умов інтеграції медичних, соціальних і управлінських послуг на локальному рівні. Україна може адаптувати окремі елементи цих моделей, враховуючи досвід США, Великої Британії, Бразилії та Фінляндії, відповідно до потреб територіальних громад.

У контексті триваючих реформ децентралізації та трансформації системи охорони здоров'я, аналіз міжнародного досвіду інтегрованих моделей управління має безпосереднє значення для українських територіальних громад. Це відкриває низку стратегічних можливостей для України.

Досвід таких країн, як США, Велика Британія, Фінляндія та Бразилія, показує, що муніципалітети можуть бути не лише адміністративними одиницями, а й активними замовниками, операторами та аналітиками медичних послуг. Для України це означає перехід від пасивного утримання медичних закладів до стратегічного управління мережами комунальних некомерційних підприємств, планування медичних кластерів та впровадження ключових показників ефективності (KPI).

Інтегровані системи на кшталт Integrated Care Systems (ICS) у Великій Британії або Accountable Care Organizations (ACO) у США демонструють ефективність управління, коли взаємодіють не лише медичні установи, а й соціальні служби, громадські організації, муніципалітети. Українські громади можуть адаптувати ці механізми до свого контексту для формування локально керованих і ресурсно стійких моделей охорони здоров'я.

Моделі, орієнтовані на пацієнта (як-от Patient-Centered Medical Home або Value-Based Care), набувають особливого значення в умовах територіальних громад. Вони дозволяють враховувати специфіку місцевого населення, рівень доступності, культурні особливості та соціальну вразливість, водночас будуючи стійку мережу підтримки на місцях.

Імплементація міжнародного досвіду та концепцій інтегрованого управління дає змогу забезпечити не лише ефективність, а й сталість системи охорони здоров'я в Україні. Територіальні громади стають точками опори трансформації — від адміністративних структур до активних суб'єктів управління здоров'ям населення.

Після початку процесів децентралізації у 2014 році, Україна зазнала суттєвих змін у сфері публічного управління, зокрема в охороні здоров'я [25]. Територіальні громади отримали нові повноваження та ресурси, що дозволило їм перейти від споживацької до управлінської ролі в медичній сфері. Відповідно до даних U-LEADE, AUC та інших аналітичних платформ, основними характеристиками нової моделі є такі аспекти:

- посилення місцевого самоврядування (громади стали операторами комунальних некомерційних підприємств – лікарень, амбулаторій, центрів первинної медичної допомоги. Вони також відповідають за локальні закупівлі, планування обсягів послуг, формування мережі надавачів та контроль за якістю допомоги);

- модель «замовник–постачальник» (у межах реформи впроваджено чітке розмежування функцій: органи місцевого самоврядування – замовники медичних послуг (аналіз потреб, контрахтування, оплата); медичні установи (лікувально-профілактичні заклади) – постачальники послуг, які зобов'язані звітувати про результати, охоплення та ефективність надання допомоги);

- міжмуніципальна співпраця (з метою підвищення ефективності ресурсного використання громади формують медичні кластери, укладають міжмуніципальні угоди щодо спільного використання інфраструктури, фахівців та логістичних рішень. Така співпраця дозволяє вирішувати завдання, які є занадто масштабними для окремої громади);

- розвиток місцевих систем моніторингу (дедалі більше територіальних громад запроваджують власні системи оцінювання наданих медичних послуг, використовуючи KPI чи інші індикатори якості. Це включає щомісячний моніторинг обсягів наданої допомоги, динаміки захворюваності, задоволеності населення, доступності та фінансової ефективності тощо).

В умовах війни, український досвід демонструє та підтверджує доцільність делегування управлінських функцій на рівень громад, що відповідає кращим міжнародним практикам. Участь громад у плануванні, моніторингу та контрактуванні медичних послуг створює передумови для ефективного та адаптивного управління системою охорони здоров'я на локальному рівні [26].

У результаті адміністративно-територіальної реформи та процесів децентралізації, територіальні громади в Україні набули нових повноважень і функціональних ролей у системі охорони здоров'я. Вони трансформувались із пасивних учасників у активних суб'єктів управління, що суттєво змінює архітектуру медичного сервісу на місцевому рівні. Зокрема, громади:

- виступають як амовники медичних послуг, укладаючи договори з надавачами медичної допомоги;
- стають операторами комунальних некомерційних підприємств (КНП) – амбулаторій, поліклінік, лікарень;
- беруть участь у формуванні кластерів з надання медичних послуг, що дозволяє оптимізувати ресурси та забезпечити спеціалізовану допомогу у межах декількох громад.

Це сприяє посиленню цілісності системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад через: підвищення доступності до медичної допомоги; впровадження систем моніторингу ефективності, зокрема використання KPI та інших індикаторів якості надання медичної допомоги; реалізацію локальних закупівель та цільового фінансування програм охорони здоров'я.

Модель децентралізованого управління охороною здоров'я в Україні демонструє схожість з міжнародними практиками, зокрема: досвідом штату Керала (Індія), де громади активно залучаються до прийняття рішень у сфері публічного здоров'я; бразильською моделлю сімейної медицини, яка є орієнтованою на первинний рівень надання медичної допомоги і аспекти профілактики; фінською моделлю регіональних служб, де муніципалітети координують послуги через єдині органи управління.

Таким чином, українські громади стали стратегічними елементами у національній системі охорони здоров'я, що відкриває перспективи для адаптації зарубіжного досвіду управління в контексті муніципального розвитку.

6. Висновки

Різноманіття глобальних підходів до управління системами охорони здоров'я демонструє, що існує не одна уніфікована модель, а щонайменше три основні концепції управління: урядоцентрична модель (англ. "government-centred approach"), що фокусується на ролі держави як головного актора та регулятора; інституційний підхід, де ключову увагу приділено формальним і неформальним правилам, які регулюють взаємодію між суб'єктами системи; комбінована (англ. "building-block") модель, яка поєднує урядовий контроль із функціонуванням внутрішніх інституційних механізмів.

Поряд із тим, інституційний підхід до управління виявився найбільш чутливим і придатним до аналізу в умовах, коли держава не забезпечує повноцінного управління, що характерно для систем охорони здоров'я в багатьох країнах із низьким і середнім рівнем доходів. Варто зазначити, що погляд «знизу вгору» на процеси управління державною політикою охорони здоров'я, який враховує як формальні, так і неформальні правила і механізми прийняття рішень, надає більш реалістичну картину управлінських процесів і є надзвичайно важливим для вивчення на рівні громад.

Реформа децентралізації в Україні відкрила нові можливості для громад як повноцінних замовників медичних послуг, зокрема через інструменти контрактування, визначення KPI, аналізу потреб населення, та менеджменту медичними кластерами.

Міжнародні моделі охорони здоров'я (зокрема, Бісмарка, Беверіджа та інші) можуть бути адаптовані в українському контексті, особливо з урахуванням зростання ролі територіальних громад у системі публічного управління.

Методологічна основа вивчення системними процесами управління публічною політикою охорони здоров'я на рівні територіальних громад потребує глибшого аналізу та міждисциплінарної дискусії з метою створення адаптивної моделі для країн на шляху трансформації, таких як Україна, особливо в умовах війни.

References

1. Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2008). Health governance: Concepts, experience, and programming options. *Health Systems*, 20/20. USAID, Washington DC.
2. Seye, A., Negin, J., Jan, S., & Martiniuk, A. (2014). Towards people-centred health systems: A multi-level framework for analysing primary health care governance in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 29(suppl_2), ii29–ii39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu069>
3. Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1), 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>
4. Cleary, S. M., Molyneux, S., & Gilson, L. (2013). Resources, attitudes and culture: An understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC Health Services Research*, (13), 320. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-320>
5. Filipova, N. V., & Levchuk, Yu. M. (2024). Svitovi modeli systemy okhorony zdorovia, adaptatsiia v Ukraini ta vplyv na tryvalist zhyttia [World models of the health care system, adaptation in Ukraine and impact on life expectancy]. *Problemy suchasnykh transformatsii. Serii: pravo, publichne upravlinnia ta administruvannia*, (11). <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2024-11-02-07> (in Ukrainian)
6. Lisovska, O. O. (2020). Teoretychni zasady funktsionuvannia modelei finansuvannia systemy okhorony zdorovia [Theoretical principles of functioning of health care financing models]. *Ekonomichnyi visnyk. Serii: Finansy, oblik, opodatkuvannia*, (4), 96–103. <https://doi.org/10.33244/2617-5932.4.2020.96-103> (in Ukrainian)
7. Kaushan, K., & Gorobievski, S. (2023). Optimisation of financing and insurance mechanisms in the health care system in the context of European practice. *Journal of Financial and Monetary Economics*, (11), 43–52. https://icfm.ro/RePEc/vls/vls_pdf/jfme/vol11i1p43-52.pdf
8. Glied, S. (2009). Single payer as a financing mechanism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(4), 593–615. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-017>
9. Rezayatmand, R., Pavlova, M., & Groot, W. (2013). The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: A systematic literature review. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 74–79. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks034>
10. Pyone, T., Smith, H., & Van Den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710–722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>
11. Hopayian, K. (2022). Health Care Systems: Primary, Secondary, Tertiary and Quaternary Care. *Journal of Family Medicine & Medical Science Research*, 11(4), 1000133. <https://www.longdom.org/open-access-pdfs/health-care-systems-primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care.pdf>
12. Robinson, S. K., Meisner, M., Phillips, R. L. Jr., et al. (Eds.). (2021). *Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care*. Washington, DC: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/25983>
13. Zhang, J. (2005). The effect of the shift from HMO to PPO plans on the prevalence of hospital bad debt in the insured population: A case study in two Houston-area hospitals. [Doctoral dissertation, The University of Texas School of Public Health].
14. Polakoff, D., & Smolkin, A. (2013). Breaking down health care insurance from HMO to PPO and beyond. In M. K. Sethi & W. H. Frist (Eds.), *An introduction to health policy: A primer for physicians and medical students* (pp. 37–52). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7735-8_4
15. Rotenstein, L. S., Dusetzina, S. B., & Keating, N. L. (2018). Out-of-pocket spending not associated with oral oncolytic survival benefit. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 24(6), 494–502. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.6.494>
16. Barnett, M. L., Song, Z., Bitton, A., Rose, S., & Landon, B. E. (2018). Gatekeeping and patterns of outpatient care post healthcare reform. *American Journal of Managed Care*, 24(10), e312–e318. https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_10_2018_Barnett%20final.pdf
17. Singer, S. J., Enthoven, A. C., & Garber, A. M. (2006). Health care financing and information technology: A historical perspective. In E. H. Shortliffe & J. J. Cimino (Eds.), *Biomedical informatics: Computer applications in health care and biomedicine* (pp. 793–828). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/0-387-36278-9_23
18. Frazier, D., & Lewis, D. (2025). Reimbursement. In K. Jacobs (Ed.), *Management and administration for the OTA: Leadership and management skills* (pp. 51–64). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003524946-4>

19. Nass, S. J., Amankwah, F. K., DeVoe, J. E., et al. (Eds.). (2024). *Ending unequal treatment: Strategies to achieve equitable health care and optimal health for all*. Washington, DC: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/27820>
20. Hughes, P. M., Graaf, G., & Thomas, K. C. (2025). The NSCH patient-centered medical home scale: A measurement history, critique, and commentary. *Children's Health Care*, 54(2), 237–259. <https://doi.org/10.1080/02739615.2023.2233431>
21. Van Hoorn, E. S., Ye, L., Van Leeuwen, N., Raat, H., & Lingsma, H. F. (2024). Value-based integrated care: A systematic literature review. *International Journal of Health Policy and Management*, (13), 8038. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2024.8038>
22. Giardino, A. P., & De Jesus, O. (2025). Managed care. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232080>
23. Thomson, L. J., & Chatterjee, H. J. (2024). Barriers and enablers of integrated care in the UK: A rapid evidence review of review articles and grey literature 2018–2022. *Frontiers in Public Health*, (11), 1286479. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1286479>
24. Adithyan, G. S., Ranjan, A., Muraleedharan, V. R., & Sundararaman, T. (2024). Kerala's progress towards universal health coverage: The road travelled and beyond. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02231-2>
25. Shvydiuk, S. (2025). The impact of international organizations on the transformation of the public administration system in Ukraine under war conditions. *Public Management and Policy*, 4(8). <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.4.03>
26. Shestakovska, T. (2025). Upravlinski paterny v systemi okhorony zdorovia: modeli efektyvnoho partnerstva [Managerial patterns in the health care system: Models of effective partnership]. *Development Service Industry Management*, (2), 288–293. [https://doi.org/10.31891/dsim-2025-10\(38\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2025-10(38)) (in Ukrainian)