
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У СТРУКТУРІ КЛАСТЕРНИХ ЛІКАРЕНЬ: ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ДОСВІДУ ЯПОНІЇ, ВЕЛИКОБРИТАНІЇ ТА НІМЕЧЧИНИ

Рудінська Олена, Дерев'ягін Ярослав, Колоденко Олена
DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-710-9-1-4>

ВСТУП

Система охорони здоров'я є одним з ключових складників соціальної інфраструктури будь-якої держави, оскільки безпосередньо визначає рівень якості і тривалості життя населення, загальну соціальну стабільність. Ця сфера є однією з найбільш чутливих до зовнішніх та внутрішніх змін, бо поєднує високу ресурсну залежність, складну організаційну структуру та постійну потребу в оперативному прийнятті рішень.

В останні десятиліття характер функціонування систем охорони здоров'я зазнав суттєвих змін. Раніше основний акцент робився на розширенні мережі медичних закладів та збільшенні обсягів надання допомоги. Нині більшої уваги набувають питання ефективності управління, координації між рівнями медичної допомоги та здатності системи працювати в умовах обмежених ресурсів. Додатковим фактором трансформації стала цифровізація, яка змінила як клінічні процеси, так і управлінські моделі в медицині.

Особливої актуальності питання організації системи охорони здоров'я набуває в умовах кризових навантажень. Пандемія COVID-19 продемонструвала, що навіть розвинені системи можуть стикатися з перевантаженням інфраструктури, дефіцитом персоналу та порушенням логістики медичної допомоги. Для України ці виклики ускладнюються наслідками воєнних дій, внутрішньою міграцією населення та руйнуванням частини медичної інфраструктури, що створює додатковий тиск на систему¹.

У таких умовах більш вагомою стає концепція стійкості системи охорони здоров'я. Вона відображає здатність медичної системи не лише функціонувати у стандартних умовах, але й зберігати працездатність

¹ Спроможна мережа медзакладів. МОЗ України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha>.

під час криз, адаптуватися до нових викликів та відновлювати свою ефективність після деструктивних впливів. Важливо, що сучасне розуміння стійкості виходить за межі суто ресурсного забезпечення і охоплює також організаційну архітектуру, рівень інтеграції між закладами, гнучкість управління та ступінь цифрової зрілості системи.

Перспективним напрямом підвищення стійкості системи охорони здоров'я є впровадження кластерної моделі організації медичних закладів. Це передбачає формування функціонально пов'язаних мереж лікарень різного рівня, які об'єднані спільними управлінськими принципами, узгодженими клінічними маршрутами пацієнтів та координацією ресурсів. На відміну від традиційної ієрархічної моделі, кластерна структура дозволяє забезпечити більш рівномірний розподіл навантаження між закладами, підвищити ефективність використання інфраструктури та зменшити дублювання функцій.

Водночас впровадження таких моделей потребує врахування міжнародного досвіду, оскільки різні країни демонструють різні підходи до організації своїх систем охорони здоров'я. Особливий інтерес становлять моделі Японії, Великобританії та Німеччини, які відрізняються за рівнем централізації, механізмами фінансування та ступенем інтеграції медичних установ. Аналіз цих систем дозволяє виокремити практики, які сприяють підвищенню стійкості та можуть бути адаптовані до національних умов.

Для України актуальність таких досліджень зумовлена необхідністю подальшого реформування системи охорони здоров'я в напрямі створення госпітальних округів і мережевої взаємодії між закладами. Перехід до більш інтегрованої моделі організації медицини розглядається як один із ключових інструментів підвищення доступності та якості медичної допомоги, а також забезпечення стабільності системи в умовах тривалих кризових викликів.

Дослідження стійкості системи охорони здоров'я в контексті кластерної організації лікарень є актуальним як з теоретичної, так і з практичної точки зору, оскільки дозволяє сформувати нові підходи до управління медичною системою та підвищення її ефективності в умовах сучасних викликів².

1. Теоретичні основи стійкості медичних систем

Поняття стійкості системи охорони здоров'я сформувалося на перетині теорії систем, менеджменту в охороні здоров'я та досліджень

² Калинюк Н. М., Бондар Т. М. Державна політика та регулювання системи громадського здоров'я на прикладі формування кластерної мережі лікарень в Україні (світовий досвід). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 2. С. 101–107. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.2.15516>.

кризових ситуацій. У сучасній науковій літературі воно розглядається як багатовимірна характеристика, що відображає здатність медичної системи зберігати функціональність під впливом зовнішніх і внутрішніх дестабілізуючих факторів.

На відміну від традиційного підходу, де основний акцент робився на ресурсній забезпеченості (кількість лікарень, ліжок, персоналу), сучасне розуміння стійкості є значно ширшим. Воно включає не лише здатність системи витримувати навантаження, але й механізми її адаптації, перебудови та довгострокового відновлення. У цьому випадку стійкість можна розглядати як динамічну властивість, яка проявляється у процесі взаємодії всіх елементів системи.

Основним компонентом стійкості є здатність системи до поглинання шоків без втрати базових функцій. Йдеться про ситуації, коли різке зростання попиту на медичні послуги або порушення ресурсних потоків не призводить до колапсу системи, а компенсується за рахунок внутрішньої мобілізації ресурсів та перерозподілу навантаження. За цих обставин важливу роль відіграє гнучкість організаційної структури та наявність механізмів швидкої координації між рівнями надання допомоги.

Другим важливим елементом є адаптивність – здатність системи змінювати свою структуру та процеси відповідно до нових умов. Це може включати зміну маршрутів пацієнтів, перерозподіл функцій між закладами, впровадження нових технологій або перегляд управлінських рішень. У високорозвинених системах адаптація відбувається не реактивно, а на основі попередньо сформованих сценаріїв реагування та цифрових інструментів моніторингу.

Третім компонентом виступає відновлюваність системи, яка визначає швидкість і ефективність повернення до стабільного функціонування після кризових подій. Вона залежить не лише від наявності ресурсів, але й від рівня організаційної взаємодії між закладами, якості управлінських рішень та ступеня централізації або децентралізації системи.

У межах сучасних підходів особливого значення набуває мережевий принцип організації системи охорони здоров'я. Він передбачає, що окремі медичні заклади не розглядаються як ізольовані одиниці, а функціонують як елементи взаємопов'язаної структури. Така модель дозволяє забезпечити більш ефективний розподіл ресурсів, уникнути дублювання функцій і підвищити загальну узгодженість дій у системі.

Кластерна модель організації лікарень виступає практичним інструментом реалізації мережевого підходу. Вона забезпечує інтеграцію закладів різного рівня складності в єдину функціональну систему, де кожен елемент виконує чітко визначену роль у загальному процесі надання

медичної допомоги. Завдяки цьому підвищується не лише ефективність використання ресурсів, але й загальна стійкість системи до кризових навантажень.

У формуванні стійкості також відіграє рівень цифровізації медичної системи³. Інформаційні технології дозволяють забезпечити оперативний обмін даними між закладами, моніторинг навантаження, прогнозування потреб та підтримку прийняття управлінських рішень. У поєднанні з мережевою структурою це створює умови для більш гнучкого та керованого функціонування системи охорони здоров'я.

2. Порівняльний аналіз міжнародних моделей організації систем охорони здоров'я

Порівняння національних систем охорони здоров'я дозволяє виявити різні підходи до забезпечення їхньої ефективності та стійкості, які сформувалися під впливом історичних, економічних та інституційних факторів. Японія, Великобританія та Німеччина є показовими прикладами трьох різних моделей організації медичної системи, кожна з яких демонструє власну логіку управління, фінансування та інтеграції медичних закладів.

Японська модель характеризується високим рівнем технологічної насиченості та відносно уніфікованими правилами функціонування медичних закладів. Система поєднує елементи державного регулювання та страхового фінансування, що дозволяє забезпечувати широкий доступ до медичних послуг у разі збереження контролю за витратами. Водночас значне навантаження на систему та висока частка літнього населення формують постійний тиск на ресурси, що робить питання оптимізації процесів особливо актуальним.

Великобританія використовує централізовану модель на основі Національної служби здоров'я (NHS), де держава виступає ключовим замовником і постачальником медичних послуг. Така система забезпечує високий рівень координації та рівний доступ до медичної допомоги, однак часто стикається з проблемами черг, перевантаженням окремих ланок та обмеженою гнучкістю в управлінні ресурсами.

Німецька система базується на принципах соціального медичного страхування і характеризується значною автономією медичних закладів. Вона забезпечує високий рівень стабільності та ефективності за рахунок конкуренції між страховими фондами та постачальниками послуг, проте може призводити до певної фрагментації управлінських процесів.

³ European Observatory on Health Systems and Policies. Building Resilient Health Systems in Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024.

Узагальнення цих моделей дозволяє визначити різні підходи до досягнення системної стійкості: через централізацію (Великобританія), технологічну інтеграцію (Японія) або інституційну децентралізацію з елементами конкуренції (Німеччина). Жодна з моделей не є універсальною, однак кожна містить інструменти, які можуть бути корисними для адаптації в інших системах, зокрема в умовах реформування охорони здоров'я України (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика систем охорони здоров'я Японії, Великобританії та Німеччини

Параметр	Японія	Великобританія	Німеччина
Загальна модель системи	Змішана страхова із сильним державним регулюванням	Державна система (NHS)	Соціальне медичне страхування
Рівень централізації	Середній	Високий	Низький-середній
Фінансування	Обов'язкове медичне страхування, контроль тарифів державою	Загальне оподаткування	Страхові внески роботодавців і працівників
Організація лікарень	Інтегрована мережа з елементами стандартизації	Ієрархічна система державного управління	Автономні заклади з конкуренцією
Доступність медичної допомоги	Висока	Дуже висока	Висока
Основний механізм ефективності	Технологічна оптимізація та стандартизація	Централізоване планування ресурсів	Конкурентність і саморегуляція
Основні сильні сторони	Висока технологічність, контроль якості	Рівний доступ, єдина система	Стабільність, ефективність страхування
Основні слабкі сторони	Висока вартість та демографічне навантаження	Черги, перевантаження системи	Фрагментованість управління

3. Японська система як технологічно-адаптивна модель

Система охорони здоров'я Японії вирізняється високим рівнем технологічної інтеграції та стандартизації медичних процесів. Її функціонування базується на поєднанні обов'язкового медичного страхування та жорсткого державного регулювання тарифів і клінічних стандартів.

Ключовою особливістю є уніфікація клінічних протоколів і активне впровадження цифрових рішень, що забезпечує узгодженість дій між рівнями медичної допомоги. Лікарні функціонують як елементи єдиної мережі з чітким розподілом функцій між первинною, вторинною та високоспеціалізованою ланками.

Система демонструє високу адаптивність за рахунок розвитку телемедицини, дистанційного моніторингу пацієнтів і цифрових платформ управління даними. Проте її обмеження пов'язані з високою вартістю технологічного забезпечення та демографічним навантаженням.

4. Система охорони здоров'я Великобританії (NHS)

Модель Великобританії базується на централізованій державній системі National Health Service, у межах якої фінансування здійснюється переважно через загальне оподаткування.

Система характеризується високим рівнем централізації управління та уніфікованим доступом до медичних послуг. Це забезпечує рівність пацієнтів у доступі до допомоги, однак створює структурні обмеження щодо гнучкості ресурсного розподілу.

Основною проблемою NHS є перевантаження інфраструктури та формування черг на планові медичні послуги. Водночас система демонструє високу стійкість у кризових ситуаціях завдяки централізованій координації та можливості швидкого перерозподілу ресурсів.

5. Німецька модель соціального медичного страхування

Система Німеччини базується на принципах соціального страхування з багатоканальним фінансуванням через страхові фонди роботодавців і працівників.

Характерною рисою є децентралізована структура управління та висока автономія медичних закладів. Конкуренція між страховими фондами та постачальниками послуг стимулює ефективність і якість медичної допомоги.

Така модель може призводити до часткової фрагментації управлінських процесів і нерівномірності організації медичних послуг у різних регіонах. Попри це, система демонструє високу стабільність і фінансову стійкість у довгостроковій перспективі⁴.

⁴ Saltman R. B., Rico A., Boerma W. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. Buckingham : Open University Press, 2023. 256 p.

6. Порівняльна характеристика механізмів та їх ефективності у різних системах (табл. 2)

Таблиця 2

Механізми забезпечення стійкості

Механізм	Японія	Великобританія	Німеччина
Резерви потужностей	середні	низькі	високі
Цифровізація	висока	висока	середня
Координація	висока	дуже висока	середня
Гнучкість системи	висока	середня	низька
Стійкість до криз	висока	середня	висока

7. Український контекст розвитку кластерних лікарень

Система охорони здоров'я України впродовж останніх років перебуває у стані глибокої структурної трансформації, що пов'язано як із реформуванням механізмів фінансування, так і зі зміною підходів до організації медичної допомоги. Важливим етапом цих змін стало впровадження госпітальних округів та створення кластерної моделі лікарень, метою якої є формування більш ефективної, інтегрованої та стійкої системи охорони здоров'я. У межах цієї моделі медичні заклади мають функціонувати не ізольовано, а як взаємопов'язані елементи єдиної мережі з чітким розподілом функцій та маршрутів пацієнтів.

Одним із ключових факторів трансформації стала діяльність НСЗУ, яка запровадила нові принципи фінансування через механізм «гроші йдуть за пацієнтом»⁵. Це стимулювало медичні заклади до підвищення ефективності роботи, однак одночасно посилило дисбаланс між великими багатопрофільними центрами та периферійними лікарнями. Частина медичних установ отримала можливості для модернізації та розвитку, тоді як інші стикнулися з дефіцитом кадрів, недостатнім фінансуванням та зниженням спроможності забезпечувати необхідний обсяг допомоги.

Додатковим викликом для української системи стали наслідки воєнних дій, які суттєво змінили структуру медичних потреб населення та створили нерівномірне навантаження на різні регіони. У багатьох областях відбулося різке збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб, що потребувало оперативного перерозподілу ресурсів та адаптації логістики медичної допомоги. У таких умовах особливо помітними стали проблеми недостатньої координації між закладами, фрагментованості управлінських процесів та обмежених резервних потужностей системи.

⁵ Національна служба здоров'я України. Аналітичні дашборди та звіти. URL: <https://nszu.gov.ua/>.

Кластерна модель у цьому контексті розглядається як механізм підвищення стійкості системи охорони здоров'я через створення функціонально узгоджених медичних мереж. Її впровадження дозволяє забезпечити більш раціональний розподіл навантаження між закладами, оптимізувати використання обладнання та кадрових ресурсів, а також підвищити швидкість маршрутизації пацієнтів. Важливим елементом є також можливість формування стабілізаційних центрів, які здатні забезпечувати базову допомогу та підтримувати функціонування системи навіть у кризових умовах.

8. Приклад Одеського госпітального округу

Одеський госпітальний округ є одним із прикладів формування багаторівневої кластерної системи охорони здоров'я, у межах якої медичні заклади виконують різні функції залежно від рівня спеціалізації та ресурсного забезпечення. Структура округу передбачає наявність центральних багатопрофільних лікарень, районних медичних установ, первинної ланки та периферійних закладів, що забезпечують базову допомогу та маршрутизацію пацієнтів.

Ключову роль у системі відіграють обласні лікарні Одеси, які виконують функцію високоспеціалізованих центрів та концентрують найбільш складні клінічні випадки. Саме на цьому рівні зосереджені сучасні діагностичні технології, спеціалізовані відділення та найбільший кадровий потенціал. Такі заклади формують ядро кластерної системи та забезпечують координацію між іншими рівнями медичної допомоги.

На кластерному рівні важливе місце посідають районні лікарні, основним завданням яких є стабілізація пацієнтів, проведення базового лікування та забезпечення безперервності медичної допомоги. Вони виступають проміжною ланкою між первинною медициною та високоспеціалізованими центрами, що дозволяє зменшити перевантаження великих лікарень і підвищити ефективність маршрутизації.

Первинна ланка представлена амбулаторіями та центрами первинної медико-санітарної допомоги, через які здійснюється перший контакт пацієнта із системою охорони здоров'я. Саме цей рівень забезпечує раннє виявлення патологій, базову діагностику та направлення пацієнтів до відповідних закладів. Ефективність функціонування первинної ланки значною мірою визначає загальне навантаження на систему.

Окрему роль у структурі округу відіграють периферійні лікарні, зокрема заклади у Роздільній та Великомихайлівці. Вони можуть виконувати функцію стабілізаційних вузлів, які забезпечують невідкладну допомогу, первинну стабілізацію стану пацієнтів та їх подальше направлення до закладів вищого рівня. Це дозволяє скоротити час реагування в ургентних ситуаціях та забезпечити більш рівномірний розподіл навантаження між медичними установами регіону.

9. Концептуальна модель забезпечення стійкості

Запропонована концептуальна модель забезпечення стійкості системи охорони здоров'я ґрунтується на поєднанні організаційних, управлінських та цифрових механізмів інтеграції медичних закладів у межах кластерної структури. Суть полягає у формуванні системи, здатної ефективно функціонувати не лише в умовах стандартного навантаження, але й під час кризових ситуацій, пов'язаних із різким збільшенням потреб у медичній допомозі.

Перший рівень моделі є інституційним і передбачає формування стабільної нормативно-правової та фінансової основи функціонування системи. Важливу роль на цьому рівні відіграє державне управління, механізми стратегічного планування та діяльність НСЗУ, яка забезпечує фінансову координацію між медичними закладами. Саме інституційний рівень визначає правила взаємодії між елементами системи та створює умови для довгострокового розвитку медичної інфраструктури.

Другий рівень є організаційним і базується на створенні кластерів лікарень із чітким функціональним розподілом. У межах цієї моделі кожен заклад виконує визначену роль залежно від рівня спеціалізації, кадрового потенціалу та технічного забезпечення. Це дозволяє уникати дублювання функцій, оптимізувати використання ресурсів і забезпечувати більш ефективну маршрутизацію пацієнтів між рівнями медичної допомоги.

Особливе значення в межах організаційного рівня має координація між закладами охорони здоров'я. Йдеться не лише про адміністративну взаємодію, але й про узгодження клінічних маршрутів, логістики пацієнтів та розподілу навантаження між лікарнями. У кризових умовах саме рівень координації визначає здатність системи швидко адаптуватися до змін та уникати перевантаження окремих медичних центрів.

Третій рівень моделі пов'язаний із цифровою інтеграцією системи. Використання електронних медичних записів, телемедицини, платформ моніторингу ресурсів та аналітичних систем дозволяє забезпечити оперативний обмін інформацією між закладами та підтримку управлінських рішень у режимі реального часу. Сенс – створити передумови для формування більш гнучкої та адаптивної системи охорони здоров'я.

10. Обговорення

Проведений аналіз міжнародних моделей охорони здоров'я свідчить, що забезпечення стійкості системи залежить не лише від обсягу ресурсів, але й від принципів організації медичної допомоги, рівня координації між закладами та здатності системи адаптуватися до змінних умов. Саме тому сучасні підходи дедалі більше орієнтуються на мережеві та кластерні моделі, які дозволяють підвищити узгодженість функціонування медичної інфраструктури.

Японська модель демонструє ефективність високої цифровізації та стандартизації медичних процесів, що забезпечує швидку адаптацію до кризових навантажень.

Британська система NHS, своєю чергою, показує переваги централізованого управління та мережевої інтеграції, особливо в питаннях координації ресурсів і маршрутизації пацієнтів. Німецька модель підтверджує важливість структурної стабільності та резервних потужностей, які дозволяють системі підтримувати ефективність навіть за значного навантаження.

Для України найбільш перспективним видається поєднання окремих елементів усіх трьох моделей у межах власної кластерної системи. Йдеться про інтеграцію цифрових технологій, розвиток регіональної координації та формування стабільної мережі лікарень із чітким функціональним розподілом. Такий підхід дозволяє враховувати як національні особливості системи охорони здоров'я, так і сучасні виклики, пов'язані з кризовими ситуаціями та нерівномірним ресурсним забезпеченням.

Проте ефективність впровадження кластерної моделі залежатиме від послідовності реформ, рівня управлінської взаємодії між регіонами та здатності держави забезпечити довгострокову підтримку цифрової та інфраструктурної модернізації медичної системи.

ВИСНОВКИ

Сучасні виклики, що постають перед системами охорони здоров'я, вимагають переходу від традиційних ізольованих моделей функціонування лікарень до інтегрованих мережевих структур, здатних забезпечувати безперервність медичної допомоги в умовах підвищеного навантаження⁶. У цьому контексті стійкість системи охорони здоров'я набуває значення одного з ключових критеріїв її ефективності та здатності реагувати на кризові ситуації.

Проведене дослідження показало, що міжнародні моделі охорони здоров'я використовують різні механізми забезпечення стійкості. Японська система базується на високому рівні технологічної інтеграції та стандартизації медичних процесів, британська модель – на централізованій координації та мережевому управлінні, а німецька – на поєднанні структурної автономії із резервними потужностями системи. Незважаючи на відмінності, усі розглянуті моделі демонструють важливість інтеграції медичних закладів та узгодженості управлінських процесів.

⁶ Калинюк Н. М., Бондар Т. М. Державна політика та регулювання системи громадського здоров'я на прикладі формування кластерної мережі лікарень в Україні (світовий досвід). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 2. С. 101–107. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.2.15516>.

Для України питання забезпечення стійкості системи охорони здоров'я є особливо актуальним у зв'язку з наслідками воєнних дій, нерівномірним ресурсним забезпеченням та необхідністю подальшого реформування медичної інфраструктури. У таких умовах кластерна модель лікарень може стати одним із ключових механізмів підвищення ефективності функціонування системи та оптимізації використання ресурсів.

Запропонована концептуальна модель демонструє, що стійкість формується на основі взаємодії інституційного, організаційного та цифрового рівнів системи. Її реалізація дозволяє забезпечити більш ефективну координацію між медичними закладами, покращити маршрутизацію пацієнтів та підвищити адаптивність системи до кризових викликів.

Власне кажучи, розвиток кластерних мереж лікарень і впровадження механізмів цифрової інтеграції можуть стати основою для формування більш гнучкої, стабільної та ефективної системи охорони здоров'я України, здатної забезпечувати якісну медичну допомогу навіть в умовах тривалих кризових навантажень.

АНОТАЦІЯ

Натепер системи охорони здоров'я безперервно працюють у складних і менш передбачуваних умовах⁷. Нестабільність систем базується не тільки на старінні населення, а й збільшенні кількості хронічних захворювань, нестачі ресурсів і стрімкій цифровізації⁸. Особливе місце посідає воєнний стан та воєнні дії, які доволі сильно навантажують медичну систему.

У цих складних умовах усе більше і більше значення має здатність системи охорони здоров'я залишатися функціональною навіть під час значних впливів ззовні. Мова про її стійкість – можливість продовжувати надання медичної допомоги, адаптуватися до нових умов і відновлювати роботу після криз без зниження якості.

У роботі розглядається підхід до підвищення стійкості через кластерну організацію лікарень. Цей підхід передбачає об'єднання медичних закладів у взаємопов'язані мережі, де розподіляються функції, узгоджуються маршрути пацієнтів і спільно використовуються ресурси. Це дозволяє відійти від ізольованої роботи окремих лікарень і перейти до більш узгодженої системи.

Також проведено порівняння моделей охорони здоров'я Японії, Великобританії та Німеччини з точки зору організації управління,

⁷ World Health Organization. Health System Resilience Toolkit: Strengthening Health Systems for Future Crises. Geneva : WHO, 2024.

⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2024: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2024.

фінансування та взаємодії між закладами⁹. Окрему увагу приділено тим рішенням, які підвищують стабільність системи та її здатність працювати в умовах навантаження.

На основі цього запропоновано підходи, які можуть бути використані для розвитку української системи охорони здоров'я, зокрема в межах госпітальних округів і формування медичних кластерів. Основна ідея полягає у створенні більш пов'язаної та керованої мережі закладів, яка краще реагує на зміни та кризи.

Література

1. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.04.2026).
2. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.04.2026).
3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 20.04.2026).
4. Спроможна мережа медзакладів. МОЗ України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha> (дата звернення: 20.04.2026).
5. Національна служба здоров'я України. Аналітичні дашборди та звіти. URL: <https://nszu.gov.ua/> (дата звернення: 20.04.2026).
6. Калинюк Н. М., Бондар Т. М. Державна політика та регулювання системи громадського здоров'я на прикладі формування кластерної мережі лікарень в Україні (світовий досвід). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 2. С. 101–107. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.2.15516>.
7. Князькова В. Я., Гузь Д. В., Рудінська О. В., Криленко В. В. Формування кластерів медичних закладів як адміністративний інструмент управління в галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Економіка. Управління. Інновації*. 2023. № 1(32). DOI: [https://doi.org/10.35433/ISSN2410-3748-2023-1\(32\)-4](https://doi.org/10.35433/ISSN2410-3748-2023-1(32)-4).
8. Загалюк О. М. Публічно-приватне партнерство у розвитку інфраструктури охорони здоров'я у межах госпітальних округів. *Актуальні проблеми економіки*. 2025. № 292. С. 228–238.

⁹ European Observatory on Health Systems and Policies. Building Resilient Health Systems in Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024.

9. Рудінська О. В., Красіленко Т. М. Проекти розвитку університетських клінік: вибір ефективних напрямів синергії. *Інтегративна антропологія*. 2025. № 1(34). С. 70–76. DOI: <https://doi.org/10.32782/2519-4151-2025-1-12>.
10. Лехан В., Гриценко Л. Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні. *Здоров'я нації*. 2023. З. С. 72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12>.
11. World Health Organization. Health System Resilience Toolkit: Strengthening Health Systems for Future Crises. Geneva : WHO, 2024.
12. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2024: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2024.
13. European Observatory on Health Systems and Policies. Building Resilient Health Systems in Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024.
14. Saltman R. B., Rico A., Boerma W. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. Buckingham : Open University Press, 2023. 256 p.
15. Chernichovsky D. Reforms Are Needed to Increase Public Funding and Curb Demand for Private Care in Israel's Health System. *Health Affairs*. 2013. Vol. 32, No. 4. P. 724–733. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0283>.

Information about the authors:

Rudinska Olena,

<https://orcid.org/0000-0002-0059-7295>

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor,

Head of the Department

of Health Care Management and Psychology

Odesa National Medical University

2, Valikhovskiy Lane, Odesa, Ukraine

Dereviahin Yaroslav,

<https://orcid.org/0009-0008-5049-6039>

Medical Intern in Internal Medicine,

Student of Specialty “D3 Management”

Odesa National Medical University

2, Valikhovskiy Lane, Odesa, Ukraine

Kolodenko Olena,

<https://orcid.org/0000-0003-3555-4903>

Doctor of Medical Sciences,

Director of the Department of Healthcare,

Odesa City Council,

Odesa National Medical University

2, Valikhovskiy Lane, Odesa, Ukraine