

## СУЧАСНІ МОДЕЛІ КЛАСТЕРНИХ ЛІКАРЕНЬ ТА ДОСВІД ІЗРАЇЛЮ, ШВЕЦІЇ І ТУРЕЧЧИНИ ДЛЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ОДЕСЬКОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ОКРУЗІ

### MODERN MODELS OF HOSPITAL CLUSTERS AND THE EXPERIENCE OF ISRAEL, SWEDEN AND TURKEY FOR IMPLEMENTATION IN UKRAINE AND THE ODESA HOSPITAL DISTRICT

УДК 005.21:338.2:614

DOI: <https://doi.org/10.32782/dees.23-78>

**Рудінська О.В.**<sup>1</sup>

к.е.н., доцент,  
завідувач кафедри менеджменту  
охорони здоров'я та психології,  
Одеський національний медичний  
університет

**Дружкова І.С.**<sup>2</sup>

к.і.н., доцент,  
доцент кафедри менеджменту охорони  
здоров'я та психології,  
Одеський національний медичний  
університет

**Горіщак С.П.**<sup>3</sup>

к.мед.н.,  
доцент кафедри менеджменту охорони  
здоров'я та психології,  
Одеський національний медичний  
університет

**Rudinska Olena**

Odessa National Medical University

**Druzhkova Iryna**

Odessa National Medical University

**Horishchak Serhii**

Odessa National Medical University

Сучасні системи охорони здоров'я функціонують в умовах зростаючої складності, що зумовлює необхідність пошуку ефективних моделей організації медичної допомоги. У статті досліджено міжнародний досвід кластеризації лікарень на прикладі Ізраїлю, Швеції та Туреччини. На основі порівняльного аналізу обґрунтовано підходи до формування гібридної моделі кластеризації лікарень для умов України. Використано методи порівняльного аналізу, системного підходу та узагальнення. Визначено ключові характеристики різних моделей кластерів та доведено доцільність їх інтеграції. Запропонована модель враховує організаційні, економічні та психологічні чинники функціонування системи охорони здоров'я. Практичне значення полягає у можливості її застосування в межах госпітальних округів України.

**Ключові слова:** кластеризація лікарень, менеджмент у сфері охорони здоров'я, ефективність управління, госпітальні округи, медичні кластери, гібридна модель.

*The increasing complexity of modern healthcare systems, driven by demographic shifts, digital transformation, resource constraints, and crisis conditions, necessitates the development of more effective organizational models for healthcare delivery. Traditional hierarchical hospital management structures are increasingly unable to ensure efficiency, coordination, and resilience. In this context, hospital clusterization is considered a promising approach to integrating healthcare institutions into coherent functional systems. This study provides a comparative analysis of hospital clusterization models in Israel, Sweden, and Turkey and substantiates approaches to developing a conceptual hybrid model adapted to the Ukrainian healthcare system. The research employs comparative analysis, a systemic approach, and conceptual modeling. The findings identify three core models of hospital clusters: vertically integrated, territorially coordinated, and infrastructure-based hub models. Each model demonstrates specific strengths and limitations depending on institutional context, governance structure, and resource distribution. The results indicate that none of these models can be directly transferred without adaptation to transitional economies. The scientific contribution lies in the development of a hybrid clusterization model that integrates organizational, economic, and behavioral dimensions, including leadership, inter-organizational trust, and resistance to change. Unlike existing approaches, the proposed model emphasizes multi-level integration and a balance between centralization and decentralization. The study is limited by its conceptual nature and lack of empirical validation. The practical significance of the research consists in providing a conceptual framework for transforming hospital districts into integrated healthcare clusters in Ukraine, particularly within regional systems. The proposed model can be used as a strategic tool for improving healthcare management efficiency, coordination of medical services, and overall system resilience under conditions of ongoing reforms and external challenges.*

**Key words:** hospital clusterization, healthcare management, management efficiency, hospital districts, medical clusters, hybrid model.

**Постановка проблеми.** Сучасні системи охорони здоров'я функціонують в умовах зростаючої складності, що зумовлена демографічними змінами, цифровізацією, дефіцитом ресурсів та кризовими явищами, зокрема пандеміями та воєнними конфліктами. У цих умовах традиційні ієрархічні моделі управління лікарнями виявляються недостатньо ефективними, що зумовлює перехід до мережових та кластерних форм організації медичної допомоги. Кластеризація розглядається як один із ключових інструментів підвищення системної ефективності, що дозволяє інтегрувати медичні заклади різних рівнів у єдині функціональні екосистеми [7; 8; 11].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Незважаючи на значну кількість досліджень

у сфері кластеризації (зокрема в межах теорії кластерів М. Портера), існує обмежена кількість робіт, присвячених адаптації кластерних підходів до специфіки систем охорони здоров'я, особливо в умовах трансформаційних економік і кризових станів. Більшість досліджень зосереджуються або на економічній ефективності кластерів, або на організаційних аспектах функціонування медичних мереж, залишаючи поза увагою інтеграцію управлінських, інституційних та психологічних чинників, що визначають їхню результативність [11; 16].

У цьому контексті особливого значення набуває порівняльний аналіз національних моделей кластеризації лікарень, сформованих у різних інституційних умовах. Досвід Ізраїлю демонструє ефективність вертикально інтегрованих кластерів,

<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0059-7295>

<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7934-5057>

<sup>3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5585-6370>



що поєднують функції фінансування та надання медичних послуг; шведська модель репрезентує регіонально децентралізовану систему з високим рівнем координації та планування; тоді як турецька практика ілюструє формування інфраструктурно орієнтованих медичних кластерів у межах державно-приватного партнерства. Однак у науковій літературі відсутня цілісна узагальнена концептуальна модель, яка б дозволила інтегрувати ці підходи та оцінити їхню релевантність для країн із перехідною економікою [5; 12].

Наукова новизна дослідження полягає у розробленні типології кластерних моделей лікарень, що включає: 1) вертикально інтегровані кластери (ізраїльський тип), 2) територіально-координовані кластери (шведський тип) та 3) інфраструктурно-хабові кластери (турецький тип), а також у формуванні гібридної моделі кластеризації системи охорони здоров'я, адаптованої до умов України. На відміну від існуючих підходів, запропонована модель враховує не лише організаційно-економічні параметри, але й управлінські та психологічні чинники, зокрема опір змінам, міжорганізаційну довіру та лідерство в умовах трансформації. Невирішеною частиною наукової проблеми залишається відсутність інтегрованої концептуальної моделі кластеризації лікарень, яка б поєднувала організаційні, економічні та психологічні чинники та була адаптована до умов трансформаційної економіки України.

**Постановка завдання.** Метою статті є розроблення концептуальної моделі кластеризації лікарень на основі порівняльного аналізу досвіду Ізраїлю, Швеції та Туреччини та обґрунтування можливостей її імплементації в Україні, зокрема в межах Одеського госпітального округу. Для досягнення мети поставлено такі завдання: проаналізувати міжнародні моделі кластеризації лікарень; здійснити їх порівняльну характеристику; обґрунтувати гібридну модель для України.

Методологічною основою дослідження виступають порівняльний інституційний аналіз, елементи аналізу державної політики, а також концептуальне моделювання, реалізоване на засадах системного підходу. У дослідженні використано методи порівняльного аналізу, системного підходу, узагальнення та концептуального моделювання.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Концепція кластеризації є однією з ключових у сучасній економічній та управлінській теорії, що використовується для пояснення механізмів підвищення конкурентоспроможності та ефективності. Класичне визначення кластера запропоноване М. Портером, який розглядав його як географічну концентрацію взаємопов'язаних компаній, постачальників і інституцій, що функціонують у певній сфері та взаємно підсилюють конкурентні переваги. Ключовими характеристиками

кластера є взаємозв'язок, спеціалізація, конкуренція та кооперація.

Перенесення цієї концепції у сферу охорони здоров'я потребує теоретичного переосмислення, оскільки медичні кластери функціонують у середовищі поєднання ринкових, державних і соціальних механізмів. Це зумовлює розширення поняття кластера з урахуванням публічного фінансування, соціальної відповідальності, клінічної ефективності та доступності медичних послуг. У сучасних дослідженнях трансформація систем охорони здоров'я розглядається через ефективність управління, інституційну організацію та інтеграцію послуг. Значна увага приділяється аналізу національних моделей, зокрема Ізраїлю, Швеції та Туреччини. Ізраїльська система характеризується високим рівнем вертикальної інтеграції та поєднанням фінансування і надання послуг [5; 12], шведська – децентралізацією та регіональним управлінням [1; 10], тоді як турецька модель пов'язана з розвитком медичних хабів і використанням державно-приватного партнерства [2; 3; 13; 14].

Сучасні дослідження акцентують увагу на підвищенні ефективності систем охорони здоров'я та ролі кластерних підходів у цьому процесі. Аналіз країн ОЕСД підтверджує значення інтеграції ресурсів і застосування аналітичних інструментів управління [7; 8]. У вітчизняній науці кластеризація розглядається як перспективний напрям розвитку галузі в умовах децентралізації [9; 16; 17], при цьому підкреслюється роль управлінських і соціально-психологічних чинників, зокрема довіри та опору змінам [6; 11]. Водночас недостатньо розробленими залишаються питання інтеграції різних моделей кластеризації в єдину систему, адаптовану до умов України, а також відсутній цілісний підхід, що поєднує організаційні, економічні та поведінкові аспекти.

У сучасних дослідженнях виокремлюють кілька підходів до кластеризації в охороні здоров'я: економічний (ефективність використання ресурсів), організаційний (мережева координація медичних закладів), інституційний (роль держави та політики) та поведінковий, який враховує вплив організаційної культури, лідерства, довіри та опору змінам на ефективність функціонування кластерів [6].

Попри різноманітність підходів, існуючі теоретичні моделі кластеризації у сфері охорони здоров'я залишаються фрагментованими та часто не інтегрують різні рівні аналізу, від макрополітичного до мікроорганізаційного. Це обмежує їхню пояснювальну здатність, особливо в умовах трансформаційних економік, де система охорони здоров'я зазнає одночасного впливу реформ, ресурсних обмежень та кризових факторів. Зокрема, у більшості моделей недостатньо враховується взаємодія між фінансовими механізмами,

управлінськими структурами та поведінковими аспектами діяльності медичних організацій.

У зв'язку з цим доцільним є формування інтегрованого підходу до кластеризації лікарень, який поєднує економічні, організаційні, інституційні та психологічні компоненти. У межах такого підходу кластер лікарень можна визначити як багаторівневу мережу медичних закладів та пов'язаних інституцій, об'єднаних спільною функцією надання медичної допомоги, координацією ресурсів, єдиними управлінськими механізмами та спільними цінностями взаємодії.

Розвиток цього підходу дозволяє перейти від описових моделей до типологізації кластерів, що має важливе значення для порівняльного аналізу міжнародного досвіду. На основі узагальнення існуючих теоретичних підходів і практик функціонування систем охорони здоров'я доцільно виокремити три базові типи кластерних моделей лікарень: (1) вертикально інтегровані кластери, що характеризуються об'єднанням функцій фінансування та надання медичних послуг у межах єдиної структури; (2) територіально-координовані кластери, засновані на регіональному управлінні та мережевій взаємодії медичних закладів; (3) інфраструктурно-хабові кластери, в яких центральну роль відіграють великі медичні комплекси, що концентрують ресурси та технології.

Запропонована типологія створює концептуальну основу для подальшого аналізу міжнародного досвіду кластеризації лікарень та дозволяє оцінити можливості адаптації різних моделей до умов України, зокрема з урахуванням реформування системи фінансування охорони здоров'я та розвитку госпітальних округів. Незважаючи на наявність значної кількості досліджень, залишаються невирішеними питання адаптації кластерних моделей до умов воєнного стану та трансформаційної економіки.

Міжнародний досвід кластеризації лікарень представлений, зокрема, вертикально інтегрованою ізраїльською моделлю. Вертикально інтегрована модель кластеризації лікарень передбачає об'єднання функцій фінансування, організації та надання медичних послуг у межах єдиної інституційної структури. Такий тип кластеру характеризується високим рівнем координації між різними рівнями медичної допомоги, що забезпечує безперервність лікувального процесу та ефективне управління ресурсами [12].

Класичним прикладом реалізації цієї моделі є система охорони здоров'я Ізраїлю, де ключову роль відіграють медичні страхові фонди, зокрема Clalit Health Services. Ці організації одночасно виконують функції фінансування медичних послуг і управління мережею медичних закладів, включаючи лікарні, поліклініки та спеціалізовані центри. Така інтеграція дозволяє формувати замкнені

медичні екосистеми, у межах яких пацієнт проходить усі етапи лікування без втрати інформації та координації [5].

Вертикально інтегровані кластери в системі охорони здоров'я характеризуються наявністю єдиної фінансово-управлінської структури, що забезпечує узгодженість стратегічних і операційних рішень, а також інтеграцією всіх рівнів медичної допомоги – первинної, вторинної та третинної – в межах єдиного організаційного контуру. Важливою ознакою таких кластерів є централізоване управління потоками пацієнтів, що сприяє оптимізації маршрутизації та підвищенню ефективності використання ресурсів, а також високий рівень цифровізації, який забезпечує оперативний обмін медичною інформацією та підтримує прийняття управлінських рішень на основі даних [4; 5].

Переваги цієї моделі полягають у забезпеченні безперервності медичної допомоги, підвищенні якості сервісу та зниженні транзакційних витрат завдяки усуненню дублювання функцій і покращенню координації між рівнями системи. Водночас її впровадження вимагає високого рівня інституційної зрілості, сформованої культури довіри до системи охорони здоров'я та ефективного державного регулювання, здатного забезпечити баланс між централізацією та автономією закладів.

У контексті України зазначена модель є концептуально релевантною, зокрема з огляду на функціонування фінансових механізмів через НСЗУ та наявність розгалуженої мережі медичних закладів. Проте повноцінна імплементація вертикально інтегрованих кластерів наразі обмежується фрагментованістю системи управління, нерівномірністю розвитку інфраструктури та недостатнім рівнем цифрової інтеграції, що зумовлює необхідність поетапних інституційних і технологічних трансформацій.

Територіально-координована модель кластеризації (шведська модель) у сфері охорони здоров'я ґрунтується на принципах децентралізованого управління, за яких ключові функції планування, фінансування та організації медичної допомоги делегуються регіональному рівню влади. У межах цієї моделі заклади охорони здоров'я формують функціонально інтегровані мережі, орієнтовані на забезпечення безперервності та доступності медичних послуг у межах чітко визначеної території. Такий підхід передбачає не лише адміністративну, а й функціональну координацію діяльності лікарень, амбулаторних структур та інших медичних установ, що дозволяє забезпечити узгоджене управління ресурсами та потоками пацієнтів [1].

Показовим прикладом реалізації цієї моделі є система охорони здоров'я Швеції, де відповідальність за організацію медичних послуг покладена на регіональні органи влади (county councils).

Саме вони здійснюють стратегічне планування, фінансове забезпечення та координацію діяльності медичних закладів, що сприяє досягненню високого рівня доступності та якості медичної допомоги для населення на всій території країни [10].

Ключовими характеристиками територіально-координованих кластерів є децентралізований характер управління, чітка територіальна прив'язка, мережевий формат взаємодії між медичними установами та наявність розвинених механізмів маршрутизації пацієнтів. Сукупність цих ознак забезпечує гнучкість системи, її здатність адаптуватися до специфіки регіональних потреб, а також сприяє більш справедливому розподілу медичних послуг [10].

Переваги даної моделі полягають у підвищенні адаптивності системи охорони здоров'я до локальних соціально-демографічних та епідеміологічних особливостей, а також у забезпеченні рівного доступу населення до медичної допомоги. Водночас ефективність її функціонування значною мірою залежить від якості міжрівневої координації, інституційної спроможності регіональних органів влади та рівня управлінських компетентностей на місцях.

У контексті України територіально-координована модель є найбільш близькою до концепції госпітальних округів, що передбачає територіальне об'єднання медичних закладів у межах єдиної системи надання медичної допомоги. Однак її практична реалізація стикається з низкою системних обмежень.

Інфраструктурно-хабова модель кластеризації (турецька модель) у сфері охорони здоров'я ґрунтується на формуванні потужних багатофункціональних медичних центрів, які виступають ядром системи та акумулюють високотехнологічне обладнання, кваліфікований кадровий потенціал і спеціалізовані медичні послуги. У межах цієї моделі інші заклади охорони здоров'я виконують роль периферійних елементів – сателітів, забезпечуючи первинний контакт із пацієнтами та їх подальшу маршрутизацію до центрального хабу у випадках, що потребують складної діагностики або високоспеціалізованого лікування. Така організація сприяє раціональному розподілу ресурсів і концентрації експертизи в ключових точках системи [2; 3; 13].

Практичне втілення інфраструктурно-хабової моделі спостерігається, зокрема, у Туреччині, де створено мережу великих медичних комплексів – так званих *city hospitals*, а також активно розвиваються приватні медичні структури, зокрема *Acibadem Healthcare Group*. Ці інституції функціонують як багатопрофільні кластери, що інтегрують лікувальну, діагностичну та науково-дослідну діяльність, забезпечуючи високий рівень медичних послуг і технологічної оснащеності.

Ключовими характеристиками інфраструктурно-хабових кластерів є концентрація матеріально-технічних і кадрових ресурсів у великих медичних центрах, широке застосування механізмів державно-приватного партнерства, високий рівень технологічного розвитку, а також чітка ієрархічна структура взаємодії за принципом «хаб – сателіти». Така модель забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів, сприяє стандартизації медичних процесів і створює умови для впровадження інновацій [14].

Переваги інфраструктурно-хабового підходу полягають у можливості швидкого розвитку високоспеціалізованої медичної допомоги, підвищенні якості медичних послуг і загального технологічного рівня системи охорони здоров'я. Водночас надмірна концентрація ресурсів у центральних хабах може спричиняти посилення територіальних дисбалансів, обмежуючи доступність медичної допомоги для населення віддалених або сільських територій.

У контексті України впровадження інфраструктурно-хабової моделі має значний потенціал, зокрема для розвитку великих регіональних медичних центрів, які можуть виконувати функції кластерних хабів. Такі міста, як Одеса, здатні стати опорними вузлами для надання високоспеціалізованої медичної допомоги на рівні макрорегіону, однак ефективна реалізація цієї моделі потребує збалансованого розвитку периферійної мережі, удосконалення транспортної та цифрової інфраструктури, а також чіткої державної політики щодо запобігання територіальній нерівності у доступі до медичних послуг.

Порівняльний аналіз міжнародних моделей кластеризації лікарень дозволяє виявити як універсальні закономірності функціонування медичних кластерів, так і специфічні особливості їх реалізації в різних інституційних умовах. Розглянуті моделі, вертикально інтегрована (Ізраїль), територіально-координована (Швеція) та інфраструктурно-хабова (Туреччина), репрезентують різні підходи до організації медичної допомоги, що відрізняються за механізмами управління, рівнем інтеграції та логікою розподілу ресурсів.

Вертикально інтегрована модель характеризується високим рівнем централізації управління та поєднанням фінансових і медичних функцій у межах єдиної структури. Такий підхід забезпечує максимальну узгодженість між різними рівнями медичної допомоги, мінімізує фрагментацію системи та сприяє ефективному управлінню потоками пацієнтів. Водночас він потребує значної інституційної спроможності, розвиненої цифрової інфраструктури та високого рівня довіри між учасниками системи.

На відміну від цього, територіально-координована модель базується на принципах

децентралізації та регіонального управління. Її ключовою перевагою є здатність враховувати локальні особливості та потреби населення, що сприяє підвищенню доступності медичної допомоги. Проте ефективність цієї моделі значною мірою залежить від рівня управлінської компетентності на регіональному рівні та наявності механізмів координації між різними медичними установами.

Інфраструктурно-хабова модель, у свою чергу, акцентує увагу на концентрації ресурсів у великих медичних центрах, що виступають ядром кластеру. Такий підхід дозволяє швидко розвивати високотехнологічну медицину та забезпечувати складні види медичної допомоги. Однак надмірна концентрація ресурсів може призводити до нерівномірності доступу до медичних послуг, особливо для населення віддалених територій.

Аналіз зазначених моделей дозволяє зробити висновок, що жодна з них не є універсальною або повністю оптимальною для всіх умов. Кожна модель відображає специфіку національної системи охорони здоров'я, рівень її інституційного розвитку, фінансові можливості та соціально-культурні особливості. Водночас у всіх моделях простежуються спільні риси, зокрема прагнення до інтеграції медичних послуг, оптимізації використання ресурсів та підвищення якості медичної допомоги.

З метою систематизації результатів порівняльного аналізу доцільно узагальнити ключові характеристики розглянутих моделей за основними критеріями (табл. 1).

Порівняльний аналіз також демонструє, що ключовим фактором ефективності кластерних моделей є не лише їх організаційна структура, але й здатність забезпечувати баланс між централізацією та децентралізацією, концентрацією ресурсів і доступністю послуг, а також між економічною ефективністю та соціальною справедливістю. Особливого значення набуває роль управлінських

та психологічних чинників, зокрема рівень міжорганізаційної довіри, готовність персоналу до змін та ефективність комунікації між учасниками кластеру [1; 12; 2].

З урахуванням зазначеного можна стверджувати, що перспективним напрямом розвитку систем охорони здоров'я є формування гібридних моделей кластеризації, які поєднують елементи різних підходів. Такий підхід дозволяє адаптувати міжнародний досвід до конкретних національних умов та забезпечити більш гнучке й ефективне функціонування медичних систем. Трансформація госпітальних округів у повноцінні медичні кластери дозволяє розглядати їх як прототипи кластерних систем, що формують основу для подальшого розвитку інтегрованої моделі охорони здоров'я.

Реформування системи охорони здоров'я України упродовж останніх років супроводжується впровадженням нових підходів до організації медичної допомоги, серед яких ключове місце посідає формування госпітальних округів. Ця модель передбачає територіальне об'єднання закладів охорони здоров'я з метою оптимізації використання ресурсів, підвищення доступності медичних послуг та покращення якості лікування. У теоретичному вимірі госпітальні округи можна розглядати як прототипи медичних кластерів, що відповідає сучасним міжнародним тенденціям розвитку систем охорони здоров'я [15; 20]. Важливим інституційним чинником цих трансформацій є реформа фінансування системи охорони здоров'я, реалізована через Національну службу здоров'я України, яка створює інституційні передумови для формування мережевої моделі взаємодії закладів охорони здоров'я, орієнтованої на принципи результативності, конкуренції та координації медичних послуг [18]. Запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» стимулює конкуренцію між закладами, водночас актуалізуючи потребу в їх координації та інтеграції в межах спроможної мережі.

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика моделей кластеризації лікарень**

Критерій	Вертикально інтегрована модель (Ізраїль)	Територіально-координована модель (Швеція)	Інфраструктурно-хабова модель (Туреччина)
Тип управління	Централізований	Децентралізований	Змішаний (державна + приватний сектор)
Рівень інтеграції	Високий (повний цикл медичних послуг)	Середній (мережева взаємодія)	Високий у межах хабу
Основний принцип	Інтеграція фінансування та надання послуг	Територіальна координація	Концентрація ресурсів
Роль лікарень	Частина єдиної системи	Вузли мережі	Центральні хаби та сателіти
Переваги	Безперервність лікування, ефективність управління	Доступність, адаптивність	Технологічність, спеціалізація
Ризики	Високі вимоги до управління	Залежність від регіонального менеджменту	Нерівномірний доступ

Джерело: розроблено авторами на основі [1; 2; 3; 5; 10; 12]

Однією з ключових проблем є збереження фрагментованої моделі управління, за якої окремі медичні установи функціонують автономно, без включення у єдину мережеву систему. Це призводить до дублювання функцій, неефективного використання ресурсів та перевантаження окремих лікарень, особливо у великих містах. Додатковим фактором є нерівномірний розподіл кадрового потенціалу та матеріально-технічного забезпечення між регіонами, що посилює дисбаланси у доступі до медичної допомоги [7; 16].

Суттєвим обмеженням розвитку кластерних моделей є також недостатній рівень цифрової інтеграції. Хоча в Україні впроваджено електронну систему охорони здоров'я, вона поки що не забезпечує повноцінного обміну медичною інформацією між усіма учасниками системи, що ускладнює координацію лікувального процесу. Відсутність єдиних цифрових платформ управління потоками пацієнтів знижує ефективність функціонування госпітальних округів як інтегрованих структур.

Окремої уваги потребують управлінські та психологічні аспекти трансформації системи охорони здоров'я. Впровадження кластерного підходу супроводжується опором з боку медичного персоналу, який пов'язаний із невизначеністю, зміною ролей та перерозподілом ресурсів. Низький рівень міжорганізаційної довіри, відсутність ефективної комунікації та недостатня управлінська підготовка керівників медичних закладів також стримують розвиток кластерних моделей.

У цьому контексті показовим є приклад Одеського госпітального округу, структура якого відповідає ієрархічній моделі організації системи охорони здоров'я, представлений у табл. 2. Він має значний потенціал для трансформації

у повноцінний медичний кластер. Місто Одеса виступає природним центром концентрації медичних ресурсів, включаючи багатопрофільні лікарні, науково-медичні установи та кадровий потенціал. Це створює передумови для формування інфраструктурно-хабової моделі кластеризації, в якій центральні медичні заклади виконують функцію координаційного ядра.

Водночас периферійні заклади охорони здоров'я в межах Одеської області можуть бути інтегровані у кластер як сателітні структури, що забезпечують первинний контакт із пацієнтами та направлення до спеціалізованих центрів у разі необхідності. Така модель відповідає сучасним підходам до організації медичної допомоги та дозволяє поєднати доступність послуг із високим рівнем їх якості [15; 20].

Однак для реалізації кластерної моделі в Одеському госпітальному окрузі необхідно вирішити низку системних завдань. Зокрема, потребує вдосконалення система управління, яка має перейти від адміністративного до мережевого принципу організації. Необхідним є також розвиток цифрової інфраструктури, що забезпечить інтеграцію медичних даних і координацію діяльності закладів. Важливим напрямом є підвищення управлінських компетенцій керівників медичних установ та впровадження механізмів ефективної комунікації між учасниками кластеру.

Аналіз стану системи охорони здоров'я України та Одеського госпітального округу свідчить про наявність як суттєвих обмежень, так і значного потенціалу для розвитку кластерних моделей. Це створює підґрунтя для формування гібридної моделі кластеризації, яка поєднує елементи міжнародного досвіду та враховує специфіку національного контексту.

Таблиця 2

**Ієрархічна структура системи охорони здоров'я  
відповідно до Постанови №174 від 28.02.2023**

Рівень	Елемент системи	Функція	Роль у кластері
Макрорівень	Госпітальний округ	Територіальна організація системи (як правило відповідає адміністративно-територіальній одиниці (області))	Формує єдину спроможну мережу
Мезорівень	Госпітальний кластер	Об'єднання закладів за територією та логістикою	Координація медичної допомоги
Мікрорівень (вищий)	Надкластерна лікарня	Високоспеціалізована допомога	Центр експертизи (хаб) виконує функції центру високоспеціалізованої допомоги
Мікрорівень (середній)	Кластерна лікарня	Спеціалізована допомога	Основний рівень лікування
Мікрорівень (базовий)	Загальна лікарня	Базова стаціонарна допомога	Перший стаціонарний контакт
Первинний рівень	ЦПМСД, амбулаторії	Первинна допомога	Взаємодіє з кластерною мережею як рівень первинної допомоги

Джерело: розроблено авторами на основі [15]

З урахуванням результатів порівняльного аналізу міжнародних моделей кластеризації лікарень, а також специфіки функціонування системи охорони здоров'я України, доцільним є формування гібридної моделі кластеризації, що поєднує елементи вертикальної інтеграції, територіальної координації та інфраструктурної концентрації ресурсів. Такий підхід дозволяє подолати обмеження окремих моделей та забезпечити адаптивність системи до умов трансформаційної економіки та кризових викликів [1; 12; 2; 9].

Запропонована гібридна модель ґрунтується на принципі багаторівневої інтеграції, що передбачає поєднання функціональних, територіальних та управлінських компонентів у межах єдиної системи. На відміну від існуючих підходів, ця модель інтегрує не лише організаційно-економічні механізми, але й управлінські та психологічні чинники, що визначають ефективність взаємодії між учасниками кластеру [6; 11].

Структурно запропонована гібридна модель кластеризації включає три взаємопов'язані рівні. Перший рівень представлений центральними закладами охорони здоров'я (надкластерного та кластерного рівня), які концентрують високотехнологічне обладнання, кадровий потенціал і спеціалізовані медичні послуги. Вони виконують функції надання високоспеціалізованої допомоги, координації клінічних процесів і методичного забезпечення діяльності мережі, виступаючи ядром кластерної взаємодії.

Другий рівень формує мережа закладів базового рівня, включаючи загальні лікарні, амбулаторні структури та заклади первинної медичної допомоги, які забезпечують первинний контакт із пацієнтами, базову діагностику та лікування, а також маршрутизацію до закладів вищого рівня відповідно до визначених клінічних маршрутів. Взаємодія між рівнями здійснюється на основі принципів безперервності медичної допомоги та стандартизованих протоколів лікування.

Третій рівень становить координаційно-управлінський контур, що забезпечує інтеграцію фінансових, інформаційних та організаційних процесів. До нього належать органи управління охороною здоров'я, механізми державного фінансування (зокрема через НСЗУ), а також цифрові системи, що забезпечують обмін медичною інформацією та управління потоками пацієнтів.

Ключовою особливістю моделі є поєднання елементів різних міжнародних підходів: узгодження фінансування та надання послуг (вертикальна інтеграція), врахування територіальної специфіки (децентралізована координація) та концентрація ресурсів у провідних закладах (інфраструктурний підхід). Це дозволяє забезпечити баланс між ефективністю, доступністю та якістю медичної допомоги.

Водночас ефективність функціонування моделі значною мірою залежить від управлінських і психологічних чинників, зокрема рівня міжорганізаційної довіри, готовності персоналу до змін, якості комунікації та стилю лідерства. У цьому контексті кластер розглядається не лише як організаційна, а й як соціально-психологічна система.

Імплементация моделі в Україні передбачає поетапну трансформацію госпітальних округів у функціонально інтегровані мережі. На першому етапі необхідним є чітке визначення ролей закладів різного рівня, на другому – розвиток цифрової інтеграції, на третьому – посилення управлінських компетенцій та міжорганізаційної взаємодії.

У контексті Одеського госпітального округу модель має високий потенціал реалізації: провідні медичні заклади міста можуть виконувати функції центрів високоспеціалізованої допомоги, тоді як заклади області – забезпечувати базовий рівень та маршрутизацію пацієнтів. Такий підхід сприятиме підвищенню ефективності використання ресурсів і забезпеченню балансу між доступністю та якістю медичної допомоги. Запропонована гібридна модель кластеризації лікарень формує концептуальну основу для модернізації системи охорони здоров'я України та може бути використана як інструмент стратегічного управління розвитком медичних мереж.

Ефективність кластерних моделей доцільно оцінювати за системою показників, представлених у табл. 3, що включає доступність медичної допомоги, час маршрутизації пацієнтів, клінічні результати лікування, рівень задоволеності пацієнтів та ефективність використання ресурсів.

**Висновки.** У результаті дослідження встановлено, що кластеризація лікарень є перспективним напрямом трансформації систем охорони здоров'я, який сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів, покращенню координації та якості медичної допомоги в умовах зростаючої складності та кризових викликів.

Порівняльний аналіз міжнародного досвіду засвідчив існування різних моделей кластеризації, що відображають специфіку національних систем охорони здоров'я. Вертикально інтегрована модель забезпечує узгодженість фінансування та надання послуг; територіально-координована – підвищення доступності через регіональне управління; інфраструктурно-хабова – концентрацію ресурсів і розвиток високотехнологічної медицини. Водночас жодна з моделей не може бути імплементована без адаптації до національного контексту.

Аналіз системи охорони здоров'я України показав, що впровадження госпітальних округів створило передумови для розвитку кластерних підходів, однак їх реалізація обмежується інституційною роз'єднаністю, недостатньою координацією, нерівномірністю ресурсного забезпечення та

Система показників оцінювання ефективності кластерної моделі лікарень

Критерій	Показник	Сутність показника	Очікуваний ефект
Доступність медичної допомоги	Час до отримання послуги	Середній час від звернення до отримання медичної допомоги	Підвищення доступності та зниження черг
Координація медичної допомоги	Час маршрутизації пацієнта	Тривалість переміщення пацієнта між рівнями системи	Оптимізація логістики та безперервність лікування
Якість медичної допомоги	Клінічні результати	Рівень ускладнень, повторних госпіталізацій, смертності	Підвищення ефективності лікування
Пацієнтоорієнтованість	Рівень задоволеності пацієнтів	Оцінка пацієнтами якості медичних послуг	Підвищення довіри до системи
Економічна ефективність	Витрати на одного пацієнта	Співвідношення витрат і результатів лікування	Раціоналізація використання ресурсів
Інтеграція системи	Рівень цифрової взаємодії	Частка обміну медичними даними між закладами	Підвищення узгодженості управління

Джерело: розроблено авторами.

обмеженою цифровою інтеграцією, а також управлінськими й психологічними бар'єрами.

У статті запропоновано гібридну модель класифікації лікарень, що поєднує елементи вертикальної інтеграції, територіальної координації та інфраструктурної концентрації ресурсів. Її новизна полягає в інтеграції організаційних, економічних і психологічних компонентів. Модель апробована на концептуальному рівні з використанням експертного аналізу на прикладі Одеського регіону.

Практичне значення результатів полягає у можливості їх використання суб'єктами державної політики, органами регіонального управління та керівниками медичних закладів для прийняття управлінських рішень щодо розвитку кластерних моделей. Це сприятиме підвищенню ефективності використання ресурсів і забезпеченню балансу між доступністю та якістю медичної допомоги.

Дослідження має концептуальний характер і обмежується теоретичним аналізом без емпіричної верифікації. Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробленням системи показників ефективності кластерних моделей, аналізом впливу цифровізації та вивченням психологічних механізмів адаптації медичного персоналу до змін.

#### БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Anell A., Glenngård A. H., Merkur S. Sweden health system review. *Health systems in transition*. 2012. №14(5). P. 1–159.
2. Atun R. Transforming Turkey's Health System-Lessons for Universal Coverage. *The New England journal of medicine*. 2015 №373(14). P. 1285–1289. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1410433>
3. Baris E., Mollahaliloglu S., Aydin S. Healthcare in Turkey: from laggard to leader. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2011. №342. P. 7456. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c7456>
4. Brammli-Greenberg S., Waitzberg R., North J. Integrating public and private insurance in the Israeli

health system: an attempt to reconcile conflicting values. In: Thomson S, Sagan A, Mossialos E, eds. *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press; 2020. P. 264–303.

5. Chernichovsky D. Reforms are needed to increase public funding and curb demand for private care in Israel's health system. *Health affairs (Project Hope)*. 2013 Vol. 32(4). P.724–733. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0283>

6. Druzhkova I., Annienkova I., Busel S., Nemchenko H., Rudinska O. Gender challenges in healthcare, psychological strategies for overcoming discrimination *Amazonia Investiga*. 2025. Vol. 14. No. 86. P. 114–130. DOI: <https://doi.org/10.34069/AI/2025.86.02.10>.

7. Gavurova B., Kocisova K., Sopko J. Health system efficiency in OECD countries: dynamic network DEA approach. *Health economics review*. 2021. Vol. 11(1). 40. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00337-9>

8. Joumard I., André C. Nicq C. *Health care systems: efficiency and institutions*. OECD. 2010. P. 133.

9. Kniazkova V., Huz D., Rudinska O., Krulenko V. Формування кластерів медичних закладів як адміністративний засіб управління в галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Економіка. Управління. Інновації*. 2023. № 1(32).

10. Ludvigsson J. F., Bergman D., Lundgren C. I., Sundquist K., Geijerstam J. A., Glenngård A. H., Lindh M., Sundström J., Kaarme J., Yao J. The healthcare system in Sweden. *European journal of epidemiology*. 2025. Vol. 40(5). P. 563–579. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>

11. Monastyrskyi G., Demchyshyn Y. Modernization of public health policy in the context of contemporary challenges: National and local dimensions. *Philosophy and Governance*. 2025. №7-8(11-12). DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>

12. Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. Israel: Health System Review. *Health systems in transition*. 2015. №17(6). P. 1–212.

13. Venkateswaran S., Singh A. K. Health System In Turkey: Reforms, Transformations, and Challenges (CSEP Working Paper 36). New Delhi: Centre for Social and Economic Progress. 2022. P. 39.

14. Загалюк О.М. Публічно-приватне партнерство у розвитку інфраструктури охорони здоров'я у межах госпітальних округів. *Актуальні проблеми економіки*. 2025. №10(292). С. 228–238.

15. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ від 28.02.2023 р. № 174, Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.04.2026)

16. 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>

17. Кропельницька С., Кіт С. Економічна кластеризація як інструмент інноваційно-орієнтованого розвитку: теоретичні та методологічні основи та українські реалії. *Актуальні проблеми розвитку регіональної економіки*. 2025. №2 (21). С. 250–266. DOI: <https://doi.org/10.15330/apred.2.21.250-266>

18. 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. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.04.2026)

19. 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>

20. Спроможна мережа медзакладів. МОЗ України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spro-mozhna-merezha> . (дата звернення: 20.04.2026)

#### REFERENCES:

1. Anell A., Glenngård A. H., Merkur S. (2012). Sweden health system review. *Health systems in transition*, no. 14(5), pp. 1–159.

2. Atun R. (2015). Transforming Turkey's Health System--Lessons for Universal Coverage. *The New England journal of medicine*, no. 373(14), pp. 1285–1289. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1410433>

3. Baris, E., Mollahaliloglu, S., Aydin, S. (2011). Healthcare in Turkey: from laggard to leader. *BMJ (Clinical research ed.)*, no. 342, p. 7456. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c7456>

4. Brammli-Greenberg S, Waitzberg R, North J. (2020) Integrating public and private insurance in the Israeli health system: an attempt to reconcile conflicting values. In: Thomson S, Sagan A, Mossialos E, eds. (2020) Private Health Insurance: History, Politics and Performance. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press; pp. 264–303.

5. Chernichovsky D. (2013). Reforms are needed to increase public funding and curb demand for private care in Israel's health system. *Health affairs (Project Hope)*, no. 32(4), pp. 724–733. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0283>

6. Druzhkova I., Annienkova I., Busel S., Nemchenko H., Rudinska O. (2025) Gender challenges in healthcare, psychological strategies for overcoming discrimination *Amazonia Investiga*, vol. 14, no. 86, pp. 114–130. DOI: <https://doi.org/10.34069/AI/2025.86.02.10>.

7. Gavurova B., Kocisova K., Sopko J. (2021). Health system efficiency in OECD countries: dynamic network DEA approach. *Health economics review*, vol. 11(1), p. 40. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00337-9>

8. Joumard I., André C. Nicq C. (2010). *Health care systems: efficiency and institutions*. OECD, 133 p.

9. Kniaskova V., Huz D., Rudinska O., Krulenko V. (2023). Formuvannia klasteriv medychnykh zakladiv yak administratyvnyi zasib upravlinnia v haluzi okhorony zdorovia v umovakh detsentralizatsii [Formation of clusters of medical institutions as an administrative function for the management of health care in the minds of decentralization]. *Ekonomika. Upravlinnia. Innovatsii (Economics. Management. Innovations)*, no. 1(32).

10. Ludvigsson J.F., Bergman D., Lundgren C.I., Sundquist K., Geijerstam J.A., Glenngård A.H., Lindh M., Sundström J., Kaarme J., Yao J. (2025). The healthcare system in Sweden. *European journal of epidemiology*, no. 40(5), pp. 563–579. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>

11. Monastyrskyi G., Demchyshyn Y. (2025). Modernization of public health policy in the context of contemporary challenges: National and local dimensions. *Philosophy and Governance*, no. 7–8, pp. 11–12. DOI: <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2025.7-8.09>

12. Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. (2015). Israel: Health System Review. *Health systems in transition*, no. 17(6), pp. 1–212.

13. Venkateswaran S., Singh A. K., (2022). Health System In Turkey: Reforms, Transformations, and Challenges (CSEP Working Paper 36). New Delhi: Centre for Social and Economic Progress, 39 p.

14. Zahalyuk O. V. (2025). Publicno-pryvatne partnerstvo u rozvytku infrastruktury okhorony zdorovia u mezhakh hospitalnykh okruhiv [Public-private partnership in the development of health care infrastructure between hospital districts]. *Aktualni Problemy Ekonomiky*, no. 292, pp. 228–238.

15. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2023). Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia [Actions of nutrition organization with additional measures for health protection]. Postanova vid 28 liutoho 2023 r. № 174. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (accessed April 20, 2026)

16. Kalyniuk, N. M., Bondar T. M. (2025). Derzhavna polityka ta rehuliuвання systemy hromadskoho zdorovia na prykladi formuvannia klasternoi merezhi likaren v Ukraini (svitovyi dosvid) [State policy and regulation of the public health system based on the formation of a hospital cluster network in Ukraine (world experience)] [in Ukrainian]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy (Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine)*, no. 2, pp. 101–107. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.2.15516>

17. Kropelnytska S., Kit S. (2025). Ekonomichna klasteryzatsiia yak instrument innovatsiino-

orijentovanoho rozvytku: teoretychni ta metodolohichni osnovy ta ukraïnski realii [Economic clustering as a tool for innovation-oriented development: theoretical and methodological foundations and Ukrainian realities]. Aktualni problemy rozvytku rehionalnoi ekonomiky, no. 2(21), pp. 250–266. DOI: <https://doi.org/10.15330/apred.2.21.250-266>

18. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2025). Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025–2027 rokakh [On approval of the Healthcare System Development Strategy until 2030 and the operational

plan for its implementation in 2025–2027]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (accessed April 20, 2026)

19. Rudinska O. V., Krasilenko T. M. (2025). Proiekty rozvytku universytetskykh klinik: vybir efektyvnykh napriamiv synerhii [Projects for the development of university clinics: selection of effective areas of synergy]. Intehratyvna antropolohiia, no. 1(34), pp. 70–76. DOI: <https://doi.org/10.32782/2519-4151-2025-1-12>

20. Spromozhna merezha medzakladiv [It is possible to measure medical reserves]. MOZ Ukrainy. 2024. Available at: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha> (accessed April 20, 2026).

*Дата надходження статті: 23.04.2026*

*Дата прийняття статті: 15.05.2026*

*Дата публікації статті: 26.05.2026*